

Matti Kaivosoja  
Tuula Löf  
Jessica Indola (toim.)

# Rapsodia Terveelle Mielelle

Kansallisen mielenterveys- ja  
päihdesuunnitelman toimeenpano  
Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hankkeessa

RAPORTTI



**RAPORTTI 47/2011**

Matti Kaivosoja  
Tuula Löf  
Jessica Indola (toim.)

# **Rapsodia Terveelle Mielelle**

**Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman  
toimeenpano Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -  
hankkeessa**



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

Toimituskunta:

Ahola, Marika  
Haaraniemi, Timo  
Ikäheimo, Sari Marita  
Indola, Jessica  
Kaivosoja, Matti  
Löf, Tuula  
Moring, Juha  
Partanen, Airi  
Puotiniemi, Tiina

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Jessica Indola  
Kannen kuva: Jorma Posio

Ruotsinkielinen tiivistelmä: Annika Rajala  
Englanninkielinen tiivistelmä: Johanna Klapuri  
Pohjoissaamenkielinen tiivistelmä: Seija Järviluoma

ISSN 1798-0070 (painettu)  
ISSN 1798-0089 (pdf)

Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy  
Tampere, 2011

## Esipuhe

Hankkeen loppuseminaari syksyn alkupäivinä Kittilän Levillä keräsi noin 170 osallistujaa eri puolilta maata keskustelemaan mielenterveys- ja päihdetyön kysymyksistä. Runsas osallistujamäärä kuvaa sitä, että kehittämistyöhön on paitsi tarvetta myös halua. Määräaikaisia hankkeita on kritisoitu, syystäkin. On sanottu että kehittämistyön tulisi olla jatkuvaa, kuulua normaaliin käytäntöön. Näin varmasti pitää olla, silti hankemuotoisella kehittämiselläkin on paikkansa. Eri toimijoiden rajat ylittävänä se voi lisätä ymmärrystä yhteistyökumppanin toimintaan, rakentaa suoria yhteyksiä ja edistää yhteistyötä jolloin normaalin toiminnan hoitaminen jatkossa tulee helpommaksi ja joustavammaksi. Nämä hankkeen ”sivuvaikutukset” voivat joskus pitemmän ajan kuluessa olla jopa merkittävämpiä kuin hankkeen varsinaiset tuotokset.

Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hanke on rakennettu alueella pitkään jatkuneen kehittämistyön jatkoksi. Lyhyestä kestosta huolimatta siinä on saatu paljon aikaan. Käsillä olevassa raportissa työtä ja saavutuksia esitellään kolmessa osassa. Asiakkaan, potilaan aseman kohentaminen, ehkäisevän työn vahvistaminen ja toimivan palvelujen kokonaisuuden rakentaminen ovat Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman päätavoitteita. Neljäs, ohjauskeinojen vahvistaminen, kuuluu taas valtiovallan tehtäviin. Hankkeen tulosten saaminen osaksi toimivaa arkea ei ole yksinkertaista. Jonkin asian tekeminen uudella tavalla, uuden opettelu, on aina vaivalloista, paluu vanhaan helppoa. Organisaatioiden johdon on tunnettava vastuunsa toiminnan kehittämisestä.

Toimintaympäristö on nyt erityisen haastava. Kansainvälinen talouskriisi ja valtion velkaantuminen luovat säästöpainetta, vaarana on lyhytnäköinen toimintamenojen leikkaaminen. Sen sijaan tulisi tarkastella keinoja joilla päästään kestäviin tavoitteisiin. On paljon näyttöä siitä kuinka häiriöiden varhainen tunnistaminen, avun antaminen ja hoidon aloittaminen vähentävät tarvetta myöhempään raskaisiin, kalliisiin toimiin. Vaikuttavista ehkäisykeinoista alkaa olla hyviä kokemuksia. Oikeaan aikaan ja oikealla tavalla toimimalla voidaan saavuttaa paljon ja tulokset ovat kestäviä. Näitä keinoja ja toimintatapoja tässä hankkeessa on kehitetty, ja kehittäjät ansaitsevat työstään suuren kiitoksen.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoa on edistetty Kaste-kaudella 2008–2011 kaikkiaan viidessä laajassa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeessa. Tervein mielin Pohjois-Suomessa on näistä hankkeista ensimmäinen, joka päättyy. Hankkeen loppuraportti on kolmas mielenterveys- ja päihdesuunnitelman vuosien 2009–2015 aikana tapahtuvaan toimeenpanoon liittyvien raporttien sarjassa. Toivomme lukijoille antoisia ja innostavia oivallusten hetkiä hankkeen ideoiden soveltamiseen ja edelleen kehittämiseen.

Juha Moring ja Airi Partanen

## Tiivistelmä

Matti Kaivosoja, Tuula Löf, Jessica Indola (toim.). Rapsodia terveelle mielelle – Kansallisen Mielen-terveys- ja Päihdesuunnitelman toimeenpano Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 47/2011. 104 sivua. Helsinki. Finland 2011.

Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hanke syntyi Keski-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiirien ja Kainuun maakunta -kuntayhtymän yhteistyönä. Hankkeen tavoitteena oli edistää pohjoissuomalaisten hyvinvointia, edistää mielen-terveyttä ja vähentää päihdehaittoja. Viiden sairaanhoitopiirin kehittämishankkeen tavoitteena oli myös toimeenpanna kansallisen mielen-terveys- ja päihdesuunnitelmaa (Mieli 2009) Pohjois-Suomessa. Hanke toteutui vuosina 2009–2011 ja se sai KASTE-ohjelmasta rahoitusta 1.8 milj. euroa.

Mikään hanke ei elä tyhjiössä. Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke oli osa pitkäaikaista kehittämistyötä. Sen teoreettisena viitekehyksenä on ollut Pohjanmaa-hankkeeseen (2005–2014) jäsennetty kehittämisstrategia. Hankkeessa pyrittiin määrätietoisesti jatkamaan Pohjanmaa-hankkeessa kehitettyjä menetelmiä ja levittämään niitä Pohjois-Suomen alueella. Samalla hankkeessa pyrittiin säilyttämään kunkin maakunnan kehittämistyön jatkuvuus, toisin sanoen hyödyntämään niissä 2000-luvulla toteutettuja mielen-terveys- ja päihdetyön kehittämishankkeita.

Tässä raportissa esitellään esimerkein kansallisen mielen-terveys- ja päihdesuunnitelman kunkin tavoitteen toimeenpanoa. Raportti ei siten esittele kaikkea hanketoimintaa, vaan se pyrkii antamaan esimerkin kunkin Mieli-ohjelman tavoitteen toteuttamismahdollisuuksista. Merkittävänä tuloksena esitellään strategiatyötä, jossa lähes koko alueen kuntiin on syntynyt tai tulee syntymään mielen-terveys- ja päihdestrategia. Samoin kuvataan monin esimerkein potilaan ja palvelujen käyttäjän aseman vahvistamista.

Mieli-ohjelmassa yhtenä tavoitteena oli alkoholiveron korotuksen kautta vähentää sekä alkoholin kulu- tusta että alkoholihaittoja. Raportissa tarkastellaan alkoholin myynnin muutoksia viimeisten viiden vuoden aikana Pohjois-Suomessa ja pohditaan alueen erityispiirteitä.

Loppuraportissa todetaan, että yksittäinen 2,5 vuotta kestävä hanke on liian lyhyt mielen-terveys- ja päihdetyön muutokseen, mutta hyödyntämällä aiempaa kehittämistyötä on saavutettu pysyvämpiä tuloksia. Hankkeen päättyessä kehittämistyön ylläpitämisen vastuu siirtyy sairaanhoitopiirien perustamille peruster- veydenhuollon yksiköille ja niiden kautta organisoidulla terveyden edistämistyölle.

Avainsanat: mielen-terveys, mielen-terveyshäiriöt, mielen-terveyspalvelut, mielen-terveyden edistäminen, mielen-terveyskuntoutus, ehkäisevä mielen-terveystyö, päihde, ehkäisevä päihdetyö, päihdepalvelut, päihde- huolto, päihdeongelmat, mielen-terveys- ja päihdesuunnitelma

## Sammandrag

Matti Kaivosoja, Tuula Löf, Jessica Indola (red.). Rapsodia terveelle mielelle – Kansallisen Mielenterveys- ja Päihdesuunnitelman toimeenpano Tervein mielin Pohjois-Suomessa –hankkeessa (Rapsodi för psykisk hälsa – Verkställande av den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete inom Psykisk hälsa i norra Finland –projektet). Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 47/2011. 104 sidor. Helsingfors, Finland 2011.

Psykisk hälsa i norra Finland -projektet kom till som ett samarbete mellan Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt, Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt, Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt, Lapplands sjukvårdsdistrikt och samkommunen för landskapet Kajanaland. Målet med projektet var att främja välfärden hos invånarna i norra Finland, främja den psykiska hälsan och minska missbruksproblemen. Målet med utvecklingsprojektet som drevs av de fem sjukvårdsdistrikten var också att verkställa den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete (Mieli 2009) i norra Finland. Projektet genomfördes åren 2009–2011 och finansierades med medel avsedda för programmet KASTE. Finansieringen uppgick till 1,8 miljoner euro.

Inget projekt lever i ett vakuum. Psykisk hälsa i norra Finland -projektet var ett led i ett långvarigt utvecklingsarbete. Dess teoretiska referensram har varit den utvecklingsstrategi som utformades inom Österbotten-projektet (2005–2014). Avsikten med projektet var att målmedvetet agera för att få en fortsättning på de metoder som hade utvecklats inom Österbotten-projektet och sprida dem till norra Finland. På samma gång hade man för avsikt att genom projektet bevara kontinuiteten i det utvecklingsarbete som utförs i de olika landskapen. Avsikten var således att dra nytta av de utvecklingsprojekt för mentalvårds- och missbruksarbete som hade genomförts i landskapen under 2000-talet.

I rapporten belyser man med hjälp av exempel verkställandet av de olika målen i den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete. I rapporten redogörs således inte för projektverksamheten i sin helhet utan avsikten har varit att ge exempel på möjligheterna att verkställa de olika målen i programmet Mieli. Som ett betydelsefullt resultat framställs det strategiarbete genom vilket det i merparten av kommunerna i området har gjorts upp eller kommer att göras upp en strategi för mentalvårds- och missbruksarbetet. På samma sätt belyser man med hjälp av ett flertal exempel möjligheterna att stärka den ställning som patienten och den som brukar tjänsterna har.

Ett av målen som hade ställts upp i programmet Mieli var att med hjälp av en höjning av alkoholskatten minska alkoholkonsumtionen och skador orsakade av alkoholen. I rapporten granskas de förändringar som har skett i fråga om försäljningen av alkohol under de senaste fem åren i norra Finland. Man dryftar också särdragen i området.

I slutrapporten konstateras att ett enskilt projekt som pågår i två och ett halvt år är för kort för att kunna åstadkomma en förändring av mentalvårds- och missbruksarbetet. Man har dock uppnått hållbara resultat genom att dra nytta av det utvecklingsarbete som har utförts tidigare. I samband med att projektet avslutas överförs ansvaret för att upprätthålla utvecklingsarbetet på de av sjukvårdsdistrikten inrättade enheterna inom primärvården och via dem på det organiserade hälsofrämjande arbetet.

Nyckelord: psykisk hälsa, psykisk ohälsa, mentalvårdstjänster, främjande av psykisk hälsa, psykisk rehabilitering, förebyggande mentalvårdsarbete, berusningsmedel, förebyggande missbruksarbete, tjänster inom missbrukarvården, missbrukarvård, missbruksproblem, plan för mentalvårds- och missbruksarbete

## Abstract

Matti Kaivosoja, Tuula Löf, Jessica Indola (ed.). *Rapsodia terveelle mielelle – Kansallisen Mielenterveys- ja Päihdesuunnitelman toimeenpano Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeessa* (Rhapsody of Mind – Implementation of the National Plan for Mental Health and Substance Abuse Work 2009–2015 in a Regional Project Tervein Mielin Pohjois-Suomessa (TMP-S) in Northern Finland). National Institute for Health and Welfare (THL). Report 47/2011. 104 pages. Helsinki.

The project TMP-S was initiated by five northernmost hospital districts of Finland (Central Ostrobothnia, Northern Ostrobothnia, Western Ostrobothnia, Lapland and Kainuu). The project aimed to promote well-being and mental health and prevent problems related to substance misuse in northern Finland. The project's goal was also to implement the national plan for mental health and substance abuse work 2009–2015 in northern districts. The duration of the project was 2009–2011 and it was funded with 1.8 million euros by the National Development Programme for Social Welfare and Health Care (Kaste), coordinated by the Ministry of Social Affairs and Health.

No project can exist in a vacuum. The TMP-S project is a part of the continuum of a development work. Its theoretical framework comes from the Ostrobothnia Project (2005–2014). This project set out to systematically continue the methods of the Ostrobothnia Project, but it also strived to include each district's previous development work within mental health and substance abuse work and to maintain the continuity of the development work within each district.

This report presents examples of the implementation of the national plan for mental health and substance abuse work 2009–2015. Thus this report does not include a documentation of all the various actions of the project, but strives to show the viability of the national plan for mental health and substance abuse work 2009–2015. As a notable outcome of this project, one chapter focuses on developing strategies of mental health and substance abuse work with municipalities and other local authorities that have been initiated in almost the entire area of the project. Also one chapter focuses on themes of experimental expertise and various actions to improve the status of the service users.

One of the 18 proposals of the national plan for mental health and substance abuse work 2009–2015 aims to raise alcohol taxes. One chapter of this report analyses changes of alcohol consumption in the area of five hospital districts and discusses special features of alcohol consumption in the area.

The final report of the project TMP-S concludes that two and a half years, the duration of the project, is as such too short to produce significant and permanent changes in mental health and substance abuse work in the area. But linking the project to previous development work of the districts also permanent changes can be achieved. After the project the responsibility to continue the development work is transferred to new primary health care development units of the hospital districts and projects that they will initiate.

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

## Čoahkkáigeassu

Matti Kaivosoja, Tuula Löf, Jessica Indola (doaim.). Rapsodia terveelle mielelle - Kansallisen Mielenterveys- ja Päihdesuunnitelman toimeenpano Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeessa (Rapsodia dearvvas millii – Álbmotlaš Mielladearvvasvuoda - ja Jugešvuodaplána doibmiibidjan Dearvvas mielain Davvi - Suomas -fidnus). Dearvvasvuoda ja buresbirgejumi lágádus (THL). Raporta 47/2011. 104 siiddu. Helsset. Finland 2011.

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

Dearvvas Mielain Davvi-Suomas-fidnu šattai Keski-Pohjanmaa, Pohjois-Pohjanmaa, Länsi-Pohja ja Lappi buohccedikšunbire ja Kainuun eanagoddi-gielddaidovttastumi oktasašbargun. Fidnu juksanáigumuššan lei ovddidit davvisuopmelaččaid buresbirgejumi, ovddidit mielladearvvasvuoda ja geahpedit jugešvuodahehttehusaid. Viđa buohccedikšunbire ovddiidanfidnu juksanáigumuššan lei maid doibmii bidjat álbmotlaš mielladearvvasvuoda- ja judešvuodaplána (Mieli 2009) Davvi-Suomas. Fidnu ollašuvai jagiid 2009-2011 ja dat oažžui KASTE-prográmmas ruhtadeami 1.8 milj. euro.

Miige fidnu ii eale gurrosis. Dearvvas mielain Davvi-Suomas -fidnu lei guhkešáigásaš ovddiidanbarggu oassi. Dan teorehtalaš referensarápma lea leamaš Pohjanmaa-fidnu (2005–2014) lašadallojuvvon ovddiidanstrategiija. Fidnus geahččaledje mearrediđolaččat joatkit Pohjanmaa-fidnus gárgejuvvon vugiid ja viididit daid Davvi-Suoma guovllus. Seammás fidnus geahččaleimmet seailluhit guđege eanagotti ovddiidanbarggu jotkkoalašvuoda, nappo ávkástallat daid 2000-logus ollašuttujuvvon mielladearvvasvuoda- ja jugešvuodabarggu gárggiidanfidnuid.

Dán raportas ovdanbuktit ovdamearkkaid bokte álbmotlaš mielladearvvasvuoda - ja jugešvuodaplána guđege juksanáigumuša doibmiibidjama. Raporta ii dānu ovdanbuvtte oppa fidnudoaimma, muhto dat geahččala addit ovdamearkka guđege Mieli -prográmmá juksanáigumuša ollašuttinvejolašvuodaain. Mearkkašahti boadusin ovdanbukto strategiijabargu, mas measta heilla guovllu gielddaide lea šaddan dahje bohta šaddat mielladearvvasvuoda- ja jugešvuodastrategiija. Seamma lādje govvidat mángga ovdamearkka bokte buohcci ja bálvalusaid geavaheaddji saji nannema.

Mieli –prográmmas oktan juksanáigumuššan lei alkoholavearu bajideami bokte geahpedit sihke alkohola golaheami ja alkoholahehttehusaid. Raportas geahčadat alkohola vuovdima nuppástusaid manjimuš viđa jagi áigges Davvi-Suomas ja guorahallat guovllu erenoamášsárgosiid.

Loahpparaportas gávnnaht, ahte oktonas 2,5 jagi bisti fidnu lea menddo oanehis mielladearvvasvuoda- ja jugešvuodabarggu nuppástuvvamii, muhto ávkástallamiin ovddit ovddiidanbarggu leat juksan eanet bissovaš bohtosiid. Fidnu nogadettiin ovddiidanbarggu bisuheami vāstu sirdāsa buohccedikšunbiriid vuodđudan vuodđodearvvasvuodafulahusa ovttadagaide ja daid bokte organiserejuvvon dearvvasvuoda ovddiidanbargui.

Čoavddasānit: mielladearvvasvuoha, mielladearvvasvuoda ovddiideapmi, gárrenávnas, eastadeaddji jugešvuodabárgu, mielladearvvasvuoha- ja jugešvuodaplána



## Sisällys

Esipuhe .....	3
Tiivistelmä.....	4
Sammandrag .....	5
Abstract .....	6
Čoahkkáigeassu .....	7
1 Johdanto .....	9
2 Asiakkaan aseman vahvistaminen .....	13
2.1 Yhdenvertainen pääsy palveluihin – mielenterveyden ensiapukoulutus (MTEA2) ensiavun henkilöstölle .....	13
2.2 Helposti ja yhden oven kautta, Länsi-Pohja –toiminnan tavoite .....	17
2.3 Kokemusasiantuntijoiden osallistuminen – asiantuntijan kokemuksia ja osallisten näkemyksiä .....	22
2.4 Pakonkäytön vähentäminen sairaalahoidon aikana .....	26
3 Edistävä ja ehkäisevä työ .....	31
3.1 Alkoholin kulutuksen muutokset Pohjois-Suomessa 2000-luvulla .....	31
3.2 Yhteisöllisyyttä ja osallisuutta vahvistamassa mielen hyvinvoinnin edistämiseksi Kainuussa.....	39
3.3 Ongelmien ylisukupolvisuuden ehkäiseminen Toimiva lapsi & perhe menetelmien avulla .....	41
3.4 Teoriasta käytäntöön – mielenterveys- ja päihdestrategioiden laadinta Pohjois-Suomen kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla .....	44
4 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen .....	50
4.1 Kunnat koordinoivat mielenterveys- ja päihdepalveluista kokonaisuuden .....	50
4.2 Strategiatyö puree – palvelut yhdelle tontille .....	69
4.3 Liikkuvuus ja joustavuus psykiatrisessa hoitokäytännössä Länsi-Pohjassa .....	72
4.4 Hoitoketjujen kehittäminen ja toimivuuden arviointi .....	74
4.5 InterRAI:n käyttöönottoprosessi .....	81
4.6 Jakamaton kokonaisuus lasten ja nuorten mielenterveystyössä.....	88
4.7 Työikäisten ongelmien tunnistaminen, varhainen puuttuminen ja hoidon yhteistyökäytäntöjen kehittäminen.....	91
4.8 Masentuneen vanhuksen hoito terveydenhuoltojärjestelmässä .....	95
5 Arviointi .....	99
5.1 Tervein Mielin Pohjois-Suomessa –hankkeen ulkoisen loppuarvioinnin alustavia johtopäätöksiä ...	99
5.2 Hanketyöntekijän huoneen taulu .....	102
6 Kirjoittajien ja toimituskunnan esittely .....	103

# 1 Johdanto

Hankkeilla on lennokkaita nimiä ja kauniita logoja. Nimet voivat olla luovia ilmauksia hankkeen visiosta tai joskus jopa mitänsanomattomia kompromisseja. Hankkeilla on kuitenkin aina järkevä tarkoitus. Tarkoitus määräytyy hankkeen hakijatahojen, hankkeen suunnitteluajankohdan ja rahoituslähteiden asettamien reunaehtojen pohjalta ja tarkoitusta voi ymmärtää paremmin tuntemalla sen kokonaisuuden, johon hanke istutettiin. Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hanke (TMP-S-hanke) ei ole poikkeus, hanketta ei voi ymmärtää irrallisena eikä se ole sellaisena koskaan toiminutkaan. Vaikka hankkeella on nimi, logo ja loppuraportti, sitä voi pitää osana pidempää kehittämistyötä, osana Pohjanmaa-hanketta, osana Mieli 2009 -ohjelman toimeenpanoa ja osana KASTE-ohjelmaa.

Tämä julkaisu kuvaa toisaalta hanketyötä ja sen kautta saavutettua kehitystä, toisaalta se raportoi kansallisen Mieli-suunnitelman toimeenpanoa Pohjois-Suomessa. Kun hanke saa valtionosuutta kansallisesta sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmasta kustannuksiinsa, sen tulee olla kansallisesti hyödynnettävissä. Päätimme, että parhaiten voimme avata alueellisesti ja sisällöllisesti laaja-alaista kehittämistyötä kuvaamalla Mieli-suunnitelman eri tavoitteiden toteutumista koko Pohjois-Suomessa. Siten tätä raporttia voi lukea esimerkkiluettelona suunnitelman toimeenpanosta. Ensimmäinen luku tarkastelee suunnitelman tavoitteita 1-5; asiakkaan aseman vahvistamista. Toisen luvun artikkelit käsittelevät mielenterveyttä edistävää ja ehkäisevää työtä, Mieli-suunnitelman tavoitteita 6-7. Kolmannen luvun huomion kohteena on palvelujen ja palvelukokonaisuuden kehittäminen, suunnitelman tavoitteet 8-13. Tässä julkaisussa vain sivutaan ohjausjärjestelmää koskevia tavoitteita 14-18, joiden kehittäminen on ensisijaisesti valtion hallinnon vastuulla.

Raportti ei voi kuvata koko hanketyötä. Kaikki hanketyö ei edes voi tuottaa pysyviä tuloksia, hankerahoituksen tarkoituksin on mahdollistaa kokeileminen, riskin ottaminen ja tavanomaisesta vuosisuunnittelusta poikkeava kehittäminen. Jo tässä vaiheessa haluan kuitenkin nostaa esille yhden onnistumisen. Mieli-ohjelman ensimmäiset neljä tavoitetta koskevat potilaan ja asiakkaan aseman parantamista. Oikeastaan kaikki myöhemmätkin tavoitteet on peilattavissa näiden tavoitteiden kautta. Kokemusasiantuntijoiden, palvelujen käyttäjien ja omaisten mukaan ottaminen palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin oli ehkä Mieli-ohjelman radikaalein esitys. Hankkeen käynnistyessä olisi ollut vaikea aavistaa, miten monella tapaa tämä tavoite lähtisi toteutumaan.

## Palvelujen käyttäjän asema

Virpi-Liisa Kykyri kuvaa mielenterveyden ensiaputaitojen koulutusta osana ehkäisevää työtä ja mielenterveysongelmiin liittyvän leiman vähentämistä. Mitä enemmän ihmisillä on tietoa mielenterveydestä ja ymmärrystä kriiseistä, sitä vähemmän heillä on ennakkoluuloja. Tämä koskee myös päivystyspisteissä työskenteleviä terveydenhuollon ammattilaisia. Perustiedot auttavat arvioimaan välittömän avun tarvetta ja luottamus omaan osaamiseen vähentää myös sellaista usein vähemmän tiedostettua reagointia, jonka potilaat kokevat torjuvana ja jopa syyllistävänä. Birgitta Alakare, Timo Haaranieniemi ja Jouni Petäjäniemi Länsi-Pohjasta kuvaavat miten palvelut voidaan järjestää asiakkaan tai potilaan tarpeiden pohjalta toimivaksi. Toiminnallinen kokonaisuus on virtuaalinen yksikkö useissa eri toimipisteissä. Seuraavassa artikkelissa hanketyöntekijät ja palvelujen käyttäjät yhdessä kuvaavat käyttäjien osallistumista palvelujen arviointiin ja kehittämiseen. Johanna Leppäniemi kuvaa psykiatrisen hoitotahdon käytön kehittämistä ja keinoja pakon käytön vähentämiseksi psykiatriassa.

## Ehkäisevä työ esille

Mieli-suunnitelmassa on kolme keskeistä elementtiä ehkäisevälle työlle, päihdekulutuksen vähentäminen, ongelmien ylisukupolvisuuden kierteen katkaiseminen ja yhteisöllisyyden lisääminen. Kutakin tavoitetta valaistaan pohjoisella näkökulmalla.

Esa Österberg tarkastelee alkoholin myynnin ja kulutuksen erityisiä piirteitä Pohjois-Suomessa ja kulutuksen muutoksia alkoholiverotuksen jyrkän alentamisen sekä sen jälkeen tehtyjen pienempien veron koro-

tusten aikana. Artikkelissa tulee esille, miten tilastojen lukeminen ilman alueen tuntemusta voi johtaa harhaan ja Österberg antaa taustan Lapin suurille myyntiluvuille ottamalla huomioon myös rajan yli tapahtuvat ostot niin Norjan kuin Ruotsin osalta.

Sari Marita Ikäheimo ja Aikku Eskelinen Kainuusta kirjoittavat esimerkin yhteisöllisyyden parantamisesta ja väliinpuotoamisten ehkäisemisestä. Draaman keinoin motivoitiin osallistujia mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun sekä kokemusasiantuntijoiden esiintymisharjoitusten toteuttamiseen.

Jorma Posio kuvaa artikkelissaan ylisukupolvisten ongelmien siirtymistä ja Lapissa tehtyä laajaa kehittämistyötä kierteen katkaisemiseksi. Artikkelissa käy ilmi, ettei riitä, että jokin menetelmä saadaan työntekijöille tutuksi, ei sekään, että osa henkilöstöstä koulutetaan menetelmän käyttöön. Jotta hyvät työkalut, kuten TLP-menetelmät saadaan juurtumaan, tarvitaan pysyvää osaamisen kehittämistä. Alueella on koulutettava paitsi käytännön osaajat, myös omia kouluttajia jatkuvuuden turvaamiseksi. Toisaalta tarvitaan myös esimiesten ja johdon sitoutuminen, hyvistä menetelmistä ja niiden taitamisesta ei ole paljoa apua, mikäli menetelmien käyttöön ei ole varattu aikaa eikä organisaatiossa tueta niiden hyödyntämistä.

Lähtökohtana Mieli-suunnitelmassa on kuntien vastuu palveluista ja sen konkretisoiminen laatimalla jokaiselle kunnalle mielenterveys- ja päihdestrategia, jossa palvelukokonaisuus ja kuntien toimet terveyden edistämiseksi hahmottuvat. Matti Kaivosoja ja Jorma Posio kuvaavat hankkeen toimia ja toisaalta ongelmia tämän tavoitteen kanssa. Suurin osa alueen kunnista on hankkeen päättyessä joko laatinut tai sitoutunut laatimaan strategiansa.

### **Palvelut kokonaisuudeksi**

Mieli-suunnitelma sisältää kolmannessa kokonaisuudessa ehdotukset palvelurakenteen yhtenäistämiseksi. Arja Heikkinen kuvaa artikkelissaan alueen suurimman ja liitosten myötä yhä laajenevan kunnan, uuden Oulun pitkälle ulottuvaa mielenterveys- ja päihdestrategiaa.

Birgitta Alakare ja Kauko Haarakangas Länsi-Pohjasta ja Matti Kaivosoja Keski-Pohjanmaalta kuvaavat esimerkein sitä, miten palvelukokonaisuutta kehitetään. Länsi-Pohjassa virtuaalinen kokonaisuus toimii vahvasti avohoitoa painottaen ja välttämällä sairaalahoitoa. Keski-Pohjanmaalla taas on painotettu palvelujen yhtenäisyyttä ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen integroitumista muihin terveystalouteen ja päivystävään palveluun. Kaikki palvelut avautuvat konkreettisesti – jos ei yhdeltä luukulta, niin ainakin yhdeltä tontilta.

Tiina Puotiniemen artikkeli kuvaa hoitoketjujen kehittämistyötä, jossa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirillä oli hankkeessa päävastuu. Puotiniemi, Rekilä ja Kaivosoja kuvataan sekä hoitoketjujen, hoidon laadun kehittämiseen soveltuvan interRAI-järjestelmän käyttöön ottamista ja mahdollisuuksia kunnan palvelukokonaisuuden hallinnassa.

Lopuksi palvelukokonaisuutta käsittelevässä luvussa Birgitta Alakare kuvaa lasten ja nuorten palveluketjun, Tiina Puotiniemi ikääntyneiden palveluketjun ja Tuula Löf työikäisten palveluketjun kehittämistä.

### **Hanke kehittämistyön jatkumossa**

Saimme tähän raporttiin ennakkoyhteenvedon Referenssi Oy:n suorittamasta hankkeen ulkoisesta arvioinnista (Sinikka Törmä, Kati Tuokkola ja Kari Huotari). Koko arviointi ja osahankkeiden raportoinnit löytyvät Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeen Internet-sivuilta: [www.tmps.fi](http://www.tmps.fi).

TMP-S -hanke on osa vuosikymmenen mittaista mielenterveystyön ja päihdetyön kehittämistä viiden pohjoisimman sairaanhoitopiirin alueella Pohjois-Suomessa. Hanketta voi ymmärtää vuodesta 2001 alkaen rakentuneen Lapin sairaanhoitopiirissä tehdyn kehittämistyön jatkona. Toisaalta se on jatkanut Kainuun maakunnassa pitkään tehtyä päihdetyön, mielenterveystyön ja ehkäisevän työn hankejatkumoa. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä, erityisesti Keroputaan sairaalassa on pitkään työskennelty oman alueellisen integroituneen hoitojärjestelmän luomiseksi. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri koordinoi ennen hanketta sekä Pohjois-Suomen ERVA-alueen psykiatrisen hoidon ja päihdehoidon kehittämisselvitystyön (Kaivosoja, Koponen & Moring 2005) että sen ehdotuksia toimeenpanneen ERVA-PS kehittämisselvityshankkeen.

Hankekehittäminen oli pirstaleisimmillaan vuosikymmenen sitten ja esitettiin vaatimuksia koota alueellisia, vaikuttavia ja kooltaan merkittäviä hankekokonaisuuksia. Mielenterveystyön kannalta kansallisesti

merkittävä harppaus sirpaleisen kehittämisen kokoamiseksi oli sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän vuonna 2004 esittämä aloite, että Suomeen tarvittaisiin ”mielenterveyden Pohjois-Karjala -projekti” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004). Tällä tavoitteella kolme pohjalaista sairaanhoitopiiriä käynnistivät vuonna 2005 Pohjanmaa-hankkeen 2005–2014. Pohjanmaa-hanketta ei edes alkuvaiheessa ajateltu yhden rahoituskauden hankkeeksi, vaan pikemminkin pitkäkestoiseksi kehittämisohjelmaksi, jolla tähdättiin mielenterveyttä laajasti koskevaan kulttuuriseen muutokseen (Kaivosoja & Lassila 2005).

Pohjanmaa-hanke, Vantaan Sateenvarjo-hanke ja Lapin mielenterveytyksen kehittämishanke olivat vuonna 2005 käynnistyneistä hankkeista suurimmat ja niitä ryhdyttiin kutsumaan kärkihankkeiksi. Sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntaliitto ja STAKES perustivat näille kolmelle hankkeelle yhteisen asiantuntijaohjausryhmän. Pohjanmaa-hanke otti käyttöön verkkoalustan, jolle se kutsui myös toisten kärkihankkeiden toimijat ja yhteisessä ohjausryhmässä sovittiin, että käynnistetään myös vuosittaiset valtakunnalliset kehittämisseminaarit, joihin kutsutaan myös pienempien kehittämisseminaarien toimijat, mutta ”kolme suurta” kantavat seminaareista päivävuon STM:n, Kuntaliiton ja STAKESin (nykyisin THL) kanssa.

Kansalliset seminaarit ja hankkeiden yhteistyö loivat pohjaa Mieli-ohjelman valmistelulle. Ohjelman suunnittelun käynnisti 106 kansanedustajan aloite vuonna 2006 kansallisen mielenterveysstrategian luomisesta maahamme. Sosiaali- ja terveysministeriö linjasi ohjelmaa valmistelleen työryhmän toimeksiannossa keväällä 2007 sisällöksi kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valmistelun. Suunnitelma (Mieli-ohjelma) valmistui vuoden 2009 alussa ja työryhmän suositus vahvistettiin valtioneuvoston päätöksellä.

Toisaalta Mieli-ohjelma valmistui hanketyön tukena ja toisaalta siitä tuli seuraavien hankevaiheiden kivijalka. Vuonna 2008 Pohjanmaa-hankkeen toisen hankekauden ollessa kesken kävi ilmi, että kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmalle (KASTE) rakennettiin terveydenhuollon ns. ERVA-alueiden mukaiset ohjausrakenteet. Tämän seurauksena Pohjanmaa-hanke jakautui kahdelle eri ERVA-alueelle. Toisaalta Lapin sairaanhoitopiiri oli ollut suurten hankkeiden ohjausryhmässä ja Oulun yliopistosairaala oli hallinnoinut jo yhtä ERVA-alueen kehittämisseminaaria. Näistä lähtökohdista oli luontevaa, että uusi kehittämisseminaari päätettiin rakentaa toisaalta Pohjanmaa-hankkeen hyvien käytäntöjen levittämiseksi ja toisaalta kaikkien sairaanhoitopiirien jo käynnissä olleen kehittämistyön jatkamiseksi. Hankkeen valmistelussa oli Pohjanmaa-hankkeen kautta tiedossa Mieli-ohjelman valmistelun päälinjaukset vaikka ohjelma valmistuikin vasta vuoden 2009 puolella. Hankkeen suunnitelmaan kirjattiin tavoitteeksi Mieli-ohjelman toimeenpano. Kansallisten linjausten toimeenpanovelvoite oli kirjattuna myös sosiaali- ja terveysministeriön rahoituspäätöksessä, jolla ministeriö myönsi hankkeelle 1.8 miljoonan euron valtionavun.

Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hanke päättyy erillisenä hankkeena. Hankkeen johtoryhmän linjaus on ollut, että jatkossa mielenterveys- ja päihdetyön jatkamisen tulisi tapahtua erityisesti perusterveydenhuoltoon painottuen sairaanhoitopiirien uusissa perusterveydenhuollon yksiköissä ja toisaalta kuntien hyvinvointiohjelmatyössä. Kuntien hyvinvointijohtamista tukemaan on Terveempi Pohjois-Suomi -hanke (TerPS) saamassa jatkohankkeen, joka jatkaa myös nyt päättyvän hankkeen ja Pohjanmaa-hankkeen hyvien käytäntöjen levittämistä. Sen tarkoituksena on viedä mielenterveys- ja päihdetyön suunnittelu osaksi kuntien hyvinvointityötä ja kunnan sähköistä hyvinvointikertomusta. Mielen terveyden edistäminen tulee osaksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä.

On myös rohkaisevaa nähdä, että nykyinen hallitus on myös ottanut lähes kaikki Mieli 2009 -ohjelman ehdotukset hallitusohjelmaan (Juha Moring, 23.8.2011). Kansallisella tasolla THL jatkaa sekä Mieli-ohjelman mukaisten hankkeiden tukea ja ohjausta. Aluehallintovirastot ovat ainakin Pohjois-Suomessa osoittaneet halua laaja-alaisen hyvinvointityön tukemiseen alueellisella tasolla. Siten kuntien mielenterveys- ja päihdetyölle on nyt tukea tarjolla, niin hallinnon koordinaatiota ja konkreettisia työvälineitä kuin myös palvelujen käyttäjien asiantuntemusta.

## Kirjallisuutta

Kaivosoja, M., Koponen, H. & Moring, J. ERVA – PS. Psykiatrisen hoidon ja huume- / päihdehoidon kehittäminen ja uudelleen järjestely. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Oulu 2005.

- Kaivosoja, M. & Lassila, A. Pohjanmaa-hankkeen toimintamalleja. Kirjassa: Eskola, J. & Karila, A. (toim.) Mielekäs Suomi - Näkökulmia mielenterveystyöhön. Edita Publishing Oy. Helsinki 2007.
- Kuosmanen, L., Vuorilehto, M., Voipio-Pulkki, L-M., Laitila, M., Posio, J. & Partanen, A. Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä – kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdehankkeesta 2005-2009. Avauksia 5/2010. Helsinki; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotuksen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.
- Moring, J. Esitelmä mielenterveys- ja päihdehankkeiden kehittämisseminaarissa kuntatalo, Helsinki 23.08.2011.
- Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V. & Nordling, E. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Raportti 6/2011. Helsinki; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Työnjakoa ja työnrasitusta. Mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:5.
- Wahlbeck, K., Kaivosoja, M., Lassila, A. & Syväoja, S-S. Mielenterveyden edistäminen on yhteistyötä. Suom Lääkäril: 2007: 62: 721.

## 2 Asiakkaan aseman vahvistaminen

### 2.1 Yhdenvertainen pääsy palveluihin – mielenterveyden ensiapukoulutus (MTEA2) ensiavun henkilöstölle

Virpi-Liisa Kykyri

Tuoreiden tietojen mukaan mielenterveyden ongelmista ja hermostoperäisistä häiriöistä kärsii jo yli kolmasosa eurooppalaisista. Tilastojen valossa nämä ongelmat, etenkin masennus, ahdistuneisuus ja päihdehäiriöt, ovat yleistymässä myös Suomessa. Asianmukaista hoitoa mielen sairauksiin ja häiriöihin saa kuitenkin eurooppalaisten arvioiden mukaan vain joka kolmas hoitoa tarvitsevasta. Riittämättömän hoidon vuoksi mielenterveyden häiriöistä aiheutuu yhteiskunnalle merkittäviä kustannuksia ja taloudellisia menetyksiä. Lisäksi ne aiheuttavat suurta inhimillistä kärsimystä niin oireista kärsiville kuin heidän läheisilleen. Mieli 2009 -ohjelmaan on syystäkin otettu keskeiseksi periaatteeksi yhdenvertainen pääsy palveluihin. Monen muun sairauden tai ongelman kohdalla emme hyväksyisi sitä, että vain kolmannes oireista tunnustetaan ja hoidetaan oikein. Esimerkiksi masennuksen osalta varovaisetkin arviot lähtevät siitä, että vain noin puolet hoitoa vaativasta masennuksesta kärsivistä henkilöistä hakeutuu avun piiriin, ja heistä vain noin puolet saa asianmukaista hoitoa oireisiinsa.

Mielenterveyden häiriöihin ja päihdeongelmiin liittyy tutkitusti paljon häpeän ja leimatuksi tulemisen kokemuksia. Ne voivat osaltaan estää hoitoon hakeutumista ja riittävän varhaista ongelmiin puuttumista. Tutkimuksissa on havaittu, että näitä haitallisia asenteita esiintyy koko väestössä, eivätkä myöskään terveydenhuollon ammattihenkilöt ole niistä vapaita. Pohjanmaa-hankkeen väestötutkimuksessa vuonna 2007 kävi ilmi, että monien kansalaisten mielestä psyykkisten oireiden vuoksi ei kannata hakeutua terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon. Jopa 40 prosenttia pohjalaisista on sitä mieltä, että perusterveydenhuollon henkilöstö ei suhtaudu vakavasti mielenterveysoireisiin (Aromaa ym. 2007). Asenteiden vaikutuksen voiakin ajatella olevan kahtalainen: ihmiset arastelevat hoitoon hakeutumista, ja toisaalta terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat tuntea epävarmuutta ja riittämättömyyttä mielenterveyden häiriöitä kohdatessaan, jolloin apua hakevan ihmisen kokemus ongelmansa häpeällisyydestä voi tahattomasti korostua.

Elämme erikoistuneen asiantuntijuuden aikaa. Joka ongelmalle on oma erikoisosaajansa, minkä vuoksi palvelujärjestelmämme on rakentunut monimutkaiseksi ja osin hajanaiseksi. Palvelujärjestelmässä navigointiin, valikointiin ja ohjaamiseen liittyvät tehtävät korostuvat helposti työntekijöiden tehtäväkuvissa. On myös todettu, että mielenterveyden häiriöistä kärsivät, perusterveydenhuoltoon hakeutuvat asiakkaat tulevat hyvin usein vastaanotolle jonkin muun nimetyn vaivan ”varjolla” (Simon ym. 1999). Asiakasta kohdatessaan työntekijä joutuukin haastavan tehtävän äärelle. Oikean avun saamiseksi olisi tärkeää rohjeta kysyä myös niistä vaivoista, joista asiakas ei itse kerro, kuten esim. mielialasta, jaksamisesta, unen laadusta tai päihteiden käytöstä. Psyykkisten häiriöiden tunnistamisen ja hoidon ammattilaiset ovat toisaalta osaltaan itse olleet rakentamassa myyttiä työkentästä, jolla toimiminen edellyttää pitkälle erikoistunutta, jopa hie-man mystiseltä kalskahtavaa erikoisosaamista. Ei olisikaan ihme, jos perusterveydenhuollossa mielenterveyden häiriöistä kärsivää potilasta kohtaava työntekijä ajattelisi automaattisesti, että kyseisen potilaan hoitamiseen oma osaaminen ei riitä, vaan tarvitaan mielen sairauksien erityisasiantuntijaa. Tällöin voi käydä niin, että ihmistä ryhdytään suoraan ohjaamaan seuraavalle vastaanotolle sen sijaan, että häntä ja hänen ajatuksiaan kuultaisiin rauhassa.

Moni hyvää tarkoittava potilaan ohjaaminen erityispalveluihin kariutuukin juuri tässä kohdassa: vastaanotolle hakeutunut ihminen kokee, ettei hän tullut oikein kuulluksi asiassaan, joka näytti myös olevan terveydenhuollon ammattilaiselle liian vaikea. Näin apua tarvitsevan ihmisen kokemus ongelmansa ”outoudesta” vahvistuu, eikä hän ehkä pysty hyödyntämään tarjolla olevaa avun saamisen mahdollisuutta. Tämä on erityisen merkityksellistä, koska useissa tutkimuksissa on todettu ensimmäisen kontaktin merkitys avun vastaanottamisen ja siitä hyötymisen kannalta. Niin kliinisen lääketutkimuksen kuin psykoterapiatut-

kimuksenkin tulokset viittaavat siihen, että apua hakevan ihmisen kohtaaminen ja hyvän suhteen luominen heti asiakkuuden alkuvaiheessa ratkaisevat avun onnistumisen (Duncan ym. 2010, McLeod ym. 2009, Worchel & Gearing 2010). On erittäin tärkeää, että työskentelyn alussa apua tarvitseva ihminen voi kokea tulleen oikeaan paikkaan, jossa hän tulee kuulluksi ja kohdatuksi ja jossa hän saa uutta toivoa tilanteesta selviytymiseen ja toipumiseen.

## MTEA2-koulutukset

Yleisesti on ajateltu, että väestön leimaavien asenteiden taustalla olisi pääosin riittävän ja oikean tiedon puutetta. Kuitenkin tieteellinen tieto mielenterveydestä, sen häiriöistä ja niiden hoidosta lisääntyy jatkuvasti. Tätä tietoa hyödyntämällä on nähty voitavan vaikuttaa asenteisiin ja toimintakäytäntöihin. Ajantasaisen tiedon pohjalle on kehitetty Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutus (MTEA2), joka perustuu australialaiseen koulutusmalliin (MHFA) ja joka on Pohjanmaa-hankkeen yhteydessä sovitettu Suomen oloihin (Laitila ym. 2010). Koulutuksista ja niiden sisällön ja materiaalien kehittämistä vastaa tällä hetkellä Suomen Mielenterveysseuran Koulutuskeskus, joka myös huolehtii ohjaajien koulutuksista ja verkostoitumisesta sekä ylläpitää koulutusten verkkosivustoa.

MTEA2 on kahden tunnin laajuinen koulutuskokonaisuus, jonka tavoitteena on lisätä osallistujien tietoisuutta mielenterveys- ja päihdeongelmista sekä niiden oireista, hoidosta ja oikeasta ensiavusta. Ensiavulla tarkoitetaan tässä yhteydessä apua, jota annetaan ennen kuin lääketieteellistä apua on saatavilla. Kurssin tarkoituksena on madaltaa avun hakemisen ja avun antamisen kynnystä sekä antaa käytännöllisiä välineitä auttamisen tueksi. Kurssilla opetellaan soveltamaan mielenterveyden ensiavun viiden askeleen mallia apua tarvitsevan ihmisen auttamiseksi. Lisäksi kurssin tavoitteena on auttaa tunnistamaan oman osaamisen rajoja sekä vähentää mielenterveysongelmiin liittyvää leimautumista.

Kurssin työmenetelminä ovat luennot, keskustelut ja erilaiset toiminnalliset ja eläytymisen mahdollistavat harjoitukset. Kurssiin kuuluu myös oppikirja, johon on koottu ajantasaista tietoa keskeisimmistä mielenterveys- ja päihdehäiriöistä sekä mielenterveyden ensiavun perusaskeleet. Mielenterveyden ensiavun perusaskeleita ovat:

1. Arvioi avunhakijan mahdollinen itsetuhoisuuden riski
2. Kuuntele rauhassa ja moralisoimatta
3. Rohkaise ja anna tietoa asioista
4. Rohkaise huolehtimaan itsestä
5. Rohkaise hakemaan tarvittaessa ammattiapua. (Heiskanen ym. 2005)

Näitä perusaskeleita soveltaen kurssilla opetellaan toteuttamaan masentuneen, itsemurhavaarassa olevan, ahdistuneen, psykoottisista oireista ja päihdehäiriöistä kärsivän ihmisen ensiapua.

Tästä koulutuskokonaisuudesta on tehty useita vaikuttavuustutkimuksia (Kitchener & Jorm 2002, Kitchener & Jorm 2004, Jorm ym. 2005). Niissä on todettu, että leimaavia asenteita ja niiden haitallista vaikutusta hoidon saantiin on voitu tehokkaasti vähentää kurssien avulla. Tämä on tapahtunut lisäämällä kansalaisten tietoisuutta mielenterveys- ja päihdehäiriöistä ja antamalla käytännön työvälineitä ihmisten auttamiseen.

## Tavoite

Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeessa olemme kokeilleet MTEA2 -koulutuksen tarjoamista terveydenhuollon ammattihenkilöille tavoitteena vaikuttaa sekä asenteisiin että toimintakäytäntöjen kehittämiseen. Laajempaan tavoitteena on ollut edistää väestön yhdenvertaista pääsyä hoitoon mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi. Perusterveydenhuolto sekä erityisesti päivystysten ja ensiapujen henkilöstö nähtiin tärkeäksi kohderyhmäksi, joilla on mahdollisuus kohdata ensi vaiheessa iso määrä apua tarvitsevia, mielenterveys- tai päihdeongelmista kärsiviä ihmisiä. Mielenterveyden ensiapukoulutuksen ajateltiin voivan tarjota mahdollisuuden tutkia ja kehittää paikallisesti vastaanoton käytäntöjä siten, että avun saaminen tehostuisi ja organisaatioiden ”väliin putoaminen” vähenisi.

## Toiminta

Hankealueella on toteutettu useita päivystysten ja ensiapujen henkilöstölle suunnattuja MTEA2-kursseja, joissa on ollut yhteensä n. 70 osallistujaa. Pääosin osallistujaryhmät ovat olleet moniammatillisia, mutta yksi kurssista toteutettiin pelkästään terveyskeskuslääkiryhmälle. Kurssien ohjaajina ovat toimineet sairaanhoitaja, perheterapeutti Juha Paananen, mielenterveyshoitaja Pentti Vuorma ja johtava psykologi Virpi-Liisa Kykyri. Pääosin kurseilla on ollut kaksi kouluttajaa. Terveyskeskuslääkäreiden kurssilla oli yhden pääkouluttajan (Kykyri) lisäksi kaksi vierailevaa psykiatriasiantuntijaa, erikoislääkäri Pirjo Jaakkola ja erikoistuva lääkäri Zlata Vesala, joiden kanssa osallistujat pääsivät keskustelemaan tarkemmin lääkehoitoon liittyvistä kysymyksistä.

Kurssien ohjelma on tavoitteiltaan, sisällöiltään ja menetelmiltään noudatellut pääosin mielenterveyden ensiavun kansalaiskursseiden runkoa. Jonkin verran on käsitelty sellaista ammattilaiskäyttöön soveltuvaa materiaalia ja tietoa, jota kansalaiskursseihin ei sisälly, kuten erilaisia oirekartoituksia, lyhyitä interventioita, lääkehoitoa sekä viranomaisten yhteistyöhön liittyviä toimintamalleja ja ohjeita. Luonnollisesti myös kurssilla käytyjen keskusteluiden sisältö on osittain poikennut kansalaiskursseiden vastaavista. Niin kurssien ohjaajat kuin osallistujatkin ovat halunneet hyödyntää harvinaisen tilaisuuden keskustella perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisistä tärkeistä yhteistyökysymyksistä ja pohtia yhdessä työssä havaittuja pulmatilanteita.

Kurssit on toteutettu pääasiassa kahden kokonaisen koulutuspäivän paketteina, mutta kurssin jaksottaminen onnistuu myös pidemmälle ajalle esim. neljänä iltapäivänä parin kuukauden ajalla. Tämä malli soveltui erityisen hyvin kiireisten terveyskeskuslääkäreiden kouluttamiseen. Useimmat kurssin aloittaneet lääkärit osallistuivat kaikkiin neljään jaksoon, vain muutamia yksittäisiä poissaoloja esiintyi.

## Arviointi

Päivystysten ja ensiapujen henkilöstöille suunnatut mielenterveyden ensiapukoulutukset ovat osoittautuneet alustavien käytännön arviointien pohjalta hyvin toimivaksi välineeksi pyrittäessä edistämään yhdenvertaisen hoitoon pääsyn toteutumista. Kurssien osallistujien antama palaute on ollut välitöntä ja kiittävää. Kurssien sisällöllistä antia on pidetty erittäin hyvänä. Vaikka tieto on ollut osin tuttua, sen kertaaminen on koettu hyödylliseksi ja käytännössä asiakkaiden auttamiseen rohkaisevaksi. Erityisesti kurssilaiset ovat pitäneet tärkeänä mahdollisuutta keskustella kokemuksista kollegiaalisesti ja moniammatillisesti. Myös mahdollisuutta vaihtaa ajatuksia perustasolla työskentelevien kurssilaisten ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa työskentelevien kouluttajien kesken on pidetty tärkeänä.

Saadun palautteen perusteella osallistujat ovat pitäneet hyvänä, että kurssiin sisältyy runsaasti toiminnallisia harjoitteita sekä muuta materiaalia, joka mahdollistaa eläytymisen asiakkaan asemaan ja ongelmiin. ”Kuulen ääniä”-harjoitus tuo kouriintuntuvasti esiin, miten vaikeaa olisi olla vuorovaikutuksessa, jos keskusteluun koko ajan sekaantuisi oman pään sisäisiä, ylimääräisiä ääniä. Samalla se auttaa ymmärtämään paremmin, millaista kärsimystä psykoottiset oireet voivat ihmiselle aiheuttaa. Kurssilla on ollut mahdollisuus eläytyä masentuneen ihmisen mielenmaisemaan sekä harjoitella käytännössä itsemurha-ajatuksista ja -suunnitelmista kysymistä. Viimeksi mainittu on osoittautunut yllättävän kiperäksi tehtäväksi myös terveydenhuollon ammattilaisille, ja kyseinen harjoitus on poikkeuksetta herättänyt paljon hyvää keskustelua. Lisäksi kurseilla on hyödynnetty kuntoutujien omia kertomuksia arjestaan niin kirjallisuuden kuin videomateriaalinkin avulla. Kaikki tämä on kurssien osallistujien mukaan madaltanut kynnystä kysyä asiakkailta mielenterveyteen ja päihteisiin liittyviä kysymyksiä ja rohkaissut osallistujia olemaan avuksi asiakkaille ”tässä ja nyt”. Kurssien osallistujat ovat itse arvioineet, että heidän suhtautumisensa mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviin asiakkaisiin on muuttunut myönteisemmäksi. Osallistujat ovat ilmaisseet näkevänsä näiden asiakkaiden tilanteen aiempaa toiveikkaammin ja arvioivat omat mahdollisuutensa auttaa paremmiksi kuin kurssia edeltävästi.

Kurssien yhteydessä käydyissä keskusteluissa on myös voitu tunnistaa ja osin ratkaista niitä ongelmia, joiden vuoksi avun saanti on aiemmin herkästi estynyt tai hankaloitunut. Päivystysten ja ensiapujen kiireinen rytmi tulee itsessään usein esteeksi hyvälle kohtaamiselle, jollei tätä vaaraa havaita ajoissa. Osallistujat ovatkin todenneet, että on tärkeä miettiä jo ennakoon miten toimitaan, kun asiakkaaksi ilmaantuu henkilö,



joka selvästi tarvitsee muutamaa minuuttia pidemmän vastaanottoajan. Löytyykö tila, jossa henkilö voi rauhassa ja turvallisesti odotella jatkokeskustelua, tai voisiko työntekijä varata hänelle heti uuden tapaamisajan johonkin rauhallisempaan ajankohtaan lähipäivinä? Entä miten tunnistetaan ja hoidetaan ne tilanteet, joissa on tarpeen ohjata asiakas heti eteenpäin, joko erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon mielenterveystyöntekijän vastaanotolle?

Alustavat käytännön havainnot viittaavat siihen, että MTEA2 -kurssin käyminen nostaa merkittävästi perusterveydenhuollon, päivystysten ja ensiapujen henkilöstön valmiutta työskennellä mielenterveys- ja päihdehäiriöistä kärsivien asiakkaiden kanssa. Kurssipaikkakunnilla etenkin lievemmistä häiriöistä kärsivien potilaiden lähettäminen perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon näyttäisi olevan laskusuunnassa, mikä viittaisi siihen, että potilaat tulevat aiempaa useammin autetuiksi heti ensimmäisessä hoitopaikassaan. Taloudellisilta kustannuksiltaan koulutukset ovat moniin muihin koulutusinterventioihin verrattuna melko edullisia, ja koulutus sopii hyvin tarjottavaksi osana työnantajan vuotuista terveydenhuollon henkilöstön koulutusvelvoitetta.

Tähänastiset tulokset ovat kaiken kaikkiaan hyvin rohkaisevia, joten MTEA2 -koulutuksia voi suositella lämpimästi toteutettavaksi terveydenhuollon henkilöstölle suunnattuina. Varsinaista tutkimusnäyttöä MTEA2 -kurssien merkityksestä terveydenhuollon ammattilaisten ammattikäytäntöön sekä asiakkaiden yhdenvertaiseen hoitoon pääsyyn ei tosin ole hankkeen yhteydessä saatu, koska tieteellisen tutkimuksen tekeminen ei ole ollut hankkeessa nykyisen rahoituspäättökseen mukaan mahdollista. Kurssien vaikuttavuutta ja yhteyttä yhdenvertaisen hoitoon pääsyn toteutumiseen voitaisiin kuitenkin melko helposti tutkia jatkossa tarkemmin, koska erityyppistä vaikuttavuustutkimusta on tehty kansainvälisesti runsaasti. Kyselylomakkeita on sovitettu myös Suomen oloihin ja lisäksi MTEA2 -koulutusmalli on erittäin hyvin strukturoitu ja dokumentoitu.

## Kirjallisuus

- Aromaa, E., Tuulari, J., Herberts, K. & Wahlbeck, K. Pohjalaisen väestön suhtautuminen masennukseen ja mielen hoitamiseen. *Lääkärilehti* 62 (2007) 8: 788–789.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. *The heart and soul of change: Delivering what works (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association. 2010.
- Heiskanen, T., Salonen, K., Kitchener, B., & Jorm, A. Käsikirja mielen terveydestä ja ensiavusta. Suomen Mielenterveysseura, Painotalo Auranen. 2005.
- Jorm, A., Blewitt, K., Griffiths, K., Kitchener, B. & Parslow, R. Mental health responses of the public: results from an Australian national survey. *BMC Psychiatry* (2005) 5:9.
- Kitchener, B. & Jorm, A.F. Mental health first aid training in a workplace setting: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* (2004) 4:23.
- Kitchener, B. & Jorm, A.F. Mental health first aid training for the public: Evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry* (2002) 2:10.
- McLeod, J., McLeod, J., Shoemark, A., & Cooper, M. User constructed outcomes: Therapy and everyday life. Paper presented at the Psychotherapy Research Conference, University of Jyväskylä, Finland, February 2009.
- Laitila, M. & Seppälä, M., Kykyri, V-L., Järvinen, T. & Häikiö, M. Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutus. Teoksessa innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä – kokemuksia Pohjanmaa-hankeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005–2009, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2010), avauksia 5, 28–29.
- Simon, G.E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. An International Study of the Relation between Somatic Symptoms and Depression. *The New England Journal of Medicine* (1999) 341:18:1329–1335.
- Worchel, D. & Gearing, R.Z. *Suicide Assessment and Treatment*. New York: Springer Publishing Company, 2010.

## 2.2 Helposti ja yhden oven kautta, Länsi-Pohja –toiminnan tavoite

Birgitta Alakare, Timo Haaranieni, Jouni Petäjaniemi

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden erillisuus sekä palveluiden pirstaleisuus ei enää vastaa nykyiseen palveluiden tarpeeseen. Toimijoita, ammattilaisia ja palveluntarjoajia on nyt enemmän kuin koskaan. Mielen sairauksiin ei enää sairastuta yhtä paljon kuin ennen. Silti nuorten ja aikuisten mielenterveys ja päihdepalveluihin kohdistuu yhä suurempi palvelujen tarve (Partanen ym. 2010). Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mieli 2009) tulee esille, että vaikka yhä useammalla on samanaikaisesti sekä mielenterveys- että päihdeongelma, ovat palvelut usein toisistaan erillään. Mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämistä, ehkäisevää päihde- ja mielenterveystyötä sekä mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien hoitoa on tärkeää kehittää yhdessä.

Mielenterveyspalvelujen hallinnollinen pirstaleisuus heikentää varsinkin lasten ja nuorten mielenterveystyön toimintaedellytyksiä. Jotta nykyisiä voimavaroja voitaisiin käyttää parhaalla mahdollisella tavalla, on sosiaali- ja terveydenhuollon sekä oppilashuollon piirissä hajallaan olevien lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen koordinointi ja kokoaminen tarpeen. Erityisesti lasten avohoitopalvelujen jakautuminen osaksi perhe- ja kasvatuseuvoloihin ja osaksi lastenpsykiatriin avohoidon toimipisteisiin voi johtaa helposti toimintojen päällekkäisyyteen ja hallinnollisiin esteisiin (Wahlbeck 2007).

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän laatimassa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mieli 2009) yhtenä keskeisenä painopisteenä korostetaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden nopeaa, joustavaa ja helppoa saatavuutta. Samalla toiminnat pohjaavat vaikuttavaksi todettuihin käytäntöihin. Tähän liittyen on alettu puhua yhden oven mallista palveluiden toteuttamistapana.

Yhden oven periaate kuvaa toimintayksikköä, jossa on riittävä kokonaisvaltainen osaaminen päihde-, mielenterveys- ja sosiaalisten ongelmien selvittelyyn. Yksikössä voidaan aloittaa ja toteuttaa tarvittavat palvelut tai siellä on joustava mahdollisuus ohjata asiakkaat tarvittavien palveluiden piiriin. Kyse ei siis ole erillisestä rakennuksesta tai välttämättä edes erillisestä yksiköstä. Yhden oven periaatteella toimiva yksikkö voi olla osa peruspalveluita tai erikoissairaanhoidon. Tavoitteena mielestämme on, että se on julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Joissakin tilanteissa se voi olla myös kolmannen osapuolen tuottamaa toimintaa. Toiminnallisesti sen tulee olla kuitenkin kiinteä osa palveluiden kokonaisuutta. Lisäksi kunnissa tulee olla kirjattuna ja väestön tiedossa, miten nämä palvelut toimivat ja miten näihin palveluihin hakeudutaan (Lönngqvist 2010).

Länsi-Pohjassa on kuusi kuntaa; Kemi, Keminmaa, Simo, Tervola, Tornio ja Ylitornio. Länsi-Pohjan väestöpohja on n. 67 000 asukasta. Alueen erityispiirteitä ovat asutuksen keskittyminen Kemi-Tornio -alueelle ja siten välimatkat ovat lyhyet.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut, rakenne ja sisältö ovat nykyään nopean kehittämisen ja muutoksen kohteena. Kehittämisen paineita luo toisaalta sairaalapaikkojen väheneminen, joka luo uudenlaisia mahdollisuuksia, mutta tuo myös haasteita avopalvelujen ja kuntouttavien hoitomuotojen kehittämiseen. Mielenterveyttä tukeva palvelurakenne on myös valtakunnallisten ohjauskeinojen painopisteenä. Näitä ohjauskeinoja ovat esimerkiksi Kaste-ohjelma (2008) ja Mieli 2009 -työryhmän laatima mielenterveys- ja päihdesuunnitelma.

Palvelutarjonnassa on runsaasti epäoikeudenmukaisuutta sekä alueellisesti, taloudellisesti että potilasryhmittäin (Wahlbeck 2010). Samaan tulokseen tultiin Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeessa tehdyssä nykytilaselvityksessä 2010.

Länsi-Pohjassa on pitkät perinteet palvelujen kehittämiseksi. Länsi-Pohjan mielenterveystyö pohjautuu Avoimen dialogin hoitomalliin, jonka perusteet ovat dialogisuus, tarpeenmukainen hoito ja tapauskohtainen työryhmätyöskentely. Toimitaan nopeasti sekä joustavasti perhe ja verkosto huomioiden.

Useat alueen mielenterveystyön toimijat ovat saaneet yhteisen perheterapiakoulutuksen. Alueella on yhteinen verkostokeskeinen työote sekä mielenterveystyössä että sosiaalitoimissa. Pienellä alueella toimijat tuntevat toisensa. Lisäksi 80-luvulta alkanut perheterapeuttien koulutus on kehittänyt ja yhdistännyt niin alueen toimijoita kuin toimintatapoja. Toimijoiden organisatorinen pirstaleisuus voi kuitenkin aiheuttaa

hoitojen päällekkäisyyksiä jopa saman kunnan sisällä ja tuo haasteita koordinoida palvelujen käyttöä koko alueella (Nykytilaselvitys 2010).

Länsi-Pohjan psykiatriassa oli aiemmin käytännössä aluepsykiatrinen malli, jossa perus- ja erikoissairaanhoidotasoiset palvelut toteutettiin yhteisen organisaation alla. Aluepsykiatrinen malli mahdollisti palveluiden kehittämisen ja henkilöstöresurssien tarpeenmukaisen käytön asiakaslähtöisesti ja joustavasti.

Aluepsykiatrinen malli hajosi 1990-luvun lopulla, jolloin muut kunnat paitsi Tornio, ottivat mielenterveystyön avohoidon kunnan omaksi toiminnaksi. Perustelut kunnallistamiselle olivat lähinnä pyrkimys hillitä mielenterveystyön kustannusten nousua. Kunnallistamisen jälkeen erikoissairaanhoidon ja kuntien mielenterveysyksiköiden välillä on pyritty edelleen tiiviiseen yhteistyöhön. Tätä edesauttaa hoitoideologian samankaltaisuus ja toimijoiden kokemus aiemmasta aluepsykiatrisesta mallista. Yhteistyön lisäämiseksi toteutetaan vuosittain yhteistyöpäiviä, kuntoutuksen osalta säännölliset eri toimijoista koostuvat Sekutyöryhmät (Seudullisen kuntoutuksen kehittäminen) sekä Info-ryhmä (Ehkäisevän nuorisotyön kehittäminen).

Yhteistyötä mielenterveys- ja päihdetoimijoiden kesken vaikeuttaa pirstaloitunut palvelujärjestelmä. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämistä pyritään hallitsemaan suhteellisen väljällä lainsäädännöllä ja toimijoita on paljon yksittäisistä pienistä kunnista laajoihin kuntayhtymiin ja yksityisiin palveluntuottajiin. Mielenterveyspalvelut sijoittuvat suurelta osin terveydenhuollon vastuulle ja päihdepalvelut sosiaalihuollon vastuulle. Eri toimijoiden välille on muodostunut rajapintoja, joiden ylittäminen on mielenterveyspalveluissa merkinnyt joskus lähetekäytäntöjä ja päihdepalveluissa maksusitoumuskäytäntöjä sekä jonoja tai palvelujärjestelmien väliin putoamista palveluista tai järjestelmästä toiseen siirryttäessä (Partanen ym. 2010).

Länsi-Pohjan osahankkeen strategiakorin yhtenä tavoitteena oli alueellisen mielenterveys- ja päihdestrategian laatiminen. Strategiatyö käynnistettiin mielenterveys- ja päihdetyön nykytilaselvityksen kautta. Selvitystyössä tarkasteltiin palveluja kolmesta eri näkökulmasta. Siinä perehdyttiin alueella aiemmin tehtyyn mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen, tarkasteltiin paikallisia oloja tilastojen kautta. Lisäksi selvityksessä korostui kuntalaisten ja palvelujen käyttäjien kuuleminen, mikä poikkesi aiemmasta kehittämistyöstä. Ne toteutettiin asiakkaiden, mielenterveys- ja päihdejärjestöjen sekä palveluntarjoajien kuulemisilla, joissa kartoitettiin kehittämiskohteita ja palveluiden nykytilaa. Tilaisuudet organisoitiin samansisältöisinä ja niissä keskityttiin mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämiseen, ehkäisevään mielenterveys- ja päihdetyöhön, keskeisiin huolenaiheisiin, kehittämistoimiin, tyytyväisyyden ja ilon aiheisiin sekä mahdollisiin strategisiin kehittämiskohteisiin (Haaraniemi ym. 2010).

Nykytilaselvityksen kartoituksen kautta nousi mielenterveys- ja päihdetyön strategian ja kehittämistyön tavoitteiksi kolme asiakokonaisuutta/päämäärää.

1. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen: asenteisiin vaikuttaminen, osallisuuden lisääminen, nuorisotyöttömyyteen vaikuttaminen, alkoholikulttuurin muutos, koulukiusaamisen vähentäminen sekä palveluista tiedottaminen.
2. Varhaisen tunnistamisen ja nopean avun tehostaminen: kotipalvelu lapsiperheille, kouluterveydenhoidon kehittäminen ja lisääminen, palveluihin pääsyn helppous kautta linjan.
3. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen alueellisena, toimivana kokonaisuutena: yhden oven periaate palveluihin, mielenterveys- ja päihdehoidon samanarvoisuus, riittävä ja tarpeenmukainen hoito ja kuntoutus, taloudelliset ja asiakkaiden mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä edistävät palvelukokonaisuudet.

Strategiatyötä ohjasi kuntien ja sairaanhoitopiirin virkamiehistä ja luottamushenkilöistä koostuva alueellinen ohjausryhmä. Ohjausryhmä tarkensi alueellista strategista suunnittelua kokouksessaan 26.1.2011 antamalla toimeksiannon suunnitelmasta, jossa kunnissa tehtävän mielenterveys- ja päihdetyön lisäksi perheneuvolatyö ja erikoissairaanhoidotasoisen psykiatrisen sairaanhoito yhdistettäisiin yhdeksi toimivaksi kokonaisuudeksi. Kokouksessa sovittiin, että tämä uusi Länsi-Pohjan alueen mielenterveys-, päihde- ja perheneuvolatyön toimintamalli kuvaisi keskeiset toiminnat uudessa yhdistetyssä organisaatiossa.

Toimintamallin (Haaraniemi & Petäjaniemi 2011) suunnittelun lähtökohdaksi otettiin aiemmat alueelliset suunnitelmat, eli Peres-, Sateenkaari- ja Sotepi- hankkeiden mielenterveys-, päihde- ja perheneuvolatyö-

tä koskevat suunnitelmat ja ehdotukset. Lisäksi ohjaavina suunnitelmina on pidetty uutta terveydenhuoltolakia, ERVA-alueella yhteistyössä tehtyjä linjauksia, koskien mielenterveys- ja päihdetyötä, sekä Tervein mielin Länsi-Pohjassa -hankkeen nykytilaselvityksestä nousseita kehittämishaasteita. Tarkoituksena on päivittää aiemmat suunnitelmat yhdeksi kokonaisuudeksi vastaamaan tämän päivän tilannetta ja tulevaisuuden haasteita.

Alueen kaksi suurinta kuntaa Kemi ja Tornio eroavat tällä hetkellä palveluiden järjestämisessä. Kemissä mielenterveys- ja päihdepalvelut on pyritty kehittämään kunnan omana toimintana. Torniossa mielenterveys- ja päihdepalvelut, asumispalveluja lukuun ottamatta, ovat ostopalveluina toteutettuja pitkäaikaiskuntoutuspaikkoja ja sairaanhoitopiirin psykiatrian järjestämiä. A-klinikan palvelut ovat kunnan omaa toimintaa. Kemi ja Tornio myyvät perheneuvola- ja päihdepalveluja Länsi-Pohjan alueen muille kunnille.

Nyt tehtävän mielenterveys-, päihde- ja perheneuvolatyön mallin tavoitteena on palvelurakenteen kehittäminen perheiden hyvinvointia, mielenterveyttä ja päihteettömyyttä edistäväksi. Resurssien hallinnollinen yhdistäminen helpottaa asiakkaiden palveluiden saamista yhden oven periaatteen mukaisesti. Samalla yksiköiden henkilöstön erityisosaaminen on alueellisesti käytössä. Toinen merkittävä tavoite on niin saatavuudeltaan kuin laadultaankin yhdenmukaisten tasa-arvoisten palvelujen takaaminen alueen väestölle riippumatta asuinkunnasta tai ongelmasta, eli onko kyseessä perhe- päihde- tai mielenterveysongelma.

Toimintamallissa on hälvennetty palveluiden rajapintoja ja haettu synergiaetuja viemällä osa alueellista palveluista tukemaan mielenterveys- ja päihdetyön lähipalveluja. Lähipalveluissa oleva erikoisosaaminen pyritään saamaan tarpeenmukaisesti koko seudun käyttöön. Lisäksi alueelliset palvelut yhdessä lähipalvelujen kanssa tukevat myös sosiaali- ja terveydenhuollon muita peruspalveluja. Vuorovaikutuksellinen yhteistyö mahdollistaa henkilöstön tarpeenmukaisen liikkumisen yli yksikkörajojen.

Vaikka toimintamallissa pyritään yhdessä ja ristiin tekemisen kautta tehostamaan resurssien käyttöä ja poistamaan päällekkäisyyksiä hoidoista, toimijoiden ja työntekijöiden oma viitekehys on säilytettävä. Oman ammatillisen viitekehysten ja perustehtävän säilyttäminen on tärkeää, jotta asiantuntijuus ja ammatillinen tietotaito sekä sen kehittäminen on mahdollista. Tällä estetään myös erityisosaamisen häviäminen seutukunnalta ja varmistetaan työntekijöiden oman ammatillisen identiteetin säilyminen.

Uudessa mallissa Länsi-Pohjan mielenterveys-, perhe- ja päihdetyön palvelut kootaan kolmeksi palvelukokonaisuudeksi, jossa yhteiset palvelut, limittäiset avo- ja laitospalvelut sekä erityiset palvelut muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Palvelujen tuottaminen asiakkaan näkökulmasta kuvataan lähi-, alue- ja mahdollisina ostopalveluina. Lisäksi kuvataan työn tekemisen käytäntöjä alueellisessa mallissa.

Mallissa yhteisillä palveluilla tarkoitetaan mielenterveys- ja/tai päihdeongelmista kärsiviä sekä heidän läheisiään tukevia, ongelmasta riippumattomia palveluja. Näitä ovat tyypillisimmillään lapsille, nuorille ja heidän perheilleen suunnatut palvelut, joissa on mukana vahvasti myös ongelmia ennaltaehkäisevä näkökulma. Nykyisten organisaatioiden kautta katsottuna yhteiset palvelut sisältävät muun muassa perheneuvolat, lasten- nuorten- ja yleissairaalapsykiatriset poliklinikat sekä Keroputaan sairaalan alueellisen poliklinikan.

Limittäisillä palveluilla tarkoitetaan mielenterveys- ja päihdetyön linjojen yhteisenä työnä tuottamia palveluja. Näitä palveluja ovat kummankin linjan lähipalveluina tuotetut avopalvelut, joita tuetaan alueellisen poliklinikan toimesta. Limittäisissä palveluissa mielenterveys- ja päihdetyön linjojen työntekijät toimivat yhteisissä työtiloissa, tarvittaessa työpareina, kuitenkin erillisinä tiimeinä omaa erityisosaamistaan tarpeen mukaisesti käyttäen. Myös Keroputaan sairaalassa tuotettuja mielenterveys- ja päihdetyön laitospalveluja tulee ajatella limittäisinä, koska hoidosta vastaa yhteinen henkilökunta.

Erityisillä palveluilla tarkoitetaan erillisiä joko mielenterveys- tai päihdeongelmista kärsiville ja heidän läheisilleen suunnattuja erityispalveluja. Näitä palveluja ovat muun muassa järjestöjen toiminta sekä niiden ylläpitämät päiväkeskukset. Lisäksi erityisiä palveluja ovat omana ja ostopalveluina tuotettu laitospalautus. Vaikka erityisiä palveluja ei ole mahdollista eikä tarkoituksenmukaistakaan heti sisällyttää samaan organisaatioon ja hallintoon, ovat ne mallissa mukana. Tarkoituksena on, että ne toimivat tiiviissä yhteistyössä alueellisen organisaation kanssa ja ovat mukana toimintojen kehittämisessä ja suunnittelussa. Lisäksi ostopalveluiden hallinta on yhteisen julkisen organisaation vastuulla.

Uudessa toimintamallissa toteutuu sekä *yhden- että monen oven periaate*. Keroputaan sairaalan poliklinikan toiminnassa on kehitetty päivystyksellistä hoitoon ohjausta. Päivystyksellisen palvelun kautta tapahtuva hoitoonohjaus toimii *yhden oven* periaatteella. Virka aikana asiakkaat voivat ottaa yhteyttä alueelliseen poliklinikkaan tai erityispoliklinikoihin puhelimitse ilman lähetekäytäntöä. Puhelimessa kartoitetaan tilannetta ja arvioidaan yhteistyössä soittajan kanssa ongelman laatua, vakavuutta sekä kiireellisyyttä. Puhelun aikana sovitaan pääkohdat, miten asiassa edetään, esimerkiksi mitkä ovat välittömät tarpeenmukaiset toimenpiteet tai milloin hoitava taho ottaa yhteyttä asiakkaaseen, konsultoivaan työntekijään tai perheeseen.

Virka-aikana alueellisen poliklinikan hoitoon ohjauksessa toimii alueellisen poliklinikan esimies, jolla on myös alueellinen vastuu hoito- ja palvelukoordinaatiosta koko toimintamallissa (*yhden oven periaate*). Lisäksi asiakkailta on myös mahdollisuus ottaa yhteyttä tarvitsemaansa lähipalveluun (*monen oven periaate*). Virka-ajan ulkopuolella päivystyksellisessä vastuussa toimii alueellisen poliklinikan työntekijä, tukeaan päivystävä lääkäri ja laitoksessa toimivat mielenterveys- ja päihdetyön tiimit.

Mielenterveys- ja päihdetyön poliklinikka vastaa päivystystoiminnasta yhdessä Keroputaan sairaalan henkilökunnan kanssa. Poliklinikka vastaa asiakkaiden ohella viranomaisten konsultatiiviseen avuntarpeeseen ympäri vuorokauden järjestäen ja koordinoiden tarpeenmukaista hoitoa sitä tarvitseville. Toiminnalla on tarkoitus järjeistää myös päivystyksellistä työaika. Tällä hetkellä päivystyksellistä toimintaa on sekä Keroputaan poliklinikalla että vaihtelevasti virka-aikana mielenterveysasemilla, A-klinikoilla ja perheneuvoloissa.

Virka-aikana tapahtuva nopea reagointi ja vastaaminen hoidon tarpeeseen katsotaan perustehtävään liittyväksi toiminnaksi koko organisaatiossa. Virka-ajan ulkopuolella tapahtuva päivystys keskitetään alueellisen poliklinikan toiminnaksi.

*Monen oven periaate* toteutuu siten, että hoitavien henkilöiden työpuhelinnumerot sekä lähipalveluissa että alueellisissa palveluissa ovat yleisesti tiedossa. Näin uudet tai jo hoidossa olleet asiakkaat voivat olla suoraan yhteydessä tarvitsemaansa palveluyksikköön tai hoitavaan henkilöön.

Asiakkaan näkökulmasta ei ole merkitystä sillä, mihin palveluorganisaation kohtaan hakeutuu, koska palvelut tuotetaan myös moniovisesti, jolloin kaikkien ”ovien” takaa avautuu tarpeen mukainen palvelupaljetti. Yhden seudullisen keskuksen koordinointi ja hoitojen ohjaus mahdollistaa kuitenkin samassa organisaatiossa myös yhden oven periaatteen sekä hoitoon hakeutumisen vuorokaudenajasta riippumatta.

Koko palvelujärjestelmä toimii perhe- ja verkostokeskeisesti noudattaen Keroputaan mallin mukaisia dialogisia hoitokäytäntöjä ja tarpeenmukaisen hoidon periaatteita. Vastuu kokonaisuhoidoista kuuluu ensisijaisesti avohoitoyksiköiden moniammatillisille työryhmille, jotka saavat tarvitsemansa tuen laitoshoitajaksoja tuottavilta yksiköiltä. Hoitojen käytännön koordinoijina toimivat asiakaskohtaiset, jatkuvan hoidon arvioinnin takaavaa yksilövastuista työparityöskentelyä toteuttavat työparit.

Mallin suunnittelu käynnistyi keväällä 2011. Sen vaikutuksista mielenterveys-, perhe- ja päihdetyön organisaatioihin sekä malliin liittyvistä toiminnallisista muutoksista käytiin keskusteluja osassa alueen mielenterveys- perhe- ja päihdetyön yksiköitä. Työntekijöiden palaute yhdistyneeseen toimintaan ja mallin sisältämiin toiminnallisiin muutoksiin on ollut yleensä myönteistä.

Mielenterveys-, päihde- ja perheneuvolatyön yhteinen toimintamalli (Kuvio 1) on esitelty kuntien edustajille syyskuussa 2011.

## Uusi Toimintamalli:

# Länsi-Pohjan mielenterveys-, perheneuvola- ja päihdetyön palvelut

Erityiset

Erityiset

Mt-palvelut

Päihdepalvelut

### Yhteiset avopalvelut

Perheneuvolat

Alueelliset liikkuvat  
erikoispoliklinikat

Alueellinen mielenterveys- ja  
päihdepoliklinikka

### Limittäiset avopalvelut

Mielenterveys- ja päihdeyksiköt kunnissa

Päiväkeskukset

Päiväkeskukset

### Limittäiset laitospalvelut

Mielenterveys- ja Päihdetyön  
laitospaikat

Tukevat/kuntouttavat  
laitos- ja asumispalvelut

Tukevat/kuntouttavat  
laitos ja asumispalvelu

## Kuvio 1. Länsi-Pohjan mielenterveys-, perheneuvola- ja päihdetyön palvelut

### Kirjallisuus

Haaraniemi, T., Hakala, R., Karttunen, M., Virta, K. & Wiens, V. Tervein mielin Pohjois-Suomessa, Tervein mielin Länsi-Pohjassa - hankkeen mielenterveys- ja päihdetyön nykytilaselvitys. 2010.

Haaraniemi, T. & Petäjämäki, J. Länsi-Pohjan alueen mielenterveys-, päihde- ja perheneuvolatyön toimintamalli, Käsikirjoitus. 2011.

Lönnqvist J. Mitä matala kynnyksen merkitsee, ja mitä se ei merkitse? 2010. URL: [http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/04A2C644-8904-4A5F-8713-051600FB6518/0/Mieli\\_2010\\_L%C3%B6nnqvist\\_THL.pdf](http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/04A2C644-8904-4A5F-8713-051600FB6518/0/Mieli_2010_L%C3%B6nnqvist_THL.pdf). Viitattu: 31.8.2011.

Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009, 5. Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos avauksia 16/2010. Helsinki. 2010.

Tervein mielin Pohjois-Suomessa 2009–2011 -hankesuunnitelma.

Wahlbeck, K. Mielenterveyspalvelut. Stakes. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007, 87–101, 90.

## 2.3 Kokemusasiantuntijoiden osallistuminen – asiantuntijan kokemuksia ja osallisten näkemyksiä

Matti Kaivosoja, Tuula Löf, Anne-Marita Ruuska, Sarianna Sallamaa

Mikä on mielenterveys- ja päihdepalveluja käyttävien ihmisten asema suhteessa palveluihin? Onko se yksisuuntaista palvelujen asiakkuutta vai voiko palvelujen tuottajasta tullakin palvelujen käyttäjän asiakas tilattaessa käyttäjien osaamista palvelujen tuottamiseen, arvioimiseen ja kehittämiseen? Jälkimmäisen näkökulman mahdollisuus on ollut enemmän esillä päihdetyössä erityisesti AA-liikkeen vaikutuksesta. Mielenterveystyössä käyttäjä on ollut pitkään asiakas, käyttäjä ja avun tarvitsija. Huolimatta mielenterveystyön pitkästä järjestötoiminnan historiasta muutos palvelujen käyttäjän asemassa on eräitä kokeiluja lukuun ottamatta varsin lyhyt.

### Taustaa

Vuonna 1993 STAKES julkaisi oppaan ”Mielenterveystyöt kunnan asialistalle”. Taustana oli valtion-osuusuudistus ja mielenterveyspalvelujen siirtyminen aiempaa enemmän kuntien ohjattavaksi. Koko palvelukokonaisuutta hahmottamaan pyrkinyt opas huomioi järjestöt varsin niukasti verrattuna palvelujen porastuksen tarkkaan erittelyyn (STAKES 1993). Oppaassa todetaan järjestöjen täydentävän hoito- ja palvelujärjestelmää ja niiden erityisenä roolina painostustoiminta esimerkiksi mielenterveyspotilaiden aseman parantamisessa. Lähtökohtana järjestöjen ja viranomaisten yhteistyölle on kansalaisten saamien palvelujen parantaminen (emt. s. 58-60). Järjestöt nähdään myös mielenterveysongelmiin liittyvän leiman kokeneiden tukijoina.

Vuonna 2001 Mielenterveyden keskusliitto julkaisi kirjasen Toisin tehden – uusia tuulia mielenterveystyöhön. Pieni kirjanen sisälsi monipuolisen kokoelman artikkeleita, joissa yhteisenä teemana on kuntoutujan voimaantuminen ja hoitoon liittyvän vallankäytön uudelleenarviointi. Vaikka tavoitteet lienevät samat kuin STAKESin oppaassa, näkökulma on muuttunut. Vertaistoiminnan ja viranomaistoiminnan yhteistyössä korostetaan kumppanuutta ja tasaveroisuutta (Piirtola 2001) ja julkisten palvelujen lääketieteellistä näkökulmaa kritisoidaan elämän ongelmien kapeuttamisesta lääketieteelliseen (ja luonnontieteelliseen) pelkistykseen ja asetetaan tavoitteeksi holistinen näkemys. Samalla esitetään tavoite keskustella julkisesti mielenterveydestä ja vähentää ongelmiin liittyvää leimaa (Kiikkala 2001). Palvelujen käyttäjien kouluttautuminen asiantuntijarooliin nostettiin julkaisussa esille (Rekola 2001). Myös tieteelliseen keskusteluun tuli käsite funktionaalinen mielenterveyden malli, joka pyrki korvaamaan lääketieteellisen ongelmia ja puutteita korostavan lähestymistavan (Sohlman 2004).

Palvelujen käyttäjän osallisuus tarkoittaa laajasti ottaen käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä. Osallisuus voi Laitilan tutkimuksen mukaan toteutua kolmella eri tavalla; osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, osallisuutena palveluiden kehittämiseen sekä osallisuutena palveluiden järjestämiseen (Laitila 2010). Kokemustutkijatoiminta on vielä erityinen näkökulma edellisten lisäksi. Siinä lähtökohtana on, että kokemuksellisella asiantuntijuudella on myös tutkimuksessa oma lisäarvonsa, lyhyesti sanottuna yliopistotutkijat harvoin tietävät millaista on elää oppimisvaikeuksien kanssa (Bereshford & Salo 2008).

Kokemusasiantuntijuus tuli kansallisen Mieli-ohjelman tavoitteissa ensimmäistä kertaa julkisen sektorin mielenterveystyön kehittämislinjauksiin (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009). Ohjelman julkistamisen yhteydessä tämä tavoite kohtasi avointa hämmästelyä mielenterveyspalvelujen ammattilaisten keskuudessa. Uudenlaisen asiantuntijuuden tarvetta ei tunnustettu ja etenkin käsitettä kokemustutkija vierastettiin. Toisaalta palvelujen käyttäjien osallistumista palvelujen arviointiin pidettiin myönteisenä ja jopa itsestäänselvyttenä.

## Keskipojalainen esimerkki

Seuraavassa on tarkoituksena kuvata prosessia, jolla kokemusasiantuntijuus tuli osaksi kehittämistyötä Keski-Pohjanmaalla ja erityisesti Kokkolassa. Kokemusasiantuntijoiden koulutusta on kuvattu (Bereshford & Salo 2008). Kokemusasiantuntijoiden osallisuuden vahvistumista Mieli-suunnitelman mukaisesti on jo tarkasteltu myös muiden alueiden osalta ja näyttää, että etenkin Pohjanmaa-hankkeen vaikutusalueella eteneminen onkin ollut nopeata (Toimeenpanosta käytäntöön 2010).

Pohjanmaa-hankkeella oli hankkeen alkuvaiheesta asti yhtenä tavoitteena osallisuuden edistäminen, tavoitteesta tiedotettiin eri tahoille tietämättä vielä miten tavoitetta konkretisoidaan (Wahlbeck ym. 2007). Pohjanmaa-hankkeen toisen vaiheen aikana Mielenterveyden keskusliiton (MTKL) tutkimuspäällikkö Markku Salo esitti vuonna 2007 yhteistyötä kokemusasiantuntijoiden kouluttamiseksi liiton kehittämissä hankkeissa Pohjanmaalla. Kokkolan kaupunki oli halukas yhteistyökumppaniksi ja Keski-Pohjanmaan keskussairaala lähti yhteistyöhön ensin Pohjanmaa-hankkeen ja sitten Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hankkeen kautta.

MTKL oli kehittänyt koulutusrakenteen kokemusasiantuntijoiden ja kokemustutkijoiden koulutukseen, koulutus oli aiemmin toteutettu keväällä 2007 Imatralla. Koulutettavien rekrytointi onnistui Kokkolassa hyvin ja koulutus toteutui suunnitellusti keväällä 2008. Koulutusvaiheessa havaittiin, että oli tärkeää, että ryhmän jäseniä rohkaistiin alusta asti omien ja ryhmäkohtaisten kokemusten esittämiseen ja tulkintaan (Bereshford ja Salo 2008). Sama havainto on tehty myös muissa kokemustutkijoiden koulutuksissa (vrt. Tampere, suullinen tiedonanto). Kokkolan koulutusryhmä liittyi jo alusta alkaen myös kansainväliseen yhteistyöhön ITHACA-hankkeen kanssa, jota hallinnoi King's College Institute of Psychiatry:n terveystutkimusosaston johtaja Graham Thornicroft ja Suomessa koordinoi silloin STAKESin mielenterveysyksikön tutkimusprofessori Kristian Wahlbeck. Kokemusasiantuntijoiden tekemistä palveluyksiköiden arvioinneista ilmestyi THL:n julkaisu (Salo 2010) ja hankkeessa kehitetty arviointimalli on nyt vakiintunut ja julkaistu (THL 2011).

Kokemusasiantuntijat ja palvelusektori kohtasivat ensimmäisen kerran tosi mielessä syyskuussa 2008, kun Kokkolassa koulutettu kokemustutkijaryhmä arvioi Keski-Pohjanmaalla useita sairaala- ja asumispalveluyksiköitä. Arvioinnissa käytettiin tuolloin kehittämissä hankkeessa ollutta ITHACA-hankkeen luomaa arviointirunkoa.

Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa akuuttipsykiatrisen osaston ja arviointiryhmän kohtaaminen ei ollut kovin onnistunut. Ryhmä antoi sekä suullisesti että kirjallisesti THL:n julkaisemassa raportissa palautetta siitä, ettei sen toimintaa tuettu eikä kontakteja potilaiden kanssa edistetty. Ryhmän jäsenet jopa kokivat, etteivät he olleet tervetulleita (Salo 2010). Arviointikäynnistä julkaistussa THL:n raportissa tuodaan myös liitteissä esille sairaalan johdon varautuneisuus arviointiprosessin tulosten julkistamiseen. Toisaalta ryhmä koki arviointimateriaalin kuuluvan sille, eikä julkistamisesta haluttu keskustella.

Jälkikäteen voi arvioida, että emme olleet riittävästi valmistelleet ryhmän ensimmäistä arviointikäyntiä sairaalassa, ainakaan sairaalan osalta tieto ja tarkoitus eivät olleet kulkeutuneet yksiköihin yhtä hyvin, kuin tavanomaisesti sairaalassa toimintaa muutettaessa tai tutkimuksia tehtäessä on tapana. Kokemusasiantuntijoiden tuloa etenkin sairaalan akuuttiyksiköihin on valmisteltava hyvin, koska akuuttipsykiatriassa kohdataan päivittäin henkilöitä, joiden oma toimintakyky on heikko ja työn myötä kuva potilaiden toimintakyvystä voi kaventua ja siten heidän näkemisensä tutkijan tai asiantuntijatarkkailijan roolissa on hämmentävää. Erityisesti johdon sitoutuminen on tärkeää, jotta arvioinnissa voitaisiin välttää vastakkainasettelua ja rakentaa oppimiseen tähtäävää dialogia.

Toinen kirjoittajista on osallistunut tässä kuvatun sairaalaosaston seuraaviin sisäisiin kehittämispäiviin. Siellä sama kokemusasiantuntijoiden raportti, joka oli ensin koettu uhkana ja epäoikeudenmukaisena kriittikinä, oli jo käytössä henkilöstön miettiessä oman työnsä kehittämiskohteita. Myöhemmin osastoyhteisö palasi myös yksityiskohtaisemmin arvioinnissa esille tulleisiin epäkohtiin. Esimerkiksi henkilökunnan ja potilaiden välistä vuorovaikutusta pyrittiin eri tavoin lisäämään ja mm. eristämistä pyrittiin vähentämään. Myös eristämistiloja pyrittiin yksikössä muokkaamaan palautteen perusteella.



## Tiedoteprojektiin osallistuminen

Uutena askeleena Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeessa päätettiin tuottaa psykiatrisen hoidon aikaisista mahdollisista rajoitustoimista potilaille selkokieliset tiedotteet. Keski-Pohjanmaan keskussairaalaossa tiedote päätettiin alusta asti tehdä yhteistyössä psykiatristen osastojen henkilökunnan ja kokemusasiantuntijoiden kesken. Nämä asiakaslähtöiset tiedotteet käsittelevät psykiatrisilla osastoilla rajoittamistimenpiteiden kohteeksi joutumista; leposidehoitoa, eristämistä sekä liikkumisvapauden rajoittamista. Esitteen avulla on tarkoitus tukea hoitajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta edellä mainittujen tilanteiden läpikäymisessä. Tiedotteen tekeminen yhdessä oli uusi tilanne ja uudenlainen tapa tehdä työtä sekä osastonhoitajille että kokemusasiantuntijoille. Sairaalan psykiatristen osastojen toiminnan kehittämiseen on jo aiemmin otettu potilaita mukaan, mutta siinä heidän roolinsa on erilainen kuin kokemustutkijakoulutuksen käyneiden kokemusasiantuntijoiden rooli. Tiedotetyössä fokus ei ollut potilaan vointiin liittyvissä asioissa vaan selkeän tiedotteen tekemisessä. Oli luonnollista, että tiedoteprojektin alussa koettiin pientä jännitteisyyttä, sillä puhuttiin asioista, joista kokemusasiantuntijoilla oli omakohtaisia, hyvin rankkojakin kokemuksia. Jo muutaman tapaamiskerran jälkeen työ sujui hyvin ja koettiin mukavana asiana.

Kokemusasiantuntijat toivat esiin hyviä asioita potilaan asemasta. Yhdessä heidän kanssaan hiottiin sanamuotoja kaikille ymmärrettäväksi tekstiksi. Vaikeaselkoisia ilmauksia ja ”lakitekstin kaltaista” kieltä muokattiin selkokielelle. Tästä yhteistyöstä saadusta kokemuksesta opittiin, että kokemusasiantuntijoiden näkökulmia tarvittaisiin myös silloin, kun organisaation visioihin ja strategioihin määritellään esimerkiksi terveyttä.

Kokemustutkijat toivat esiin, että tiedoteprojektissa alan ammattilaisten ja kokemustutkijoiden, toinen toisensa näkemyksien kokemusten ja tietämyksen kunnioittaminen sai aikaiseksi avoimen ja turvallisen ilmapiirin. Ilmapiirin, jossa oli helppo työskennellä ja tuoda omat näkemyksensä ja rankatkin kokemukset yhteisen pohdinnan alle. Edelleen osallistuneiden kokemustutkijoiden mielestä sai myös uutta ulottuvuutta, kun asioita pysähtyi pohtimaan myös alan ammattilaisen näkökulmasta. Heidän mielestään yhteistyö oli hedelmällistä ja ymmärryksen lisääntyminen puolin ja toisin mahdollisti yhteisen kielen ja kieliasun löytymisen esitteitä laadittaessa.

Siten sinänsä varsin pienten esitteiden lopullista kirjallista ja visuaalista ulkoasua hiottaessa kummankin osapuolen näkemykset olivat voimavarana. Kokemustutkijoiden näkemyksen mukaan näitä olivat omat kokemukset hoitotoimenpiteistä kipupisteineen: mikä hoidossa ahdisti, hämmensi, mihin kaipaisi tukea ja selvitystä ja sairaalan ammattilaisten tietämystä hoitotoimenpiteistä.

## Kokemusasiantuntijakoulutus

Kokemusasiantuntijaksi kouluttautuminen on mahdollista, kun asiakas kokee kuntoutuneensa niin hyvin, että voi osallistua opiskelijaryhmään. Koulutuksen tarkoitus on antaa tietoa mm. vertaistukitoiminnasta, mistä sairauksissa on kysymys. Koulutuksen kautta opitaan ymmärtämään itseä ja toisia sekä vuorovaikutuksen että teorian kautta. Koulutuksen pedagogiset ratkaisut on suunniteltu siten, että erilaisten taitojen opettelu ja harjoittelu opastaa kirjoittamaan vaikkapa omaa elämäntarinaa tai auttaa hiomaan esiintymisvarmuutta. Opiskelijaryhmän jäsenillä on merkittävä vaikutus toinen toisensa tukemisessa. Koulutusprosessin aikana harjoitellaan oman mielipiteen muodostamista ja sanomista, kun koettu, oma sairaus on hallinnassa. Tähän harjoitteluun tarvitaan aikaa ja dialogia. Kokemusasiantuntija koulutukseen voi hakeutua henkilöitä, joiden taustat ovat hyvinkin erilaiset. Siten myös koulutuksen jälkeen he voivat osallistua mitä moninaisimpiin tehtäviin kokemusasiantuntijoina. Esimerkkeinä voidaan mainita vertaisohjaajana toimiminen yhdessä ammattihenkilön kanssa erilaisissa ryhmissä (pakko-oireisten, omaisten, AA-, ääniä kuulevien ryhmä) ja arviointi-, suunnittelu- ja kehittämistehtävät. Tehtäväalueita on todella paljon. Kokemusasiantuntijuus on tähän asti ollut lähes käyttämätön resurssi mielenterveyspalveluissa, päihdepalveluissa sillä on erilainen historia.

## Palvelujen arvioiminen

Kokemustutkijoiden arviot asumispalveluista olivat erittäin hyödyllisiä, silmiä avaavia ja aluksi radikaalin kuuloisia. Radikaalisuus oli kuitenkin enemmänkin palveluiden urautuneeseen toimintaan nähden radikaalia, mutta radikaalit vaatimukset oli suhteutettu selkeästi asukkaiden perusoikeuksiin ja ihmisoikeussopimuksiin.

Kokemustutkijan näkökulmasta katsottuna asumispalveluissa pyrittiin arvioimaan laadullisesti ja avaamaan palvelulähtöistä kohtaamista sekä etsimään ja tunnistamaan ihmisoikeuksia ja kuntoutumisnäkökulmaa. Kun asumispalvelut ovat yleensä kunnan järjestämiä, on kokemusasiantuntijoiden käytöstä apua myös palvelujen laaja-alaisessa arvioimisessa. Kuntarajat ylittävällä yhteistyöllä voitaisiin lisätä kokemustutkijoiden yhteistyötä palvelujen arvioinnissa.

Kokemustutkijat korostivat myös sitä, että heidän käyttämisestään arvioinnissa apuna on hyötyä, kun kokemusasiantuntijalla on vastaanottavainen mieli ja ymmärtää asiakasta. Kokoonpanossa asiantuntija, viranomainen, potilas, viimeksi mainittu uskaltaa puhua omaa kieltään vertaisen läsnä ollessa. Kokemustutkija myös ymmärtää omakohtaisen kokemuksensa mukaisesti kokemustietopalautteen merkitystä kuntoutujalle.

Kokemustutkijoiden näkökulmasta olisi ehkä vielä mahdollista parantaa yhteistyötä niin, että kokemus hyödynnettäisiin myös pakon käytön vähentämisessä. Toisaalta on edettävä maltillisesti, kokemustutkijoita on varsin vähän ja heidän työprosessiaan tulee kunnioittaa. On varattava aikaa paitsi arviointikäynteihin ja haastatteluihin, myös niiden purkamiseen ja arviointiin sekä raporttien kirjoittamiseen.

## Kirjallisuus

- Bereshford, P. & Salo, M. Kokemuksen muodonmuutos. Mielenterveyden keskusliitto. Pori 2008.
- Kaivosoja, M., Koponen, H. & Moring, J. ERVA-PS. Psykiatrisen hoidon ja huume- / päihdehoidon kehittäminen ja uudelleen järjestely. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Oulu 2005.
- Kaivosoja, M., Lassila, A. Pohjanmaa-hankkeen toimintamalleja. Kirjassa: Eskola, J., Karila, A. (toim): Mielekäs Suomi – Näkökulmia mielenterveystyöhön. Edita Publishing Oy. Helsinki 2007.
- Kiikkala, I. Vallankäytöstä aitoon ihmisyyteen – vai onko mielenterveystyö kovien arvojen kahleissa? Kirjassa: Aalto, I. & Kiljala, S. (toim.) Toisin tehden. Mielenterveyden keskusliitto. Vantaa 2001, s 10–13.
- Kuosmanen, L., Vuorilehto, M., Voipio-Pulkki, L-M., Laitila, M., Posio, J., Partanen, A. Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä – kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdehankkeesta 2005-2009. Avauksia 5/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laitila, M. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Kuopio. Itä-Suomen yliopisto 2010.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotuksen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.
- Mielenterveystyö kunnan asialistalle 1994. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, STAKES OPPAITA 19. Jyväskylä 1994.
- Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V., Nordling, E. (toim). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Raportti 6/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Partanen, A., Moring, J., Nordling, E., Bergman, V. (toim). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Piirtola O. Vertaistoiminta ja ammattitoiminta voivat toimia menestyksekkäästi kumppaneina. Kirjassa: Aalto, I. & Kiljala, S. (toim.) Toisin tehden. Mielenterveyden keskusliitto. Vantaa 2001, s.7–9.
- Rekola, K. Psykonomia on kokemuksen asiantuntemusta. Kirjassa: Aalto, I. & Kiljala, S. (toim.) Toisin tehden. Mielenterveyden keskusliitto. Vantaa 2001, s. 34–35.
- Salo, M. Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusarvioinnin kohteina. ITHACA -hankkeen Suomen raportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 22/2010. Helsinki 2010.
- Sohlman, B. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Stakes, Tutkimuksia 137. Helsinki 2004.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. ITHACA-työkalu ihmisoikeuksien ja terveydenhoidon arviointiin mielenterveys- ja päihdelaitoksissa ja asumispalveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 20/2011. Helsinki.
- Wahlbeck, K., Kaivosoja, M., Lassila, A., Syväoja, S-S. Mielenterveyden edistäminen on yhteistyötä. Suom Lääkäril 2007: 62: 721.

## 2.4 Pakonkäytön vähentäminen sairaalahoidon aikana

Johanna Leppäniemi

Potilaan suostumus hoitotoimenpiteeseen perustuu ihmisarvon kunnioittamisen lääkintäoikeudelliselle periaatteelle. Tästä on johdettavissa perustuslain 7 §:n 1 momenttiin sisältyvä itsemääräämisoikeuden periaate, joka käsittää myös potilaan integriteetin ja yksityisyyden kunnioittamisen. (HE 309/1993.) (Pahlman 2006).

Potilaan suostumusta sääntelevä erityistilanne syntyy potilaslain 6 §:n 2 momentin mukaan silloin, kun täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan tai kykene muuten ilmaisemaan suostumustaan. Tällöin potilaan lailliselta edustajalta, lähiomaiselta tai muulta läheiseltä on selvitettävä millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos suostumus tai muu selvitystyö ei ole saavutettavissa, on noudatettava potilaan edun periaatetta.

Suostumuksella ei ole olemassa mitään erityistä muotomääräystä. Elisabeth Rynning erottelee teoksessaan *Samtycke till medicinsk vård och behandling* suostumuksen kirjalliseksi, suulliseksi ja hiljaiseksi eli konkludenttiseksi suostumukseksi (skriftligt, muntligt och konkludent samtycke). Edellisen mukaan potilas voi antaa suostumuksen esim. paperille kirjoitettuna, ilmaista suullisesti tai, jos puhekyky on jostain syystä vajavainen, ilmaista suostumuksen hiljaisesti päättä nyökkäämällä. (Rynning 1994.)

Itsemääräämisoikeuden voimassaolo edellyttää henkilön kykyä ajatella ja tahtoa sekä kykyä tehdä häntä itseään koskevia päätöksiä. Tätä kutsutaan kompetenssiksi eli kelpoisuudeksi. Potilaan hoidon yhteydessä jää ratkaisevaksi henkilön riittävä päättämiskyky, joka sisältää kyvyn ymmärtää hoidon ja tutkimuksen kannalta adekvaatit seikat. (Pahlman 2006.)

Pietarisen mukaan kompetenssi sisältää kolme osa-aluetta. Ensinnäkin se on ajattelun kompetenssia eli kykyä johdonmukaiseen ajatteluun. Yksilöllä on perusteltu ja suhteellisen pysyvä uskomusten ja arvojen järjestelmä ja hänellä on kyky vastaanottaa uutta informaatiota ja sijoittaa se osaksi uskomusjärjestelmäänsä. Tämä tarkoittaa sitä, ettei hänen päättelykyvyssään ole oleellisia puutteita. Toiseksi kompetenssi ilmenee tahdon kompetenssina. Sillä tarkoitetaan kykyä harkittujen päätösten tekoon ja niihin sitoutumiseen. Yksilö pystyy hallitsemaan omia halujaan tavoitellessaan jotain intressiensä mukaista asiaa. Kolmantena kompetenssin osa-alueena on toiminnan kompetenssi. Se tarkoittaa kykyä normaaleihin fyysisiin toimintoihin, toiminnan edellyttämiä taitoja sekä sitä, etteivät mielen eri tekijät estä hänen toimintaansa. (Pietarinen ym. 1994.)

Autenttisuudella Pietarinen tarkoittaa henkilön itsenäisyyttä, riippumattomuutta ja omaehtoisuutta. Autenttisuus on eri asia kuin kompetenssi. Kun kompetenssi edellyttää yksilön kykyä tehdä itseään koskevia ratkaisuja, edellyttää autenttisuus sitä, että yksilö pystyy kontrolloimaan ja itsenäisesti perustelemaan ratkaisujen pohjalla olevia halujaan ja käsityksiään. Pietarisen mukaan autenttinen yksilö omaksuu käsityksensä ja arvonsa harkitusti ja vaikuttaa aktiivisesti oman persoonallisuutensa muodostumiseen. Hän pystyy myös ratkaisemaan arvojensa ja halujensa välisiä ristiriitoja. (Pietarinen ym. 1994.)

Tarkasteltaessa psykiatrisen potilaan tahdonvastaista hoitoa, ovat punninnassa potilaan vapausoikeudet, oikeus saada hoitoa sekä potilaan että muiden ihmisten oikeus turvallisuuteen. Hoitopäätöksessä on tukeuttava suhteellisuusharkintaan, jotta hoito toteutuisi parhaalla mahdollisella tavalla ja vähiten potilaan itsemääräämisoikeutta loukaten. Huomioitavaksi tulevat myös keinot, joilla tahdonvastaisia hoitotoimia voidaan ennaltaehkäistä.

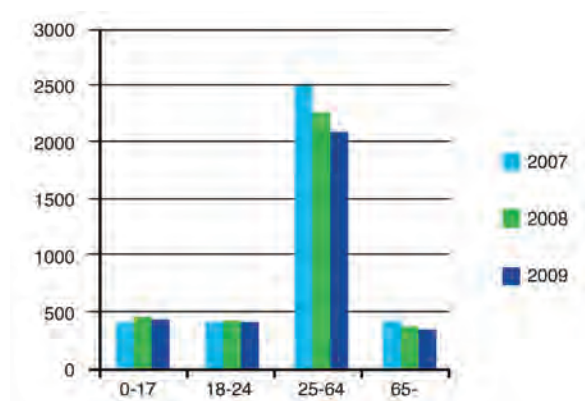
Potilaalle voidaan mielenterveyslain (1116/1990) 4a luvun (1423/2001) mukaan antaa tahdonvastaisia hoitotoimia vain, jos ne ovat välttämättömiä potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi. Mielenterveyslain esitöiden mukaan tässä sääntelyssä tarkoitetaan niitä hoitotoimenpiteitä, joita voidaan käyttää ainoastaan hoitoon määrätyn potilaan hoidossa hänen tahdostaan riippumatta. (HE 113/2001).

Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen ei saa muodostua pelkäksi vapaudenmenetykseksi ja siksi siihen on sisällytettävä tarpeenmukainen määrä potilaan toipumista nopeuttavia hoitotoimia. Tässä kohtaa onkin hyvä muistaa, että perustuslain (731/1999) 19 §:n 1 momentissa säädetty oikeus välttämättö-

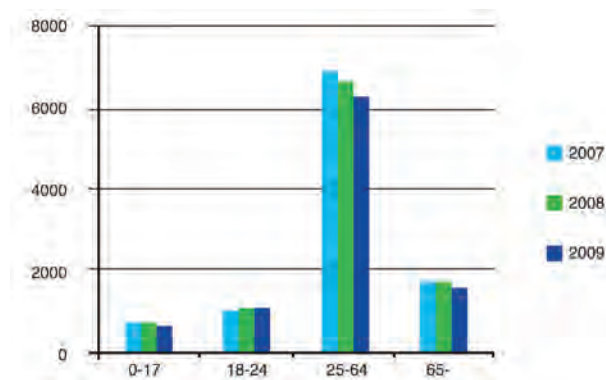
mään huolenpitoon ohittaa potilaan itsemääräämisoikeuden niissä hoitotilanteissa, joissa potilas ei kykene itse sairautensa vuoksi päättämään. (HE 113/2001.)

Oikeus saada hoitoa, samoin kuin turvallisuuden luominen on ajateltu jokaiselle ihmiselle kuuluvaksi perusoikeudeksi. Edellisessä kappaleessa todettu perustuslain 19 §:n 1 momentti velvoittaa julkiselta vallalta aktiivisia toimenpiteitä, jotta perusoikeudeksi luettu turvallisuus toteutuisi. On huomioitava, että hoitopalvelujen myöhästyminen ja vääränlainen hoito voivat viimekädessä johtaa potilaan kuolemiseen, vammautumiseen taikka pitkittää potilaan paranemisprosessia. (Ks. THL:n raportti 14:2009.)

Näyttäisi siltä, että Suomessa työikäisillä tahdonvastaiset hoitotoimet olisivat vuosina 2007–2009 selvässä laskusuunnassa. (Kuvio 1) Tähän tulokseen vaikuttanee ainakin osittain perusoikeus uudistus 90-luvun puolivälissä, jossa perusoikeudet saatettiin vastaamaan ihmisoikeuksia ja vuonna 2011 mielenterveyslaki vastaamaan perus- ja ihmisoikeuksia. (ks. HE 309/1993, HE 113/2001) Toisaalta työikäisten lähteet psykiatriseen sairaalahoitoon ovat olleet myös selvässä laskussa, mikä merkinnee avohoito painotteisempaan hoitamiseen siirtymistä. Suunta on hyvä ja toivottu (STM 2009:3, 28–33), jos avohoitoon resursoidaan riittävästi.



**Kuvio 1. Pakkotoimet psykiatrisessa sairaalahoitossa Suomessa vuosina 2007–2009(SOTKANet)**



**Kuvio 2. Tahdosta riippumattomat läheteet psykiatriseen sairaalahoitoon. (SOTKANet)**

Yleisesti pakon käyttöä psykiatrisessa hoidossa perustellaan siten, että mielisairauden ajatellaan heikentävän potilaan arvostelukykä siinä määrin, ettei potilas ole itse kykenevä ottamaan vastuuta käyttäytymisensä seuraamuksista. Sairautensa johdosta potilas voi käyttäytyä tavalla, joka ei vastaa hänen normaalia käyttäytymistään ja mielisairaus estää potilasta ymmärtämästä tekojensa sisältöä sekä merkitystä. Tällöin terveydenhuollon ammattihenkilöiden on turvattava ja estettävä potilasta vahingoittamasta muita ja autettava häntä tervehtymään. (HE 113/2001)

Mielenterveyslain 22b §:n 1 momentissa todetaan, että potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan psyykinen tila ratkaisee millainen merkitys hänen toimuksilleen on annettava. Siksi jokaiset kieltäytymistilanteet tulisi aina arvioida erikseen. Jos potilas kykenee päättämään hoidostaan tai vastustaa tiettyä toimenpidettä, on häntä potilaslain yleisten periaatteiden mukaan hoidettava sellaisella lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla, johon hän on suostuvainen. (HE 113/2001.)

Mielenterveyslakiin ei ole sisällytetty velvollisuutta kuulla potilaan omaista tai laillista edustajaa taikka hankkia heidän suostumustaan niissä tilanteissa, joissa potilas on kykenemätön päättämään hoidostaan. Asia on jätetty näiltä osin hoitohenkilökunnan harkinnan varaan. Hallituksen esityksessä kuitenkin korostetaan, että yhteistyö omaisen kanssa kuuluu pääsääntöisesti hyvään hoitoon. (HE 113/2001.)

Mielenterveyslain 22b §:n 3 momentin mukaan potilaan hoitavalla lääkärillä on toimivalta päättää potilaan kiinnipitämisestä ja sitomisesta hoitotoimenpiteen aikana. Hoitotoimenpiteitä harkittaessa tulee huomioitavaksi kaksi lisäedellytystä. Ensimmäiseksi valittavien hoitotoimenpiteiden on oltava lääketieteellisesti hyväksyttävien hoitokäytäntöjen mukaisia. Tämä tarkoittaa sitä, että terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuuteen kuuluu noudattaa yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja. Toisena lisäedellytyksenä on, että hoitotoimenpiteiden suorittamatta jättäminen vaarantaa vakavasti potilaan tai muiden terveyttä tai turvallisuutta. Tämän lisäedellytys on arvioitava siten, että suhteellisuusperiaatteen mukaisesti hoidosta saatavaa hyötyä tulisi verrata siihen potilaan ruumiilliseen tai henkiseen haittaan, mikä kyseessä olevasta rajoitustoimenpiteestä hänelle aiheutuu. (HE 113/2001.)

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (potilaslaki) (1992/785) 3 §:n mukaan potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Potilaalla on muun muassa oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, johon sisältyvät potilaan ihmisarvon loukkaamattomuuden sekä vakaumuksen että yksityisyyden kunnioittamisen periaatteet.

Tahdonvastaiseen psykiatriseen hoitoon liittyvää lainsäädäntöä tulkittaessa mielenterveyslaki erityislakina on etusijalla (MtL 8 § ja 4a-luku), mutta potilaslaki yleislakina täydentää sitä puuttuvilta osin. Mielenterveyslain 8 §:n mukainen tahdosta riippumaton hoito poikkeaa potilaslain 6 §:n yleisperiaatteesta, jonka mukaan hoitotoimenpiteisiin on saatava potilaan tai tämän edustajan suostumus. Potilaan määrääminen hoitoon tahdosta riippumatta ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei potilas olisi kykenevä ottamaan kantaa hoitotoimenpiteisiin. (HE 113/2001.)

Mielenterveyslain 22 b §:n 1 momentin sekä potilaslain 6 §:n mukaan potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kuitenkin kieltäytyy hoitotoimenpiteestä, on jokaisen hoitotoimenpiteen kieltäytymistilanne arvioitava erikseen. Hoitopäätöksessä tulee arvioidavaksi, kykeneekö potilas päättämään hoidostaan, vaikka vastustaakin tiettyä hoitotoimenpidettä. (HE 113/2001.)

Potilaalla ei ole varsinaisissa hoitotilanteissa oikeutta vaatia tietynlaista hoitoa. Laki on tässä suhteessa yksiselitteinen; lääkärillä on yksinoikeus terveydenhuollon ammattihenkilölain 22 §:n mukaan päättää potilaan tutkimuksesta ja hoidon lääketieteellisestä sisällöstä. Tätä yksinoikeutta kuitenkin kaventaa potilaan itsemääräämisoikeus ja terveydenhuollon ammattihenkilölain (559/1994) 15 §:n 2 momentti, jonka mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus ottaa huomioon mitä potilaan oikeuksista säädetään. (Pahlman 2006.)

## Lapin hanke ja hoitotahdon kehittäminen

Mieli 2009 -ohjelmassa olevan 4. ehdotuksen edellyttämällä tavalla (STM 2009:3) Tervein mielin Lapissa -hanke ja Lapin sairaanhoitopiiri ovat noin kahden vuoden ajan kehittäneet psykiatrista hoitotahtoa yhteistyössä moniammatillisen työryhmän kanssa. Tähän työryhmään on kuulunut Lapin sairaanhoitopiirin hoitotyön esimiehiä ja psykiatrian erikoislääkäreitä, potilasasiamies, sairaalapastori, omaisedustus Balanssi ry:stä ja mielenterveyskeskusliitossa toimiva juristi. Lisäksi moni käytännön asiantuntija on toiminut psykiatrista hoitotahtoaihion kommentoijana. Psykiatrista hoitotahtoa valmisteltaessa on kiinnitetty erityistä

huomiota Yhdysvalloissa sijaitsevan Bazelon Centerin laatimaan ”psychiatric advance directive” lomakeistoon sekä Muistiliiton laatimaan hoitotahtolomakeistoon (Judge David L., Muistiliitto).

Psykiatrisessa hoitotahdossa henkilö tuo esille hoitoa koskevia toiveitaan tulevaisuuden varalle. Etukäteen esitetyt toiveet ovat erityisen tärkeitä tilanteissa, joissa potilaan asemassa oleva henkilö ei itse kykene päättämään hoidostaan. Psykiatrisen hoitotahdon avulla henkilökunta voi saada tietoa esimerkiksi potilaan elämänarvoista ja pystyä siten paremmin noudattamaan niitä hoidon aikana.

Psykiatrisen hoitotahdon tehtävä on vahvistaa potilaan itsemääräämisoikeutta, koska terveydenhuollon ammattilaisten on pyrittävä kunnioittamaan potilaan tahdonilmaisuja. Lähtökohtaisesti terveydenhuollon ammattilaisten tulisi ottaa psykiatrisen hoitotahto huomioon aina kun se on mahdollista. Viimekädessä lääkäri päättää, mikä on potilaan edun mukainen hyvä hoito. Psykiatrisen hoitotahto on ennen muuta nähtävä hyvän hoidon välineenä.

Pätevän psykiatrisen hoitotahdon tekeminen edellyttää, että sen tekijä riittävästi ymmärtää hoitotahdon merkityksen ja sisällön. Tämän vuoksi se on hyvä tehdä mahdollisimman terveenä. Vaikeimmissa sairauksissa on suositeltavaa, että potilas keskustele hoitavan lääkärin kanssa, milloin terveydentila on riittävän hyvä psykiatrisen hoitotahdon tekemiseen.

Psykiatrisesta hoitotahdosta voidaan poiketa, jos potilaan tahto on muuttunut, henkilökunnalla on vahva epäily, että hoitotahto perustuu potilaan virheelliseen käsitykseen, sairauden luonne ja hoitoon liittyvät seikat vaativat sitä tai potilaan hoitaminen edellyttää mielenterveyslain 4a-luvun tarkoittamia pakolla toteutettavia hoitotoimenpiteitä.

Psykiatrisen hoitotahto sisältää kaksi pääosiota. Ensimmäisessä osiossa ovat sitovat tahdonilmaisut, jossa ihminen valtuuttaa jonkun läheisistään osallistumaan hoitoa koskeviin ratkaisuihin. Kun hoitohenkilöstö tietää, ketkä potilaan läheisistä ovat valtuutettuina, heidän on helpompi rakentaa yhteistyötä läheisten kanssa. Toinen osio sisältää henkilön hoitoa ja hoivaa koskevat toiveet. Toiveita tulee mahdollisuuksien mukaan noudattaa, jotta hoidossa kunnioitettaisiin potilaan itsemääräämisoikeutta. Psykiatrisen hoitotahtolomakkeen voi jokainen täyttää niiltä osin, kuin katsoo sen tarpeelliseksi.

Psykiatrista hoitotahtoa tehdessä voi herätä kysymyksiä hoitoon ja sairauteen liittyvistä asioista. Kysymysten selvittämiseksi henkilöä kannattaa tukea, että hän neuvottelee psykiatrisesta hoitotahdosta hoitavan lääkärin ja muun hoitohenkilöstön kanssa. Terveydenhuollon ammattilaisten tehtävänä on neuvoa tässäkin asiassa. Lisäksi jokaisen psykiatrista hoitotahtoa täyttävän kannattaisi keskustella omaisten ja läheisten kanssa, jotta he osaisivat tarpeen vaatiessa tulkita hoitotahtoa tilanteissa, jotka ovat epäselviä.

Psykiatrisen hoitotahto eroaa yleisestä hoitotahdosta kahdella eri tavalla: Ensinnäkin yleistä hoitotahtoa laativat henkilöt tekevät usein päätöksiä saattohoidosta, jollaisesta heillä ei ole mitään kokemuksia. Psykiatriset potilaat sen sijaan voivat olla kroonisesti sairaita ja heillä on tästä syystä kokemuksia kuvailemistaan hoidoista. Toiseksi yleisen hoitotahdon tavoitteena on parantaa mahdollisuuksia elämän tuskattomaan ja arvokkaaseen päättymiseen. Psykiatrisen hoitotahdon tavoitteena on maksimoida toipumisen mahdollisuus ja minimoida ei-toivotut interventiot. (Swanson ym. 2006.)

Lapin sairaanhoitopiirissä psykiatrisen hoitotahto tulee olemaan johtavan ylilääkärin ohje ja se sijoitetaan sekä ekstra- että intranettiin potilaan oikeudet sivuille. Jokainen psykiatrisen hoitotahdon täyttävä omistaa itse täytetyn psykiatrisen hoitotahdonsa ja päättää minne siitä otettuja kopioita säilötään. Suositeltavaa on, että jokainen antaisi yhden kopion osaksi potilaspapereita, jotta se olisi käytettävissä potilaan hoidossa tulevaisuuden varalle.

## Kirjallisuus

HE 309/1993 vp: Hallituksen esitys Eduskunnalle perustuslain perusoikeussäännösten muuttamisesta.

HE 113/2001 vp: Hallituksen esitys Eduskunnalle laeeksi mielenterveyslain ja hallinto-oikeuslain 7 §:n muuttamisesta.

Judge David L, Bazelon Center. Psychiatric Advance Directives. URL:

[http://www.bazelon.org/LinkClick.aspx?fileticket=lcYbjgw\\_nVY%3d&tabid=226](http://www.bazelon.org/LinkClick.aspx?fileticket=lcYbjgw_nVY%3d&tabid=226). Viitattu 9.9.2011.

Muistiliitto. Edunvalvonta. URL: [http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti\\_ja\\_muistisairaudet/edunvalvonta/](http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/edunvalvonta/). Viitattu 8.9.2011.

Pahlman, I. Potilaan itsemääräämisoikeus, 2. painos. Edita Prima Oy. Helsinki 2006.

- Pakkotoimet psykiatrisen sairaalahoidossa Suomessa vuosina 2007–2009. Sotkanet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilasto ja indikaattoripankki. URL: <http://uusi.sotkanet.fi/taulukko/ku/108,109,110/3/3A/0/>. Viitattu 8.9.2011.
- Pietarinen, J., Launis, V., Räikkä, J., Lagerspetz, E., Rauhala, M. & Oksanen, M. Oikeus itsemääräämiseen. Painatuskeskus Oy. Helsinki 1994.
- Rynning, E. *Samtycke till medicinsk vård och behandling*. Göteborg: Graphic Systems AB. Uppsala 1994.
- STM 2009:3. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.
- Swanson, J., McCrary, Van S., Swartz, M., Elbogen, E. & Van Dorn, R. "Superseding Psychiatric Advance Directives: Ethical and Legal Considerations," *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* (2006): Vol. 34, No. 3, pp. 385–94.
- Tahdosta riippumattomat läheteet psykiatriseen sairaalahoitoon. Sotkanet, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilasto ja indikaattoripankki. URL: <http://uusi.sotkanet.fi/taulukko/u5/108,109,110/3/3A/0/>. Viitattu 9.9.2011.
- THL. Raportti 14:2009. Rakenteet, avuttomuus ja lainsäädäntö. Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti II. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä 2009.

# 3 Edistävää ja ehkäisevää työ

## 3.1 Alkoholin kulutuksen muutokset Pohjois-Suomessa 2000-luvulla

Esa Österberg

Kettil Bruunin johdolla vuonna 1975 julkaistu teos Alkoholipolitiikka: kansanterveydellinen näkökulma sisältää seuraavan perustuloksen:

”alkoholin kokonaiskulutuksen muutokset vaikuttavat ihmisten terveyteen kaikissa yhteiskunnissa. Koska alkoholinkulutusta voidaan rajoittaa alkoholikontrollin keinoin, alkoholin saatavuuden kontrolli on kansanterveydellinen kysymys” (Bruun ym. 1975).

Tulosta voidaan tulkita seuraavasti: jokaisessa alkoholin haittoja rajoittamaan pyrkivässä hankkeessa on hyvä pitää mielessä alkoholin kokonaiskulutuksen kehitys. Tässä osiossa tarkastellaan, miten alkoholin kulutus on kehittynyt 2000 -luvulla Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeeseen osallistuvien Lapin, Länsi-Pohjan ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien kuntayhtymän, Kainuun maakunta -kuntayhtymän ja Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän alueella 2000-luvulla.

### Alkoholijuomien tilastoinnista

Tietoja alkoholijuomien kulutuksesta kerätään ja julkaistaan paitsi koko maata koskien myös eriteltynä maakunnittain. Kulutustilastot perustuvat alkoholijuomien myyntiin. Alkoholijuomiksi näissä tilastoissa on määritelty nautittavaksi tarkoitettua enemmän kuin 2,8 tilavuusprosenttia etyylialkoholia sisältävät juomat. Kulutetut alkoholimäärät julkaistaan Päihdetilastollisessa vuosikirjassa sekä volyyymilitroina että muunneltuna litroiksi 100 prosenttista alkoholia, ja ne on suhteutettu sekä koko väestöön että 15 vuotta täyttäneeseen väestöön.

Alkossa alkoholijuomien myynti tilastoidaan kulutukseksi silloin, kun juomat siirtyvät kassalla asiakkaalle. Sen sijaan päivittäistavarakaupan, kioskien, huoltoasemien, anniskeluravintoloiden ja kahviloiden osalta alkoholijuomien kulutukseksi tilastoidaan näiden myyntipisteiden ostamat alkoholijuomat. Yleensä tästä ei aiheudu ongelmia. Jos alkoholijuomien veroja kuitenkin korotetaan vuoden 2012 alussa, saattavat alkoholin vähittäismyyjät ostaa alkoholijuomia varastoihinsa, jolloin kulutus kirjautuu väärälle vuodelle. Vastaavanlaisia ongelmia ilmaantuu, jos kuluttajat ostavat alkoholijuomia omiin varastoihinsa ennen veronkorotusta ja juovat ne vasta seuraavana vuonna.

Päihdetilastollisessa vuosikirjassa ilmoitetaan sekä kotimaisista myyntipisteistä eli Alkon myymälöistä, päivittäistavarakaupoista, kioskeista ja huoltoasemilta sekä erilaajuisia anniskeluoikeuksia omaavista ravintoloista ja kahviloista kuluttajille vuosittain kulkeutuvat alkoholimäärät että arvio niin kutsutun tilastoimattoman alkoholinkulutuksen määrästä. Tilastoimattomia alkoholieräitä ovat alkoholijuomien matkustajatuonti, alkoholijuomien laillinen ja laitton kotivalmistus, alkoholin salakuljetus, alkoholin korvikkeiden käyttö sekä suomalaisten ulkomailla kuluttamat alkoholijuomat vähennettynä ulkomaalaisten Suomesta ostamilla alkoholijuomilla.

Tilastoimatonta alkoholinkulutusta arvioidaan vain koko maan tasolla. Maakuntia koskevista kulutusluvuista se siis puuttuu. Vuonna 2010 tilastoimattoman alkoholinkulutuksen määräksi arvioitiin 19 prosenttia alkoholin kokonaiskulutuksesta. Jos tilastoimaton alkoholinkulutus jakautuisi tasaisesti maan eri osien kesken, se ei haittaisi alkoholin kulutustason vertailua eri maakuntien kesken.

Matkustajatuonnin osuus on nykyään noin 15 prosenttia alkoholin kokonaiskulutuksesta ja noin 77 prosenttia alkoholin tilastoimattomasta kulutuksesta. Matkustajat tuovat alkoholijuomia Suomeen erityisesti Virosta sekä Suomen ja Viron samoin kuin Suomen ja Ruotsin väliä liikennöiviltä laivoilta. Myös lentoteitse palattaessa tuodaan alkoholijuomia jonkin verran, mutta tax-free alkoholin myynnin loppuminen Euroopan unionin sisäliikenteessä vuonna 1999 samoin kuin terroritekojen kiristämät turvamääräykset 2000-



luvun alussa ovat vähentäneet alkoholijuomien tuontia lentomatkojen yhteydessä. Jonkin verran alkoholia tulee myös maitse Venäjältä ja manner-Euroopasta. Halvan venäläisen alkoholin tuontia hillitsevät tiukat tuontikiintiöt sekä se, että oikeus alkoholijuomien tuontiin edellyttää 20 tunnin oleskelua Venäjällä. Asukaslukuun suhteutettuna alkoholin matkustajatuonnin voidaan siten tuontimaiden sijainnin perusteella arvella olevan jonkin verran suurempaa Etelä- ja Itä-Suomessa kuin Pohjois-Suomessa. Ulkomaanmatkailu koskee kuitenkin 2000-luvulla koko Suomea, ja Pohjois-Suomestakin järjestetään seuramatkoja Viroon, joten kovin suureksi matkustajatuonnin aiheuttama vinoutuma ei nousse maakunnittain ilmoitetuissa kulutusluvuissa. Sen sijaan Ahvenanmaan koko Suomea selvästi alhaisemmat kulutusluvut perustuvat siihen, että tax-free alkoholin saatavuus on ahvenanmaalaisille selvästi parempi kuin muille suomalaisille.

Vakavampi ongelma myyntiin perustuvassa alkoholijuomien kulutuksen tilastoinnissa on, että tietyn maakunnan alueella myytyjen alkoholijuomien ostajat eivät välttämättä ole oman maakunnan asukkaita. Ostajat voivat tulla myös maan rajojen takaa, kuten on asianlaita tätä nykyä Pohjois-Suomessa, jossa ruotsalaiset ja norjalaiset ovat erityisesti maaliskuusta 2004 alkaen käyneet ostamassa väkeviä alkoholijuomia Suomen puolelta (Österberg 2004). Myös turismi aiheuttaa ongelmia alkoholijuomien kulutuksen tilastoinnille varsinkin, jos oman maakunnan asukkaiden määrä on suhteellisen pieni turisteihin verrattuna, kuten on asianlaita Lapissa. (Koskikallio 1982.)

### **Alkoholin kulutuksen kehitys maakunnittain 2000-luvulla**

Taulukossa 1 on ilmoitettu asukasta kohti laskettu alkoholin kulutus maakunnittain vuosina 2000, 2003, 2005, 2007 ja 2010. Vuosi 2003 on valittu taulukkoon siksi, että vuoden 2004 tammikuussa matkustajien toisista Euroopan unionin jäsenmaista ostamien ja Suomeen veroja maksamatta tuomien alkoholijuomien määrää rajoittavat kiintiöt poistuivat (Österberg 2005). Tämän jälkeen verovapauden edellytyksenä on ollut, että matkustaja tuo juomat itse mukanaan ja että juomat on tarkoitettu omaan käyttöön. Toinen merkittävä muutos vuonna 2004 oli alkoholiverojen alentaminen keskimäärin 33 prosentilla maaliskuussa 2004. Tuolloin väkevien alkoholijuomien valmisteverot alenivat 44 prosentilla, välituotteiden 40 prosentilla, oluiden 32 prosentilla ja viinien 10 prosentilla. Veronalennuksesta lähtien Suomi on ollut ruotsalaisille ja norjalaisille halvan viinan maa (Österberg & Mäkelä 2008).

Suomalaisten matkustajien kannalta Viron liittyminen Euroopan Unioniin toukokuussa 2004 antoi todellisen mahdollisuuden hyödyntää tammikuussa tapahtunutta tuontikiintiöiden poistamista. Vielä alkuvuodesta 2004 suomalaiset saattoivat tuoda Virosta verotta vain litran väkeviä alkoholijuomia tai 2 litraa väkeviä viinejä ja 2 litraa viinejä sekä 16 litraa olutta (Österberg 2005). Itse asiassa alkoholijuomien valmisteverojen alentamisella maaliskuussa 2004 pyrittiin ehkäisemään alkoholijuomien matkustajatuonnin ennakoitua kasvua, jonka arveltiin perustuvan sekä Suomen ja Viron alkoholihintojen huomattaviin eroihin että Helsingin ja Tallinnan läheisyyteen ja hyviin liikenneyhteyksiin (HEN 80/2003).

Jos vuosi 2003 kuvaa taulukossa 1 viimeistä normaalia vuotta ennen veronalennuksia ja Viron liittymistä Euroopan unionin jäseneksi, niin vuosi 2005 on taulukossa 1 siksi, että se oli ensimmäinen kokonainen vuosi, jolloin vuonna 2004 tapahtuneet muutokset olivat voimassa. Vuosi 2007 taas on valittu taulukkoon 1 siksi, että sen jälkeen alkoholijuomien valmisteveroja on Suomessa korotettu kolme kertaa. Ensimmäinen veronkorotus tehtiin tammikuussa 2008, toinen tammikuussa 2009 ja kolmas lokakuussa 2009. Valmisteverojen korotukset olivat suuruudeltaan 10 prosenttia lukuun ottamatta tammikuuta 2008, jolloin väkevien alkoholijuomien veroja korotettiin 15 prosenttia ja muiden alkoholijuomien veroja 10 prosenttia. Vuosi 2010 on siten ensimmäinen kokonainen vuosi, jolloin verot pysyivät ennallaan.

**Taulukko 1. Alkoholijuomien myynti maakunnittain vuosina 2000, 2003, 2005, 2007 ja 2010 litroina 100 prosenttisenä alkoholina asukasta kohti (Päihdetilastolliset vuosikirjat 2001, 2004, 2006, 2008 ja 2011).**

	Vuosi 2000	Vuosi 2003	Vuosi 2005	Vuosi 2007	Vuosi 2010
Lappi	8,45	9,46	11,25	12,27	10,86
Kainuu	6,55	7,30	8,40	8,94	8,78
Pohjois-Pohjanmaa	6,17	6,74	7,44	7,72	7,35
Keski-Pohjanmaa	5,32	6,04	6,62	6,93	6,92
Pohjanmaa	4,59	5,09	5,66	6,05	5,82
Etelä-Pohjanmaa	5,29	5,90	6,54	6,89	6,67
Keski-Suomi	6,94	7,52	8,07	8,58	8,13
Pohjois-Karjala	6,00	6,64	7,52	7,96	7,71
Pohjois-Savo	7,05	7,68	8,46	9,03	8,62
Etelä-Savo	7,66	8,62	9,24	9,84	9,49
Etelä-Karjala	7,09	8,04	8,75	9,47	9,08
Kymenlaakso	6,95	7,97	8,44	9,14	8,55
Päijät-Häme	7,44	8,33	8,87	9,36	8,84
Pirkanmaa	7,16	7,79	8,17	8,61	7,97
Kanta-Häme	7,00	7,85	8,24	8,95	8,36
Satakunta	6,69	7,44	8,16	8,78	8,27
Varsinais-Suomi	7,06	7,64	8,23	8,72	8,11
Itä-Uusimaa	6,39	6,97	7,22	7,54	7,28
Uusimaa	7,93	8,32	8,63	8,92	8,13
Ahvenanmaa	4,98	5,27	5,49	5,88	5,72
Koko Suomi	7,04	7,67	8,23	8,69	8,12

## Alkoholin kulutus Pohjois-Suomessa vuonna 2000

Vuonna 2000 Suomen maakunnista Lapissa kulutettiin tilastojen mukaan eniten alkoholia, 8,7 litraa asukasta kohti, kun koko maan keskiarvo oli 7,0 litraa ja alkoholin kulutus oli Uudellamaalla 7,9 litraa asukasta kohti (Taulukko 1). Ippo Koskikallion mukaan 1980-luvun alussa lappilaisten todellinen keskivertokulutus oli pienempi kuin mitä se oli tilastojen mukaan, eikä se todellisuudessa eronnut oleellisesti keski- ja itäsuomalaisten alkoholinkulutuksen tasosta. Hänen mukaansa syynä tähän oli väestön määrään nähden poikkeuksellisen suuri matkailu ja vilkas rajakauppa (Koskikallio 1982). Samoin perustein voidaan olettaa, että lappilaisten alkoholinkäyttö ei vuonna 2000 ole ollut selvästi runsaampaa kuin muiden suomalaisten, sikäli kun se on edes ylittänyt koko maan keskiarvon.

Kainuussa, Pohjois-Pohjanmaalla ja Keski-Pohjanmaalla asukasta kohti laskettu alkoholin kulutus oli vuonna 2000 koko maan keskiarvoa alhaisempi. Itse asiassa näissä maakunnissa alkoholin kulutuksen määrä oli Suomen pienimpiä. Pohjois-Pohjanmaan 6,2 ja Keski-Pohjanmaan 5,3 litran alapuolelle jäivät vain Etelä-Pohjanmaan ja Pohjanmaan maakunnat, sillä Ahvenanmaan todellinen kulutus on suurempi kuin mitä tilastot antavat ymmärtää (Karlsson 1999). Taulukosta 1 käy myös ilmi, että alkoholin kulutus ei vuonna 2000 vaihdellut kovin suuresti maan eri osissa, kun Pohjanmaa jätetään vertailun ulkopuolelle.

Tilastojen mukaan lappilaiset olivat vuonna 2000 omaa luokkaansa myös väkevien alkoholi-juomien kulutuksessa, mikä oli 3 litraa 100 prosenttista alkoholia asukasta kohti, kun koko maan keskiarvo oli 2 litraa. Koskikallion tutkimuksessa tilastolukujen korjaus jätti vuonna 1980 lappilaisten väkevien kulutuksen koko

maan keskiarvon yläpuolelle (Koskikallio 1982). Kainuussa, Pohjois-Pohjanmaalla ja Keski-Pohjanmaalla väkevien alkoholijuomien kulutus oli samalla tasolla kuin koko maassa. Viinien kulutuksessa Lappikin jäi koko maan keskiarvosta, 1,6 litrasta. Kärjessä oli Uusimaa 2,3 litralla 100 prosentin alkoholia asukasta kohti pääkaupunkiseudun muuta maata selvästi runsaamman viininkulutuksen ansiosta. Kainuussa sekä Pohjois- ja Keski-Pohjanmaalla viinien kulutus oli noin litran tasolla. Oluen kulutuksessa Lappi taas ohitti 4,2 litralla koko maan keskiarvon, 3,5 litraa 100 prosentin alkoholia asukasta kohti. Keski-Pohjanmaalla oluen kulutus jäi 2,5 litraan 100 prosentin alkoholia asukasta kohti.

### **Vuoden 2004 muutosten vaikutukset**

Vuonna 2005 Alkoholin kulutus oli Suomessa noin litran suurempi kuin vuonna 2000 ja puoli litraa korkeammalla kuin vuonna 2003. Lappi näytti lisänneen etumatkaansa muuhun maahan, kun siellä tilastoitiin alkoholin kulutukseksi lähes 11,3 litraa asukasta kohti. Kainuukin oli noussut koko maan keskiarvon yläpuolelle. Pohjois-Pohjanmaa ja Keski-Pohjanmaa sen sijaan pysyvät edelleen koko maan keskiarvon alapuolella. Silti vuosina 2003-2005 alkoholin kulutuksen kasvuvauhti oli Pohjois-Suomessa koko maan keskiarvoa suurempi myös muissa maakunnissa kuin Lapissa (Taulukko 2).

**Taulukko 2. Alkoholijuomien myynnin muutos maakunnittain vuosina 2000-2003, 2003-2005, 2005-2007, 2007-2010 ja 2000-2010, prosenttia (Päihdetilastolliset vuosikirjat 2001, 2004, 2006, 2008 ja 2011).**

	2000-2003	2003-2005	2005-2007	2007-2010	2000-2010
Lappi	12	19	9	-11	29
Kainuu	11	15	6	-2	34
Pohjois-Pohjanmaa	9	10	4	-5	19
Keski-Pohjanmaa	14	10	5	0	30
Pohjanmaa	11	11	7	-4	27
Etelä-Pohjanmaa	12	11	5	-3	26
Keski-Suomi	8	7	6	-5	17
Pohjois-Karjala	11	13	6	-3	29
Pohjois-Savo	9	10	7	-5	22
Etelä-Savo	13	7	6	-4	24
Etelä-Karjala	13	9	8	-4	28
Kymenlaakso	15	6	8	-6	23
Päijät-Häme	12	6	6	-6	19
Pirkanmaa	9	5	5	-7	11
Kanta-Häme	12	5	9	-7	19
Satakunta	11	10	8	-6	24
Varsinais-Suomi	8	8	6	-7	15
Itä-Uusimaa	9	4	4	-3	14
Uusimaa	5	4	3	-9	3
Ahvenanmaa	6	4	7	-3	15
Koko Suomi	9	7	6	-7	15

Suurimmat syyt alkoholin kulutuksen kasvuun vuodesta 2003 vuoteen 2005 ovat alkoholiveron alentaminen maaliskuussa 2004 ja Viron liittyminen Euroopan unionin jäseneksi toukokuussa 2004. Vuoden 2004 alussa, ennen veroalennusta, Alkon viikkomyynti lisääntyi kautta koko Suomen edelliseen vuoden vastaavaan aikaan verrattuna noin kolmen prosentin vauhdilla kasvun painottuessa mietoihin viineihin (Österberg 2004). Veronalennuksen jälkeisinä viikkoina Alkon viikkomyynnin lisäys asettui noin 20 prosentin tienoil- le. Kasvu painottui väkeviin alkoholi-juomiin, joita myytiin noin 40 prosenttia enemmän kuin vuotta aiem- min (Taulukko 3). Viron tultua Euroopan unionin jäseneksi Alkon myynnin kasvuvauhti pieneni, mutta pysyi kuitenkin noin 10 prosenttina edellisvuoteen verrattuna. Kasvun painopiste pysyi väkevissä alkoholi- juomissa. Viron EU-jäsenyyden jälkeen viinin myynti kääntyi laskuun (Taulukko 3).

**Taulukko 3. Alkon kuukausimyyntien muutos tammi-helmikuussa, maaliskuussa, touko-kesäkuussa ja heinä-elokuussa vuonna 2004 edellisvuoden vastaaviin kuukausiin verrattuna eriteltyinä väkeviin juomiin, mietoihin viineihin ja panimotuotteisiin, prosenttia (Österberg 2004).**

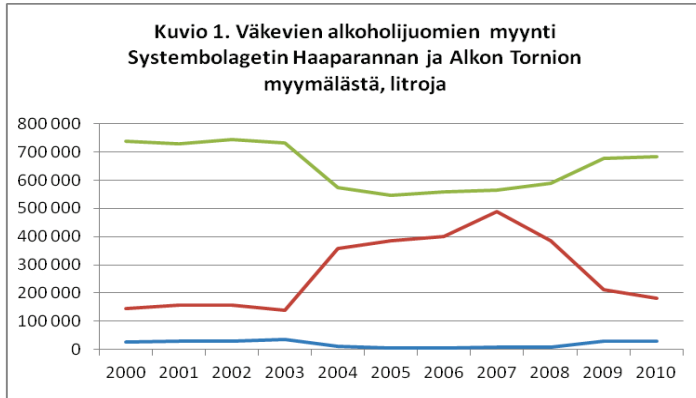
Alkon myyntialue	Tammi-helmikuu			Maalis-huhtikuu			Touko-kesäkuu			Heinä-elokuu		
	Väke- vät	Vii- nit	Pani- mot	Väke- vät	Vii- nit	Pani- mot	Väke- vät	Vii- nit	Pani- mot	Väke- vät	Viinit	Pani- mot
Helsingin	-3	7	-2	36	0	-1	19	-7	-11	21	-9	-16
Uudenmaan	0	10	-1	35	5	2	15	-4	-11	13	-6	-17
Itä-Suomen	-1	11	2	37	4	8	18	-4	-7	18	-5	-13
Kaakkois- Suomen	0	12	3	40	6	12	19	-2	-5	17	-3	-10
Keski- Suomen	0	13	5	38	5	10	18	-3	-7	17	-4	-12
Länsi- Suomen	-2	11	3	35	5	8	19	-1	-7	17	-3	-16
Pirkanmaan	0	12	5	35	6	9	16	-3	-5	14	-5	-12
Pohjanmaan	1	13	4	36	7	8	19	3	-6	19	0	-11
Pohjois- Suomen	-2	11	-1	49	4	7	36	-2	-6	44	2	-6

Päivittäistavarakaupan ja ravintoloiden myyntien seuranta vuonna 2004 hankaloittaa se, että ne pyrkivät supistamaan varastonsa mahdollisimman vähiin ennen veronalennusta ja palauttavat sitten varastot ennalleen veronalennuksen jälkeen. Touko-kesäkuussa oluen vähittäismyynti lisääntyi noin 10 prosenttia edellisvuoteen verrattuna. Anniskelumyynti väheni noin 5 prosentilla (Österberg 2005).

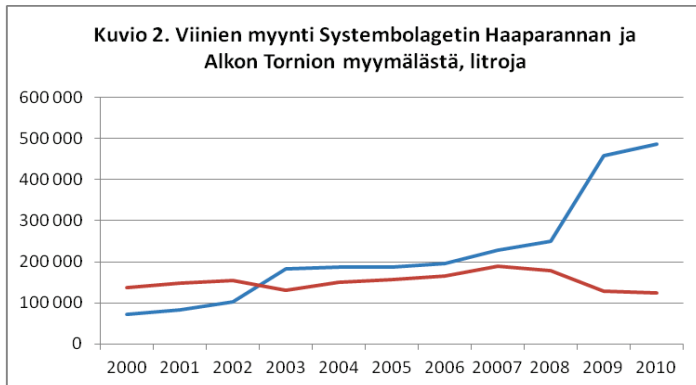
Tarkasteltaessa Alkon myyntiä alueittain on silmiinpistävä, että juomaryhmittäinkin tarkasteltuna myyntien muutokset olivat vuonna 2004 ennen ja jälkeen veronalennuksen sekä Viron EU-jäsenyyden jälkeen hyvin samankaltaisia. Selvin poikkeus on Pohjois-Suomi, mikä selittyy sillä, että väkevien alkoholi-juomien noin 30 prosentin hinnanlasku toi Pohjois-Suomeen suuren joukon ruotsalaisia ja jonkin verran myös norjalaisia asiakkaita. Tämä on selkein selitys sille, että Alkon Pohjois-Suomen alueella väkevien alkoholijuomien kasvuvauhti oli touko-elokuussa vuonna 2004 noin 40 prosenttia, mikä oli kaksinkertainen verrattuna väkevien alkoholijuomien kulutuksen kasvuun muulla Suomessa (Taulukko 3).

### Verojen korotukset

Alkoholin kulutuksen kasvuvauhti pysyi vuodesta 2005 vuoteen 2007 varsin samanlaisena Suomen eri osissa. Vuodesta 2007 vuoteen 2010 alkoholin kulutus aleni kaikissa muissa maakunnissa paitsi Keski-Pohjanmaalla. Alkoholin kulutuksen kasvun kääntymien laskuun selittyy eittämättä kolmella vuosina 2008 ja 2009 toteutetulla veronkorotuksella sekä taloudellisella lamalla. Kulutuksen lasku oli suurinta Lapissa ja tämä selittyy pitkälti alkoholijuomien rajakaupalla. Kuten kuvio 1 osoittaa Tornion Alkon väkevien myynti lisääntyi aina vuoteen 2007, jonka jälkeen valuuttakurssien muutokset johtivat siihen, että Suomi ei ollut enää ruotsalaisille niin edullinen väkevien alkoholijuomien ostokohde kuin aiempina vuosina. Lapin kulutuksen vähenemistä selittää myös se että vuoden 2008 jälkeen suomalaiset ovat enenevässä määrin siirtyneet ostamaan viiniä Ruotsin puolelta (Kuvio 2; ks. myös Vihmo & Österberg 2011).



**Kuvio 1. Väkevien alkoholijuomien myynti Tornion Alkon myymälässä ja Systembolagetin Haaparannan myymälässä sekä Systembolagetin Pohjois-Ruotsin myymälöissä vuosina 2000-2010, litraa (Alko Oy; Systembolaget).**



**Kuvio 2. Viinien myynti Tornion Alkon myymälässä ja Systembolagetin Haaparannan myymälässä vuosina 2000-2010, litraa (Alko Oy; Systembolaget).**

## Pohjois-Suomi vuonna 2010

Vuonna 2010 asukasta kohti laskettu alkoholin kulutus on tilastojen mukaan Lapissa yhä noin 2,5 litraa korkeampi kuin Suomessa keskimäärin (Taulukko 1). Kainuussa alkoholin kulutus oli vuonna 2010 selvästi koko maan keskiarvoa suurempi. Pohjois-Pohjanmaan ja Keski-Pohjanmaan kulutus oli yhä koko maan keskiarvoa pienempi, vaikka alkoholin kulutuksen kasvu on näissä maakunnissa samoin kuin Kainuussa ja Lapissa ollut vuodesta 2000 vuoteen 2010 voimakkaampi kuin muualla Suomessa keskimäärin. Tosin alkoholin kulutuksen kasvuvauhti Pohjois-Suomessa ei juuri poikkea muun Pohjanmaan ja Itä-Suomen maakuntien kasvuvauhdista (Kuvio 2).

Tilastojen mukaan asukasta kohti laskettu väkevien alkoholijuomien kulutus oli vuonna 2010 korkein Lapissa. Kainuussa se oli selvästi yli koko maan keskiarvion sekä Keski- ja Pohjois-Pohjanmaalla suurin piirtein koko maan tasolla. Viinien myynnissä Lappi oli samalla tasolla kuin koko Suomi keskimäärin. Kainuussa sekä Pohjois- ja Keski-Pohjanmaalla viinien kulutus on noin kaksi kolmannesta koko Suomen keskiarvosta. oluen osalta Lapin myyntiluvut ylittävät selvästi ja Kainuussakin jonkin verran koko maan tason. Pohjois- ja Keski-Pohjanmaalla oluen on vähäisempää kuin koko maassa keskimäärin (ks. Karlsson & Österberg 2010).

## Yhteenveto

Vuodesta 2000 vuoteen 2010 alkoholijuomien kulutuksen kehitys ja taso on ollut varsin samanlainen Suomen eri maakunnissa. Huomattavin poikkeus on Lappi, mutta poikkeama alkoholin kulutuksen tasossa selittyy turistien alkoholiostoilla Lapissa ja poikkeava kehitys vuoden 2003 jälkeen ruotsalaisten ja norjalaisten alkoholiostoilla Suomesta. Kainuussa sekä Pohjois- ja Keski-Pohjanmaalla alkoholin kulutuksen taso oli vuonna 2000 koko maan keskiarvoa alhaisempi. Vuosina 2000–2010 alkoholin kulutuksen kasvuvauhti on ollut Pohjois-Suomessa nopeampaa kuin koko Suomen keskimäärin.

Juomaryhmittäin tarkasteltuna väkevien alkoholijuomien kulutus painottuu Pohjois-Suomessa muuta maata enemmän väkeviin alkoholijuomiin. Viinien kulutus taas on Pohjois-Suomessa koko maata alhaisemmalla tasolla. Osittain tämä selittyy viinin kulutuksen suuruudella Uudellamaalla, mutta myös useat muut Etelä- ja Keski-Suomen maakunnat yltyvät koko maan keskiarvon tasolle. Oluen myynissä Lapin maakunta ylittää koko Suomen keskiarvon ja Keski-Pohjanmaa jää sen alapuolelle.

## Kirjallisuus

- Alkoholitutkimussäätiön, Maailman terveysjärjestön Euroopan aluetoimiston ja the Addiction Research Foundation of Ontarion yhteistyöprojekti, Alkoholitutkimussäätiö, N:o 26. Forssa 1975.
- Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, L., Popham, R., Room, R., Schmidt, W., Skog, O.-J., Sulkunen, P. & Österberg, E. Alkoholipolitiikka. Kansanterveydellinen näkökulma.
- HE 80/2003, Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi valmisteverotuslain sekä alkoholi- ja alkoholijuomaverosta annetun lain muuttamisesta.
- Karlsson, T. A Tax Paradise in the Making? Alcohol Regulations in the Åland Islands. *Contemporary Drug Problems*, 26(1999), 3–30.
- Karlsson, T. & Österberg, E. Mitä tilastot kertovat suomalaisten alkoholinkäytöstä. Teoksessa Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigerstedt, C. (toim.) Suomi Juo. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2010.
- Koskikallio, I. Kuka kuluttaa Lapin alkoholia. Turismin ja rajakaupan vaikutus alkoholin kulutuslukuihin Lapin läänissä. Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste N:o 156. Helsinki 1982.
- Päihdetilastolliset vuosikirjat vuosilta 2001–2011.
- Vihmo, J. & Österberg, E. Viinarallia Suomen rajoilla. *Korkki*, 14 (2011), 2, 32–35.
- Österberg, E. Alkoholin kulutus alueittain vuoden 2004 veronalennuksen jälkeen. *Hyvinvointikatsaus* (2004), 3, 40–43.
- Österberg, E. Alkoholin kulutuksen kasvu vuonna 2004. Teoksessa: Raitasalo, K., Alho, H., Lindeman, J., Roine, R. & Tigerstedt, C. (toim.) Tommi 2005. Alkoholi- ja huumeetutkimuksen vuosikirja. Alkoholi- ja huumeetutkijain seura. Hämeenlinna 2005.
- Österberg, E. & Mäkelä P. Mitä vuoden 2004 alkoholiveron alennuksesta seurasi? Teoksessa: Moisio, P., Karvonen, S., Simpura, J. & Heikkilä M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Vammala 2008.

## 3.2 Yhteisöllisyyttä ja osallisuutta vahvistamassa mielen hyvinvoinnin edistämiseksi Kainuussa

Sari Marita Ikäheimo, Aikku Eskelinen

Kainuun katajainen kansa on selvinnyt historiansa aikana pitkistä nälkävuosista kovalla työllä ja yhdessä tekemisellä. Vaikeuksista selviäminen näkyy tänäkin päivänä kainuulaisessa luonteenlaadussa yhteisöllisyytenä ja haluna viedä asioita eteenpäin. Siitä esimerkkinä on Kainuun hallintokokeilu kahdeksan kunnan alueella. Hallintokokeilun seurantatutkimuksessa on näyttöä siitä, että yhteistyöllä ja yhdessä tekemällä saadaan enemmän aikaan kuin jokainen kunta, toimija tai kuntalainen itsekseen. Kainuun maakunnassa yhdistetyt sosiaali-, terveys- ja koulutustoimialat sekä tiiviis kunta- ja järjestöyhteistyö luovat puitteet mielenterveys- ja päihdetyön kokonaisuuden kehittämiseksi ja kehittymiseksi. Yhteisöllisyyttä ruokitaan ja pidetään elinvoimaisena uusilla tavoilla osallistua yhteiseen työhön yli sektori-, kunta- ja henkisten rajojen.

”Taival lie hankala - olkoon vaan! Luonto lie kitsas - siis kilpaillaan!” (Nälkämaan laulu, Ilmari Kianto 1911)

### Osallisuus ja yhteisöllisyys mielenterveys- ja päihdestrategiatyössä

Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeen Kainuun osahankkeessa toiminnan keskeisenä punaisena lankana on ollut yhteisöllisyyden ja osallisuuden vahvistaminen kaikissa valituissa painopisteissä. Mielenterveys- ja päihdestrategiatyön käynnistämiseksi hyödynsimme Pohjanmaa-hankkeessa luotua viitekehystä ja THL:n opasta Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa. Pohjanmaa-hankkeen kansalaiskuulemistilaisuuksien kokemusten pohjalta halusimme lähteä kokeilemaan aivan uutta lähetymistapaa kainuulaisten motivoimiseksi osallistua tilaisuuksiin. Tilaisuuksien tavoitteena oli antaa osallisuuden kokemuksia mielenterveys- ja päihdetyön suunnittelussa.

Päädyimme kokeilemaan draamaa kansalaistilaisuuksien vetonaulana. Löysimme Suomussalmelaisen kansantaiteilija Eero Schroderuksen, joka on tehnyt pienimuotoisia esityksiä sekä Rosa Likströmin teksteihin että omaan tuotantoonsa. Suunnitellessamme tilaisuuksia kerroimme kansalaistilaisuuksien sisällön rakentuvan elinkaariajattelun pohjalle. Kerroimme, että haluamme kuulla kainuulaisilta ajatuksia tekijöistä, jotka vahvistavat heidän henkilökohtaista hyvinvointiaan. Mitkä asiat huolettavat ja stressaavat heitä ja mitä heidän mielestään pitäisi tehdä kasvavan alkoholin ongelmakäytön pysäyttämiseksi? Valitsimme yhdessä Eero Schroderuksen kanssa eri roolihahmoista neljä puhuttelevinta kansalaistilaisuuksien luonteeseen sopiviksi. Tilaisuudet rakentuivat esitysten ja keskustelujen vuorotteluille. Aloitusroolina oli lääkäri, joka ei kyennyt tunnistamaan omia vaivojaan ja uupumistaan työssä. Tähän rooliin päädyimme sen koomisten piirteiden ja keston vuoksi, sillä halusimme virittää yleisön lämpimäksi ja avoimeksi keskustelulle. Muina, lyhyempinä rooleina olivat eroperheen lapsen, leskimiehen ja nuoren aikuisen roolit. Valittu tapa piti tilaisuuden jännitteen ja mielenkiinnon korkealla ja vapautti kainuulaiset avautumaan kipeistäkin asioista.

Kansalaistilaisuudet, joita toteutettiin yhdeksällä paikkakunnalla, saivat Mitäpä mieltä Kainuussa? -nimen. Tilaisuuksien markkinoimiseksi käytettiin paikallisradion kampanjointia, lehti-ilmoittelua, perinteistä ilmoitustauluilmoittelua, etukäteisjuttuja radiossa ja lehdistössä sekä työntekijöiden suoramarkkinointia asiakkailleen. Kaikkiin mainoksiin ja etukäteisjuttuihin Eero Schroderus antoi roolihahmonsia kautta kasvonsa, äänensä ja nimensä markkinoinnin käyttöön. Mitäpä mieltä Kainuussa? -tilaisuudet saivat hyvän vastaanoton ja tavoitimme yli 300 kainuulaista osallistujaa. Kainuulaiset tuottivat paljon kokemuksia, näkemyksiä ja ideoita mielenterveys- ja päihdetyön sekä laajemminkin hyvinvoinnin kehittämiseksi Kainuussa.

”Miekkää ei tarvis - tarmoa vaan, puolesta hengen, heimon ja maan.” (Nälkämaan laulu)



## Osallisuus ja yhteisöllisyys kuntoutuksen kehittämisessä

Palveluiden käyttäjien osallisuuden vahvistamiseksi Kainuussa toteutettiin kokemusasiantuntijoiden rekrytoiminen mielenterveys- ja päihdeyöntekijöiden kautta. Mukaan saatiin kahdeksan oman tai läheisensä kuntoutumisen tien käynnyttä. Koska Kainuussa ei ole ollut aiemmin kokemusasiantuntijoita Mieli 2009 -ohjelman hengen mukaisena toimintana, päätimme panostaa kokemusasiantuntijoiden ryhmäytymiseen. Rohkaistuneena draaman keinoista kansalaistilaisuuksissa, päätimme kokeilla niitä myös kokemusasiantuntijoiden kanssa. Kajaanin kaupungin teatterin näyttelijä Heikki Törmi luotsasi kokemusasiantuntijat sekä hankkeen kuntoutuksesta vastaavat laittamaan itsensä likoon toiminnallisten harjoitusten ja keskustelujen kautta. Yhteinen kokemus lähensi aiemmin toisilleen tuntemattomia kokemusasiantuntijoita keskenään ja loi suhteen myös hankkeen yöntekijöihin. Kokemusasiantuntijat ovat olleet toiminnan käynnistymisen myötä hyvin aktiivisia toimijoita ja haluttuja osallistujia Kainuun kolmen seutukunnan mielenterveys- ja riippuvuussien hoidon palveluiden työkokouksissa, sisäisessä auditoinnissa, johtoryhmissä, koulutuspäivillä sekä Kainuun työvoimapalvelukeskuksen ja kuntouttavan työtoiminnan suunnittelemassa asiakasinfoissa. He ovat olleet myös keskeisessä roolissa kuntoutuksen moniammatillisessa asiantuntijaryhmässä.

”Meidän on uudesta luotava maa, raukat vaan menköhöt merten taa!” (Nälkämaan laulu)

### Nuorten osallisuus hyvä mieli - paha mieli -teemaviikkojen toteuttamisessa Kainuussa

”Toivottomuus on kuin suuri kuilu - pirteys on kuin kirpeä omena!” (Ruukinkankaan koulun oppilaat)

Kainuulaisten koulujen yläluokilla on järjestetty vuodesta 2008 alkaen teemajaksoja, joissa otsikkona on ollut Hyvä mieli – paha mieli. Teemajaksojen aikana oppilaat miettivät eri oppitunneilla, mikä heille tuottaa hyvää tai pahaa mieltä. Aihetta on käsitelty mm. äidinkielen, uskonnon, terveystiedon ja kuvaamataidon tunneilla. Oppilaiden tunneilla tekemistä kuvista, runoista, sarjakuvista ja tarinoista on koottu kattavia kuvataide- ja tarinanäyttelyjä koulujen käytäville.

Lisäksi aihetta käsiteltiin tukioppilaiden kanssa aamunavauksissa. Hyvä mieli – paha mieli -teemaan liittyen järjestettiin myös vanhempainiltoja. Aikku Eskelinen Tervein mielin Kainuussa -hankkeesta on ollut yhdessä oppilaiden ja koulun aikuisten kanssa suunnittelemassa ja toteuttamassa jakson tapahtumia ja toiminut alustajana vanhemmille järjestetyissä vanhempainilloissa. Vanhemmat tutustuivat nuorten kokoon näyttelyihin ja keskustelivat, miten parantaa kodin tunneilmapiiriä myönteiseksi ja vanhempien omaa vastuuta siinä. Ruukinkankaan koulun tukioppilaat kokosivat nuorten näyttelyn myös Suomussalmen pääkirjastoon kahden viikon ajaksi kaikkien suomussalmelaisten nähtäväksi.

Hyvä mieli – paha mieli -viikkojen järjestäminen on ollut hyvin myönteinen kokemus kaikille osapuolille. Tavoitteena on jatkaa edelleen kainuulaisilla kouluilla tehtävää ennaltaehkäisevää ja kumppanuuteen perustuvaa työtä. Toiminnan avulla tuetaan nuorten ja aikuisten osallisuutta ja vertaistoimintaa sekä rohkaistaan vanhempia löytämään myönteisiä vuorovaikutuksen keinoja perheessä. Yhteistoiminnan avulla vahvistetaan myös nuorten parissa työskentelevien ammattilaisten vuorovaikutusosaamista. Osallistavassa työotteessa aikuiselta vaaditaan rohkeutta, uskoa ja luottamusta. Tämä saattaa vaatia omien asenteiden muutosta. Nuorten kanssa on ensisijaisen tärkeää olla oikeasti aikuinen ja ammatillinen toimija, ja nuoria osallistavassa toiminnassa on haasteellista arvioida, kuinka paljon nuoret tarvitsevat aikuisen tukea. Tarvitaan tilannetajua, etteivät nuoret jää yksin liian isojen asioiden äärelle. Heille ei saa syntyä liikaa paineita, mutta toisaalta on tärkeää, ettei aikuinen tee liikaa. Parasta nuorten osallisuudessa on kokemus yhteisestä tekemisestä. Toiminnan kautta nuori voi saada uusia ystäviä ja näkökulmia omaan elämään. Nuori saa vertaistukea ja iloa yhteisistä aikaansaannoksista. Myönteinen palaute palkitsee ja kannustaa nuoria. Kun nuorille annetaan mahdollisuus uuden toiminnan suunnitteluun, käynnistämiseen ja toteuttamiseen, he tarttuvat siihen. Nuoret haluavat vaikuttaa ja osallistua! Aikuisen ohjaajan tuki on tarpeen ja se luo toiminnalle selkeät rajat ja puitteet.

”Maamies, muista, miss' onnesi on, riihesi rikkaus riippumaton!” (Nälkämaan laulu)

### 3.3 Ongelmien ylisukupolvisuuden ehkäiseminen Toimiva lapsi & perhe menetelmien avulla

Jorma Posio

Toimiva lapsi & perhe -hanke (TI&p) on kehittänyt, tutkinut ja implementoinut menetelmiä sosiaali- ja terveydenhuoltoon ylisukupolvisen kierteen katkaisemiseksi. TI&p -hankkeen II-vaihe (2010–2015) keskittyy Mieli 2009- ja Kaste-ohjelmien mukaisesti jatkamalla aiempaa työtä kuntatason päihde- ja peruspalveluihin ja ylisektoraaliseen lasten ja nuorten hyvinvointia edistävään ja heidän ongelmiaan ehkäisevään työhön. Vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmien lisäksi TI&p II kohdistuu myös perheisiin, joissa on väkivaltaa, työttömyyttä ja taloudellisia vaikeuksia. (THL 2009)

#### Hankkeissa Lapin TI&p-työn perusta

Toimiva lapsi & perhe menetelmien jalkauttaminen Lapin alueelle alkoi vuosina 2005–2009. Tämä tapahtui Lapin sairaanhoitopiirissä toteutettujen kahden mielenterveys- ja päihdehankkeen kautta. Molemmat hankkeet toteutettiin yhdessä Pohjois-Suomen osaamiskeskuksen kanssa. Hankkeiden yhtenä tavoitteena oli kuntien, erikoissairaanhoidon sekä kolmannen ja yksityissektorin henkilöstön kouluttaminen lasten ja nuorten ongelmia ehkäisevään ja heidän hyvinvointia tukevan perhekeskeisen työn toteuttamiseen.

Hankkeiden toimesta toteutetuissa koulutuksissa oli painopiste Beardsleen perheintervention ja Lapset puheeksi -keskustelun kouluttamisessa. (Niemi 2008). Vuosien 2005–2009 aikana toteutettiin kolme ns. perheinterventio kliinikkokoulutusta, joissa koulutettiin yhteensä 46 kliinikkoa. Koulutetut edustivat kuntien ja kolmannen sektorin työntekijöitä. Kuntien työntekijät tulivat sosiaali- ja terveystoimen, opetustoimen ja nuorisotoimen hallintoaloilta. Hankkeiden aikana toteutettiin Lapset puheeksi ja neuvonpito koulutukset eripuolilla Lappia. Koulutuksiin osallistui liki 300 kuntien eri hallinnonalojen ja kolmannen sektorin työntekijää. Tällä koulutuskokonaisuudella oli tavoitteena läpäisyperiaatteella perehdyttää työntekijöitä aiemmin koulutettujen klinikoiden tueksi mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden lasten huomioimiseen. Moniammatilliset ja poikkihallinnolliset koulutukset osoittautuivat palautteiden mukaan onnistuneeksi tavaksi järjestää koulutuskokonaisuudet.

Rovaniemi osallistui Stakesin (nykyisin THL) CAMHEE-hankkeeseen (Child and Adolescence Mental Health in Enlarged Europe). Hankkeen yhtenä tavoitteena oli luoda perusterveydenhuoltoon toimintatapoja lasten huomioimiseksi ja lasten psyykkisen oireilun ehkäisemiseksi silloin, kun vanhempaa hoidetaan mielenterveys- ja päihdepalveluissa. CAMHEE-hankkeella on ollut valtakunnallisesti tärkeä osuus toimia ehkäisevien ja edistävien palvelurakenteiden kehittämisen pilottina.

Vuosina 2005–2009 toteutettiin TI&p-menetelmien toteutumisen arviointiselvitys. Arviointiraportissa koottiin yhteen sekä koulutukseen osallistuneiden Lapin sairaanhoitopiirin alueen työntekijöiden että heidän asiakkaidensa näkemyksiä Toimiva lapsi & perhe -menetelmien toteutumisesta. Tarkoituksena oli kuvata, miten koulutuksen käyneet työntekijät arvioivat työmenetelmiä heti koulutuksen päättymisen jälkeen ja miten vanhemmat itse arvioivat perheinterventioimenetelmää ensimmäisten työskentelykokemusten jälkeen (Niemi 2008).

#### Toimiva lapsi & perhe II Lapissa: Lasten ja nuorten ongelmia ehkäisevien ja hyvinvointia edistävien palvelurakenteiden kehittäminen

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen TI&p II -hanke ja Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeen kautta Lapin sairaanhoitopiirin kunnat verkostoituvat vuonna 2009. Kunnille tarjottiin mahdollisuutta osallistua lasten ongelmia ehkäisevien ja heidän hyvinvointiaan edistävien peruspalvelurakenteiden kehittämiseen. Neljä kuntaa (Kittilä, Kolari, Rovaniemi ja Sodankylä) ja Lapin sairaanhoitopiiri sitoutuivat työhön. Lapin toimijoiden lisäksi mukana kehittämistyössä oli Imatran kaupunki.

Työn päämääränä oli määrittää vähimmäisvaatimukset ns. prevention ja promootion peruspalvelurakenteelle, jolla pyritään ehkäisemään lasten ja nuorten ongelmia ja ongelmien ylisukupolvista siirtymistä. Ky-

seinen rakenne käsittää toiminnan vastuu- ja hallinnolliset rakenteet ja käytännön. Kehittämistyön avulla pyrittiin määrittelemään millaisilla strategioilla, organisaatioiden ja työntekijöiden toiminnalla sekä väestön tiedottamisella voidaan ehkäisevä ja edistävä työ saada juurtumaan peruspalveluihin.

”Ehkäisevän ja edistävän työn palvelurakenteelle on keskeistä tarjota lasten ja nuorten ongelmia ehkäisevää ja heidän hyvinvointia edistävää palvelua aina, kun vanhempi saa apua vaikeuksiinsa. Tällaisia vaikeuksia saattavat olla mielenterveys- ja päihdeongelmat tai muut vanhemmuutta uhkaavat vaikeudet, kuten vakava somaattinen sairaus tai taloudelliset ongelmat. Toiminta koskee yksiköitä, joissa vanhempi on avun piirissä (terveysasemat, päihde- ja mielenterveysyksiköt, toimeentulo). Vanhemmille apua tarjoavien palveluiden lisäksi mukana ovat lasten iänmukaiset palvelut kuten päiväkodit, neuvolat, koulu, kouluterveyden- ja oppilashuolto, lastensuojelu, nuorisotoimi sekä sosiaalitoimen perhepalvelut. Kyse on rakenteesta, joka nostaa peruspalveluissa tehtävän edistävän ja ehkäisevän työn asemaa esille tavalla, jota Mieli 2009- ja KASTE -ohjelmissa linjataan” (Solantaus ym. 2010).

Yhteinen tavoite tarkoitti kaikilta osapuolilta sitoutumista kehittämistyöhön. Kunnalta edellytettiin sitoutumista edistävän ja ehkäisevän peruspalvelurakenteiden keskeisiin osa-alueisiin. Näitä ovat kehittämissuunnitelman mukaiset toimet koskien kuntastrategiaa, organisaatioita, kouluttamisen ja menetelmien juurruttamista, sekä myös väestön tiedottamista. Toimiva lapsi&perhe -hanke sitoutui Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeen kanssa konsultoimaan, kouluttamaan ja edistämään ehkäisevän ja edistävän työn juurruttamisprosessia yhdessä alueella jo olevien TI&p-koulutettujen kanssa.

Koulutetut kuntien klinikot kouluttivat omissa organisaatioissaan työntekijöitä käyttämään vähintään Lapset puheeksi neuvonpito (LpNp) - menetelmää. Tätä koulutusprosessia Tiina Huilaja on kuvannut seikkaperäisesti THL:n raportissa 6/2011 sivuilla 165–166. Mukaan sitoutuneet muut kunnat liittyivät edistävän ja ehkäisevän palvelurakenteen samanaikaisesti kunnissa laadittaviin mielenterveys- ja päihdestrategioihin. Kittilä sen sijaan liitti sen Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmaan. Sodankylän kuntaa ja Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosyksikköä tuettiin lisäkoulutuksella, jotta näihin organisaatioihin saatiin kouluttajaresurseja. Näistä organisaatioista puuttuivat aikaisemmin koulutetut klinikot, joilla olisi ollut mahdollisuus osallistua kehittämissuunnitelman koulutukseen.

## Lopuksi

Lapin kokemukset osoittavat sen, että pitkäjänteisellä ja tavoitteellisella työllä TI&p-menetelmät ovat juurtumassa mukaan sitoutuneissa kunnissa palvelurakenteeksi, jolla ehkäistään ongelmien siirtymistä sukupolvien yli. Tavoitteen saavuttaminen vaatii ja vaatii henkilöstön kouluttamisen lisäksi hallinnon ja johdon sitoutumista. Se vaatii myös eri hallintokuntien välistä saumatonta yhteistyötä ja työnjaosta sopimista. Lisäksi menetelmät tulee sisällyttää mielenterveys- ja päihdetyön strategioihin ja/tai lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmiin. Lasten ongelmia ehkäisevää ja heidän hyvinvointia tukevaa työtä on resursoitava ja sovittava menetelmien käyttöönotosta. Palvelujen käyttäjien on myös informoitava väestöä vanhemmuutta ja lapsia tukevista palveluista.

## Kirjallisuus

- Ahola, M. & Posio J. Loppuraportti. Jatkohanke: Mielenterveys- ja päihdepalvelujen seudullinen kehittäminen v. 2007–2007. 2010. Child and adolescent mental health in enlarged EU - development of effective policies and practices. URL: [www.camhee.eu](http://www.camhee.eu).
- Keskihannu, I. & Posio, J. Loppuraportti. Mielenterveys- ja päihdetyön seudullinen kehittäminen Lapin sairaanhoitopiirin alueella v. 2005–2007. 2008.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 2009:3.
- Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V., Nordling, E. (toim.) THL. Raportti 6/2011. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015, Toimeenpanosta käytäntöön 2010. 2011.
- Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V., Nordling, E. (toim.) THL Raportti 6/2011. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015, Toimeenpanosta käytäntöön 2010. 2011.

Niemi, H. Toimiva lapsi&perhe -työmenetelmien arviointiselvitys. 2008.

Partanen, A., Moring, J., Nordling, E., Bergman, V. (toim.) THL. Avauksia 16/2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015, Toimeenpanosta käytäntöön 2009. 2010.

Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. URL: [www.sosiaalikallega.fi](http://www.sosiaalikallega.fi).

Solantaus, T., Niemelä, M. & Sipilä, M. Toimiva lapsi & perhe II hankkeen toimintasuunnitelma. 2010.

Tallavaara, M-S. Loppuraportti. Lasten ja nuorten psykososiaalisten erityispalvelujen seudullinen kehittäminen Lapissa -hanke 2005–2007. 2008.

Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke. Lapin osahanke. URL: [www.terveinmielinlapissa.fi](http://www.terveinmielinlapissa.fi).

THL 2009. Toimiva lapsi & perhe-hanke. URL: <http://info.stakes.fi/toimivaperhe>.

Wahlbeck, K., ym. THL:n toimeenpanosuunnitelma, Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, toimenpiteet 2009–2010. 2010.

### 3.4 Teoriasta käytäntöön – mielenterveys- ja päihdestrategioiden laadinta Pohjois-Suomen kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla

Matti Kaivosoja, Jorma Posio

Mielenterveyspalvelujen hajanaisuus ja kokonaisuuden parempi hallinta on ollut tavoitteena jo vuosikymmenen. Vuonna 2001 Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi Mielenterveyspalveluiden laatusuositukset (STM oppaita 2001:1). Yksi kahdestatoista suosituksesta koskee suunnitelmatyötä: ”Mielenterveystyötä varten tehdään kokonaissuunnitelma.” Seuraavana vuonna ministeriö julkaisi päihdepalvelujen laatusuositukset (Em. lähde 2002:3). Suosituksen mukaan laadukkaiden päihdepalveluiden takaamiseksi kunnilla tulee olla päihdestrategia:

”Jokaisella kunnalla on päihdestrategia osana kunnan terveys- ja hyvinvointistrategiaa, miten kunnassa ehkäistään päihdehaittojen syntymistä ja miten päihdepalvelut on järjestetty sekä selvitetään sosiaali- ja terveydenhuollon työnjako päihdepalveluissa. Päihdestrategia voidaan laatia yhteistyössä muiden kuntien kanssa.”

Lapin sairaanhoitopiirin alueella toteutettiin vuonna 2002 laaja kuntakierros, jossa esiteltiin laatusuosituksia ja keskusteltiin palvelujen järjestämisestä. Sairaanhoitopiiri tarjosi kunnille yhteistyöfoorumia mielenterveyspalvelujen laadinnassa. Kuntaneuvottelujen yhteydessä keskityttiin ajanhengen mukaisesti ainoastaan mielenterveyspalvelujen tarkasteluun. Näiden neuvottelujen tuloksena ei kuitenkaan laadittu ko. kokonaissuunnitelmia yhteenkään kuntaan. Valtioneuvoston asetti vuonna 2001 kansallisen hankkeen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi ja teki periaatepäätöksen, jonka tavoitteena oli turvata väestön terveystarpeista lähtevä hoidon saatavuus, laatu ja riittävän määrä maan eri osissa asukkaana maksukyvästä riippumatta. Vuonna 2003 Lapin läänissä määriteltiin kyseisen hankkeen ohjausryhmässä mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen yhdeksi keskeiseksi painopisteeksi. Ohjelman määrärahoista toteutettiin Lapin alueella kaksi mielenterveyden ja päihdetyön kehittämishanketta. Samasta ohjelmasta rahoitettiin myös Pohjanmaalla käynnistettyä Pohjanmaa-hanketta vuodesta 2005 alkaen. Hankkeissa oli yhtenä tavoitteena mielenterveys- ja päihdesuunnitelmien laatiminen joko kuntakohtaisesti tai seudullisesti. Hankkeiden tavoitteena oli myös alkoholiohjelman mukaisten kumppanuussopimusten laadinta.

Pohjanmaa-hanke aloitti kumppanuussopimukset alkoholiohjelman kanssa jo vuonna 2006. Hankkeen toimesta kolmen pohjalaismaakunnan alueella kolme neljäsosaa kunnista sitoutui alkoholiohjelman kumppaniksi ja laatimaan kunnallisen päihdestrategian. Pohjanmaa-hankkeen tavoitteena oli myös mielenterveysstrategioiden sitominen mukaan tähän prosessiin. Päihdestrategiatavoitteessa onnistuttiin, mutta pääosin kunnat eivät ottaneet kokonaisuuteen mukaan mielenterveystyötä. Vuonna 2006 Pohjanmaa-hankkeessa aloitettiin mielenterveys- ja päihdestrategiatyön ja strategiaprosessin mallinnus. Strategiastyöstä on sittemmin julkaistu opas, Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa (Minna Laitila ym. 2009), jota myös Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke on hyödyntänyt.

Keväällä 2007 käynnistyi yli sadan kansanedustajan aloitteesta kansallisen mielenterveystyön linjauksen laadinta. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, Mieli 2009 -ohjelma, valmistui alkuvuodesta 2009. Ohjelman 18 kehittämiskohtaa sisältävät myös suosituksen paikallisesta kokonaissuunnitelmasta: ”Kunnat sisällyttävät mielenterveys- ja päihdetyön strategian terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitelman osana kuntastrategiaa. Lisäksi ehkäisevän ja edistävän mielenterveys- ja päihdetyön asemaa vahvistetaan nimeämällä vähintään yksi kokopäiväinen pysyvä työntekijä koordinoimaan työtä laajan väestöpohjan mukaisella alueella.” (STM selvityksiä 2009:3).

Valmistuvan Mieli-ohjelman toimeenpanoa sekä aiemmin tehtyä kehittämistyötä jatkamaan Oulun Yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit päättivät valmistella yhteisen hankkeen, jossa kullakin sairaanhoitopiirillä on oma osahanke. Hankkeen tavoitteet kuvattiin koreittain, kaikille osahankkeille yhteiseksi tavoitteeksi valittiin mielenterveys- ja päihdestrategioiden laatiminen ja toteuttaminen

kunta- ja palvelurakennemuutosten mukaisille yhteistoiminta-alueille (Tervein mielin Pohjois-Suomessa 2009-2011 -hankesuunnitelma).

**Taulukko 1. Lapin läänin kuntien mielenterveys- ja päihdestrategiat vuonna 2009.**

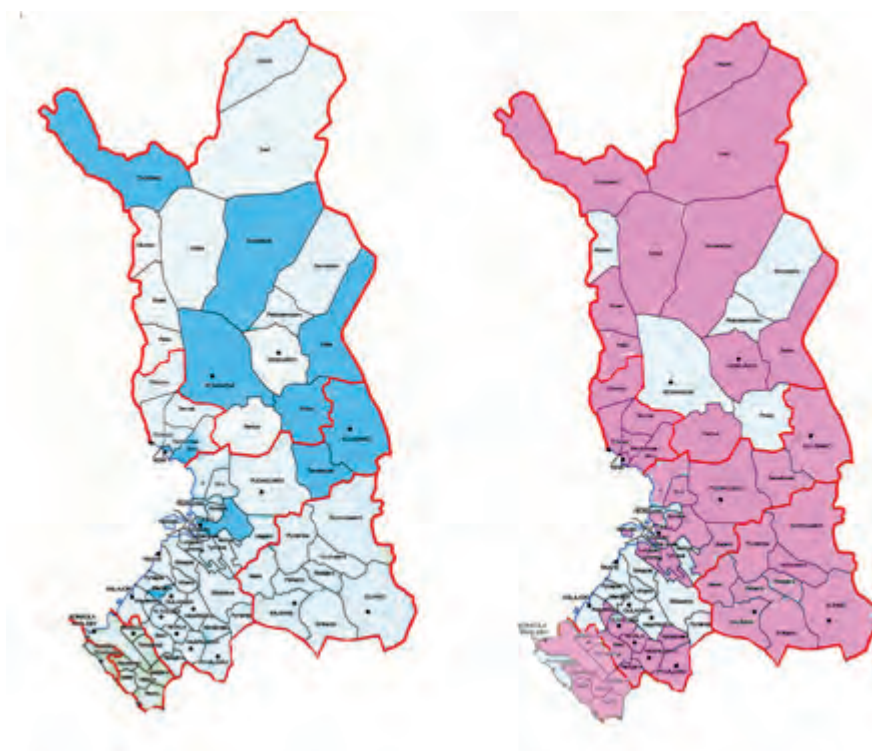
		LAPIN LÄÄNIN KUNTIEN HYVINVOINTIOHJELMAT						2009		
Kunta	Väestö 07	Kuntastr.	Hyvinv.ohj.	Päihdestr.	Mtt-str.	Lapsi- ja nuor.str.	Turvallis. suunn.	Vanhust. strategia	Vammais. strategia	Kumppanuussop.
Inari	6954	X		X K		X K	X K	X		
Sodankylä	8982	X P	X K	X 2011	Suunnit.	X 2011	X	X P	X	X 2008
Utsjoki	1335			X		X K	X	X K		
									X	
Kemijärvi	8882	X	X K	X K		X K	X P	X		X 2008
Pelkosenniemi	1063	X P				X K		X K		
Salla	4364	X K	X K	X 2013	Suunnit.	X K	X P	X P		X K
Savukoski	1244	X P								
Posio	4087	X K			Suunnit.	X	X	X		
Ranua	4512	X P	X K	X K		X K	X K	X		X 2008
Rovaniemi	58852	X P	X 2006		Suunnit.	X K	X K	X 2020	X 2009	X 2008
Enontekiö	1965	X K	X P	X	X		X	X 2010		X K
Kolari	3796	X K	X	X		X K	X K	X 2010	X 2010	
Kittilä	5967	X K		X K		X K	X K	X K	X K	X 2008
Pello	4216	X P		X		X Uusi	X K	X		X K
Muonio	2363	X P	X 2012			X K	X	X P		X K
Kemi	22669	X P		X	Suunnit.	X K	X P	X	X	X K
Keminmaa	8712	X 2008	X K	X Nuorisio		X K	X P	X P	X	X K
Simo	3588	X K		X K	X K	X K	X K	X	X	
Tervola	3550	X P	X K	X Nuorisio		X K	X K	X K		X 2008
Tornio	22373	X P	X K	X P		X K	X	X		
Ylitornio	4943	X		X P		X K	X K	X P		
<b>Yht</b>	<b>21</b>	<b>184390</b>	<b>20</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>8 6 / 6 K</b>
		P = päivitys K = kesken								

## Mielenterveys- ja päihdestrategiatyö Tervein mielin Pohjois-Suomessa hankkeessa 2009 - 2011

Pohjanmaa-hankkeen mallin mukaisesti myös Lapissa otettiin alkoholiohjelman kumppanuussopimukset yhteiseksi tavoitteeksi. Ennen Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeen alkua hanketta esiteltiin kunnissa eri yhteyksissä. Lapissa järjestettiin sekä Lapin että Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien kunnissa laajat kuntakierrokset ja hyvinvointiseminaarit. Järjestelyissä olivat yhteistyössä Lapin aluehallintovirasto, Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke, Alkoholiohjelma, Pohjois-Suomen osaamiskeskus POSKE ja alueen järjestöjä. Kuntakierroksilla selvitettiin kuntien eri suunnitelmien ja strategioiden tilanne. Mielenterveysstrategioiden ja alkoholiohjelman mukaisten kumppanuussopimusten osalta tilanne oli heikoin (Taulukko 1). Lapissa mielenterveystyön suunnitelmat olivat kuntien mielenterveysyksiköiden toimintasuunnitelmatasolla.

Kainuussa oli tehty vuonna 1999 lasten ja nuorten päihdetoimintastrategia, johon kaikki Kainuun kunnat olivat sitoutuneet. Sen pohjalta Paltamon kunta oli tehnyt oman toimintasuunnitelman ja Hyrynsalmi päihdepalveluiden kokonaissuunnitelman 2000-luvun alkupuolella. Mielenterveystyön suunnitelmia ei ollut tehty lainkaan lukuun ottamatta eri työryhmien toimintasuunnitelmia.

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen kunnat tekivät yhdessä alueelle päihdestrategian Pohjanmaa-hankkeen aikana, yhdeksän kunnan suunnitelma valmistui jo vuonna 2006 ja sitä päivitettiin jo seuraavana vuonna. Sen sijaan mielenterveystyön suunnitelmia kunnissa ei laadittu. Pohjois-Pohjanmaalla useissa kunnissa oli tehty lähinnä omia kunnallisia yksiköitä koskevia palvelusuunnitelmia, mutta vähän varsinaisia mielenterveys- ja päihdestrategioita lukuun ottamatta Oulun kaupunkia, jolla oli sekä päihdestrategia että mielenterveystyön suunnitelma. Koko alueen tilanne hankkeen käynnistyessä näkyy seuraavassa kartassa (Kuva 1).



**Kuva 1. Vasemmalla kunnalliset mielenterveystyön strategiat hankkeen käynnistyessä v. 2009. Sinisellä merkityissä kunnissa oli tehty mielenterveystyön strategia, harmaalla merkityissä ei ollut strategioita. Oikealla kunnalliset päihdetyön strategiat hankkeen käynnistyessä v. 2009. Punaisella merkityissä kunnissa oli tehty päihdetyön strategia, harmaalla merkityissä ei ollut strategioita.**

Mielenterveys- ja päihdestrategioiden suunnittelualueeksi hanke pyrki saamaan kunta- ja palvelurakennemuutoksen mukaiset yhteistoiminta-alueet. Suunnittelu toteutettiin jokaisella osahankealueella yksilöllisesti alueen tarpeiden mukaisesti. Yhteistoiminta-alueiden muodostuminen oli vaikeinta Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Tämä hidasti myös hanketyötä, ja siksi alueen strategiatyö ehti hankkeen aikana vasta käynnistyä.

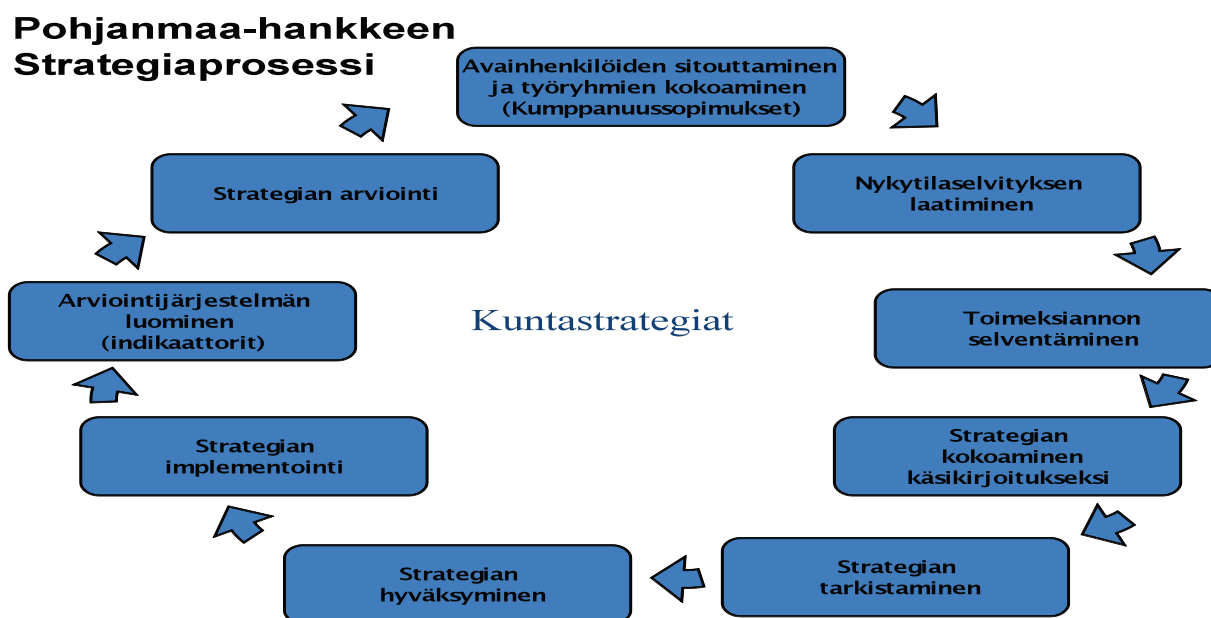
Kainuun maakunnassa strategiatyötä varten tarvittavat ohjausrakenteet olivat valmiina maakunnan aiemmista kehittämishankkeista, samoin maakuntahallinnon myötä strategiatyön käynnistämisestä voitiin päättää nopeasti. Siten strategiatyö myös eteni nopeasti varsinaiseen työvaiheeseen ja Kainuussa valmistuu maakunnallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Keski-Pohjanmaalla jatkettiin Pohjanmaa-hankkeen työtä laajentamalla päihdestrategioista mielenterveys- ja päihdestrategiat maakunnan kaikille kunnille, ts. kahdelle yhteistoiminta-alueelle. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella laadittiin alueellinen mielenter-

veys- perhe- ja päihdetyön malli, jota täydennetään kuntakohtaisilla mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmissä.

Hankkeen aikana laadittujen strategioiden tilanne on kuvattu karttaliitteissä, jotka on päivitetty hankkeen päättymisvaiheen tilanteen mukaiseksi. Strategiat ovat pääosin tarkistamisvaiheessa siten, että ne viedään kunnalliseen / maakunnalliseen päätöksentekoon hyväksyttäväksi syksyn 2011 ja kevään 2012 aikana. Työprosessin vaatimasta pitkäjännitteisyydestä johtuen strategiatyö ei tule kaikissa kunnissa valmiiksi hankkeen aikana. THL:n Mielen tuki -hanke jatkaa työtä Lapin osahankkeen alueen kunnissa ja lisäksi muutaman kunnan kanssa Pohjois-Pohjanmaalla. Alueella on myös kuntia, joissa työn laadintaprosessi ei ole päässyt käyntiin. Ongelmana on ollut mm. se, että strategiatyössä tarvittavan kirjoitustyön tekijää ei kunnan organisaatiosta ole löytynyt.

### Strategiatyön toteutus ja hankkeen tuki prosessissa.

Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeessa valittiin työskentelymalliksi Pohjanmaa-hankkeessa kuvattu ja toteutettu suunnitteluprosessi. (Kuvio 1).



**Kuvio 1. Pohjanmaa-hankkeen strategiaprosessi. (Laitila, M. & Järvinen, T. 2009)**

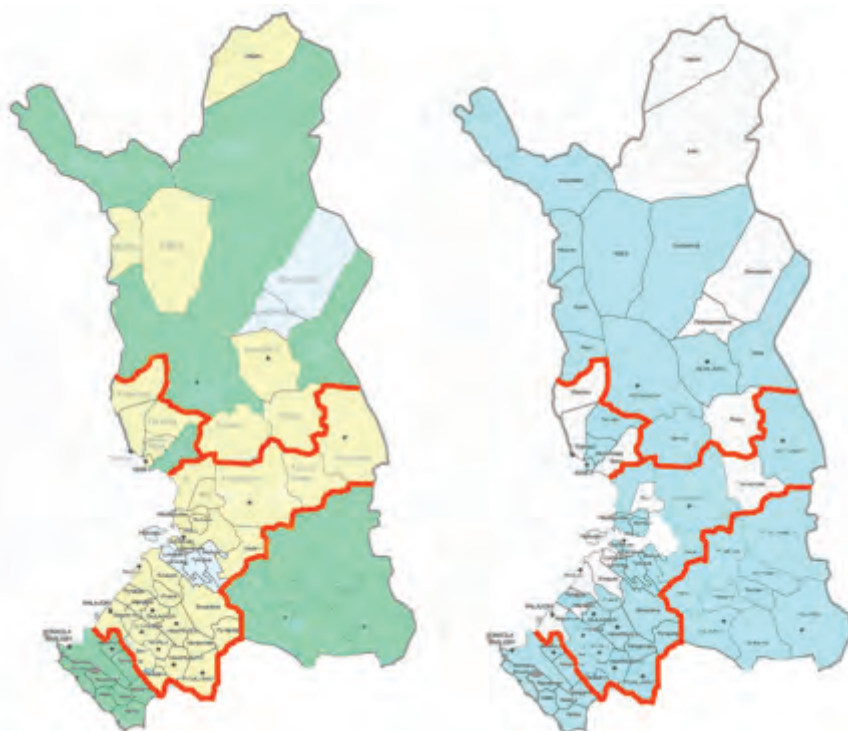
Hankkeen työntekijät olivat kullakin alueella mukana prosessissa yksilöllisesti. Kainuussa hanke laati maakunnallisen mielenterveys- ja päihdetyön strategian vastaten prosessin vaiheista päätöksentekovaiheeseen saakka. Pohjois-Pohjanmaalla hankkeen työntekijät ovat olleet osassa kuntia mukana prosessin alkuvaiheissa kartoittaen mm. nykytilaa ja asiakasrakennetta. He ovat koonneet ja analysoineet tarkoituksenmukaisia indikaattoreita ja auttaneet raportin laadinnassa. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä hanketyöntekijät ovat työstäneet prosessin mukaisesti alueellista mielenterveys-, perhe- ja päihdetyömallia. Keski-Pohjanmaalla hanketyöntekijät ovat osallistuneet yhteistoiminta-alueiden työryhmien työskentelyyn. He ovat koonneet nykytilakartoituksia, tilastoja ja indikaattoreita sekä selvitys- ja tutkimusaineistoja työryhmien käyttöön.

Strategiatyön alussa vaadittiin hankealueiden kunnilta hallinnollinen sitoutuminen mielenterveys- ja päihdestrategian laadintaan. Kuntien perusturvalautakunnat tai kunnanhallitukset tekivät päätöksen kuntansa mielenterveys- ja päihdestrategian laadinnasta. Osa kunnista nimesi työryhmän ja strategian kirjoittajan tueksi. Hankkeista järjestettiin kuntien kirjoittajille ja työryhmille säännölliset tukiseminaarit ja kokoukset prosessin eri vaiheissa. Hankkeiden työntekijät järjestivät kansalaisten kuulemisia, kokosivat indikaattoreita jne. alueensa ominaispiirteiden mukaisesti. Osassa kunnista edellä mainitun työn tekivät kuntien kirjoittajat ja työryhmät. Rovaniemellä Lapin yliopisto osallistui myös prosessin tukemiseen. Prosessin aikana verkos-



toiduttiin myös THL:n Mielen tuki -hankkeen kanssa. Hankkeesta tuettiin myös mukaan lähteneitä kuntia strategian kirjoittajien palkkakustannuksissa.

Osa alueen kunnista on liittänyt mielenterveys- ja päihdestrategian kuntien hyvinvointikertomuksiin ja ottanut myös mielenterveys- ja päihdeasiat huomioon turvallisuussuunnitelmia laadittaessa. Alkoholiohjelman mukaisia kumppanuussopimuksia on tehty hankkeen sekä Lapin ja Pohjois-Suomen aluehallintoviraston alkoholikoordinaattoreiden kanssa yhdessä. Kumppanuussopimusten tila näkyy alueen kartalta (Kuva 2). Kartasta puuttuvat järjestöjen, yhdistysten, säätiöiden ja työnantajien kanssa solmitut kumppanuussopimukset



**Kuva 2. Mielenterveys- ja päihdestrategiat ja kumppanuussopimukset Pohjois-Suomessa hankkeen päättyessä. Vasemmalla mielenterveys- ja päihdestrategioiden tilanne, vihreällä kunnat, joilla strategia valmis, keltaisella kunnat, joissa strategiatyö menossa, harmaalla kunnat, joissa strategiatyön aloittamisesta ei ole päätöstä. Oikealla alkoholiohjelman sinisellä kunnat, joilla kumppanuussopimus Alkoholiohjelman kanssa, harmaalla kunnat, joilla ei sopimusta.**

## Lopuksi

Strategiatyön kehittäminen on ollut pitkäjänteinen prosessi. Työ alkoi jo vuonna 2003, ja vasta vuoden 2011 päättyessä suurimmalla osalla toiminta-alueen kunnista on mielenterveys- ja päihdetyön strategia valmiina tai valmistumassa. Hanketyöntekijöinä olemme mielestämme onnistuneet työssämme huomioiden tilanne hankkeen alussa 2009, jolloin kuntien mielenterveys- ja päihdetyönsuunnitelmat /-strategia olivat varsin vaatimattomalla tasolla. Hankeen näkökulmasta on ongelmallista mennä kuntiin, koska hankkeelta puuttuu toimivalta kunnissa (Kaivosoja 2011). Vaikuttamiskeinoksi hankkeille jää tiedon välittäminen ja sen perusteleva, miksi mielenterveys- ja päihdetyön strategiat on syytä tehdä sekä tarvittaessa prosessin tukeminen ja kannustaminen. Prosessi on monitahoisempi kuin tavanomainen kunnan toimialakohtainen suunnittelu ja siksi hankkeen osaaminen ja tuki on kunnille tärkeää.

Hankealueellamme on ollut onni siinä, että olemme saaneet ketjuttaa ajallisesti useita hankkeita, joiden tavoitteena on mielenterveys- ja päihdesuunnitelmien laadinta. Strategiatyön systemaattinen malli luotiin Pohjanmaa-hankkeessa. Yksittäisen hankkeen toiminta-aika on liian lyhyt kyseiseen työhön. Hankkeessa toteutettu työ on prosessi, joka vaatii aikaa. Prosessinomainen työ mahdollistaa mm. kansalaisten ja palve-

lujen käyttäjien kuulemisen. Työ tulee jäämään nykyiseltäkin hankkeelta kesken. Kun työn aloittamisesta on päätetty kunnallisessa päätöksenteossa, luotamme, että se myös viedään loppuun. Lapin alueella kaikki ne kunnat, jotka ovat tehneet päätöksen mielenterveys- ja päihdestrategian laadinnasta jatkavat yhteistyötä Mielen tuki -hankkeen kanssa vuoteen 2015 saakka. Myös osa Pohjois-Pohjanmaan kunnista on mukana THL:n Mielen tuki -hankkeessa. (Mielen tuki -hankkeen toteutussuunnitelma 2010 – 2015).

Kunnan mielenterveys- ja päihdetyön ei tulisi olla yksistään sosiaali- ja terveysosastojen työtä. Etenkin mielenterveyden edistäminen ja päihdeongelmien ehkäisytyö tulisi kuulua kaikille hallintokunnille. Työssä tulisi jatkossa hahmottaa sekä alueellisesti että poikkihallinnollisesti erilaiset yhteistyömahdollisuudet. Sisällöllisesti mielenterveys- ja päihdestrategiatyössä tarvitaan sekä THL:n, sairaanhoitopiirien että sosiaalialan osaamiskeskusten tuki. Sairaanhoitopiireissä luontevinta on kytkeä tuki niiden perusterveydenhuollon yksiköiden vastuulle ja niiden koordinoimaan kehittämistyöhön.

Jatkossa tulee keskustella aluehallintoviraston mahdollisesta tuesta ja valvonnasta mielenterveys- ja päihdestrategioiden toteutumisesta kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla. Keskustelu tästä työstä on aloitettu sekä Lapin että Pohjois-Suomen aluehallintovirastojen kanssa. Lapin aluehallintovirasto onkin jo tuonut esille oman mallinsa prosessin jatkolle (Korva 5.9.2011). Myös maakuntahallinnolla on hyvinvoinnin edistämässä ohjelmiansa kautta hyviä vaikuttamismahdollisuuksia. Hankkeen aikana alueen maakuntaliitot ovat sisällyttäneet samoja painopisteitä maakunnallisiin hyvinvointiohjelmiinsa kuin Mieli-ohjelma esittää.

Suunnittelu on palvelujen ja julkisen hallinnon ammattilaisten ominta alaa. Haastavinta on kuitenkin pitää yllä palvelujen käyttäjien, kokemusasiantuntijoiden, omaisten sekä eri järjestöjen osallistumista mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen. Kuitenkin mielenterveyden edistämiseen saatavissa olevat suurimmat käyttämättömät voimavarat ja kehittämistyöhön tarvittava kokemuskätkö ovat heillä.

## Kirjallisuus

- Ahola, M. & Posio, J. Loppuraportti. Jatkohanke Mielenterveys- ja päihdepalvelujen seudullinen kehittäminen v. 2007 – 2007. 2009.
- Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä – kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdehankkeesta 2005-2009.
- Kaivosoja, M. & Lassila, A. Pohjanmaa-hankkeen toimintamalleja. Kirjassa: Eskola, J., Karila, A. (toim.) Mielekäs Suomi - Näkökulmia mielenterveystyöhön. Edita Publishing Oy. Helsinki 2007.
- Kaivosoja, M. Tervein Mieliin Pohjois-Suomessa – onnistuuko integraatio. Julkaisussa Partanen, A., Moring, J., Nordling, E., Bergman, V. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Keskihannu, I. & Posio, J. Loppuraportti, Mielenterveys- ja päihdetyön seudullinen kehittäminen Lapin sairaanhoitopiirin alueella v. 2005 – 2007. 2007.
- Korva, T. Esitelmä IV Lapin mielenterveys- ja päihdepäivillä Kittilässä 05.09.2011.
- Kuosmanen, L., Vuorilehto, M., Voipio-Pulkki, L.-M., Laitila, M., Posio, J. & Partanen A. Avauksia 5/2010. Helsinki; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laitila, M. & Järvinen, T. (toim.) Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, opas 6. Helsinki 2009.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 2009:3. Helsinki 2009.
- Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2001.
- Nordling, E. Mielen tuki 2010 - 2015 toimeenpanosuunnitelma.
- Pohjanmaa-hanke. URL: [www.pohjanmaanhanke.fi](http://www.pohjanmaanhanke.fi)
- Päihdepalvelujen laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2002.
- Tervein mielin Pohjois-Suomessa 2009 – 2011. Hankesuunnitelma. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2008.
- Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke. URL: [www.tmps.fi](http://www.tmps.fi)
- Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke, Lapin osahanke. URL: [www.terveinmielinlapissa.fi](http://www.terveinmielinlapissa.fi).

# 4 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen

## 4.1 Kunnat koordinoivat mielenterveys- ja päihdepalveluista kokonaisuuden

Arja Heikkinen

Haukipudas, Kiiminki, Oulu, Oulunsalo ja Yli-Ii yhdistyvät vuoden 2013 alusta. Monikuntaliitospäätös tehtiin 28.6.2010. Sosiaali- ja terveyspalvelut päivähoitoa lukuun ottamatta siirtyvät sopimuksen mukaisesti Oulun kaupungin alustalle 1.1.2012 alkaen.

### Uuden Oulun palvelujen järjestämishjelma

Uuden Oulun toiminnan käynnistäminen edellyttää selkeää yhtenäistä ohjelmaa, jonka perustalle uuden kunnan toiminta ja palvelut järjestetään. Konserniohjaus on siirtynyt taloudellisesta ohjauksesta strategiseen ohjaukseen. Strategiaprosessi on muuttumassa jatkuvaksi prosessiksi, joka on sidottu johtamisjärjestelmään ja tietojärjestelmiin. Suunnittelun aikajänne on pidentynyt. Toimintaympäristön analyysillä kerätään tietoa nykytilanteesta ja varaudutaan mahdollisiin tuleviin muutoksiin. Tuottavuutta mitataan strategisesti kestävästi. Se tarkoittaa kokonaistuottavuuden arvioimista.

Siinä ovat mukana suoritteiden mittaamisen lisäksi mm. asiakastyytyväisyys, työhyvinvointi, palveluiden laadun mittaus ja vaikuttavuus. Tällöin tuottavuuden paranemista ei tavoitella laadun ja vaikuttavuuden heikkenemisen kustannuksella.

Palvelujen järjestämishjelmassa on linjattu strategiset täsmennykset ja kuvattu uuden Oulun palvelumalli, joiden pohjalta uuden Oulun palveluja kehitetään ja toteutetaan. Strategian yhdeksi osaksi laaditaan osallisuuden ja vaikuttamisen ohjelma. Sen perustana ovat Oulun kaupungin aluetoiminnan hyvät käytännöt alueellisista yhteistyöryhmistä, asukastupatoiminnasta ja vapaaehtoistoiminnasta. Kuntien yhdistymisen yhtenä tavoitteena on palveluprosessien uudistaminen kuntalais- ja asiakaslähtöisesti. On tärkeää saada kaikki asukkaat osallistumaan ja vaikuttamaan elinympäristöönsä ja palveluja koskevaan suunnitteluun ja päätöksentekoon. Jokaisella suuralueella kootaan asuinalueiden julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat kiinteiksi verkostoiksi.

### Sopimusohjaus

Uuden kunnan palvelujen järjestämisen ja tuottamisen toimintatapa rakentuu sopimusohjaukselle. Sopimusohjauksen käsite liittyy mm. julkisen terveydenhuollon laajempaan uudistamiseen. Sopimusohjaus-käsite on noussut esiin tilaaja-tuottajamallin rinnalla. Se ei kuitenkaan ole tilaaja-tuottajamallin synonyymi, vaan käsitteenä tätä laajempi. (Stakes 2008.) Kun tilaaja-tuottajamallissa ostetaan palveluja, korostuvat sopimusohjausmallissa sanaan sisältyvät termit sopiminen ja ohjaaminen. Sopimusohjaus on menettely, jossa palvelujen järjestäjä solmii sitovan sopimuksen palvelujen tuottajien kanssa niistä palveluista, joita katsoo vastuullaan olevan väestön tarvitsevan. Lähtökohtana on siis asiakastarve.

Kuntalaislähtöisyyttä korostetaan ja kuntalaisen asemaa monikanavaisessa palvelujärjestelmässä vahvistetaan, mikä merkitsee muun muassa lisääntyvää valinnanvapautta ja lisääntyviä mahdollisuuksia uusien palvelukonseptien hyödyntämiseen huomioiden yhteiskunnallisen vaikuttavuuden ja yleisen hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet. Palveluja kootaan moniammatillisesti yhteisiksi palveluprosesseiksi, jolloin sektori-hallinto-keskeisestä toimintatavasta siirrytään kuntalais-/asiakaskeskeiseen toimintatapaan ja mahdollisimman saumattomiin ja hyvin toimiviin palveluketjuihin. Panostaminen ennakoiviin palveluihin edellyttää vahvaa, yli valtuustokauden ulottuvaa pitkän tähtäimen kehittämisotetta.

Palvelutuotantoa kehitetään monituottajamallin suuntaan. Se lisää kunnan tarvetta kiinteään yhteistyöhön alueen yritysten, yhdistysten ja järjestöjen kanssa.

## Palveluverkko-ohjaus

Kuntalaisten asumisen näkökulmasta palvelujen järjestämisen ytimen muodostavat lähipalvelut. Lähipalvelut tarjotaan asukkaana lähiympäristössä tai tuodaan kotiin. Niiden piiriin on helppo hakeutua ja niitä tarvitsee usea henkilö päivittäin tai jatkuvasti. Lähipalvelut tuotetaan uuden kunnan asukkaille monikanavaisesti ja yhteneväisin perustein ottaen kuitenkin huomioon alueelliset erityispiirteet etäisyyksissä, liikenneyhteyksissä ja palvelutarpeissa. Palveluverkko-ohjaukseen vaikuttavat uuden kunnan väestörakenteen ja kuntalaisten palvelutarpeiden muutokset, talouden kehitysnäkymät ja lainsäädännön muutokset, mm. uusi terveydenhuoltolaki ja tuleva sosiaalihuoltolain uudistus, joiden myötä asukkaiden valinnanvapaus palveluissa lisääntyy edelleen. Palveluverkoilla tarkoitetaan tässä yhteydessä fyysisiä, eri palvelujen toimipisteitä ja niiden muodostamia kokonaisuuksia ts. verkkoja, esimerkiksi terveysasemat, päiväkodit ja koulut.

Erityispalvelut toteutetaan pääosin 1–3 toimipaikasta. Näin varmistetaan erityispalvelujen saatavuus, laatu, turvallisuus ja niitä toteuttavan henkilöstön riittävyys, saatavuus ja ammattitaito. Niiden tuotannossa huomioidaan myös paikasta riippumattomat toteutustavat (esim. työntekijöiden liikkuvuus, liikkuvat palveluyksiköt, sähköinen asiointi). Palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa huomioidaan väestö määräen lisäksi alueiden erityispiirteet ja alueilla olevat erilaiset tarpeet.

## Monipalvelukeskukset

Kuntalaislähtöiset palveluprosessit merkitsevät kuntalaisten näkökulmasta saumattomia toimi- ja hallinnonalat ylittäviä palveluketjuja, mikä on huomioitava myös palveluverkkojen suunnittelussa. Monikanavaisuus merkitsee mm. lisääntyviä mahdollisuuksia uusien palvelukonseptien hyödyntämiseen. Uudet palvelukonseptit merkitsevät paikka-/tilasidonnaisuuden vähentymistä, joustavien uusien toimintamallien käyttöönottoa ja vaihtoehtoisten tuotantotapojen hyödyntämistä. Palvelukykyä parannetaan monipalvelukeskuksilla, joissa voidaan hyödyntää myös moniammatillinen yhteistyö ja tehokas resurssien käyttö. Tavoite merkitsee tilojen monikäyttöisyyden lisäämistä, tehokasta tilojen käyttöastetta ja muunneltavuutta sekä mm. epätarkoituksenmukaisista tiloista luopumista. Tilaratkaisuissa toteutetaan monipalvelukeskuksia, yhteispalvelupisteitä ja ns. matalankynnyksen palvelupisteitä. Esimerkiksi palvelujen tuottajina voi toimia ns. kolmannen sektorin järjestöt kumppanuuskeskuksissa.

Kokoamalla palvelut järkeviin ja ehjiin kokonaisuuksiin, mahdollistetaan palvelukokonaisuuksien parempi laatu, monipuoliset palvelut, erilaiset tuottamistavat, laajempi eri henkilöstöryhmien välinen moniammatillinen yhteistyö ja taloudellisesti järkevä palvelutuotanto sekä aito asiakaslähtöisyyden toteutuminen. Monipalvelukeskukset toteutetaan kuntien nykyisen palveluverkon pohjalle sitä kehittäen. Keskusten koko ja palveluvalikoima voivat vaihdella alueen erityispiirteiden ja palvelutarpeiden perusteella. Keskuksilla mahdollistetaan ja tuetaan moniammatillista palvelujen toteuttamista. Näin asiakaslähtöisyys vahvistuu, kun samasta paikasta tarjotaan laaja-alaisempaa osaamista ja useampia palveluja. Keskuksien mahdollistavat lisäksi ns. matalan kynnyksen palvelujen tarjoamisen ja tukikohdan esim. kotiin annettaville palveluille. Lisäksi ne voivat tukea ja edistää sähköisten etäpalvelujen käyttöä. Keskusten kehittämistyössä huomioidaan myös eri viranomaisten yhteispalvelun toteuttamismahdollisuudet.

Terveydenhuollon lähipalveluita tullaan Uuden Oulun siirtymävaiheessa, vuosina 2011–2012, antamaan pääosin nykyisiltä terveysasemilta. Kuntalaisten valinnanvapauden toteutuminen voi muuttaa tätä tilannetta. Lähipalveluita ovat mm. lääkärin ja hoitajan sairausvastaanottopalvelut, neuvolapalvelut, kouluterveydenhuolto sekä suun terveydenhuollon palvelut. Alueellisesti tarjottavia palveluja ovat esimerkiksi kuntoutukseen liittyvät palvelut, laboratoriapalvelut, puheterapiapalvelut ja perustason päihde- ja mielenterveyspalvelut. Keskitettyjä palveluita ovat muun muassa erikoislääkäripalvelut kuten psykiatria, vaativan tason diabetesvastaanotto, valtaosa suun terveydenhuollon erikoislääkäripalveluista ja erityistason päihdehuolto. Opiskeluterveydenhuolto on pääosin ao. oppilaitoksissa tarjottava lähipalvelu ja osaksi keskitetty palvelu. Tarve- ja tarkoituksenmukaisuus harkinnan pohjalta keskitettyjä tai aluepalveluita voidaan toteuttaa myös lähipalveluna joko paikanpäällä esim. päiviä tai tunteja/viikko tai sähköisenä palveluna.

## Palveluohjaus

Onnistunut palveluohjaus on tärkeä niin kuntalaisen kuin Uuden Oulun kannalta. Palvelutarpeen arviointimenetelmiä ja palvelusuunnitelmia on kehitettävä. Kuntalaisten moninaiset palvelutarpeet edellyttävät moniosaamista. Kuntalaisten kannalta on järkevää keskittää palveluohjausta harvemmille palveluohjaajille ja/tai -tiimeille, jotka hankkivat tarvittavan lisäosaamisen organisaation sisältä. Näin asiakasta ei juokseteta ”luukulta toiselle”. Palvelut kootaan kuntalaisen näkökulmasta saumattomiksi hoito- ja palveluketjuiksi ja koko kaupunkiorganisaation näkökulmasta kokonaisiksi palveluprosesseiksi. Eri toimijoiden ja osaajien yhteistyötä ja vastuun ottamista lisätään niin, että palvelut ovat aidosti moniammatillisia ja vastaavat erilaisiin palvelutarpeisiin. Palveluprosessien kehittäminen antaa mahdollisuuden havaita ja poistaa päällekkäisyyksiä, keventää palvelurakennetta sekä tehostaa palvelua. Palveluverkon tilaratkaisuilla vaikutetaan mm. siihen, miten henkilöstön välinen yhteistyö toteutuu. Koko palveluketjun tarkastelu lisää toiminnan tulokellisuutta ja vaikuttavuutta asiakkaan kannalta.

## Kuntalaisten hyvinvoinnin edistäminen ja osallisuus

Kaikissa palveluiden järjestämisessä tavoitteena ovat toimintamallit, joiden avulla tuetaan kuntalaisten omaa mahdollisuutta edistää omaa hyvinvointiaan ja toimintakykyisyyttään. Näin edistetään ennaltaehkäisevää työtä, hyvinvointia ja kuntalaisten osallisuutta palvelujen tuottamisessa ja kehittämisessä. Tutkimusten mukaan osallisuus on keskeinen hyvinvointia ja terveyttä tuottava tekijä. Osallisuus on yhteisöön liittymistä, kuulumista ja siihen vaikuttamista sekä kokemuksen myötä syntyvää sitoutumista. Osallisuus tarkoittaa sitä, että on itse sitoutunut toimintaan ja haluaa vaikuttaa asioiden kulkuun sekä ottaa vastuun myös seurauksista. Kuntalaisten omatoimisuutta ja henkilökohtaista vastuuta lisätään kunkin henkilön edellytysten mukaan (esim. omahoito terveystalveissa). Yhteisöllisyyden kannustetaan (esim. vertaisryhmät). Yhteisöllisyyden perusedellytyksiä ovat ihmisten läsnäolo ja heidän käyttämänsä aika toisilleen, yhteinen paikka yhteiselle ajalle sekä pysyvyys. Näitä edellytyksiä kaupunki voi tukea esim. asukastupatoiminnan kautta.

## Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillinen yhteistyö palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa tarkoittaa työskentelyä asiakas- ja työlähtöisesti niin, että eri ammattiryhmät yhdistävät tietonsa ja taitonsa. Moniammatillisessa yhteistyössä tarvitaan selkeitä vastuita. Yhteistoiminnassa korostuu tulevaisuudessa entistä enemmän myös henkilöstön moniosaaminen. Tämä edellyttää hyvää johtamista ja johdonmukaista, riittävästi resursoitua henkilöstön täydennyskoulutusta. Kuntalaislähtöiset palveluprosessit vaativat siirtymistä sektorikeskeisestä toimintata- vasta mahdollisimman saumattomiin ja hyvin toimiviin palveluketjuihin. Tämä tarkoittaa myös asiakastarpeisiin perustuvia tehtäväkuvia. Se edellyttää kehittämistä, muutoksia ja palveluprosessien johdonmukaista johtamista.

## Ennaltaehkäisevä työ

Ennaltaehkäisevä työ korostuu resurssien suuntaamisessa ja palvelujen kehittämisessä. Lapsi- ja nuorisoväestön osuus väestöpohjasta on erityisen suuri, mikä tuo mukanaan erityisen painopisteen ja haasteen ennaltaehkäisevälle työlle. Ennaltaehkäisevän työn kehittäminen toteutuu uuden Oulun valmisteluvaiheen yhteydessä ja erilaisten hankkeiden kautta (mm. lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma). Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointia seurataan myöhemmin sovittavilla mittareilla, joiden perusteella toimintaa, resursseja ja palvelukokonaisuuksia kehitetään edelleen. Lapsiperheiden palveluista muodostetaan saumaton kokonaisuus nivomalla lapsen kehitystä tukevat, ongelmia ehkäisevät ja korjaavat palvelut yhteen yli nykyisten toimialarajojen. Vahvoilla peruspalveluilla kyetään jo varhain puuttumaan ongelmiin ja sairauksiin sekä tukemaan käyttäjiä itsenäisessä selviytymisessä. Vaikeissa olosuhteissa elävät ja vähemmistöryhmät tarvitsevat lisäksi kohdennettuja palveluja.

Perusterveydenhuollon järjestämisessä painotetaan terveyshyötyjen tuottamista, asiakkaan aseman vahvistamista ja henkilöstön saatavuuden, pysyvyyden ja työhyvinvoinnin lisäämistä. Terveystyömallilla

tehostetaan mm. pitkäaikaissairauksien hoitoa ja ennaltaehkäisyä. Kohderyhmänä ovat kuntalaiset, joilla on monia sairauksia, korkea riski sairastua tai he ovat terveystalvelujen suurkäyttäjiä. Painopiste on kansansairauksien ehkäisyssä. Sähköiset omahoitopalvelut levitetään koko uuden Oulun alueelle tukemaan kuntalaisten mahdollisuuksia lisätä vastuun ottamista omasta terveydestään.

Ikääntyneiden itsenäistä elämää, toimintakykyä ja osallisuutta tuetaan ensi-sijaisesti heidän omassa asuinympäristössään. Apuna tässä voidaan käyttää uutta teknologiaa. Väestön ikääntymisen haasteisiin varaudutaan entistä aiemmin ja laajemmasta näkökulmasta. Terveyden sekä psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn turvaamiseen panostetaan eri muodoin esimerkiksi eläköitymisen alkuvaiheessa oleville ja ikäämmille kotona asuville henkilöille. Palveluja kehitetään myös laajemmasta näkökulmasta, jolloin ikäihmisten tarpeet huomioidaan hyvinvointipalvelujen lisäksi asumis-, kulttuuri-, koulutus- ja yhdyskuntasuunnittelun palvelujen toteutuksessa.

Ikäihmisten palvelutarpeen kasvuun vaikuttavia tekijöitä ovat ikääntyvien määrän kasvu, muistihäiriöiden lisääntyminen, toimintakyvyn muutokset, päihdeongelmat ja yksin asuminen. Uuden Oulun tavoitteena on yksinkertaistaa moniportaista palvelurakennetta ja siirtää painopistettä laitoshoidosta ennalta ehkäiseviin, kotona asuvien ikäihmisten toimintakykyä edistäviin palveluihin sekä monipuoliseen palveluasumiseen. Tätä kautta laitoshoidon tarve vähenee. Uuden Oulun ikäihmisten palvelujen järjestämisessä noudatetaan STM:n (2008) Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen antamia linjauksia palvelurakenteelle. Ikäihmisten ympärivuorokautinen hoito (tehostettu palveluasuminen ja sosiaalihuoltolain alainen laitoshoido) järjestetään tällä hetkellä uudessa Oulussa laitospainotteisesti verrattuna valtakunnallisiin tavoitteisiin. Tavoitteena on siirtää painopistettä tehostettuun palveluasumiseen. Palvelut järjestetään siten, että mahdollistetaan ikäihmisten palveluasuminen samassa tutussa ympäristössä toimintakyvyn muuttuessa ja palvelutarpeen kasvaessa.

## Sosiaalipalvelut

Sosiaalipalveluiden järjestämisessä painopiste on sosiaalisen hyvinvoinnin edistämisessä, ennaltaehkäisyssä, varhaisessa puuttumisessa ja avohoidossa ja -huollossa. Riittäväällä perusturvalla ja oikein kohdennetuilla sosiaalipalveluilla parannetaan pienituloisten, syrjäytyneiden ja köyhydessä elävien henkilöiden ja lapsiperheiden asemaa. Asiakaslähtöisyyttä, monikanavaisuutta ja asiakkaiden valinnanvapautta lisätään mm. palvelusetelin käytön laajentamisella, sähköisten asiointimahdollisuuksien lisäämisellä ja palveluohjausta tehostamalla. Kotiin annettavia palveluja, perhetyötä ja palveluasumista kehitetään huomioiden eri asiakasryhmien tarpeet. Tavoitteena on mahdollisimman itsenäinen asuminen. Suunnitelmallista perussosiaaliryötä ja ohjausta vahvistetaan syrjäytyneiden ja syrjäytymisriskin alla olevien asiakkaiden saamiseksi palvelujen piiriin. Tavoitteena on, että ns. viimeisenä toteutettavien palveluiden (toimeentulotuki, lastensuojelu) piirissä olevien asiakkaiden suhteellinen osuus laskee ja laitoshoidon tarvitsevien asiakkaiden määrää vähenee (kehitysvammahuolto ja lastensuojelu).

Viime vuosina lastensuojelun tarve on lisääntynyt. Esimerkiksi teini-ikäisten huostaanotot ovat lisääntyneet selvästi. Lastensuojelun tavoitteena on vähentää lastensuojelutoimenpiteiden piirissä olevien alle 18-vuotiaiden lasten suhteellista osuutta. Tavoitteen toteutuminen edellyttää ennaltaehkäisyn ja laaja-alaisen moniammatillisen yhteistyön lisäämistä sekä toimivaa peruspalveluverkostoa. Kodin ulkopuolelle sijoitettaessa painopiste on kaikkien sijoitusten osalta perhe- ja muussa avohoidossa.

Työttömyyden vähentäminen on koko uuden Oulun haaste. Etenkin pitkäaikais- ja nuorisotyöttömyyden vähentäminen edellyttää elinkeino-, koulutus- ja muita aktivointitoimenpiteitä uuden Oulun konsernitasolta lähtien. Sosiaalisen työllistämisen keinoin ehkäistään syrjäytymistä, edistetään elämäntilannetta ja työmarkkinoille pääsyä ja vähennetään viimesijaisen toimeentulotuen tarvetta.

## Terveydenhuolto

Terveydenhuoltolaki tuo muutoksia terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakenteeseen ja toimintaan. Perusterveydenhuollon asemaa terveydenhuollon kokonaisuudessa vahvistetaan. Kuntalaisten valinnan vapaus lisääntyy ja hoidon laatua ja potilasturvallisuutta parannetaan. Erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto toimivat aikaisempaa kiinteämmin yhteistyössä ja erikoissairaanhoittoa tuodaan peruster-

veydenhuollon lääkäri-hoitajatiimien tueksi. Terveysasemaverkkoa kehitetään turvaten väestönkasvun vaatimat palvelut. Tavoitteena on kehittää terveysasemia osana hyvinvoinnin monipalvelukeskuksia, jolloin sosiaalihuollon ja vanhuspalveluiden saattaminen yhteen terveydenhuollon palveluiden kanssa tuo kuntalaisille hyvinvointipalvelut samoista toimipisteistä.

Mielenterveys- ja päihdepalveluilla edistetään mielenterveyttä ja päihteettömyyttä kansallisen mielen-terveys- ja päihdetyön suunnitelman (2009) mukaisesti. Oulun kaupunki tuottaa tällä hetkellä pääosin omalla toimintana aikuispsykiatrisen erikoissairaanhoidon, lasten- ja nuorisopsykiatrisen avohoidon, päihde- ja perheneuvolapalvelut. Avohoidon ja -palvelujen riittävydestä ja saatavuudesta huolehditaan. Palveluohjauksessa korostetaan matalankynnyksen/yhden oven periaatetta. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kanssa aloitettua yhteistyön kehittämistä ja päällekkäisyyksien karsimista jatketaan.

## **Sairaanhoitopiirin järjestämismääräykset erikoissairaanhoidon palveluista**

Sairaanhoitopiirin (SHP) tehtävänä on järjestämismääräyksen mukaan huolehtia erikoissairaanhoidon palveluista tasavertaisesti jäsenkunnille ja huolehtia yliopistolliselle SHP:lle säädettyistä muista tehtävistä. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin 14.12.2009 hyväksytyn omistajastrategian mukaista toimintaa jatketaan. Sen keskeiset kohdat ovat perusterveydenhuollon vahvistaminen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön ja yhteensovittamisen syventäminen ja kokonaiskustannusten kasvun hillitseminen. Koko SHP:n alueen terveydenhuollon kokonaisuutta suunniteltaessa tulee huomioida kokonaiskustannuksien säilyminen kuntien kantokyvyn ja yhteisesti sovittujen kehysten mukaisena. Voimavarojen tarkoituksenmukainen jako tulee tehdä yhdessä omistajakuntien kanssa. PPSHP:n hallitus on nimennyt toukokuussa 2010 kuntien edustajista muodostuvan omistajakoordinaatioryhmän. Se tuo hallitukselle kuntien näkemyksen talouden ja toiminnan suunnitteluun ja palvelujen järjestämismääräyksen yhteensovittamiseen, seurantaan ja arviointiin. Tavoitteena on toteuttaa yhteensopivat tietotekniset järjestelmät, keskeisimpänä sairaskertomusjärjestelmät. Tutkimus-, kehitys- ja koulutustoiminnan osalta korostuu yhteistyö yliopiston ja alueen muiden tutkimus- ja koulutusyhteisöjen kanssa. Tutkimustyön vahvistamiseksi tutkimustyötä koordinoidaan ja voimavarat kootaan.

Järjestämismääräyksen erikoissairaanhoidon palvelujen tuottaminen suunnitellaan yhdessä kuntien ja/tai yhteistoiminta-alueiden kanssa niin, että sekä vaatava, erityistason ja perustason erikoissairaanhoidon tuotetaan tarkoituksenmukaisimmalla ja kustannustehokkaimmalla ja potilaalle kokonaisvaltaisesti optimaalisella tavalla. Hoidonpöytäkirjan järkevä järjestäminen edellyttää kansanterveystyön ja osittain sitä tukevan perustason erikoissairaanhoidon kokoamista suuremmiksi alueelliseksi kokonaisuuksiksi. Kehitysvammahuollon osalta sairaanhoitopiirillä on keskeinen rooli vaikeasti kehitysvammaisten laitoshoidon toteuttajana sekä tutkimus- ja neuvolapalveluiden kehittämisessä yhteistyössä kuntien kanssa. Kehitysvammahuollon laitoshoidon kehittämistyötä linjaa kansallinen kehitysvammahuollon ohjelma.

Erikoissairaanhoidon järjestetään sekä uuden Oulun oman toimintana että ostopalveluna Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä. Toimintoja on siirtynyt ja siirtyy yhä enenevässä määrin perusterveydenhuoltoon sekä kaupungin erikoislääkärivastaanotoille mukaan lukien psykiatrian. Näiden palveluiden keskittäminen tuo taloudellisia ja toiminnallisia etuja. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin uuden strategian, terveydenhuoltolain ja Paras-lain linjausten mukaan perustasoista erikoissairaanhoidon tulee siirtymään terveyskeskusten järjestettäväksi ja tämä toiminta tulee tarvitsemaan jossain määrin sairaansijoja. Terveyspalvelujen kokonaisuutta kehitettäessä päihdehuollon ja mielenterveyspalveluiden laitosten sijoittaminen ja keskittäminen sairaanhoitopiiriin psykiatrian klinikan kanssa samalle Peltolan alueelle on keskeistä.

## **Uuden Oulun hyvinvointikatsaus**

Kunnan tehtävänä on kuntalain mukaan edistää asukkaiden hyvinvointia ja alueensa kestävä kehitys. Lain perusteluissa todetaan, että kunnan keskeisimpiä tehtäviä ovat asukkaiden hyvinvoinnin edistäminen ja sen edellyttämistä palveluista huolehtiminen käytettävissään olevilla voimavaroilla. (Kuntalaki 1 §.) Strateginen palvelujen suunnittelu perustuu tietoon, jota kunnalla on käytettävissä kuntalaisten hyvinvoinnin muutoksista sekä palvelujärjestelmän kyvystä vastata hyvinvointitarpeisiin. Suunnittelun ja tulosten

kannalta on olennaista, että tunnistetaan väestöryhmien väliset hyvinvointi- ja terveyserot. Hyvinvointikertomus on suunnittelun, seurannan ja raportoinnin työväline.

Oulun kaupungissa edellinen hyvinvointikatsaus (Hyvinvointibarometri) on laadittu vuonna 2006. Nyt laadittu katsaus on laajennettu koskemaan koko vuonna 2013 muodostuvaa uutta Oulua. Vertailtavuuden vuoksi Oulun kaupunkia koskevia tietoja on tarkasteltu erikseen ja niiden rinnalle on nostettu muiden liitoskuntien, Haukiputaan, Oulunsalon, Kiimingin ja Yli-Iin tiedot. Näin saadaan myös lähtötietoaineistoa tulevana vuosina laadittaville vastaaville hyvinvointikatsauksille. Katsaus luo tietoperustaa myös uuden kunnan palvelujen järjestämiselle. Oulun indikaattoritietoja on verrattu myös muihin suuriin kaupunkeihin.

Nyt valmistuneesta katsauksesta on muodostunut mielenkiintoinen hyvinvointikertomus, josta nousevat erilaiset teemat. Monien indikaattorien valossa suuri osa alueen asukkaista voi hyvin. Oulun alueen nuori väestörakenne, väestön hyvä koulutustaso, viihtyisä ja toimiva elinympäristö sekä asukkaiden tyytyväisyys moniin palveluihin ovat alueen vahvuutena ja luovat perustaa mm. elinkeinoelämän kehitykselle.

Hyvinvointikatsauksesta muodostuu helposti ”pohinvoinkatsaus”. Katsauksesta tulee helposti ongelmakeskeinen. Esimerkiksi ennaltaehkäisevän toiminnan vaikuttavuutta ja hyvinvointia kuvaavia mittareita on vähän saatavilla. Huomio kiinnittyy helposti niihin indikaattoreihin ja mittareihin, jotka osoittavat keskimääräistä negatiivisempaan, huonompaan suuntaan. Monia hyvin olevia asioita ei aina huomata, eikä välttämättä edes tilastoida. Oulun alueen hyvinvointia vähentävät tai uhkaavat työttömyys, etenkin nuorisotyöttömyyden korkea taso ja siihen liittyvät haasteet, monien perheiden pienituloisuus sekä väestön korkea sairastavuus ja yksin asuvien määrän kasvu. Oman haasteensa hyvinvointijärjestelmälle tuo myös väestön ikääntyminen.

Hyvinvointikatsauksen yleisrakenne lähtee väestökohtaisista tiedoista ja ne toimivat taustatietoina jatkossa esiintyville indikaattoreille. Seuraavaksi käsitellään väestöä ja kuntaa koskevia taloudellisia asioita sekä elinkeinotoimintaa ja työttömyyttä. Pääpaino on kuitenkin sosiaali- ja terveysoloilla. Lopuksi on otettu myös elinympäristön tilaa kuvaavia indikaattoreita.

## Tiivistelmä hyvinvoinnista

Uutta Oulua koskevat tiedot on sovellettu Oulun kaupunkia, Pohjois-Pohjanmaata ja Oulun seutua koskevista lähteistä. Paikalliset tiedot on laskettu pääsääntöisesti väestömäärän suhteen painotetusta uuden Oulun viiden kunnan keskiarvosta.

### Väestörakenne

- Alle 30-vuotiaita on merkittävästi enemmän kuin vertailukaupungeissa (v. 2010 n. 44 %) ja niiden osuuden väestöstä odotetaan vähitellen vähenevän. Yli 64-vuotiaita on vähemmän kuin vertailukaupungeissa (v. 2010 n. 12 %), mutta niiden osuuden odotetaan vähitellen kasvavan. Kokonaisuudessaan väestörakenne on hyvä.
- Väestön suhteellisen kasvun odotetaan olevan nopeampaa kuin vertailukaupungeissa, mutta sen odotetaan vähitellen pienenevän.
- Väestön huoltosuhde on epäedullisin (n. 47 %) vertailukaupunkeihin nähden, mutta se johtuu erityisesti lasten suhteellisesti suuremmasta lukumäärästä.
- Yksin asuvat muodostavat suhteellisesti suurimman osan (n. 42 %) kaikista asutokunnista. Tilanne on samankaltainen myös kaikissa vertailukaupungeissa.

### Taloudelliset elinolot

- Työn ulkopuolella olevien lukumäärän suhde työtätekeviin on heikompi kuin vertailukaupungeissa.
- Toimeentulotukea saa n. 9 % asutokunnista, mikä on vähemmän kuin suurissa kaupungeissa keskimäärin. Se on kuitenkin kohdistunut erityisesti alle 25-vuotiaisiin, yksinhuoltajiin ja yksinasuviin.
- Asumistukea saa n. 9 % asutokunnista, mikä on enemmän kuin vertailukaupungeissa.



- Köyhyys (pienituloisuus) on kasvanut viimeisen 15 vuoden aikana ja on yleisempää (n. 16 % väestöstä ja n. 15 % alaikäisistä) kuin suurissa kaupungeissa keskimäärin.
- Vuosikate/asukas on suurempi ja lainat/asukas pienempi kuin suurissa kaupungeissa keskimäärin.

### Elinkeinot ja palvelut

- Yritysten väestöön suhteutettu määrä on pienempi kuin vertailukaupungeissa, vaikka viime vuosien yritysten nettolisäys suhteessa yrityskantaan on alueella suurempi kuin vertailukaupungeissa. Oulun väestörakenne ei selitä eroa.
- Kansalaisten tyytyväisyys kaupungin palveluihin on yleisesti suurempi kuin muissa suurissa vertailukaupungeissa.

### Työttömyys ja koulutus

- Väestön koulutustaso on toiseksi korkein suurista kaupungeista.
- Työttömyys on korkeampi (12,9 %) kuin suurissa kaupungeissa keskimäärin.
- Työttömistä n. 70 %:lla on peruskoulupohjainen tai keskiasteen koulutus.
- Korkeakoulun suorittaneiden työttömyys on kasvanut vuoden sisällä, muilla vähentynyt. Koulutautuminen on kuitenkin vähentänyt työttömyysriskiä.
- Pitkäaikaistyöttömyys on vähäisempää (n. 21 % työttömistä) kuin vertailukaupungeissa, mutta kasvanut huomattavasti vuoden sisällä. Pitkäaikaistyöttömien terveydentila on osoittautunut heikoksi.
- Nuorisotyöttömyys on korkeampi (n. 17 % työttömistä) kuin vertailukaupungeissa, mutta vähentynyt hieman vuonna 2010.
- Koulutuksen ulkopuolelle jääneitä 17–24-vuotiaita on vähemmän kuin vertailukaupungeissa, mutta osuus on vähitellen kasvanut (n. 9 % vastaavan ikäisistä).

### Yleinen terveys

- Yleinen sairastavuus ja kansansairaudet ovat selvästi yleisempiä kuin muualla maassa.
- Noin 20 % yli 55-vuotiaista on ylipainoisia, nuoremmista n. 10 %.
- Mielenveysongelmat ovat lisääntyneet, erityisesti masentuneisuus. Noin 11 % 25–64-vuotiaista saa korvausta masennuslääkkeiden käytöstä. Tilanne on samankaltainen muissa vertailukaupungeissa.
- Unettomuudesta kärsii yli 30 % ihmisistä. Elämäntavat heijastuvat usein siihen.
- Alle 55-vuotiaista vajaa 30 % tupakoi päivittäin ja 30–45 % käyttää liikaa alkoholia. Kannabista on käyttänyt 2–9 % viimeisen 12 kk:n aikana.
- Vähän koulutettujen terveys on yleisesti heikompi kuin korkeasti koulutettujen.
- Yksinäisyydestä kärsii n. 10 % asukkaista.
- Alle 55-vuotiaista yli 75 % käyttää internettiä viihdetarkoituksiin.

### Lapset ja nuoret

- Suurin osa (n. 80 %) Oulun nuorista on hyvinvoivia. Viidesosa nuorista voi aikaisempaa huonommin ja heille kasautuu vakavia ongelmia.
- Uusi Oulu on koko Suomeen verrattuna lapsi- ja nuorisorikasta seutua.
- Lastensuojelun tarve on lisääntynyt kaikilla mittareilla mitattuna. Viime vuosina erityisesti teiniikäisten huostaanotot ovat lisääntyneet selvästi. Uudessa Oulussa on n. 460 (1,1 % alle 18-vuotiaista) kodin ulkopuolelle sijoitettua lasta.
- Puutteelliset fyysiset työolot, huonot työasennot ja tietokoneen käyttö on lisännyt koululaisten viikoittaisia pää- ja niskakipuja (n. 30 % oppilaista).
- Masentuneisuus (yli 10 % oppilaista) ja ylipainoisuus (13–20 % oppilaista) on lisääntynyt eri kouluasteilla 2000-luvulla.

- Yli 30 %:a oppilaista menee nukkumaan myöhemmin kuin kello 23.00 ja yli puolet harrasti liian vähän liikuntaa viikossa. Yli kolmasosa oppilaista piti oppilaitoksen lääkärin vastaanotolle pääsyä vaikeana.
- Tupakointi, humalahakuisuus ja huumekekeilut ovat vähentyneet 2000-luvulla ammatillisia oppilaitoksia lukuun ottamatta, joissa ne ovat pysyneet ennallaan.
- Sosiaalisista ongelmista koulukiusaaminen on jonkin verran lisääntynyt 2000-luvulla.
- Kutsunnoissa karsiutuneita (Oulussa n. 35–40 %) on eniten koko maahan verrattuna. Yleisimmät syyt ovat mielenterveys- ja käyttäytymishäiriöt sekä ylipainoisuus.

### Työikäiset

- Yli 30-vuotiaiden osuuden väestöstä ennustetaan vähenevän selvästi, koska osa koulutetuista muuttaa työn perässä muille paikkakunnille.
- Lapsiperheiden köyhyys on noussut voimakkaammin kuin koko maassa keskimäärin viimeisen 15 vuoden aikana.
- Noin 30 % yli 55-vuotiaista arvioi, että ei jaksata työskennellä eläkeikään saakka. Työikäisistä kolmannes ei halua jatkaa työuraa eläkeikään jälkeen.
- Työtapaturmia esiintyy saman verran kuin suurissa kaupungeissa keskimäärin, eniten rakennus- alalla.
- Ammattitauteja esiintyy enemmän kuin suurissa kaupungeissa keskimäärin.
- Työkyvyttömyyseläkeläisiä (n. 9 % 25–64-vuotiaista) on vertailukaupungeista eniten ja osuus on lisääntynyt viimeisen viiden vuoden aikana. Yleisimmät syyt ovat mielenterveyden häiriöt sekä tu- ki- ja liikuntaelinten sairaudet.

### Ikääntyneet

- Väestön ikääntyminen tuo haasteita palvelujen järjestämiseen.
- Kotona asuvia on enemmän (n. 90 % 75 vuotta täyttäneistä) kuin suurissa kaupungeissa keskimäärin.
- Yksinasuvia on vähemmän (n. 45 % 75 vuotta täyttäneistä) kuin vertailukaupungeissa.
- 14–17 % 75 vuotta täyttäneistä kärsii yksinäisyydestä ja noin 30 % 75 täyttäneistä kärsii masen- nuksesta.
- Säännöllisen kotihoidon piirissä on enemmän (noin 15 % 75 vuotta täyttäneistä) kuin vertailukau- pungeissa.
- Pitkäaikaisessa laitoshoidossa on saman verran (n. 5 % 75 vuotta täyttäneistä) kuin suurissa kau- pungeissa keskimäärin.
- Omaishoidon piirissä on enemmän (n. 8 % 75 vuotta täyttäneistä) kuin vertailukaupungeissa.

### Elinympäristön turvattomuus

- Liikenteessä loukkaantuneita on suhteellisesti saman verran kuin maassa keskimäärin.
- Omaisuusrikoksia on suhteellisesti saman verran kuin suurissa kaupungeissa keski- määrin.
- Yli 15 % alle 55-vuotiaista on kokenut rikoksen uhkaa tai väkivaltaa asuinalueellansa.

### Elinympäristö

- Ympäristöoloihin ollaan yleisesti melko tyytyväisiä, tyytymättömmimpiä ollaan katujen ja teiden hoitoon.
- Vain 27 % oululaisista pitää vaikuttamisen mahdollisuuksia hyvänä

## Pääteemat ja kehittämisen kohteet

### 1. Lapset ja nuoret

- Lapsi- ja nuorisoriikkaus korostaa ennalta ehkäisevän työn merkitystä.
- Lastensuojelun tarpeen jatkuva kasvaminen.
- Lapsiperheiden hyvinvointipalvelujen kehittäminen.
- Koululaisten ja opiskelijoiden kouluolojen ja terveyden edistäminen. Mielenterveyden häiriöt ja päihteiden käyttö on edelleen yleistä. Yleisen terveyden heikko tila heijastuu mm. kutsunnoissa karsiutumisen ja nuorten työkyvyttömyystilastoissa.
- Koulutuksen keskeyttäneitä on runsaasti. Opintojen ohjausta ja seurantajärjestelmiä on kehitettävä edelleen.
- Korkea nuorisotyöttömyys heikentää nuorten taloutta ja lisää syrjäytymisriskiä. Sisäasiainministeriö on nostanut syrjäytymisen maamme kaikkein keskeisimmäksi sisäiseksi uhkatekijäksi.

### 2. Työkäiset

- Väestön taloudellinen huoltosuhte on epäedullinen. Työssäkäyvää väkeä on suhteessa muun ikäisiin vähemmän. Tämä korostaa työhyvinvoinnin ja työurien aikaistamisen merkitystä.
- Työttömyys on lisännyt erityisesti lapsiperheiden köyhyyttä. Myös yksinhuoltajien talous on usein heikko.
- Korkea sairastavuus, masennus ja päihteiden käyttö on yleistä, mikä heijastuu myös korkeisiin työkyvyttömyystilastoihin.
- Yksinasujien määrä on korkea.

### 3. Ikääntyneet

- Palvelujen turvaaminen väestön ikääntymisen myötä.
- Yksinäisyys, sosiaalisuus ja turvallisuus.

### 4. Elinympäristö

- Yritystoiminnan vähäisyys heijastuu korkeaan työttömyyteen. Väestön korkea koulutustaso tuo kuitenkin mahdollisuuksia.
- Yrittäjyyden edistäminen vaatii erityisesti yrittäjämönityyttä, rahoitusta ja markkinointia.
- Kansalaiset ovat pääosin tyytyväisiä kuntapalveluihin. Vahva kuntatalous luo hyvät edellytykset sen kehittämiselle edelleen.
- Sosiaalisen pääoman ja kansalaisten vaikutusmahdollisuuksien edistäminen.
- Sivistys- ja harrastusmahdollisuudet.

### 5. Hyvinvoinnin tiedonhallinta- ja johtamisjärjestelmä

- Hyvinvoinnin tilastotietokantojen kehittäminen paremmin hallittavaksi kokonaisuudeksi.
- Selkeä hyvinvoinnin koordinointi ja johtamisrakenne.
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen osaksi strategista johtamista.

## Elämänkaarimallin mukaiset, asiakaslähtöiset ja sujuvat palveluprosessit

Uusia vaikuttavia, asiakaslähtöisiä palvelukokonaisuuksia kehitetään edelleen asiakastarpeiden mukaisesti yhteistyössä monialaisilla asiantuntijatyöryhmillä. Suunnittelussa huomioidaan palvelukokonaisuuksien toteuttamismahdollisuudet koko Uuden Oulun alueella sekä monialainen yhteistyö yli hallintokuntarajojen ja kolmannen sektorin kanssa. Palveluprosesseja pilotoidaan ja toteutetaan sovitulla yhteisillä toimintamalleilla käytännössä. Palveluprosessien johtamisen valtaa ja vastuita selkiytetään pilotointien aikana. Toimivan yhteistyön johtamisen ja toteuttamisen apuna käytetään EFQM –viitekehityksen mukaista laatu- ja toimintajärjestelmäkokonaisuutta.

Palveluprosessien kehittämistyössä kiinnitetään erityistä huomiota asiakkaan osallisuuden vahvistamiseen. Kehittämistyössä käytetään apuna kokemusasiantuntijoiden palvelun suunnitteluun sekä vahvennetaan asiakkaan osallisuutta ja aktiivisuutta oman hoitonsa ja palvelunsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Vuonna 2011 toteutetun laajan asiakastytyväisyyskyselyn perusteella saatua palautetta ja tuloksia hyödynnetään palveluprosessien kehittämisessä. Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen palvelutuotannossa lasten- ja nuorten palveluprosessityön kehittämisestä vastaa mielenterveys- ja sosiaalipalvelujohtaja Arja Heikkinen, aikuisten prosessista terveydenhuollon palvelujohtaja Tuula Tähtinen ja ikäihmisten prosessista vanhuspalvelujohtaja Rita Oinas.

## Lasten ja nuorten palvelujen kehittäminen vuonna 2012

Lasten- ja nuorten ydinprosessin keskeisiä kehittämiskohteita ovat olleet ja ovat edelleen lapsen ja nuoren kasvun ja kehityksen tukeminen ja terveyden ylläpitäminen, osallisuuden, harrastustoiminnan ja päihteetömyyden tukeminen, varhaiskasvatus, perusopetus ja ohjaaminen opiskelussa eteenpäin, perheen verkostoitumisen sekä lasten ja vanhempien vuorovaikutuksen tukeminen. Kehittämistyötä ovat linjanneet vuonna 2011 lasten ja nuorten palveluita koskevat laki- ja asetusmuutokset: asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009), laki nuorisolain muuttamisesta (693/2010), perusopetuslain muutos (642/2010), laki nuoren rikoksesta epäillyn tilanteen selvittämisestä (633/2010) ja maahanmuuttajien osalta laki kotoutumisen edistämisestä (1386/2010). Oulun kaupungin valtuuston hyväksymän lastensuojelun suunnitelman 2011–2012 painopiste on ehkäisevän työn kehittämisessä. TUKEVA 2 -hankkeessa valmistellaan lapsi- ja nuorisopolitiikkaa Uuden Oulun alueelle.

Vuosille 2011–2012 on priorisoitu keskeisimmät kehittämistoimet, joita ovat perusterveydenhuollon laajoihin terveystarkastuksiin äitiysneuvolassa, lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa liittyvä moniammatillinen yhteistyö, nuorten syrjäytymisen ehkäiseminen sekä vanhemmuuden tukeminen erityistä tukea tarvitsevilla perheillä. Toimintamalleissa on huomioitu ennaltaehkäisevän toiminnan lisääminen ja erityispalveluiden tuki konsultoivana asiantuntijatyönä sekä ylisektorinen yhteistyö.

Neuvola-asetus edellyttää laajat lapsen terveystarkastukset sekä perheen hyvinvointikartoituksen moniammatillisena yhteistyönä. 4-vuotiaan laaja terveystarkastus pilotoidaan TUKEVA 2 -hankkeen puitteissa tiiviissä yhteistyössä päivähoito- ja muiden toimijoiden kanssa. Lasten terveystarkastuksessa on noussut esille lasten ylipaino-ongelma. Leikki-ikäisistä ja alakouluikäisistä noin joka kymmenes ja yläkouluikäisistä noin neljäsosa on ylipainoisia. Terveystarkastuksen (THL) tietojen perusteella. Tavoitteena on vahvistaa palveluketjussa lasten ylipainon hoitoa moniammatillisena yhteistyönä.

Lapsen ja nuoren psykososiaalisen oireilun huomioiminen ja nuoren päihteiden käyttöön puuttumisen ja hoidon järjestämisen mallia kehitetään koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon kanssa yhteistyössä opetustoimen, terveydenhuollon, mielenterveys- ja päihdepalveluiden, nuorisotoimen ja sosiaalityön kanssa. DIAK ammattikorkeakoulu on mukana hankkeessa tutkimus- ja kehittämissosiassa.

Päivähoidon ja opetustoimen yhteistyönä on kehitetty toimintamallia esiopetuksesta kouluun siirryttäessä. Toimintamalli viedään käytäntöön syksyn 2011 aikana. Nuorten syrjäytymisen ehkäisemisen toimintamallia, jossa huomioidaan erityisesti peruskoulun päättävät oppilaat, jotka eivät pääse toisen asteen oppilaitokseen tai keskeyttävät opintonsa siellä ilman jatkosuunnitelmaa, on kehitetty tiiviissä yhteistyössä opetustoimen oppilashuollon ja nuorisotoimen etsivän nuorisotyön edustajien kanssa. Yhteistyössä nuorisotoimen kanssa on suunniteltu nuorisotoimen Byströmin talon ns. matalan kynnyksen palveluja. Palvelut tulevat käsittämään sosiaalitoimen puolelta työllistymistä edistäviä ohjaus- ja neuvontapalveluja sekä nuorten sosiaalisen ja taloudellisen tilanteen selvittelyä. Terveystarkastus sekä mielenterveys- ja päihdepalvelut tulevat osallistumaan myös palveluiden tuottamiseen. Toiminta alkaa syyskuussa 2011. Kaste-ohjelmaan kuuluvassa Virta-hankkeessa kehitetään alle 30-vuotiaiden nuorten pitkäaikaistyöttömien palvelutarpeen kartoitusta ja kehitetään palveluohjausta sekä työllistämistä tukevia palveluita yhteistyössä työvoimahallinnon kanssa.

Käytännön tuen antamiseen perheen arjessa ja vanhemmuuden turvaamiseen on kehitetty päiväperhe- ja kuntosuostuomintamalli monitoimijaisena yhteistyönä. Ensisijaisena kohderyhmänä ovat lasta odottavat

äidit ja heidän puolisonsa sekä pikkulapsiperheet, silloin kun äidillä on päihdeongelma. Tämä toimintamalli rakentuu tiiviiseen yhteistyöhön neuvolan terveydenhoitajien, perheterapeuttien, lastensuojelun, perheneuvolan ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden työntekijöiden kanssa. Ensimmäinen päiväperhekuntoutusryhmä alkaa syyskuussa 2011.

## **Aikuisten palvelujen kehittäminen vuonna 2012**

Aikuisten ydinprosessin kehittämisen keskeisin painopiste vuonna 2011 on ollut terveydenhuollon henkilökunnan moniammatillisen työn tekemisen ja palvelujärjestelmän tuntemuksen lisääminen. Tavoitteena on lisätä koko henkilöstön tietoisuutta organisaatiosta, palvelujärjestelmästä, palveluprosesseista ja olemassa olevista toimintamahdollisuuksista. Moniammatillista yhteistyötä kehitetään ja vahvistetaan edelleenkin sosiaali- ja terveydenhuollon sisällä ja yli hallintokuntarajojen.

Somaattisten ja psyykkisten sairauksien hoidon ja palveluiden osalta selkeytetään toimintatapoja ja -prosesseja, jotta toimiva ja oikea-aikainen hoitoketju toteutuu perusterveydenhuollon, Oulun kaupungin oman perustason erikoissairaanhoidon ja sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon välillä mukaan lukien psykiatrian. Peruspalveluiden henkilökunnan päihde- ja mielenterveysosaamisen lisäämiseksi on suunniteltu sisäistä koulutusta Oulun kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluista käsin toteutettuna. Koulutus alkaa syksyllä 2011.

Pääprosessin 'Työelämästä syrjäytymisen ehkäiseminen ja talouden turvaaminen' kehittämisen kohteena ovat työttömien nuorten palveluprosessit. Työvoimahallinnon ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa tehty yhteistyö on työskentelyssä keskeistä. Työ painottuu nuoriin työnhakijoihin, toimeentulotukea saaviin ja se linkittyy nuorten matalan kynnyksen palvelujen koordinointiin (Byströmin talo).

Pääprosessissa 'Toimintakyvyn tukeminen ja arjen sujuvuuden varmistaminen' tarkastellaan mielenterveysasiakkaan siirtymistä laitoksesta avohoitoon ja tähän liittyvän asiakasohjauksen ja palveluketjun sujuvuutta. Toimivan prosessin tavoitteena on kotona selviämisen paraneminen niin, ettei raskaita toimenpiteitä kuten laitoshoidoa tarvittaisi.

Aikuisten viidennessä pääprosessissa tarkastellaan erotilanteisiin ja lähisuhdeväkivaltaan liittyvää palvelujärjestelmää. Prosessityöskentelyn tavoitteena on luoda selkeä polku asiakaslähtöisesti asiakasohjautumista tukemaan.

## **Ikäihmisten palvelujen kehittäminen vuonna 2012**

Ikäihmisten hoidon ja palvelun keskeisenä tavoitteena vuodelle 2012 on ikäihmisen itsenäisen selviytymisen tukeminen, joka tarkoittaa avohoidon palveluiden vahvistamista osaksi yhtenäistä ikäihmisten hoito- ja palveluprosessia. Kevyitä ja avohoitopainotteisia palveluja täydentää muiden hallintokuntien ja 3. sektorin palvelut ja toiminnat, joiden osalta rakennetaan yhteiset toimintamallit ja asiakkuuksien ohjausmekanismit kehittämishankkeiden (Ikä-Esko) myötä. Ennaltaehkäisevää toimintaa kehitetään ja varhaisen puuttumisen mallia toteutetaan keskeisenä toimintaperiaatteena kaikilla palvelutasoilla. Henkilöstön osaamista kehitetään avainosaajatoimintamallin avulla. Avainosaajien asiantuntijuutta hyödynnetään asiakaslähtöisessä työssä koko tuotannossa.

## **Oulun kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelut**

Avohoitopainotteista mielenterveystyön kokonaisuuden rakentumista alueellisesti on perusteltu jo skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisessa kehittämisohjelmassa, joka toteutettiin Suomessa vuosina 1981–1987. Sen tuloksena julkaistu ”Skitsofreniaan sairastuneen hoidon ja kuntoutuksen hoitomalli” antaa laajaan selvittelyyn pohjautuvan käsityksen siitä, kuinka skitsofreniaan sairastuneiden hoidon kokonaisuus tulisi alueellisesti järjestää. Malli tarjoaa yksittäisen potilaan hoitoon suuntaviivat, joita on mahdollista soveltaa kunkin potilaan ja hänen lähimmän verkostonsa tarpeiden mukaisesti eri hoitotilanteissa.

Mielenterveyspalveluja järjestettäessä on alueellisesti huolehdittava siitä, että palvelut muodostavat kokonaisuuden. Tämä edellyttää tietoista mielenterveyspalvelujen yhteensovittamista. Oulun kaupungin psy-

kiatrinen toiminta perustuu tarpeenmukaiseen hoitomalliin, jota on kehitetty Suomessa 1960-luvulta lähtien. Mielenterveysongelmien hoidossa on kyse organisoidusta toiminnasta, joka on suunnattu mielenterveyden häiriöistä jo kärsiville. Mielenterveysongelmia hoitaviin mielenterveyspalveluihin kuuluvat a) perusterveydenhuolto, b) erikoissairaanhoido, c) sosiaalipalvelut ja d) vapaaehtoisjärjestöt. Oulun kaupungissa tuotetaan mielenterveys- ja päihdepalveluja monituottajamallin mukaisesti. Palveluiden kokonaisvaltainen integraatio on perusedellytys toimivalle palvelujärjestelmälle.

## **MIELENTEKO – Oulun kaupungin mielenterveystyön kokonaissuunnitelma**

Oulun kaupungin mielenterveystyön kokonaissuunnitelma on hyväksytty Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystalokunnassa 2.9.2004. ja se on ohjannut mielenterveyspalveluiden kehittämistyötä vuosien ajan Oulussa. Kokonaissuunnitelmassa on huomioitu tarpeenmukaisen hoitomallin kehittyminen Suomessa. Vuonna 2001 annettu mielenterveystyön valtakunnallinen laatusuositus edellytti, että kunnat tekevät mielenterveystyön kokonaissuunnitelman. Oulun kaupungin suunnitelma perustui silloiseen tietoon kunnan mielenterveyspalveluiden tarpeista ja näkemykseen mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä sekä tietoon olemassa olevista resursseista. Suunnitelman laatimisessa otettiin huomioon Oulun kaupungin ja sosiaali- ja terveystoimen voimassa olevat strategiat. Kuntalaisten mielenterveyden huomioiminen ja kehittäminen kaupungin kaikessa päätöksenteossa edistää kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia. Kunnan vastuu palvelujen kehittäjänä on lisääntynyt valtakunnallisen ohjauksen ja valvonnan vähentyessä. Edelleen mielenterveystyön toteuttaminen vaihtelee merkittävästi kuntien kesken ja kuntalaiset ovat keskenään eriarvoisessa asemassa. Palvelujen tarpeessa on myös suurta vaihtelua sairastavuuden ja sosiaalisten olosuhteiden eroista johtuen.

Oulun kaupungin mielenterveystyön kokonaissuunnitelman tekijöiden kokemus oli se, että sosiaali- ja terveystalokunnissa asiakkaiden mielenterveys on tullut puutteellisesti huomioon otetuksi ja jäänyt mielenterveystyöhön erikoistuneen henkilökunnan vastuulle. Tällöin varsinkin ennaltaehkäisy ja varhainen puutumisen mahdollisuus jää toteutumatta. Kokonaissuunnitelman avulla haluttiin täydentää kaupungin strategiaa mielenterveystyön osalta ja huomioida mielenterveyspalveluiden valtakunnallisen laatusuosituksen esiintuomat painopistealueet. Suosituksen mukaan mielenterveystyön resursseja ja osaamista tulisi suunnata elämisen ja selviytymisen voimavarojen vahvistamiseen, ongelmien ehkäisyyn, psykososiaalisten ongelmien selvittelyyn ja niissä tukemiseen, mielenterveyshäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen ja tehokkaan hoitoon sekä monipuoliseen kuntoutukseen. Päihdetyöhön suunnitelmassa ei otettu kantaa.

## **Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (Mieli 2009) toteutuminen Oulun kaupungissa**

Mielenterveyden häiriöihin liittyvä työkyvyttömyys ja suorat ja epäsuorat kustannukset ovat kasvaneet nopeasti. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoitojärjestelmä ei pysty yksin vastaamaan hoidon ja kuntoutuksen haasteisiin. Mielenterveystyön ja päihdetyön hoitojärjestelmä on pirstaleinen, koska palveluja tuotetaan jo nyt monituottajamallin mukaisesti useissa eri pakoissa. Palveluiden koordinaatio ja integraatio edellyttää systemaattista suunnittelua, seuranta ja asiakastarpeista lähtevää palveluiden yhteensovittamista. Edelleen ehkäisevä mielenterveystyö ja päihdetyö on marginaalista. Ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö hajaantuu useille eri alueille kuten päivähoito, opetus-, nuoriso-, liikunta- ja kulttuuritoimi, työvoimahallinto, tekninen virasto, vapaaehtoisjärjestöt ja urheiluseurat. Ehkäisevän työn osuutta kokonaiskustannuksista on hankala mitata. Laitospainotteisuus etenkin aikuisten palveluissa korostuu, kun mitataan kustannuksia ja henkilöstön sijoittautumista laitos- tai avohuoltoon. Lasten ja nuorten osalta Oulussa lastensuojelun osuus on ollut koko ajan kasvava, vaikkakin perhehoidon käyttö on valtakunnan vertailussa suurinta. Päihteiden käyttö ja niihin liittyvät haitat ovat lisääntyneet nopeasti, mikä muun muassa näkyy lastensuojeluilmoitusten ja -toimenpiteiden määrällisenä kasvuna.

Palvelu- ja hoitojärjestelmä ei ole kyennyt vastaamaan sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain edellyttämiin palvelun, hoidon ja kuntoutuksen haasteisiin. Palvelu- ja hoitojärjestelmän pirstaleisuus asettaa haasteita kunnalle, jonka tehtävänä on tuottaa kansalaisten alueellisiin tarpeisiin nähden oikea-aikaiset ja tarpeenmukaiset palvelut. Laitosvaltaisuus korostuu edelleen ja kotiin päin suuntautuvien palveluiden osuus

kokonaiskustannuksista on pieni. Psykiatrisen laitoshoidon käyttö on vähentynyt tasaisesti, vastaavasti erityisesti yksityisten palveluiden tuottamien ympärivuorokautisten psykiatristen asumispalveluiden osuus on lisääntynyt nopeasti. Kaste-hankkeet ovat osaltaan tukeneet mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämistyötä. Toteutuneet hankkeet ovat mahdollistaneet palveluiden kehittämistyötä, mutta ne ovat vieneet myös paljon voimavaroja, osa hankkeiden tuloksista ovat jääneet irrallisiksi arkipäivän työstä. Hankkeiden erillinen hallinnointi normaalista lähijohtamiskäytännöstä ja hankkeiden laaja-alaisuus lisäävät järjestelmän pirstaleisuutta, jollei integraatiota ole turvattu.

Eriyisen haasteen palveluiden kokonaisvaltaiselle toteuttamiselle Oulun kaupungissa antaa perusterveydenhuollon, sosiaalipalveluiden, Oulun kaupungin tuottaman erikoissairaanhoidon, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tuottaman erikoissairaanhoidon, Valtion mielisairaaloitten tuottaman hoidon sekä laajentuvan Kelan tukeman yksityissektorin tuottaman psykiatrisen hoidon yhteensovittaminen eli integraatio.

## **Yhteiset linjaukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Arviointi kehittämistoimenpiteiden etenemisestä Oulussa.**

Oulun kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluissa on toteutettu ja uuden Oulun järjestämishjelmassa on huomioitu Kaste-ohjelman ja Mieli-ohjelman tavoitteet. Lasten- ja nuorten, aikuisten ja ikäihmisten prosessityöskentely on mahdollistanut toiminnan kehittämisen siten, että kaikki sosiaali- ja terveystoimen eri tahot ovat sitoutuneet sovittuihin kärkihankkeisiin. Prosessityöskentelyssä ovat mukana henkilöstö, esimiehet, päälliköt ja johtajat yli sektorirajojen. Prosessin omistajuudet on määritelty ja mittareita seurannan ja vaikuttavuuden osalta on kehitetty. Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen johtokunta on hyväksynyt prosessityöskentelyn vuosittaiset kärkihankkeet.

Mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalveluiden yhteisten asiakaslähtöisten toimintamallin kehittämisen on mahdollistanut yhteinen johtoryhmätyöskentely ja yhteiset kehittämispäivät, joita on etukäteen suunniteltu ja teemoitettu siten, että osallistujia on ollut eri henkilöstöryhmistä ja hallintokunnista sovitusti. Henkilöstön kehittämissuunnitelma on yksi tärkeä osa tätä kokonaisuutta.

Mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalveluissa on toteutettu prosessikoulutuksia, joissa on mukana työnhajauksellinen elementti ja potilastapaukset. Vuoden kestäviä koulutuksia ovat olleet Hoitokokouskoulutus, Avoimen dialogin -koulutus, Yhdessä Eteenpäin Uudella tavalla, psykoterapeuttiset valmiudet ja kahden vuoden pituisina toteutetut julkisen sektorin yksilö- ja perheterapiakoulutukset. Psykoterapiakoulutuksia on ostettu henkilöstölle erillisen suunnitelman mukaisesti. Psykoterapiakoulutukset ovat painottuneet yksilökoulutuksiin. Vuodesta 2012 alkaen painotus siirtyy perhe- ja verkostokeskeisiin koulutuksiin.

## **Kehittämistoimenpiteet**

### **1. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan aseman, osallisuuden ja valinnanvapauden vahvistaminen palvelujärjestelmän ja palvelutuotannon keskeisenä toimijana.**

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden avohoitoon on rakennettu aluepsykiatriset työryhmät terveysasema-kohtaisesti. Työryhmien konsultaatiot toimivat nyt sovitusti ja säännöllisesti perusterveydenhuoltoon terveysasemille ja koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoon. Lisäksi konsultaatiomalli on laajennettu sosiaalityöhön, asumis- ja päivätoimintaan, etuuskäsittelyyn ja lastensuojeluun. Konsultaatiotoiminnalla pyritään siihen, että potilaat eivät siirry erikoissairaanhoidon. Terveystoimintalain alaiseen toimintaan on rakennettu yksi yhteinen sairauskertomusjärjestelmä (Effic). Hoitajaseuranta on systemaattista Effic-järjestelmän pohjalta. Hoitojonot ovat edelleen pitkät ja hoitotakuu ei ole toteutunut alkuvuonna 2011 kiireettömän hoidon osalta. Kasvava mielenterveyspalveluiden tarve edellyttää uusia toimintamalleja ja erilaisia hoitomuotoja. Oulun kaupungin perusterveydenhuollon mielenterveysosaamista on vahvennettu. Oulun mielenterveyspalveluissa toimii matalan kynnyksen päivystys, jonne potilaat voivat tulla ilman lähetettä. Lisäksi RAY:n ja Oulun kaupungin tukemana toimii erillinen kriisikeskus.

Oulun kaupungin tuottaman psykiatrisen erikoissairaanhoidon yli neljä vuotta hoidossa olleiden avohoitopotilaiden hoitosuunnitelmat tarkastettiin systemaattisesti kevään 2011 aikana. Perusterveydenhuoltoon suunniteltiin erillinen koulutusohjelma, jotta perusterveydenhuolto pystyy paremmin vastaamaan psykiat-

risten pitkäaikaispotilaiden hoitoon. Erityinen huomio on kiinnitetty pitkäaikaispotilaiden somaattisen terveydentilan hoitoon ja arviointiin. PISARA- hankkeessa on paneuduttu mielenterveyspotilaiden Diabeteksen hoidon kehittämiseen. Sosiaalipalveluiden osuutta pitkäaikaispotilaiden palveluiden tuottajina on tarkennettu. Palvelukodeissa ympärivuorokautisessa asumispalveluissa olevien potilaiden palvelusuunnitelmat tarkastetaan vuoden 2011 loppuun mennessä. Palvelusuunnitelman osana on hoitosuunnitelma. Silloin kun potilas tarvitsee ympärivuorokautista asumispalvelua, hänen ja verkoston kanssa tehdään palvelusuunnitelma. Tämän perusteella potilaalle tarjotaan 2–3 asumispalvelupaikkaa (Oulun kaupungin ja yksityisen tuottamat asumispalvelut). Potilas saa valita näistä vaihtoehtoista itselleen sopivimman. RAI- toimintakäytön arviointi on otettu käyttöön sosiaali-, päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Tämä on yksi osa potilaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaa. RAI:n käyttöön ottoa jatketaan ja samoin integraatiota olemassa olevaan sairauskertomusjärjestelmään (Effica). Kotiin suuntautuva asumisen ohjaus edellyttää aktiivisuutta päihde- ja mielenterveyspalveluissa työskenteleviltä, jotta tuki olisi oikea-aikaista ja tarpeenmukaista. Tällä pyritään vähentämään ympärivuorokautisen asumispalvelun käyttöä, mikä on kasvanut koko ajan vuosittain. Psykiatrisilla osastoilla työskentelee sosiaalipalveluiden sosiaalityöntekijä, joka on yhteyshenkilö sosiaalipalveluiden työntekijöihin, kun potilaalle tehdään SHL:n mukainen palvelutarpeen arvio. Samoin jokaiseen psykiatriseen aluetyöryhmään on nimetty sosiaalityöntekijät sosiaalipalveluista. Tätä toimintaa on kehitetty systemaattisesti vuosien 2010 ja 2011 aikana.

Verrattaessa suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannuksia vuonna 2010 Oulun kaupungin psykiatrisen avohoidon ikävakioidu kustannusindeksi oli 0,79. Luku on vertailukaupunkien kolmanneksi pienin. Potilaskohtaista hoitofrekvenssiä on nostettu tilaajan kanssa tehdyn sopimuksen mukaisesti. Asiakastapaamisten frekvenssi on noussut sekä aikuisten (7,16 > 7,32) että alle 23-vuotiaitten (6,04 > 6,34) osalta. Psykiatrisen hoidon sisältöä tarkastellaan säännöllisesti, esim. yli 4 vuotta hoidossa olleiden potilaiden hoidon tarvetta on arvioitu konsultaatioissa. Samoin hoitajien hallintaa ollaan yhtenäistämässä aluetiimien kesken. Tulevan syksyn aikana koko psykiatrisessa avohoidossa suunnitellaan tarkemmin uusien potilaiden psykiatrisen hoidon tarpeen arviointi ja hoito. Kaikille potilaille tehdään ja tarkistetaan säännöllisesti hoitosuunnitelma. Tällä pyritään hoidon vaikuttavuuden ja tehokkuuden parantamiseen. KYTKE-hankkeen avulla selkeytetään psykoosiin/skitsofreniaan sairastuneen potilaan hoitoprosessia yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden kanssa.

Mielenterveyspalveluissa on kehitetty ja toteutettu epävakaapersoonallisuushäiriöisten potilaiden hoitomallia, johon liittyy Oulun yliopiston kanssa tehtävä potilastutkimus ns. kenttätutkimuksena ja henkilöstön työnohjauksellinen koulutautuminen yhdessä eri tahojen kanssa. Epävakaatyöryhmä on perustettu keväällä 2011. Työryhmän perustamisen tarkoitus on se, että avohoidon asiakkaat saavat mahdollisimman vaikuttavaa ja tehokasta hoitoa ja että akuuttipsykiatrian osasto 2:n kuormitus vähenee ja hoitajaksot lyhenevät.

Kansainvälisesti arvioituna Suomessa ja etenkin aikuispsykiatrian osalta käytetään paljon psykiatrista laitoshoidoa. Mielenterveyslain mukaisten pakkohoitojen ja rajoittamisten osalta seurantatilastot osoittavat määrällistä kasvua.

Psykiatristen osastojen kuormitus on jatkunut suurena. Sairaansijojen vähennykseen ei ole kyetty. Taavoitteena on se, että Oulun kaupungin väestön lisääntymisen myötä ei perusteta uusia sairaansijoja. Psykiatrisilta osastoilta käsin on tehty myös runsaasti avohoitotyötä. Osastoilla hoidettavien potilaiden hoitoisuuden arvioiminen on hankalaa, koska selkeää mittaria ei ole olemassa. RAI-arvioinneilta (ks. sivu 89) odotetaan tähän tilanteeseen helpotusta. Kaikille psykiatriseen osastohoitoon tulleille potilaille on tehty RAI-arviointi. Potilaiden hoitoisuudesta kertoo se, että 100-prosenttinen valvonta (vierihoito) ja pakon käyttö (eristys, leposide-eristys) on lisääntynyt tasaisesti. Eristysohjeet uusittiin, kun käyttöön otettiin eristyshuone ilman lepositeitä. Vastaanotto-osaston hoitajaksot ovat pitkittyneet ja niiden määrät ovat viime vuodesta vähentyneet, sitä vastoin suljetuista osastoista vaativan hoidon osastolla sekä psykiatrisella avo-osastolla hoitajaksot on lisääntynyt. Osastoilla on tehty kevään aikana potilasanalyysia, jotta saataisiin selkeämpi kuva osastohoidossa olevien potilaiden kokonaistilanteesta. Tätä tietoa pyritään hyödyntämään muun muassa tunnistamalla sairaalahoitoon johtaneita syitä kuten esimerkiksi lääkehoidon laiminlyönti



sekä löytämään laitoshoidon pitkittymiseen liittyviä tekijöitä, joihin voitaisiin pyrkiä itse vaikuttamaan omaa toimintaa kehittämällä.

Osastojen toiminnan kehittämishaasteena ovat olleet muun muassa ryhmätoiminnan kehittäminen laajentaen moniammatillista yhteistyötä sekä kokemusasiantuntijan mukaanotto osaston ryhmätoiminnan vetämiseen. Lisäksi kehittämiskohteena on ollut epävakaa persoonallisuushäiriö -potilaiden hoito. Tulevaisuuden haasteena on vielä osastohoidossa olevien potilaiden liikunnan ja toiminnan lisääminen edelleen. Kokemusasiantuntijat ovat arvioineet psykiatrisen osastohoidon laatua ja esittäneet kehittämiskohteita yhteisellä skitsofrenian hoidon kehittämispäivillä.

Oulun kaupungin päihdeklinikan yhteistyö OSYP:in kanssa on ollut vakiintunutta ja jatkuvaa. Päihdeklinikan esimies vastaa myös avopäihdepalveluiden yksiköstä ja osallistuu mielenterveyspalveluiden johtoryhmyöskentelyyn. Asiakkaita tulee päivystyksellisesti katkaisuhoidon ympäri vuorokauden. Hoidonvarausjonot kuntoutukseen, vieroitukseen ja korvaushoittoon ovat olleet pieniä, odotus aika maksimissa 3 kuukautta. Vieroitusosaston lisäksi huumeasiakkaita on ollut säännöllisesti katkaisu- ja kuntoutushoidon osastoilla. Korvaushoitiasiakkaiden määrä on ollut kasvussa, jonka on mahdollistanut metadonin käyttöönotto useammalle korvaushoitasiakkaalle korvaushoitolääkkeenä. Asiakasmäärän kasvu näyttäisi myös tulevaisuudessa jatkuvan. Huomattavaa on ollut useampien raskaana olevien naisten tulo korvaushoidon piiriin. Alle 23-vuotiaiden vieroittautujien hoidon alkamiseen on pystytty vastaamaan hoitotakuuajassa. Päihdeklinikan vieroitusosastolle hoitoon tulleille asiakkaille on tehty RAI-arviointi. Arviointia on tehty myös suunnitellusti katkaisuhoidonosastolle tulleille kahden viikon jaksolle huumeaine- tai lääke vieroittautujille.

Vaikuttavien sosiaalipalveluiden järjestämisessä keskeistä on palvelurakenteen monipuolisuus. Palveluverkko sisältää monentasoisia ja eri tahojen, mm. järjestöjen, yksityisen ja kunnan joustavasti tuottamia palveluja, hoitoa ja tukea. Lähipalveluina järjestetään kehitysvammaisille, vaikeavammaisille ja sosiaalihuoltolain perusteella palveluun oikeutetuille kuntalaisille päivittäiset sosiaalipalvelut. Ohjausta jaa neuvontaa toteutetaan myös sähköisiä asiointikanavia hyödyntäen. Tilojen ja palveluiden hankinnan eriyttäminen toisistaan luo mahdollisuuden asiakaslähtöiseen palveluun ja vaikuttaa tehokkaasti myös yksityisten palveluiden sijoittumiseen ja kehittymiseen. Palveluasumisen osalta tavoitteena on palvelun sijoittuminen jatkossa asteittain pääsääntöisesti kaupunkirajojen sisälle.

Erytispalvelut järjestetään joko alueellisesti hyvinvoinnin monipalvelukeskuksissa tai keskitettynä palveluna huomioiden saavutettavuus. Soveltuvien osin erityispalveluja voidaan toteuttaa myös sähköisesti lähipalveluperiaatteella. Taloudellisten etuuskien käsittely, talous- ja velkaneuvonta sekä sosiaalinen luototus järjestetään keskitetysti kuten myös virka-ajan ulkopuolinen sosiaalipäivystys. Asiakaslähtöisen ja vaikuttavan palvelukokonaisuuden kehittämisen osalta tavoitteena on tiivistää nykyistä varsin hajanaista palveluverkkoa monipalvelukeskuksiin, joiden sijaintipaikat täsmentyvät Uuden Oulun palveluverkkopäätösten myötä.

Aikuis- ja perhesosiaalityössä sekä taloudellisessa tuessa on priorisoitu toimeentulotuen ja sosiaalityön palvelutakuiden toteuttaminen. Asiakkaiden palvelusuunnitelmien laatimiseen on kiinnitetty erityistä huomiota niiden asiakkaiden osalta, joilla on suunnitelmallisen sosiaalityön tarve. Deleointisäännön muutos 1.4.2011, jossa painottuu asiakkaiden palveluohjaus, on ollut haasteellinen, koska sosiaalityöntekijöillä on edelleen ollut runsaasti perustoimeentulotuen hakemusten käsittelemistä palvelutakuun toteutumiseksi. Aikuis- ja perhesosiaalityön vastuut ovat laajentuneet myös palvelutakuun ulkopuolisilla tehtävillä kuten rikosseuraamuselvyksillä ja ennakkolisten lastensuojeluilmoitusten käsittelyllä. Työvoiman palvelukeskus on keskittynyt nuorten ja yli 500 päivää passiiviyömarkkinatuella olevien asiakkaiden työllistämistä edistävien kuntouttavien palveluiden tuottamiseen. Työllistämiskeskus on hoitanut kaupungin palkkatuki-työllistämisen ja järjestöjen työllistämisen avustamisen siten, että nuorten ja pitkäaikaistyöttömien työllistäminen on priorisoitu. Työllistämiskeskus on vastannut myös työllisyysvaroilla toteutetusta kesätyöllistämisestä ja osallistunut työvoiman palvelukeskuksen ohella aktiivisesti hankeyhteistyöhön työllistymistä edistävien hankkeiden kanssa.

Nuorten ja pitkäaikaistyöttömien palveluja on tehostettu työvoiman palvelukeskuksessa sekä aikuis- ja perhesosiaalityössä. Asiakkaiden palveluohjaus on tehostunut ja asiakkaita on ohjattu tarpeenmukaisiin

kuntouttaviin palveluihin terveydenhuoltoon (mm. työttömien terveystarkastukset) sekä mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Monialainen verkostotyön toimintamalli on laajentunut työvoiman palvelukeskuksesta aikuis- ja perhesosiaalityöhön. Työllistämistä edistävinä toimenpiteinä kuntouttavaa työtoimintaa on lisätty ja työharjoittelupaikkoihin ohjausta tehostettu työpörssin avulla. Yhteistyötä nuorisotoimen työpajojen kanssa on kehitetty. Kolmannen sektorin toimijat ovat merkittäviä yhteistyökumppaneita työllistymisen tukitoimia järjestettäessä. Yhteistyössä nuorisotoimen kanssa suunnitellaan Byströmin talon ns. matalan kynnyksen palveluja. Palvelut tulevat käsittämään sosiaalitoimen puolelta työllistymistä edistäviä ohjaus- ja neuvontapalveluja sekä nuorten sosiaalisen ja taloudellisen tilanteen selvittelyä. Terveydenhuolto sekä mielenterveys- ja päihdepalvelut tulevat osallistumaan myös palveluiden tuottamiseen. Toimeentulotuen menokehitys on Oulussa ollut maltillinen ja tähän ovat vaikuttaneet merkittävältä osalta vastuualueella toteutetut aktiiviset toimenpiteet nuorten ja pitkäaikaistyöttömien kuntouttamiseksi työvoiman palvelukeskuksen ja aikuissosiaalityön palveluohjauksessa ja työllistämiseksi työllisyydenhoidon määrärahojen turvin.

Asiakasohjaustyöryhmän (aso) toiminta organisoitiin uudelleen 1.4.2011 delegointisäännön muutoksen johdosta ja palveluohjaus päätöksentekoiheen ja vastuineen siirtyi sosiaalisen ja taloudellisen tuen vastuualueelle. Palveluohjauksen toimintamallin juurruttaminen aikuis- ja perhesosiaalityössä vammaispalvelujen käytäntöjen mukaisesti on aloitettu. Laitoshoidon osuus kehitysvammaisten palveluissa on asetettujen tavoitteiden mukaisesti supistunut. Asiakasnäkökulmasta asiakkaan palveluprosessi ja asiakasohjaus on selkiintynyt. Asiakkaan oikeuksiin ja valinnanvapauteen on kiinnitetty aikaisempaan enemmän huomiota tilaaja-tuottajaneuvottelujen linjausten mukaisesti. Asiakkaan asiasta vastaava viranhaltija päättää asotyöryhmän konsultaation jälkeen palvelusuunnitelmassa sovituista ympärivuorokautisista palveluista kun aikaisemmin palvelusuunnittelu ja päätöksenteko oli eriytynyt eri vastuualueille. Oman tuotannon palvelut palveluohjauksessa priorisoidaan aina kun ne vastaavat asiakkaan palvelutarvetta. Yhteistyötä kehitetään eri palveluntuottajien kanssa omassa tuotannossa ja ostopalveluissa. Vammaispalveluiden ja gerontologisen sosiaalityön yhdenmisen toimintamallin kehittämistyö on käynnissä ja tavoitteena on loppuvuoden aikana siirtyä uuteen palvelutoimintamalliin.

Laitos- ja sairaalahoitoa on alkuvuonna purettu sekä kehitysvammaisten- että mielenterveysasiakkaiden osalta suunnitelman mukaisesti. Uusia asumispalvelusijoituksia laitoshoidosta on tehty sekä omiin palveluihin että ostopalveluihin. Asiakasvirtausta on tehostettu kevyempien palveluiden suuntaan, laitoshoidosta asumispalveluihin ja edelleen ohjauspalveluiden piiriin. Laitoshoidossa olevien kehitysvammaisten asiakkaiden määrä on vähentynyt 19,6 prosenttia vuoden takaisesta määrästä ja on nyt 45 henkilöä. Vuosi sitten laitoshoidossa olleiden kehitysvammaisten osuus oli 6,6 prosenttia kaikista, nyt luku on 5,1 prosenttia kokonaismäärästä. Vertailukohtana kuudessa suurimmassa kaupungissa (Kuusikko) laitoshoidossa olleiden asiakkaiden osuus oli viime vuonna 12,0 prosenttia kehitysvammaisten kokonaismäärästä.

Asumisyksiköt järjestävät omana toimintana viriketoimintaa osalle asiakkaista. Päivätoiminnan palvelu- ja on kohdennettu tehostetusti mielenterveysasiakkaille sekä nuorille asiakkaille. Päivätoimintayksiköt pystyvät ottamaan vastaan vielä yli 20 uutta asiakasta.

## **2. Ennalta ehkäisyn ja varhaisen puuttumisen selkeän toimintamallin luominen**

Uuden Oulun hyvinvointikatsaus tukee suunnitelmallisen ennalta ehkäisevää työn toteutumista. Tämän yhdeksi tärkeäksi osaksi nivoutuvat lastensuojelusuunnitelma sekä lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelmatyö. Lasten- ja nuorten palveluprosessissa on erityisesti kiinnitetty huomiota mielenterveys- ja päihdeongelmien ylisukupolvisen siirtymiseen ja syrjäytymisen ehkäisemiseen liittyvien työmenetelmien kehittämiseen, juurruttamiseen sekä sektorirajat ylittävien palveluiden kehittämiseen. Edistävän ja ehkäisevän työn strategia sisältyy Uuden Oulun palveluiden järjestämishjelmaan. Joustavia ja riittäviä konsultaatiopalveluita, työnohjausta ja koulutustukea on systemaattisesti lisätty perusterveydenhuoltoon.

Perheväkivaltaohjelmatyötä on kehitetty koko Oulun kaupungin kattavana toimintana ja tätä työtä tullaan jatkamaan systemaattisesti yhteistyössä poliisiviranomaisten kanssa. Mielenterveys- ja sosiaalipalveluiden alueella kouluttaja-suunnittelija jatkaa tämän toiminnan eteenpäin viemistä sekä yhteisen toimintamallin kehittämistä yli hallintokuntarajojen. Aikalisä toimintamalli on juurtunut vakiintuneeksi käytännöksi

Oulussa. Tätä mallia on hyödynnetty nuorisotoimen kanssa kehitettyyn Byströmin talon toimintaan laajentuen myös nuorten naisten palveluiden kehittämiseen. Liikuntatoimi on tässä tiiviisti mukana.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden osalta ehkäisevä työ liittyy uusien avohoitopotilaiden hoidontarpeen arviointiin. Toimintamallissa tullaan kartoittamaan perheen kokonaistilanne ja lasten tuen tarve. Lasten tilanearvioon pyritään kehittämään malli, jossa neuvolan tai Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon työntekijä tekee kotikäynnin yhdessä aikuispsykiatrian tai päihdepalveluiden työntekijän kanssa. Ehkäisevä päihdetyö toteutetaan perusterveydenhuollossa. Mini-interventiot ovat käytössä. VINKKI-toiminta takaa suomensäisiä huumeita käyttäville neulojen ja ruiskujen vaihdon ja hepatiittirokotukset anonyymisti. Samassa yhteydessä toteutetaan terveysneuvonta. Palvelu toteutetaan yhteistyössä terveydenhuollon- ja päihdepalveluiden henkilöstön kanssa.

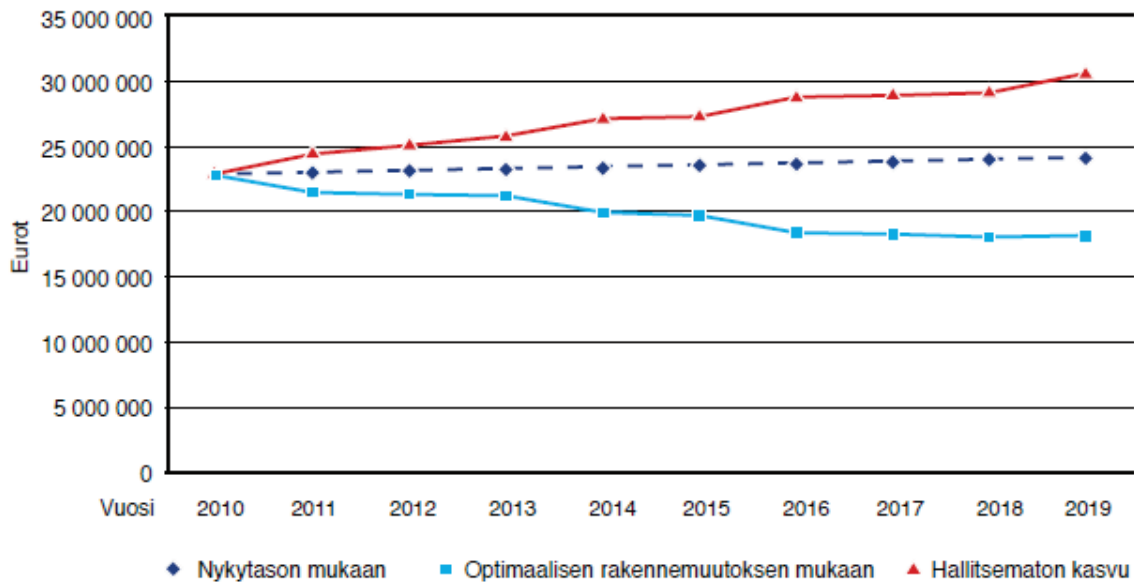
### **3. Palveluiden tuottaminen monituottajamallin mukaisesti koordinoitusti ja toimivana kokonaisuutena**

Perustason ja erityistason avomielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen koko elämänkaaren kattavaksi toimivaksi palvelukokonaisuudeksi mahdollistuu siten, kun kehitetään uusia työmuotoja sekä palveluiden saatavuutta ja palvelukokonaisuuksia. Palvelukokonaisuuksien kehittämiseen liittyy olennaisesti palveluiden koordinaatio ja integraatio. Uuden Oulun järjestämishjelmassa painotetaan monituottajamallia, sopimus- ja palveluohjausta sekä palveluiden saatavuutta. Mielenterveys- ja päihdepalveluista on tekeillä uuden Oulun kunnille kokonaisselvitys THL:n toimesta. Selvityksessä ovat mukana Psykiatrian klinikka, Oulun kaupungin päihdepalvelut ja psykiatrinen erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, sosiaalipalvelut, ostopalvelut ja 3. sektori. Tavoitteena on luoda palvelujärjestelmästä selkeä ja toimiva kokonaisuus, jossa korostuu ehkäisevä työ. Tähän toimintamalliin liittyy olennaisesti sovittu työnjako ja hoidon porrastus eri toimijoiden kesken.

Palveluiden järjestämistavalla voidaan vaikuttaa merkittävästi sekä asiakaspalvelun laatuun että kustannuksiin. Kaupunkistrategiassa tavoitteena on, että kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä suhteessa ikäryhmään kääntyy laskuun. Tämä edellyttää laajapohjaisia ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi sekä lastensuojelun piirissä olevien palveluiden osalta muutoksia palvelurakenteissa. Painopistettä tulee siirtää selkeästi varhaisempaan lasten ja nuorten kasvuympäristössä tapahtuvaan tukeen ja ennaltaehkäisyyn sekä perheiden tukemiseen lasten normaaleissa elinympäristöissä. Lastensuojelusuunnitelmalla sekä seudullisella lapsi- ja nuorisopoliittisella ohjelmalla linjataan lasten ja nuorten palveluiden kehittämisen suuntaa.

Melleniuksen ryhmätalo perustettiin keväällä 2011 mielenterveys- ja sosiaalipalvelujen (avopäihdepalvelut, ennaltaehkäisevät päihdepalvelut, perheneuvola ja lastensuojelu) sekä perusterveydenhuollon perhepalvelujen yhteistyönä. Lisäksi ryhmätalo hankkeessa on mukana laajasti järjestötoimijoita. Melleniusryhmätalolle siirtyy edellä mainittujen yhteistyötahojen olemassa olevat ryhmätoiminnot (esim. kimpparyhmä perusterveydenhoidon perhepalveluista). Varsinainen ryhmätoiminta ryhmätalossa aloitettiin elokuussa 2011. Syyskuussa ryhmätalossa aloittaa moniammatillisesti ja ylisektorisesti toteutuva päiväperhekuntoutus, joka kohdistuu vauvaa odottaville tai vauvaperheille, joissa äidillä on päihdeongelma. Lisäksi ryhmätalossa aloittaa uudelleen lastenkodissa sijoituksessa olevien lasten vanhempien vertaistukiryhmä sekä muita vertaisryhmiä, jotka vastaavat lastensuojelun perhetyön tarpeisiin.

Kuviossa 1 on esitetty skenaariot lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon sekä lastensuojelun avo- ja laitospalveluiden kehittymisestä erilaisten vaihtoehtojen mukaisesti. Tavoitteena tulisi olla ennustemallin 2 suuntainen kehitys, jolloin sekä avo- että laitospalveluiden käyttö vähenee erityispalveluissa tuen painopisteen ollessa ennaltaehkäisevässä toiminnassa ja peruspalveluissa tapahtuvassa varhaisessa puuttumisessa. Skenaarion lähtökohtana on ennuste vuoden 2010 tilanteesta, jolloin oululaisista alle 18-vuotiaista on sijoitettuna kodin ulkopuolelle 1,4% ja 7,7% lastensuojelun avopalveluissa. Ennustemalli 2 perustuu siihen, että vuonna 2019 kodin ulkopuolelle sijoitettuja olisi enää 1,1% ikäryhmästä ja lastensuojelun avopalveluiden asiakkaana 5,5%. Mikäli kehityksen suuntaa saadaan muutettua ennustemalli 2:n suuntaisesti, on sillä sekä taloudellista että kuntalaisten hyvinvointiin liittyvää suurta merkitystä.



**Kuvio 1. Lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon ja lastensuojelun avo- ja laitospalveluiden kehittyminen vaihtoehtoisilla strategioilla v. 2010-2019 (poikkileikkaustieto)**

- Hintataso skenaariolaskennassa on nykytaso.
- **Ennustemalli 1** perustuu nykytasoon, missä kodin ulkopuolelle sijoitettuja alle 18-vuotiaita on n. 1,49 % ja lastensuojelun avohuollon ja hoidon piirissä on 5,9 % alle 18-vuotiaita ja sama trendi jatkuu vuoteen 2019.
- **Ennustemalli 2:ssa** oletetaan, että kodin ulkopuolelle sijoitettujen osuus laskee ollen 1,1 % vuonna 2019 ja avohuollon palveluiden ja hoidon piirissä olevien määrä laskee ollen 4,7 % vuonna 2019.
- **Ennustemallissa 3** oletetaan, että kodin ulkopuolelle sijoitettujen määrä lisääntyy ollen vuonna 2019 1,6% ja avohuollon palveluiden ja hoidon piirissä olevien alle 18-vuotiaiden määrä lisääntyy ollen 7,6 % vuonna 2019.

#### 4. Mielenterveys- ja päihdetyön sopimus-, palvelu- ja asiakasohjauskeinojen selkeyttäminen ja vahvistaminen

Mielenterveys- ja päihdetyöstä on tehty paljon erilaisia suosituksia. Nämä ovat toimintaa ohjaavia suosituksia eivätkä sido palveluiden tuottajia toteuttamaan palveluita suositusten mukaisesti. Sopimusohjauksella saadaan systemaattisesti huomioitua erilaiset laatusuositukset yhdenmukaisten kriteerien näkökulmasta. Hankaluutena on myös se, että erilaisia diagnoosiperustaisia suosituksia on tehty erillisesti kuten KÄYPÄ-hoitosuositukset. Näissä suosituksissa perusajatuksena on yhden diagnoosin periaate. Mielenterveys- ja päihdepotilaalla saattaa olla useita eri diagnooseja: mielenterveysperusteinen, päihdeperusteinen ja lisäksi lukuisia somaattisia diagnooseja. Suositukset eivät huomioi hoitojen integraatiota.

Mielenterveys- ja päihdetyön eri ammattiryhmien koulutus ei vastaa tämän päivän potilastyön eikä työelämän haasteisiin. Koulutusohjelmat toteutetaan erillisinä. Yhteisiä osioita ei ole, vaikka työelämässä edellytetään välittömästi asiakkaan tarpeista lähtevä tiivis yhteistyö eri toimijoiden kanssa. Moniammatillisen yhteistyön toteutuksen vastuu jää työnantajille. Tämän vuoksi Oulun kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluissa on kehitetty systemaattisesti asiakaslähtöisiä prosessikoulutuksia moniammatillisen yhteistyön tukemiseksi. Kuvaava esimerkki on se, että yhdelle potilaalle tehdään erilaisia ja irrallisia hoitosuunnitelmia eri yksiköissä ja vastaava tilanne saman asiakkaan kohdalla on sosiaalipalveluissa. Palveluohjaus mahdollistaa sosiaalipalveluiden osalta sellaisen toimintamallin, että jokaiselle asiakkaalle tehdään asiakkaan ja

hänen verkostonsa kanssa palvelusuunnitelma, jonka osana ovat erilaiset hoitosuunnitelmat. Tällainen työskentely edellyttää henkilöstön kouluttamista, johdon sitoutumista ja alkuvaiheessa resurssien kohdentamista asiakas- ja potilaslähtöisen palvelun ja hoidon toteuttamiseen ja palveluiden vaikutusten arviointiin yhteistyössä asiakkaan (ShL) ja potilaan (ThL) kanssa.

## **Kirjallisuus**

Sopimusohjauksen kehittämissryhmä: Suositus sopimusohjauksen toteuttamiseksi. Stakes 2008.

Kuntalaki 17.3.1995/365

Laki kotoutumisen edistämisestä 1386/2010

Laki nuoren rikoksesta epäillyn tilanteen selvittämisestä 633/2010

Laki nuorisolain muuttamisesta 693/2010

Laki perusopetuslain muuttamisesta 642/2010

MIELENTEKO - Oulun kaupungin mielenterveytyön kokonaissuunnitelma. 2004.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2009

## 4.2 Strategiatyö puree – palvelut yhdelle tontille

Matti Kaivosoja

Vuonna 2013 valmistuu Kokkolassa ainutlaatuinen kokonaisuus yhdellä tontilla. Psykiatrinen erikoissairaanhoido ja päihdehuolto toimivat uusissa ajanmukaisissa tiloissa, kaikki ”saman katon” alla niin terveyskeskuksen kuin keskussairaalan somaattistenkin erikoisalojen kanssa. Tulos ei ole sattumaa, vaan pitkäaikaisen strategisen suunnittelun tulos. Tähän ei ole päästy yhdellä kertaa ja pikkuisen on tarvittu onneakin ajoituksissa, mutta lopputulos on palveluja tarvitsevan ihmisen kannalta hyvä ja noudattaa Mieli-suunnitelman tavoitteita.

### Erillisten palvelujen kutomista yhteen

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma painottaa mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokonaisuutta. Suunnitelma linjaa, että psykiatrista sairaalahoido tulee jatkossa rakentaa vain yleissairaaloitten yhteyteen. Palveluihin pääsyn edellytetään järjestyvän ns. yhden luukun periaatteella. Seuraavassa tarkastellaan tilojen merkitystä näissä ratkaisuissa ja kuvataan Kokkolan kaupungin ja Keski-Pohjanmaan keskussairaalan ratkaisu.

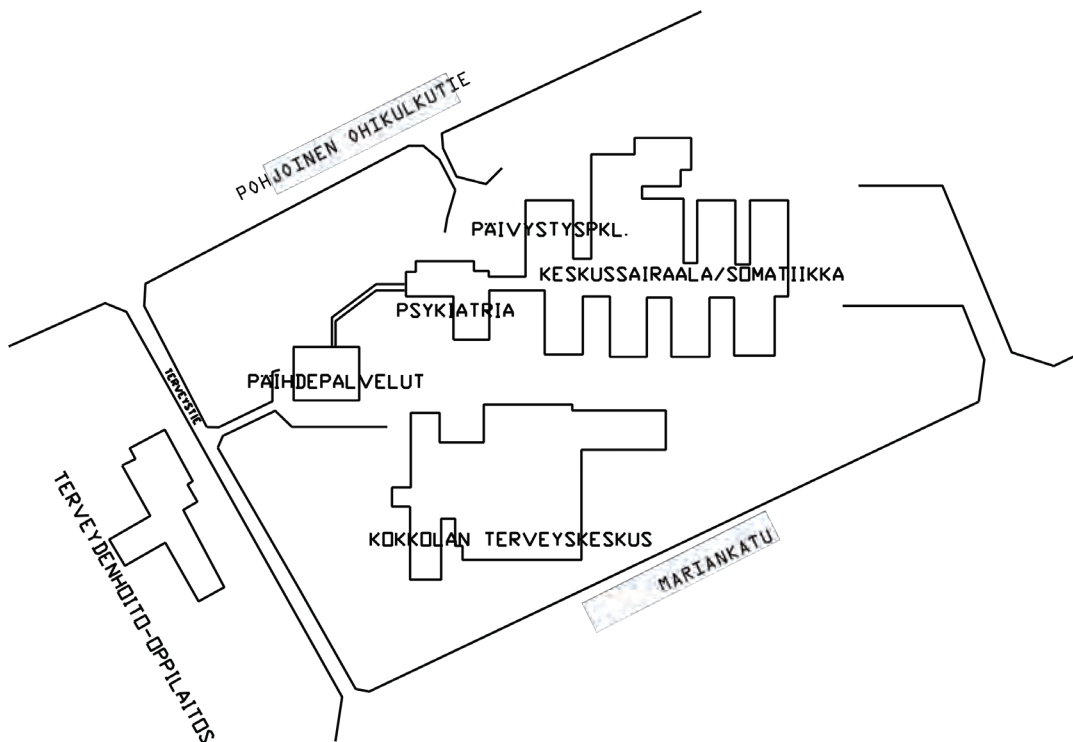
1960-luvun lopulla Kokkolaan valmistui keskussairaala ja seuraavan vuosikymmenen alussa rakennettiin viereiselle tontille Kokkolanseudun terveyskeskus. Kahden eri kuntayhtymän hallinnoimat rakennukset olivat lähes vierekkäin, mutta kumpaankin rakennettiin omat toiminnot lukuun ottamatta joitakin tukipalveluja.

Mielenterveystyön kannalta merkittävä askel otettiin, kun Keski-Pohjanmaan keskussairaalan kuntayhtymä sai 1987 tehtäväkseen myös psykiatrista hoidon järjestämisen maakunnassa alueen kuntien irtautuessa Vaasan ja Seinäjoen mielisairaanhoidopiireistä. Maakunnan ensimmäinen mielenterveystyön suunnitelma valmistui 1988 ja siinä tähdättiin avohoitopainotteiseen, aluevastuiseen psykiatriseen malliin. 1990-luvun alussa keskussairaalan ensimmäiseen laajennukseen tuli sairaalan ensimmäinen psykiatrinen osasto. 1994 sairaanhoidopiiri aloitti omat akuuttipsykiatriset osastot ja sairaalan asuntola-alueelle avattiin vanhoihin rakennuksiin kaksi psykiatrista osastoa jo aiemmin perustetun lastenpsykiatristen osaston lisäksi.

1990-luvun lopulla Kokkolan kaupunki painotti terveydenhuollon yksiköiden yhteistyön tiivistämisen tarvetta. Ensi vaiheessa terveyskeskuksen ja sairaalan välille rakennettiin maanpäällinen yhdyskäytävä, tukipalveluja yhdistettiin lisää. 2000-luvun puolella tuli ajankohtaiseksi päivystysten yhdistäminen, ensin toiminnallisesti, sitten myös yhteisten päivystystilojen suunnittelun kautta. Samaan aikaan psykiatristen yksiköiden toiminta, hajallaan ja toiminnallisesti epäkäytännöllisissä tiloissa, tuli tiensä päähän, jolloin tuli ajankohtaiseksi rakentaa omat tilat psykiatrisille yksiköille, joita oli 20 vuoden aikana kehitetty.

Sairaanhoitopiirin hallitus päätti laajennuksesta, johon tuli suunnitella sekä maakunnallinen päivystys, päiväkirurgian toiminnot että psykiatriselle tarvittavat uudet ja korvaavat tilat. Suunnittelutyössä päädyttiin rakentamaan ensin tilat psykiatriselle ja rakentaminen alkoi vuoden 2006 lopulla. Tilat olivat muuttovalmiit vuoden 2008 tammikuussa. Vuoden kuluttua valmistuivat päiväkirurgian ja maakunnallisen päivystyksen uudet tilat. Psykiatrisen tilat rakennettiin keskussairaalan ”jatkeeksi” siten, että ne liittyvät välittömästi päivystyksen tiloihin ja toisaalta lämpimällä maanpäällisellä käytävällä terveyskeskukseen.

Edellisen prosessin kanssa lähes samaan aikaan käynnistyi päihdekeskuksen suunnittelu. Vuonna 2005 alkaneessa Pohjanmaa-hankkessa käynnistettiin kuntien päihdestrategioita. Kokkolan kaupunki lähti varhain mukaan ja sen johdolla valmistuikin maakunnan kaikkien kuntien yhteinen päihdestrategia. Päihdestrategiassa asetettiin tavoitteeksi uuden päihdekeskuksen rakentaminen. Muutamien välivaiheiden jälkeen kävi ilmi, että sairaaloitten tontti olisi tarkoituksenmukaisin sijoituspaikka myös päihdekeskukselle. Tätä puolsivat sekä rakentamiseen liittyvät tekniset seikat että toiminnalliset edut. Päihdekeskuksen rakentamisesta on tehty päätökset ja suunnittelutoimikunta on hyväksynyt suunnitelman. Rakentaminen ajoittuu vuodelle 2012 ja keskus otettanee käyttöön vuoden 2013 alkupuolella. Myös päihdekeskus liittyy psykiatrisen yksikön tilojen kautta lämpimällä tilalla niin terveyskeskuksen kuin keskussairaalan tiloihin (Kuva 1).



**Kuva 1. Päihdekeskuksen, psykiatrisen sairaalahoidon, muun erikoissairaanhoidon sekä terveyskeskuksen sijoittaminen yhdeksi kokonaisuudeksi Kokkolassa. Muut yksiköt valmiit, päihdekeskuksen rakennustyöt alkamassa, rakennus valmistunee vuoden 2012 lopulla.**

### Palvelut yhdestä paikasta – onko tiloilla väliä?

Psykiatrian yksiköt ovat toimineet uusissa tiloissa yli kolme vuotta. Tänä aikana on todettu monia etuja verrattuna aiempaan tilanteeseen. Erityisesti se, että psykiatriset yksiköt ovat lähellä laboratoriota, kuvantamisyksiköitä sekä konsultoivia somaattisia erikoisalajoja on helpottanut toimintaa olennaisesti. Potilasturvallisuus on parantunut, kun kaikki tutkimukset saadaan nopeasti, eikä niiden järjestämiseen liity kuljetuskynnystä.

Henkilökunnan työturvallisuus on uusissa tiloissa parantunut, kun tilat on suunniteltu juuri nykyiseen käyttöön. Toiseksi psykiatria on lähellä muita yksiköitä, jolloin kriisitilanteissa saadaan tarvittaessa lisähenkilöstöä naapuriyksiköistä.

Potilaat ovat toistuvasti ilmaisseet eri tilanteissa, että he kokevat uusien tilojen rakentamisen arvostuksen osoituksena. Potilaiden kannalta näyttää myös olevan tärkeää, että he kokevat olevansa keskussairaalan potilaita, heillä ei ole psykiatrisen sairaalan leimaa. Psykiatrian yksikön toiminnassa ei korosteta erillisyyttä eikä psykiatrian erityisluonnetta, vaan toimintaa osana koko sairaalaa. Tämä on heijastunut avoimuuden lisääntymisenä.

Päivystysyksikön ja psykiatrian yksikön välistä yhteistyötä on kuluneen vuoden aikana tiivistetty, mutta sitä voidaan edelleen kehittää. Uusimpana muutoksena on juuri toteutumassa delirium-potilaiden hoidon uusi järjestely sairaalassa, noudattaen valtakunnallisesti omaksuttua linjaa, hoito toteutetaan somaattisessa yksikössä, psykiatrasta osaamista tarpeenmukaisesti hyödyntäen.

## **Päihdekeskuksen toimintamalli muotoutuu**

Päihdekeskuksen toiminta on hahmottumassa. Yksikköön tulevat toimintoina Katkaisuhoido, selviämisasiema, päihdekuntoutus, korvaushoido, A-klinikka ja nuorten päihdeyksikkö Nuotta. Keskuksen tilasuunnitelma on toki valmis, mutta yksikön toimintaprosessien kehittäminen on työn alla. Samanaikaisesti rakentamistoimikunnan kanssa työskentelee KIMPALE-hankkeessa kolme rinnakkaista työryhmää, jotka hiovat yhteistyötä ja rajapintoja päihdekeskuksen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. Tilasuunnittelun ja prosessien viimeistely kulkevat rinta rinnan.

## **Uudet toimitilat – tuottavatko investoinnit**

Psykiatrian yksikön toimitilat – neljä osastoa ja tilat kymmenelle avohoidon työryhmälle – kokoustiloineen, terapiatiloineen maksoivat noin 7,7 milj. euroa vuonna 2007. Se on vähemmän, kun tiloissa toimivien yksiköiden yhden vuoden toimintakustannukset. Siten tilojen osuus hoidon kustannuksista on 20 vuoden kuole-tusajallakin vain noin 5 prosenttia. Nyt arvioidaan, että päihdekeskuksen rakentamiskustannukset ovat noin 2,5 milj. euroa. On realistista odottaa, että hajallaan olevien päihdepalvelujen kokoaminen ja prosessien tehostuminen päihde- ja kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa tulevat olemaan huomattavat. Päihteistä aiheutuvien terveysongelmien kasvun vuoksi ei ole realistista odottaa, että näihin ongelmiin liittyvät kokonaismenot vähenisivät, mutta panostuksilla saatu hyöty tulee olennaisesti lisääntymään ja siten investointi on toiminnallisesti paitsi välttämätön, myös kannattava.

## **Tulevaisuuden mahdollisuudet**

Potilaan asema vahvistuu ja selkeytyy, kun toisiinsa kytkeytyvät palvelut toteutuvat fyysisesti lähellä toisi-aan. Historiallisista syistä rakentuneet erilaiset lähete- ja maksusitoumuskäytännöt joutuvat uudelleen arvi-oitavaksi. Voi olla vaikea ylläpitää vanhoja toimintamalleja, kuten päihdesairauksiin liittyvän kuntoutuksen maksusitoumusten kierrättämistä sosiaalitoimessa, kun muissa sairauksissa kuntoutuksesta päätetään siellä, missä sairauttakin hoidetaan.

On selvää, että keskittymisellä on myös riskinsä, joita on helppo nimittää medikalisaatioksi. Onkin tärkeää, että mielenterveys- ja päihdepalveluissa vahvan ammatillisen osaaminen säilyttää toiminnassa olen-naisen sisällön. On myös tärkeä nähdä, että samalla, kun vaativa hoito ja kuntoutus keskittyy yhdelle tontil-le, potilaiden ja asiakkaiden elämän olennaiset areenat ovat koti, läheiset, koulu, opiskelu ja työelämä. Vahva mielenterveys- ja päihdetyön keskuksen työ painottuu ensisijaisesti avohoitoon ja toiminnassa tulee entistä enemmän kehittää toimintamuotoja, jotka viedään palveluja käyttävien arkeen, heidän areenoilleen. Toiminnan visiona onkin, että vahva mielenterveys- ja päihdetyön keskus on entistä useammalle palveluja tarvitsevalle entistä pienemmässä roolissa heidän elämässään – tärkeänä, mutta ei hallitsevana.



### 4.3 Liikkuvuus ja joustavuus psykiatrisessa hoitokäytännössä Länsi-Pohjassa

Birgitta Alakare, Kauko Haarakangas

Länsi-Pohjan psykiatriassa on kehitetty perhe- ja verkostokeskeinen hoitojärjestelmä ja -malli, jonka avulla apua hakevat ihmiset ovat päässeet nopeasti ja joustavasti hoitoon. Nykyisin hoitomallia kutsutaan Avoimen dialogin hoitomalliksi.

Hoitomallin keskeisiä periaatteita ovat hoidon nopea aloittaminen, perheen ja läheisten osallistuminen hoitoon alusta lähtien hoitavan työryhmän yhteistyökumppanina, hoidon räätälöinti joustavasti palvelemaan asiakkaiden muuttuvia tarpeita, hoitavan työryhmän liikkuvuus ja kotikäyntien priorisointi. Hoidon psykologisen jatkuvuuden turvaamiseksi samat hoitajat ovat mukana koko hoidon ajan. Keskeiseksi nousee hoitavien ihmisten kyky sietää epävarmuutta, olla perheen tukena ahdistavissa tilanteissa sekä taito luoda dialoginen ilmapiiri hoitoprosessin kaikissa keskusteluissa. Kaikilla tulee olla mahdollisuus osallistua tasavertaisesti ja tulla kuulluiksi keskusteluissa ja hoidon suunnittelussa. Hoidossa pyritään integroimaan eri hoitomuodot tarpeenmukaisesti.

Hoitomalli kehittyi osana hoitojärjestelmään ja omaan toimintaan kohdistuvaa tutkimusta. Mielenterveytyksen työntekijöiden vahvan osaamisen ja verkostokeskeisen toimintaperinteen ansiosta psykiatrisen hoitojärjestyy nopeasti ja hoito voidaan toteuttaa räätälöidysti avohoidon ja sairaalan yhteistyönä, jossa potilaan läheiset ovat aktiivisesti mukana. Hoidon perustapahtumana ovat hoitokokoukset, johon kutsutaan kaikki tarpeelliset ihmiset potilaan ja perheen lisäksi.

Kotikäynnit ja liikkuvuus ovat olleet Länsi-Pohjan toimintamallissa mukana pitkään. Länsi-Pohjassa on mahdollista tehdä kotikäyntejä lyhyiden etäisyyksien vuoksi. Suuri osa 67 000 asukkaasta asuu Kemi-Tornio -alueella, noin 30 km säteellä Keroputaan sairaalasta. Myöskin pitkän kehittämistyön ja yhteisen koulutuksen avulla eri toimijoiden välinen yhteistyö on tiivistä ja helppoa. Pienellä alueella myös eri organisaatioiden työntekijät tuntevat toinen toisensa.

Perhe- ja verkostokeskeinen hoitojärjestelmä ja dialoginen hoitomalli ovat muodostuneet luontevaksi osaksi alueen mielenterveys- ja päihdetyön sekä myös sosiaalitoimen ja kouluterveystieteiden käytäntöä. Tämän on mahdollistanut systemaattinen ja pitkäjänteinen koulutus, joka on edistänyt ja tukenut hoitomallin periaatteiden omaksumista ja ylläpitoa alueella.

Sairaanhoitopiirissä on järjestetty 1989 lähtien erityistason perheterapiakoulutusta, joihin on vuosien aikana osallistunut yli 100 alueen työntekijää. Lisäksi on järjestetty useampia yhden vuoden avoimen dialogin koulutuksia yhteistyössä Oulun kaupungin kanssa.

Keroputaan sairaalassa on ollut pitkään 55 vuodepaikkaa. Nykyisin sairaalan kuormitus on asettunut noin 30–35 potilaan tasolle. Tähän on vaikuttanut se, että monia pitkäaikaispotilaista on voinut siirtyä kuntiin perustettuihin palveluasumisen yksiköihin. Osastohoidon tarve on vähentynyt ja nyt olisi mahdollista siirtää henkilökunnan työpanosta avohoitoon. Psykiatrian sairaalan organisaatiomuutoksessa oli keskeistä siirtyminen neljän osaston rakenteesta aluksi kahteen ja nyt yhteen osastoon. Muutoksen tavoitteena oli edistää osastojen henkilöstön yhteistä tekemistä.

Keroputaan sairaalan osastojen henkilökunta on tehnyt paljon avohoitoa jo vuosia. Sairaalan toiminnalle on pyritty löytämään sopivampaa nimeä, joka kuvaisi paremmin toimintaa. On käytetty ”Seinätön sairaala” -kuvausta ja myös avohoitoa on kuvattu ”Kotisairaala” -nimellä.

Länsi-Pohjan alueella on ollut projekteja ja selvityksiä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja niihin läheisesti liittyvien sosiaalipalvelujen hallinnolliseksi ja toiminnalliseksi yhdistämiseksi. Psykiatrian koko toiminta on käytännössä osoittanut verkostokeskeisen ja hallintorajat ylittävän työn mielekkyyden ja asiakaslähtöisyyden. Nyt Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hankkeen yhteydessä on uudelleen tehty suunnitelma alueen yhtenäisen psykososiaalisen toimintamallin luomiseksi, jolloin samassa organisaatiossa olisivat mielenterveytysohjelmien kokonaisuudessaan, päihdehuolto ja perheneuvolat.

Nyt tehtävässä toimintamallissa on suunniteltu rakennemuutosta, jotta psykiatrian organisaatio ja hoitomalli saadaan paremmin palvelemaan asiakkaita. Uudessa toimintamallissa korostuu pyrkimys mahdollis-

taa entistäkin tehokkaampi ja laadukkaampi hoito tehostamalla avohoitoa potilaan omassa elämänympäristössä. Jatkossakin hoidon perustana on hoidon nopea alkaminen ja perhekeskeisyys. Lisäksi tavoitteena on lisätä kotikäyntejä. Toimintamalli tukisi sitä, että ihmiset saisivat tasavertaisesti apua riippumatta siitä, mistä menevät sitä hakemaan ja myös pääsisivät avun piiriin nopeasti ja helposti. Lisäksi tehostetaan hoitoprosessien arviointia, jolloin huomio on hoidon vaikuttavuudessa ja tarpeenmukaisuudessa. (Alakare & Haarakangas 2009).

### **Kirjallisuus**

Alakare, B. & Haarakangas, K. Enemmän kotona tapahtuvaa hoitoa psykiatriassa! Suunniteltu muutos Länsi-Pohjassa, Sosiaali- ja Kuntatalouslehti, 2; 2009.

## 4.4 Hoitoketjujen kehittäminen ja toimivuuden arviointi

Tiina Puotiniemi

*Hoidon porrastuksen* ydintavoite on luoda laadukkaan hoidon kokonaisuus, jossa huomioidaan potilaan etu ja se, että eri hoitoportaiden ja yhteiskunnan intressit ovat tasapainossa ja resurssit optimaalisesti käytössä. Keskeistä on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon voimavarojen hyödyntäminen. Perusterveydenhuollon näkökulmasta keskeistä on, miten potilaan hoito ja diagnostiikka järjestetään, jos konsultoidaan erikoissairaanhoidoa. Erikoissairaanhoidon tulee ratkaista, miten jatkohoito ja seuranta suunnitellaan siten, että se on kaikkien osapuolten kannalta järkevää ja taloudellista. Hoidon toimiva porrastus on myös keskeinen osa hoidon laatua. Terveydenhuollon laatu ja hoitoketjutyö liittyvät läheisesti yhteen ja palvelevat toisiaan. (Nuutinen 2000.)

*Hoitosuosituksella* (clinical practice guideline) tarkoitetaan asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatimaa, tieteellisesti perusteltua kannanottoa tiettyä tautia tai oirekuvaa sairastavan potilaan hoitoon. Hoitosuositus antaa ohjeita ehkäisystä, diagnostiikasta ja hoidosta. (Roine ym. 2003) Hoitosuosituksen tavoitteena on parantaa hoidon laatua ohjaamalla lääkärin käytännön työtä (Nuutinen 2000).

*Hoitoketjulla* tarkoitetaan alueellista palvelukokonaisuutta, ts. sopimusta siitä, miten potilasta tietyssä tilanteessa tutkitaan ja hoidetaan terveydenhuollon eri tasoilla sekä potilaan että palvelujärjestelmän kannalta tarkoituksenmukaisimmin ja riittävän laadukkaasti. Jos kokonaisuus ulotetaan sosiaalitoimeen saakka, puhutaan palveluketjusta. Tavoitteena on organisaatorajat ylittävän alueellisen saumattoman hoidon järjestäminen. Lisäksi tavoitteena on, että hoitoketjut perustuisivat valtakunnallisiin hoitosuosituksiin. (Karma 1999.)

Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeen Pohjois-Pohjanmaan -osahankkeessa hoidon porrastuksen ja hoitoketjujen toimivuutta tarkasteltiin lastenpsykiatrian (anoreksiapotilaan hoitoketju, neuropsykiatriapotilaan ja vauvaperheen palveluketju), nuorten hoitoketjun sekä masentuneen vanhuksen hoitoketjun näkökulmasta. Lisäksi selvitettiin yhden kunnan mielenterveys- ja päihdepalvelujen toimivuutta ja saatavuutta. Tässä artikkelissa käytetään esimerkkinä lasten- ja nuorten hoitoketjuja ja kunnan mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmää.

Hoidon porrastuksen ja hoitoketjujen toimivuutta selvitettiin käyttäjien (asiakkaiden/potilaiden), heidän omaisten ja työntekijöiden näkökulmasta. Hoidon porrastuksen ja hoitoketjujen toimivuutta selvitettiin perusterveydenhuollossa, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ja erikoissairaanhoidossa. Lisäksi selvitettiin työnjakoon liittyviä asioita.

Kuviossa 1 esitetään hoitoketjuserelvityksen prosessikuvaus. Ensimmäiseksi kartoitettiin kunnan/kuntayhtymän tarjoamat sosiaali- ja terveys- sekä kolmannen että yksityissektorin (nuortenhoitoketju) palvelut ja henkilöstö resurssit. Tarkempi nykytila analyysi tehtiin mielenterveys- ja päihdepalveluista ja resursseista. Kunnan/kuntayhtymän mielenterveys- ja päihdepalveluiden viranomaisten kanssa pidettiin yhteistyöneuvottelu, jossa oli mukana mielenterveys- ja päihdepalveluiden, kouluterveydenhuollon ja sosiaalitoimen työntekijöitä. Yhteistyöneuvotteluissa sovittiin hoitoketjuserelvitysprosessin etenemisestä, toteuttamisesta ja eri tilastoiden läpikäymisestä sekä tarvittavista lupa-asioista.

Toisessa vaiheessa tarkasteltiin kuntakohtaisesti sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon potilasrakenteita tilastojen avulla. Lisäksi haastateltiin sekä mielenterveys- ja päihdetyön työntekijöitä. Työntekijät laativat omat tehtäväkuvauksensa. Kunnasta/kuntayhtymästä ja erikoissairaanhoidosta (OYS) valittiin hoitoketjuserelvitykseen osallistuvia potilaita ja heidän omaisiaan.

Kolmannessa vaiheessa haastateltiin asiakkaita/potilaita, heidän omaisiaan ja työntekijöitä. Haastattelumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Hoidon porrastuksen toimivuuden selvittämiseksi analysoitiin asiakkaiden/potilaiden hoitopolkuja sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta. Neljännessä vaiheessa laadittiin työntekijöille kyselylomake, jonka avulla selvitettiin hoitoprosessin sujuvuutta, kunnan palvelujärjestelmää (erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluita), hoitoketjujen ja hoidon porrastuksen toimivuutta, yhteistyön toimivuutta perusterveydenhuollon – erikoissairaanhoidon – yksityissektorin –

kolmannen sektorin välillä ja henkilökunnan työnohjaus- ja koulutustarpeista. Viidennessä vaiheessa tehtiin aineistojen analyysi: litteroitiin ja analysoitiin haastatteluaineisto sekä analysoitiin kyselyaineisto. Lopuksi laadittiin osaprojekteista loppuraportit.



Kuvio 1. Hoitoketjusestytksen prosessikuvaus.

## Hoitoketjujen toimivuuden arviointi ja kehittäminen

Osaprojektissa selvitettiin 1) vauvaperheen, 2) anoreksiapotilaan ja 3) neuropsykiatrisen lapsipotilaan hoito- ja palveluketjuja sekä lastenpsykiatrian etäpoliklinikan toimintatapoja. Kussakin osa-alueessa kartoitettiin, miten lapsen tutkimusvaihe toteutetaan, miten hoitosuunnitelma muodostetaan eri tilanteissa, minkälaisia potilasasiakirjamerkintöjä tehdään ja mihin tiedot tallennetaan. Lisäksi selvitettiin, miten hoitovastuu määrittyy, kuka toteuttaa käytännössä hoidon ja miten hoitavaa tahoja voidaan työnohjauksen ja/tai koulutuksen sekä yhteistyön avulla tukea.

Aineisto muodostui lastenpsykiatrisessa hoidossa olleiden potilaiden ja heidän vanhempinsa sekä työntekijöiden haastatteluista ja kyselylomakkeista. Tiedonkeruu toteutettiin teemahaastatteluna ja sähköisenä Webropol-kyselynä. Selvitykseen osallistui yhdeksän potilasta perheineen. Selvitys suoritettiin seuraavissa kunnissa: Raahe, Haapajärvi, Haapavesi, Muhos, Liminka, Tyrnävä ja Pudasjärvi.

Vauvaperheen, syömishäiriöpotilaan ja neuropsykiatrisen potilaan lastenpsykiatrian palveluketjuissa oli edustettuna erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, sosiaalihuolto, yksityisiä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajia, päivähoito ja sivistys/opetustoimi. Vauvaperheiden palveluketjun kehittämisalueeksi nousi, miten hoidon toteuttamisessa voidaan huomioida riittävästi lapsen kehitysympäristö ja äänmukaiset tarpeet. Vauvan arviointi edellytti lapsen tutkimuksen lisäksi perheen vuorovaikutuksen ja vauvan sekä hänen kans-

saan työskentelevien työntekijöiden vuorovaikutuksen havainnointia. Palveluketjun toiminnan perustekijänä korostui työntekijöiden ja vanhempien valmius todeta yhdessä välittömät vauvan kasvuun, kehitykseen ja terveyteen liittyneet perustarpeet ja mahdollisuus nopeaan toimintaan suunnitelmista poikkeuksissa. Vanhempien aktiivisuuden ja hoitoon kiinnittymisen mahdollistaminen osoittautui olevan vauvaperheen palveluketjun keskeinen kannatteleva tekijä.

*Syömishäiriöiden palveluketjun* toimijoina olivat lastentautien erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, perheneuvola, sosiaalitoimi, kouluterveydenhuolto ja lastenpsykiatria. Syömishäiriöpotilaanpalveluketjun osalta nousi esille erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen sekä erikoissairaanhoidon sisäisen toimintamallin kehittämisen tarve, kuten tiiviimpi yhteistyö ja syömishäiriöihin erikoistuneita työryhmiä. Syömishäiriöiden ennaltaehkäisyyn toivottiin lisää resursseja. Syömishäiriöiden hoito koettiin haasteelliseksi. Osaaminen koettiin puutteelliseksi erityisesti kuntatasolla.

*Neuropsykiatrisen hoitoketjun* oli vakiintunut lasten tarkkaavuuden ongelmien hoidossa, mutta harvemmin esiintyvien lasten neuropsykiatristen ongelmien kohdalla toimintamallien vakiinnuttaminen ja asiantuntijuuden kehittäminen katsottiin tarpeelliseksi. Lapsen neuropsykiatrisen häiriö ilmeni niin kotona, koulussa, päiväkodissa kuin sairaalassakin. Palveluketjun toiminnassa nousi esille sekä lapsen yksilöllisten oireiden ja piirteiden tutkimisen merkitys että perheen tukeminen. Palveluketjun toimivuuden keskeisimpiä edellytyksinä olivat perheeseen suunnattu tuki erityislapsen hoidossa ja verkostotyö.

Lastenpsykiatrisen hoito- ja palveluketjujen toimivuus perustui moniammatilliseen palveluntuottajien organisaatorajat ylittävään yhteistyöhön. Lapsen kanssa työskentelevien asiantuntijoiden keskinäinen vuorovaikutus, toimintaa säätelevät ohjeet ja organisaatorakenteet toimivat yhteistyön perustana. Haasteena koettiin se, että kunnista puuttuivat erikoissairaanhoidon kaltaiset moniammatilliset työryhmät ja lasten kanssa työtä tekevät olivat usein hajallaan kunnan eri palvelualueilla. Lastenpsykiatrisen etäpoliklinikka oli keskeinen hoito- ja palveluketjun yhteistyötä koordinoiva asiantuntijataho peruspalvelujen tasolla.

Etätyö, konsultaatio ja koulutus sekä työnohjaus olivat peruskunnissa erikoissairaanhoidolta toivottuja palveluita. Niiden avulla vahvistettiin perustason alueellista osaamista.

Osaprojektissa selvitettiin nuoruusikäisten asiakkaiden/potilaiden nuorisopsykiatrisia palveluita, hoitoketjujen toimivuutta ja hoidon porrastusta sairaanhoitopiiriin alueella. Kohderyhmänä olivat 13-23-vuotiaat erikoissairaanhoidon potilaat sekä perusterveydenhuollon asiakkaat Pudasjärven kunnasta ja Kallion kuntayhtymästä. Nuoruusikäisiä Pudasjärven kunnassa on 13,9 prosenttia (2009) ja Kallion peruspalvelukuntayhtymän alueella 15,4 prosenttia. (2009) koko väestöstä.

Aineisto hoitoketjujen toimivuudesta kerättiin Kallion peruspalvelukuntayhtymän ja Pudasjärven kunnan työntekijöiltä kyselylomakkeella sekä haastateltiin palveluita käyttäviä asiakkaita/potilaita ja palveluita saaneiden vanhempia sekä analysoitiin hoitopolkuja. Lisäksi tarkasteltiin osaprojektiin osallistuneiden kuntien ostamia erikoissairaanhoidon palveluja erikoissairaanhoidosta saatujen tilastojen avulla.

Haastatellut ja kyselyyn vastanneet olivat koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon, perheneuvolan, mielen-terveysneuvolan, terapiakeskuksen, sosiaalihuollon sekä päihdetyön työntekijöitä. Kyselyn avulla selvitettiin koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon, mielen-terveys- ja päihdetyön ammattilaisten näkemyksiä alueensa hoidon porrastuksesta sekä hoitoketjujen toimivuudesta perusterveydenhuollossa sekä kokemuksia erikoissairaanhoidon palveluista osana hoitoketjua päihdepalveluissa sekä mielen-terveyspalveluissa. Lisäksi selvitettiin työntekijöiden mielipiteitä alueensa kehittämistarpeista liittyen nuoruusikäisille suunnattuihin mielen-terveys- ja päihdepalveluihin. Kysely toteutettiin Webropol-verkkotyökalun avulla. Kyselyyn vastasi 23 työntekijää.

Potilaiden (8 nuorta) ja vanhempien (2 vanhempaa) haastattelut toteutettiin teemahaastatteluna. Haastattelun avulla selvitettiin mm. miten ja miksi asiakas oli tullut psykiatrisen hoidon piiriin ja missä hän oli saanut hoitoa, mitkä tekijät olivat edistäneet ja mitkä hankaloittaneet hoitoa ja oliko asiakas/potilas saanut omasta tai vanhemman mielestä tarpeenmukaista hoitoa oikeaan aikaan. Haastattelut toteutettiin Ylivieskan sekä Oulun nuorisopsykiatrisen poliklinikalla, Pudasjärven kunnassa sekä Ylivieskan terapiakeskuksessa.

Hoitoketjuserelvityksiin osallistuneiden asiakkaiden/potilaiden hoitopolkuihin tutustuttiin potilasasiakirjojen avulla. Potilasasiakirjoista tarkasteltiin, missä asiakasta oli hoidettu, mitä palveluja potilas oli omassa

kunnassa saanut, onko potilas tarvinnut erikoissairaanhoidon palveluja ja olivatko palvelut vastanneet tar-koitusta ja tarvetta.

## Tulokset

Osaprojektin kyselyyn vastasi 23 työntekijää Pudasjärven kunnasta ja Kallion peruspalvelukuntayhtymän alueelta. Työntekijöistä 22 oli naisia ja yksi mies. Koulutukseltaan työntekijöistä oli 39 prosenttia sairaan-hoitajia, 17 prosenttia terveydenhoitajia, 17 prosenttia psykologeja ja 13 prosenttia sosiaalityöntekijöitä. Työntekijöistä 13 prosentilla oli psykoterapeuttikoulutus. Viidennes (22 %) oli työskennellyt nuoruusikäis-ten parissa yli 20 vuotta.

Osaprojektiin osallistuneet nuoret olivat 16–21-vuotiaita. Heistä 13–18-vuotiaita oli 47 prosenttia ja 19–23-vuotiaita 53 prosenttia. Suurin osa työntekijöistä (65 %) hoiti 18-vuotta täyttäneitä ja sitä vanhempia nuoruusikäisiä. Enimmäkseen työ oli kahden keskeisiä, supportiivisia keskusteluja nuoren kanssa, terapiaa, nuoren tilanteen kartoittamista, ohjaamista, puhelinneuvontaa ja konsultointia. Kunnissa oli vähän verkosto- ja perhetyötä, paritapaamisia ja ryhmätoimintaa. Nuoruusiän kehityksen arvioita tehtiin myös vähän. Työntekijät kokivat haastavana tunnistaa, mitkä liittyvät nuoren normaaliin iänmukaiseen kehitykseen ja mitkä ovat kehitystä pysäyttävää tai mikä taannuttavaa, patologista oireilua.

Yleisimpiä hoitoon tulosityitä olivat masennus, ahdistuneisuus, paniikki ja jännitys, erilaiset pelot, itsetu-hoisuus, koulukiusaaminen, syömishäiriöt, päihde- ja/tai peliongelmat ja traumaattiset kokemukset (esim. väkivallan uhriksi joutuminen). Nuoruusikäisten kohdalla varhaisen puuttumisen tai hoidon tarpeen tunnis-taminen koettiin haastavaksi, koska psyykinen pahoinvointi ilmeni usein somaattisena oireiluna, kuten erilaisina kipuina tai väsymyksenä, toimintakyvyn- tai mielialan laskuna, keskittymisvaikeuksina, käy-töshäiriönä, aggressiivisuutena, vaikeutena irtaantua kotoa tai ylipäätään vaikeutena selviytyä arjen koulu-töistä.

Nuoruusikäisillä potilailla oli ollut hoitokontakti moniin hoito- tai palvelupaikkoihin. He olivat olleet asiakkaana perusterveydenhuollon palveluissa (kouluterveydenhuolto, neuvolapalvelut, sosiaalihuolto, mielenterveystoimisto, terveyskeskus) sekä erikoissairaanhoidon palveluissa (päivystyksikkö, nuoriso-osastot, nuorisopsykiatriset poliklinikat). Erikoissairaanhoidon palveluja ei ollut useinkaan saatavilla omas-sa kehitysympäristössä ja välimatkat palveluiden äärelle saattoivat olla pitkiäkin. Suurin osa asiakkaista joutui odottamaan hoitoon pääsyä. Työntekijät ja asiakkaat kaipasivat erikoissairaanhoidon joustavampaa mukanaoloa hoitoketjussa. Vastaanotolle nuoret ohjautuivat yleisimmin terveydenhoitajan, oman tai van-hempien yhteydenoton kautta.

Työntekijöistä 62 prosenttia arvioi hoidon porrastuksen toimivan kohtalaisesti. Yksiköiden resursointi ja palveluiden saatavuus arvioitiin heikoksi. Valtaosa (77 %) arvioi nuoruusikäisille kohdistettuja palveluja olevan liian vähän saatavissa. Tukea ja lisäpanostusta kaivattiin ennaltaehkäisevään ja korjaavaan työhön sekä selkeää yhteistä sopimusta siitä, miten asiakasta hoidetaan ja tutkitaan terveydenhuollon eri tasoilla.

Nuoruusikäisten psykiatriset palvelut jakaantuivat kunnissa eri toimijoiden kesken. Yhteistyö eri toimi-joiden välillä oli vaihtelevaa. Huolta herätti nuoruusikäisten mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden jääminen kokonaan palveluiden ulkopuolelle ja tarpeenmukaisen hoidon järjestämisen vaikeus joko resurssien niuk-kuudesta tai palveluiden puuttumisesta johtuen. Erityisesti ennaltaehkäisevän ja terapeuttisen tuen järjestä-misessä nähtiin puutteita.

Aikaa ja resursseja nuoruusikäisten hoitamiseen ja kohtaamiseen pidettiin liian niukkana, erityisesti alle 18-vuotiaiden osalta. Palvelut ovat työntekijöiden mukaan ruuhkautuneet eikä niitä ole tarjolla riittävästi. Asiakkaita oli vaikea saada tarpeenmukaisen tuen ja hoidon piiriin. Erityisesti nuorille kohdennettuja päih-depalveluja ei ollut tarjolla. Alaikäiset päihdeasiakkaat ovat sosiaalihuollon asiakkaita. Perustasolle toivot-tiin lisää psykiatrian sairaanhoitajia sekä psykologeja. Toivottavana pidettiin, että potilaan olisi mahdolli-simman sujuvaa päästä tarvittaessa erityistyöntekijöiden palveluihin (psykologi, psykiatri).

Nuoruusikäisten ja vanhempien mielestä hoidon tarvetta ei tunnistettu eikä ohjaus asianmukaisen avun piiriin toteutunut aina tarpeenmukaisella tavalla. Oireiden ilmaantumisen jälkeen hoitoon ohjautuminen tapahtui viiveellä kuukausista useampaan vuoteen. Oireisiin ei suhtauduttu riittäväällä vakavuudella. Nuori

olisi toivonut aikuisen väliintuloa pahaan oloonsa, jota ei osannut tuoda itse esille. ”Mää olisin halunnu, että niillä olis kiinnostanu, että miks (nuori viiltelee). Että ne olis halunnu puuttua siihen, että se loppuis.”

Nuori tai vanhempi joutui ottamaan liikaa vastuuta hoitoon hakeutumisen suhteen. Palveluihin ohjautuminen oli vaikeaa, kun omat voimavarat eivät riittäneet avun hakemiseen tai ei tiennyt mistä tai miten apua voi hakea. ”En saanut apua siihen mistä olisin saanut apua jos olisin tarvinnut apua.” Toiveena oli, että tukea tarjottaisiin aktiivisemmin silloin, kun omat voimavarat eivät riitä. Nuoret toivoivat myös konkreettista tukea, kuten apua virastoissa asioimiseen. Nuoret, joilla oli vanhempi tukenaan avun hakemisessa, pääsivät nopeammin hoidon piiriin.

Nuoruusikäisen näkökulmasta hyvä hoitosuhde koettiin keskeiseksi auttavaksi elementiksi. Tärkeänä pidettiin luottamuksen syntymistä, jatkuvuutta ja tuttuutta hoitosuhteissa. Nuoruusiän kehityksen arvio jäi usein tekemättä nuoren hoidossa. Nuoruusikäisen hoidon keskeisen tavoitteen tulisi olla kasvuunmahdollisuuksien turvaamisessa kehityksen esteitä poistamalla ja tukemalla takaisin iänmukaista kehitystä kohti.

Nuorten mukaan hoitosuhde rikkoontui useasti vaihtuvien työntekijöiden vuoksi. Tämä oli kaikista eniten hoitoon ja sen tarpeenmukaisuuteen negatiivisesti vaikuttanut tekijä. Puhuminen omista vaikeista asioista vaihtuville työntekijöille pidettiin raskaana ja vastuu hoidon suunnittelusta jäi epäselväksi: ”Mun mielestä siinä sais se ihminen olla oikiasti semmonen joka pystyy olleen siinä työssä pitempään. Ettei ne vaihu niin tihittää... Kun ihminen pysyy samana, ei samoja pinnallisia asioita. Tunnetaan jo toisemme.” Täten perusteellisempi paneutuminen asiakkaan ongelmiin jäi uupumaan, vaikka hoito samassa yksikössä oli kestänyt pitkään (jopa vuosia).

Osaprojektiin osallistuneen muuttovoittoisen kunnan väestömäärä on noin 19 000 henkilöä. Tässä osaprojektissa selvitettiin hoidon porrastuksen toimivuutta perusterveydenhuollon sisällä sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Lisäksi kartoitettiin palvelujärjestelmän toimivuutta ja sen työnjakoon liittyviä asioita sekä tehtiin palvelujärjestelmän nykytilan kuvaus. Lisäksi analysoitiin, millaisia palveluja kunta oli ostanut erikoissairaanhoidosta. Hoidon porrastuksen toimivuuden selvittämiseksi analysoitiin neljä asiakastapausta perusterveydenhuollosta ja kymmenen potilastapausta erikoissairaanhoidosta. Kartoituksen pohjalta laadittiin kehittämissuosituksia kunnan terveyskeskuksen vastaanoton ja mielenterveyskeskuksen toimintojen kehittämiseksi.

Mielenterveyskeskuksen potilaiden ikäjakauma oli 18–65+-vuotiaat. Asiakkaista 40 prosenttia oli 36–55-vuotiaita. Yleisimmät päädiagnoosit olivat mielialahäiriöt, psykoosit (mm. skitsofrenia) ja päihdehäiriöt. Mielenterveyskeskuksen asiakkaista 58 prosenttia arvioitiin tarvitsevan psykososiaalisia palveluita ja 17 prosenttia päihdepalveluita. Mielialahäiriöitä sairastavista 55 prosenttia ja psykoosia sairastavista 71 prosenttia tarvitsi psykososiaalisia palveluja. Kunta ei kyennyt vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin, sillä psykososiaalisia palveluita ei ollut riittävästi.

Mielenterveyskeskuksen asiakkaiden hoito käynnistyi hoitajien vastaanottokäynneillä. Hoidosta vastaavan lääkärin ensimmäinen käynti oli useamman kuukauden päässä hoidon aloituksesta, koska mielenterveyskeskuksessa työskenteli ainoastaan yksi osa-aikainen erikoistuva lääkäri. Asiakkaiden psykiatriset kokonaisarviot ja hoito-/kuntoutussuunnitelmat puuttuivat. Hoitovastuussa olevaa lääkäriä ei nimetty.

Kunnassa oli laadittu selkeä toimintamalli korvaushoitolaisille. Toimintamalliin kuului mm. arviokäynnejä, seulojen ottamista ja valvontaa, apteekkisopimukset, avovieroitus- ja korvaushoitoon liittyvät omahoitajakeskustelut sekä vieroitushoitoon liittyvien hoitosopimusten tekeminen. Yhteistyö terveyskeskuslääkäreiden, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon päihdepsykiatrian kanssa toimi hyvin. Yhteistyömuotoina oli mm. päihdeasiakkaiden avovieroitukseen liittyvät asiat, korvaushoitolaisten hoitojen suunnittelu, osastohoitajaksot, lääkeohjeistukset avohoidossa, neuvottelut ja lausunnot.

Asiakkaiden tavallisin käyntitiheys oli kolmen tai neljän viikon välein. Mielenterveyskeskuksen hoidossa oli yksittäisiä asiakkaita, jotka kävivät hoidossa yhden tai kahden viikoin välein. Mielenterveyskeskuksen asiakkaista noin 40 prosenttia oli ollut hoidossa vuoden tai vähemmän.

Kaikki perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon hoitoon lähetetyt potilaat kuuluivat erikoissairaanhoidon piiriin. Lähettäminen erikoissairaanhoidon tutkimuksiin tai hoitoon oli viivästynyt useissa tapauksissa. Erikoissairaanhoidosta useimmat potilaat palautuivat takaisin kotikuntaan mielenterveyskeskuksen asiakkaaksi. Lasten ja nuorten hoidot jatkuivat erikoissairaanhoidon piirissä avohoitoina.

Terveyskeskuksen vastaanotolla hoidettiin mielenterveysasiakkaita, joiden hoito olisi kuulunut mielenterveyskeskukseen, mutta hoitoa ei pystytty toteuttamaan henkilöstöpulan vuoksi. Henkilöstöressurssien vajauksesta johtuen ongelmia oli myös mielenterveyskeskuksen asiakkaiden siirtymisessä terveystieteiden vastaston puolelle. Terveystieteiden asiakkaita palautuivat takaisin mielenterveyskeskukseen, mikä edelleen lisäsi jonoja mielenterveyskeskuksen puolella.

Osaprojektissa laadittiin kunnalle suositukset mielenterveystyöhön. Suositukset sisälsivät seuraavat osat: 1) mielenterveystyön johtaminen ja resurssit, 2) vastuukysymykset mielenterveyskeskuksessa, 3) potilaille kirjallinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma, 4) yhteistyö ja verkostoituminen kunnan palvelujärjestelmässä, 5) mielenterveystyön kehittäminen ja tilastointi, 6) lasten ja nuorten mielenterveystyö ja 7) monimuotoiset psykiatriset avohoitopalvelut.

## Pohdinta

Osaprojektien raportoimat tulokset osoittavat, että hoitoketjuissa ja hoidonpurrastuksessa on paljon puutteita. Työntekijät korostivat, että tarvitaan sopimuksia siitä, miten potilasta hoidetaan palveluiden eri tasoilla. Nykyään palvelut ovat hajallaan, mikä vaikeuttaa tiedon kulkua ja tarpeenmukaisen hoidon saamista potilaille. Potilaiden mielestä hoitoa häiritsee pirstaleisuus, tiedonkulun epävarmuus ja jatkuvuuden puute. Erityisesti nuoret toivovat nopeasti saatavilla olevia matalankynnyksen (helppo yhteydenotto ja ajanvaraus) hoitopaikkoja lähellä omaa elinympäristöä. Pohjois-Suomessa on haasteena pitkät välimatkat, esimerkiksi Pudasjärveltä Ouluun erikoissairaanhoidon on noin 100 km.

Nykyinen mielenterveys- ja päihdepalveluiden pirstaleisuus aiheuttaa sen, että asiakkaat eivät tiedä, mistä hakea apua. Esimerkiksi nuoret toivoivat saavansa tietoa, mistä hakea palveluita koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon ulkopuolelta. Erityisesti niiden nuorten, jotka eivät ole enää opiskelemassa on vaikea löytää palveluita ja saada apua mielenterveys- ja/tai päihdeongelmiin. He helposti syrjäytyvät palveluiden piiristä ja näin jäävät tarvitsemaansa hoitoa vaille. Potilaat ja heidän omaisensa toivoivat saavansa tietoa siitä, milloin omasta mielenterveydestä tulisi huolestua. Esimerkiksi nuoret toivovat saavansa enemmän tietoa masennuksesta. He toivoivat, että kouluissa kerrottaisiin mielenterveydestä, sen ongelmista ja eri hoitopaikoista, jolloin hakeutuminen hoitoon nopeutuisi ja kynnykset madaltuisi.

Nuorten hoitosuhteessa on tärkeää hoitavan henkilön pysyvyys, jotta saadaan luotua luottamuksellinen hoitosuhde, jossa käsitellä turvallisesti nuorelle vaikeita asioita. Nuorilla mielenterveysasiakkailta on usein vaikeita ja monia samanaikaisia ongelmia, jotka vaativat myös pidempää hoitoa. Erityisesti heidän kohdalla on tärkeää hoitavan henkilön pysyvyys, jotta päästään käsittelemään myös ongelmien syitä eikä vain seurauksia.

Tämän osahankkeen tuloksen mukaan kuntien mielenterveys- ja päihdeyksiköt ovat aliresursoituja suhteessa väestömäärään. Mielenterveystyöntekijällä asiakaskunta on vauvasta vaariin, jolloin vaarana on, että asiakkaan iänmukaiset haasteet jäävät huomioimatta. Esimerkiksi nuoren kohdalla hoidossa ei useinkaan tehdä nuoruusiän kehityksen arviota, mikä olisi erityisen tärkeää nuoren hoidon tarpeen arvioinnin kannalta. Myös kouluterveydenhuolto on aliresursoitu ja usein nuorten psykiatrisen hoito ja tuki saadaan aikuisten mielenterveysyksiköstä. Asiakkaita saavat useimmiten aikoja harvakseltaan, joka toinen viikko tai kerran kuukaudessa, koska kunnan psykologisia palveluita hoitaa usein sama työntekijä sekä lasten ja nuorten että aikuisväestön osalta. Yksityisiä ja psykososiaalisia palveluita ei kaikissa kunnissa ole tarjolla. Työntekijöiden mukaan nuorten yksityiset terapiapalvelut olivat usein ruuhkautuneet ja nuoruusikäisiä asiakkaita oli vaikea saada ohjatuksi hoitoon. Ennalta ehkäisevään työhön ja kuntoutukseen oli tarjolla resursseja huomattavasti vähemmän kuin korjaavaan mielenterveystyöhön.

Toimiva hoidonpurrastus ei ole mahdollista, jos yksiköt ovat aliresursoituja ja sieltä puuttuu tieto-taito. Tämän osahankkeen tulosten mukaan hoitoketjun toimivuudessa oli eniten ongelmia perusterveydenhuollon sisällä. Perusterveydenhuollon palvelut olivat ruuhkautuneet. Kun ihmiset joutuvat odottamaan pitkiä aikoja hoitoon, niin heidän ongelmat yleensä vaikeutuvat ja psyykinen vointi heikkenee, minkä vuoksi hoidot pidentyvät. Perusterveydenhuollossa tulisi olla riittävästi matalankynnyksen paikkoja, jonne pääsee hoitoon ilman lähetettä, josta asiakkaat ohjautuisivat oikeaan palvelupaikkaan ja päästäisiin aloittamaan tarpeenmukainen hoito mahdollisimman nopeasti.



## Kirjallisuus

Karma, P. Hoitosuosituksien ja hoitoketjujen - parempaan laatuun kohtuuhintaan. Käytännön Lääkäri (1999):3, 170–173.

Nuutinen, M. Hoitoketju. Duodecim 116 (2000): 17, 1821–1828.

Roine, R., Kaila, M., Nuutinen, M., Mäntyranta, T., Nuutinen, L., Auvinen, O. & Mustajoki, P. Käypähoito -suositusten toimeenpano erikoissairaanhoidossa. Duodecim 119 (2003): 5, 399–406.

## 4.5 InterRAI:n käyttöönottoprosessi

Tiina Puotiniemi, Raija-Leena Rekilä, Matti Kaivosoja

Paljon henkilöstövoimavaroja sitovan hoidon ja kuntoutuksen kehittämisessä tarvitaan hyvä ja systemaattinen tapa arvioida henkilöstön käytön oikea kohdistuminen, niin resurssiohjauksessa, hoitoketjuissa kuin potilaskohtaisesti. On myönnettävä, että useat hoitoisuusluokitukset ovat sekä epätarkkoja että niukasti perusteltuja. Sama pätee yleiseen hoitopäivän hintaan, mitä yhä käytetään palveluasumisen kustannusmittarina. Henkilöstövoimavaroja sitovissa toiminnoissa, kuten vanhustenhuolto, perusterveydenhuolto, kuntoutus, psykiatrinen hoito tai kehitysvammahuolto, tarvitaan sekä tarkempia että hyviä yleistyökaluja, toisin sanoen mittareita. Nämä tuottavat tietoa sekä hoitosuunnitelmaa varten että keräävät hoitoisuustietoja yksilö-, yksikkö- ja laitostasolla. RAI-järjestelmä on merkittävin tieteellisesti perusteltu mittaristo. Se on kehitetty ensin vanhusten palveluihin, mutta järjestelmästä on sovellus jo useimmille edellä mainituista lohkoista. Suomessa RAI-järjestelmä tuli vanhustenhuoltoon mm. Helsingin, Porvoon ja Kokkolan kaupunkien, Chydenius-Instituutin ja STAKESin yhteistyönä 1990-luvun lopulta alkaen (Björkgren ym. 1998, Noro ym. 2001).

RAI-järjestelmän keskeiset käsitteet ja toiminta-alueet ovat ensisijaisesti asiakkaan/potilaan hoidon laadun kohentaminen. Järjestelmää voidaan hyödyntää myös osastojen ja asumisyksiköiden toiminnan laadun ja tuottavuusarvioinnissa sekä pitkäaikaishoidon maksuperusteena ja yleisemminkin hallinnossa, tutkimuksessa ja tilastoinnissa. Olennaista on, että järjestelmään sisältyy yksityiskohtaista tietoa asiakkaan tarpeista ja sen avulla voidaan seurata hoidon laatua ja vaikuttavuutta sekä kustannuksia ja tehdä luotettavia vertailuja jopa kansainvälisesti. Järjestelmän käyttöön ottoa edisti huomattavasti, kun sen käyttöön kehitettiin käyttäjää ohjaava ja suoraan tilastoaineistoja tuottava ohjelmisto (Noro ym. 2001).

Jo vuonna 2002 esitettiin ensi kerran Kokkolan kaupungissa ajatus RAI-järjestelmän saamisesta myös psykiatrisen hoitoketjun kehittämiseen:

Hoitoketjujen saumattomuus, tarkoituksenmukaisen hoitotyön esteet: Työskentelyn tavoitteen tulee olla konkreettisia ehdotuksia käytäntöjen korjaamiseksi ja yhteisiksi toimintalinjoiksi. Myös mielenterveyspalvelujen RAI-järjestelmä voi tuottaa käyttökelpoisia työkaluja hoitoketjujen saattamiseksi tarkoituksenmukaisiksi. (Kokkolan kaupunki, julkaisematon 2002).

Tavoite lähti Pohjois-Suomessa konkretisoitumaan ERVA-alueen psykiatrisen- ja huumehoidon kehittämismisselvityksestä (Kaivosoja ym. 2005).

### Mikä on RAI?

RAI on kansainvälisen tutkijayhteisön kehittämä väline, jonka oikeudet Suomessa ovat Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksella (THL). *Resident Assessment Instrument* (RAI) kehitettiin Yhdysvalloissa 1980-luvulla vanhustenhuollon ongelmiin kohdistuneen kritiikin seurauksena, hoidon systemaattisuuden parantamiseksi. RAI-järjestelmää koordinoi kansainvälinen voittoa tavoittelematon interRAI-organisaatio. Järjestelmä on laajentunut vanhustenhuollosta aluksi psykiatriaan, sittemmin myös kehitysvammahuoltoon. Myös muita sovelluksia on kehitteillä.

RAI-järjestelmän psykiatrinen sovellus on kehitetty Kanadassa (Ontario) pitkäaikaishoidon arviointia, mitoittamista, laadun valvontaa sekä kustannusten kohdistamista palvelevaksi kokonaisjärjestelmäksi (ks. Hirdes ym. 2002, Dalby ym. 2005, Poss ym. 2008). RAI on työväline, jolla voidaan arvioida psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden tarpeita, ongelmia, heikkouksia, vahvuuksia, voimavaroja ja hoitoa koskevia valintoja (Hirdes ym. 2002, Perlman ym. 2007). Se on tarkoitettu kliiniseen käyttöön hoidon arviointi- ja suunnittelujärjestelmäksi. Potilaan vahvuuksien ja ongelma-alueiden arviointi auttaa, kun suunnitellaan ja aikataulutetaan hoitoja sekä arvioidaan hoidon tuloksia (Hirdes ym. 2002).

InterRAI-mielenterveyshoito (MH=Mental Health for In-Patient Psychiatry) arviointimittarin on todettu olevan validi ja luotettava. Se koostuu erilaisista testatuista mittareista, esim. ABS=the Aggressive Behavior Scale, DRS=Depression Rating Scale (Hirdes ym. 2002, Perlman & Hirdes 2008, Martin ym. 2008).

InterRAI-MH on laaja-alainen ja vakioitu työväline. Se on suunniteltu yhteensopivaksi muiden kansainvälisessä käytössä olevien pitkäaikaishoitoon, psykiatriseen avohoitoon, palliativiseen hoitoon, akuuttihoitoon ja akuuttijälkeiseen hoitoon tarkoitettujen interRAI-instrumenttien kanssa. Arviointi-instrumenttien yhteensopivuus parantaa hoidon jatkuvuutta turvaamalla saumattoman arvioinnin yksiköstä toiseen siirtäessä samalla, kun se edistää yksilökeskeistä hoitoa. (Hirdes ym. 2006).

InterRAI-MH:n kuuluu arviointilomake, jokaista osiota koskeva ohjeistus ja sarja hoidon suunnittelussa auttavia CAPsejä (Clinical Assessment Protocol), eli muistilistan tapaan käytettäviä hoitosuunnitelman apuvälineitä. Lomaketta voidaan käyttää apuna ja hyödyntää, kun arvioidaan potilaan toimintakyvyn keskeisiä alueita, somaattista ja psyykkistä terveyttä, saatavilla olevaa sosiaalista tukea ja palvelujen käyttöä. (Hirdes ym. 2002, Hirdes ym. 2006.) Tällä hetkellä CAP listasta puuttuu seksuaalisen alueen ongelmat. Psykiatrisessa hoidossa olevilla potilailla on usein ongelmia myös seksuaalisella alueella, minkä taustalla on yleensä monia syitä, siihen voi vaikuttaa esim. masennus. (Perlaman ym. 2007) RAI:n CAPsien avulla voidaan tunnistaa potilaan yksilöllisiä tarpeita ja asianmukaisia hoitotoimia (Hirdes ym. 2002, Hirdes ym. 2006), mikä mahdollistaa työntekijän/palveluntarjoajan mahdollisuuden vastata potilaan tarpeisiin kokonaisvaltaisesti, moniulotteisesti ja yksilökeskeisesti (Smith & Hirdes 2009).

InterRAI Psykiatrisen *akuuttitilanteen* arviointi (interRAI ESP, Emergency Screener for Psychiatry) on vakioitu työväline, jonka avulla voidaan arvioida psykiatrisessa akuutti- tai kriisitilanteessa olevien henkilöiden tarpeita. InterRAI-ESP on suunniteltu arvioimaan vaaraa itselle ja muille sekä ohjaamaan potilaita oikeanlaiseen hoitopaikkaan. Mittarit kuvaavat potilaan riskiä olla vaaraksi itselle tai muille sekä hänen kykyään huolehtia itsestä. Mittarin avulla saatua tietoa voidaan hyödyntää arvioitaessa potilaan toimintakyvyn keskeisiä alueita, psyykkistä terveyttä, saatavilla olevaa sosiaalista tukea ja vaaraa itselle tai muille. (Rabinowitz ym. 2007).

InterRAI psykiatrisen *avohoito* (interRAI CMH, Community Mental Health) on laaja-alainen ja vakioitu työväline, jonka avulla voidaan arvioida psykiatrisessa avohoidossa olevien henkilöiden tarpeita, voimavaroja ja heidän hoitoa koskevia valintojaan. Mittarissa osiot kuvaavat potilaan suoriutumista ja suoriutumiskykyä eri osa-alueilla. Mittaria voidaan hyödyntää arvioitaessa potilaan toimintakyvyn keskeisiä alueita, somaattista ja psyykkistä terveyttä, saatavilla olevaa sosiaalista tukea ja palvelujen käyttöä. (Hirdes ym. 2007).

Mielenterveys RAI-instrumentin kehittämisestä vastaa Suomessa kansallinen ohjausryhmä. Ohjelmiston tuottaja Suomessa on Oy Raisoft Ltd. Ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin Chydenius-instituutin johtamana kaksivuotinen pilottihanke, jossa RAI-MH ja käyttäjän käsikirja suomennettiin ja kehitettiin psykiatriin yksiköihin soveltuva tietokoneohjelmisto. Toisessa vaiheessa kyselylomakkeet ja käsikirja suomennettiin RAI-ESP:n ja RAI-CMH:n osalta ja kehitettiin tietokoneohjelmat.

Kun organisaatiossa suunnitellaan RAI:n käyttöönottoa, on ensiarvoisen tärkeää, että sairaalan johto ja yksiköiden lähiesimiehet ovat sitoutuneet siihen, jotta myös työntekijät sitoutuvat sen käyttöön. RAI:n käyttöönottoprosessi kestää noin 2-3 vuotta. Johdon ja lähiesimiesten tulee saada koulutuksen kautta riittävästi tietoa RAI-järjestelmästä, jotta he voivat tukea työntekijöitään käyttöönottoprosessissa, varsinaisessa käytössä ja RAI:sta saatavien tulosten hyödyntämisessä. Organisaation tulosalueelle tulisi nimetä RAI vastuu-/avainhenkilö(t) ja yksiköihin RAI-vastaava(t). Organisaation tulosalueelle tulisi nimetä RAI:n sisällöstä vastaava ”pääkäyttäjää”, joka tarvittaessa neuvoo ja ohjaa RAI-arviointiin liittyvissä sisältökysymyksissä. Lisäksi tulisi nimetä RAI-ohjelmistosta vastaava(t) pääkäyttäjää(t), joka esimerkiksi antaa käyttäjätunnuksia ja avaa tarvittaessa lukittuja arviointeja.

## Kokemukset Pohjois -Pohjanmaalla

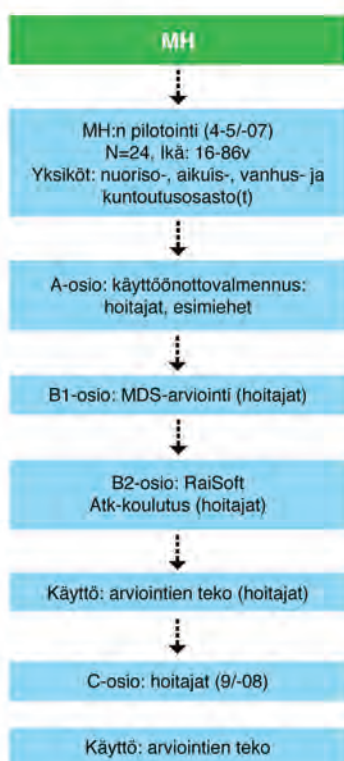
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueelle on nimetty RAI-vastuuhenkilö, joka tarvittaessa ohjaa ja neuvoo RAI:n sisältökysymyksissä ja vastaa mm. ohjelmiston toimivuudesta yhdessä tietohallinnon kanssa. Psykiatrian tulosalueelle on nimetty kolme muuta RAI-ohjelmistosta vastaavaa pääkäyttäjää, joilla on oikeudet avata mm. lukittuja arviointeja. 2009 perustettiin RAI-työryhmä RAI-vastuuhenkilön tueksi. Työryhmä koostuu eri yksiköiden edustajista, jotka käyttävät eri RAI-arviointimenetelmiä, lisäksi edustaja on hallinnosta ja Visalan sairaalasta. Työryhmä kokoontuu säännöllisesti.

sesti. Työryhmässä keskustellaan ja työstetään mm. RAI:n sisältöön, kehittämiseen, hyödyntämiseen, koulutukseen ja ohjelmiston toimivuuteen liittyviä asioita.

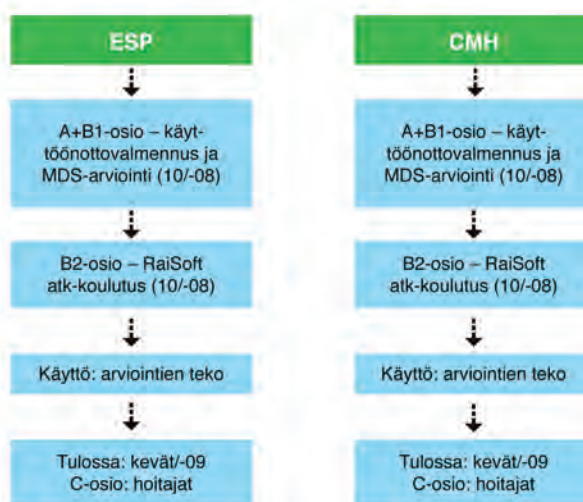
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella käyttäjäkoulutuksia toteutettiin kahdella eri tavalla. Ensimmäisessä mallissa, joka yksiköstä osallistui koulutukseen 2-3 hoitajaa/yksikkö kun taas toisessa mallissa koko yksikön henkilökunta koulutettiin samanaikaisesti. Ensimmäisessä mallissa oli hyvää se, että yksikössä oli koulutettuja henkilöitä, jotka pystyivät ohjaamaan ja tukemaan niitä, jotka koulutettiin myöhemmin. RAI:n käyttöönotto tapahtui näissä yksiköissä vähitellen. Toisessa mallissa koko henkilöstö sai kerralla saman tiedon ja pystyivät yhdessä työstämään uuden menetelmän käyttöönottoa. Toisessa mallissa RAI:n systemaattinen käyttöönotto tapahtui nopeasti, koska koko henkilöstö sai yhtäaikaista ja samanlaista koulutuksen.

### RAI-järjestelmän käyttöönotto erva-alueella

I-vaihe 2007-2008



II-vaihe 2008



Kuvio 1. RAI:n käyttöönottoprosessi 2007-2008.

### Käyttöönottoprosessi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella

RAI:n käyttöönotto aloitettiin pilotoinnilla ”Psykiatrisen hoidon ja huume-/päihdehoidon kehittäminen ja uudelleen järjestely OYS:n erityisvastuualueella -hankkeessa 2006–2008”. RAI-MH:n pilotointiin osallistui keväällä 2007 Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) erityisvastuualueelta (ERVA), Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (PPSHP), Kainuun maakunta-kuntayhtymä (KAINUU), Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri (LPSHP) ja Lapin sairaanhoitopiiri (LSHP). Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (KPSHP) ja Visalan sairaala olivat aikaisemmin pilotoineet RAI-MH:ta. Keväällä 2007 pilotoinnissa testattiin RAI-MH kyselylomaketta, käsikirjaa ja atk-ohjelmiston toimivuutta.

Syksyllä 2007 aloitettiin OYS:n erityisvastuualueella RAI-MH -käyttäjäkoulutukset, jotka jatkuivat vuonna 2008. Esimiehille (vastuualuejohtajat ja lähiesimiehet) järjestettiin koulutusta RAI:sta saatavien tulosten hyödyntämiseksi ja laadun seuraamiseksi. RAI-MH:n käyttäjiksi koulutettiin hoitajia. Hoitajia valittiin 2-3 hlö:ä/yksikkö. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosyksiköstä osallistui kahdeksan yksikköä ja Visalasta kolme. RAI-MH:ta pilotoitiin erityyppisissä yksiköissä, kuten psykiatrian akuuttiosastoilla, kuntoutusyksiköissä, kuntoutuskodeissa, päiväsairaalassa, psykogeriatrisella osastolla ja pitkäaikaisosastoilla. (Kuvio 1)

Syksyllä 2008 RAI -arviointimenetelmän käyttöä laajennettiin kouluttamalla esimiehiä ja hoitajia käyttämään akuutti- (ESP) ja avohoidon (CMH) RAI:ta. Myös Visalan sairaala otti käyttöön akuuttihoiton (ESP) RAI:n. PPSHP:ssä akuuttihoiton (ESP) RAI:ta pilotoivat eri aikuispsykiatriset yksiköt ja vastaanottoyksikkö. Avohoidon (CMH) RAI:ta pilotoitiin mm. poliklinikoilla ja päiväsairaalassa. 2009-2010 PPSHP:n psykiatrian tulosyksikössä ja Visalan sairaalassa laajennettiin RAI:n käyttöä kouluttamalla loput henkilökunnasta. Vuonna 2010 psykiatrian tulosyksikön johtoryhmä teki päätöksen RAI:n toimintakäytöstä ja systemaattisesta käytöstä potilaan hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa psykiatrian tulosalueen kaikissa aikuispsykiatrisissa yksiköissä.

## Kokemukset Keski-Pohjanmaalla

Keski-Pohjanmaalla RAI-arvioinnit otettiin Pohjanmaa-hankkeen kuntoutuskorin kehittämiskohteeksi vuodesta 2007 alkaen. Yhteistyö hankkeen kanssa mahdollisti sairaalan henkilökunnan tehokasta kouluttamista, mikä on edellytys uuden työtavan tehokkaassa käyttöönotossa. Tulosalueen ylihoitaja Ulla Aspvik toimii valtakunnallisessa RAI:n kehittämistyön johtoryhmässä ja sairaalan johto on erittäin sitoutunut RAI:n kehittämiseen. Tämä on selkeästi helpottanut näinkin suuren hankkeen läpivientiä. Koko organisaatiolla on yhteinen selkeä tavoite saada RAI:sta käyttöön kaikki mahdollinen hyöty. Yksiköt saavat edetä yhteistä päämäärää kohti oman itselleen sopivan aikataulun mukaisesti.

Laitoshoidon (MH-RAI:n) pilottikohteena olivat aikuispsykiatrian osaston 16 potilaat ja osa Visalan sairaalan potilaista. Projektityöntekijä haastatteli kuukauden aikana osastolla 16 hoidossa olleet henkilöt. Visalan sairaalassa arviot tehtiin suurelta osin yhteistyössä henkilökunnan kanssa, koska arvioidut potilaat olivat pääosin sairautensa vuoksi kykenemättömiä haastateltavaksi. Tarkoitus olikin saada kokemusta hyvin erilaisten potilaiden arvioinnista. Haastattelujen ohessa kerättiin myös potilaiden kokemuksia näin strukturoidusta ja laajasta arviosta. Potilaiden kokemukset olivat positiivisia. Hoitajalta saatu yksilöllinen huomio ja kiinnostus koettiin hyväksi. He myös kokivat hyvänä mahdollisuuden vaikuttaa hoitoonsa ja saada paremmin äänensä kuuluviin.

Pilotoinnin jälkeen laitoshoidon ohjelman käyttöä jatkettiin os 16:lla. Yksikköön nimettiin vastuuhenkilöt ja sisäisen koulutuksen kautta muu henkilökunta perehdytettiin. Marraskuussa 2008 saatiin pilotointiin myös akuuttihoiton ohjelma (ESP). Nyt mukaan tuli myös toinen sairaalan aikuistenpsykiatrisista osastoista, os 15. Loppuvuodesta 2009 käyttöön saatiin avohoitoon tarkoitettu ohjelma ja tässä vaiheessa koko aikuispsykiatria poliklinikoita myöten oli mukana RAI:n käytössä. Tavoitteena on saada käyttöön yksi yhteinen arviointiväline potilaan koko polun varrelle. Tämä mahdollistaa yhdenmukaisen hoidon suunnittelun ja arvioinnin koko hoitoprosessin ajan.

Koko henkilökunta on koulutettu portaittaisen koulutusohjelman mukaan. Koulutuksissa tutustuttiin sisältöön, oikeaan tallentamiseen ja RAI-tiedon hyödyntämiseen hoidon suunnittelussa. On hyvin tärkeää, että koulutus mahdollistettiin koko henkilökunnalle. Tärkeänä koettiin myös johdon konkreettinen mukana olo. Tulosalueen ylihoitaja ja yksiköiden osastonhoitajat kävivät koulutuksen yhdessä muun henkilökunnan kanssa. Tämä tuotti paljon hyvää keskustelua asian tiimoilta ja moneen käyttäjiä askarruttaneeseen asiaan saatiin vastaus välittömästi. Käyttäjät saivat myös perusteluja ohjelman valinnalle ja tietoa jatkosuunnitelmista. Tämä osoitti myös johdon sitoutuneen asiaan ja olevan mukana kaikissa käyttöönoton vaiheissa. Koulutukset olivat avoimia kaikille ammattiryhmille ja niihin osallistui myös jonkun verran erityistyöntekijöitä yksiköistä, joissa ohjelmat oli otettu käyttöön.

Samalla kun uusien ohjelmien käyttöä on harjoiteltu, on tehty kehittämistyötä saadun tiedon hyödyntämiseksi ja sopivien toimintatapojen löytämiseksi. Tulosalueella toimii RAI-tiimi, johon kuuluu tulosalueen ylihoitajan lisäksi osallistujia ohjelmia käyttävistä yksiköistä. Tiimi koordinoi koko tulosalueen RAI-työtä.

Yksikön henkilökunnan kokemusten perusteella on tehty opinnäytetyö ”RAI-järjestelmä osana psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelua”. Pia Hakala kertoo opinnäytetyönsä tiivistelmässä tehdystä tutkimuksesta.

”Tavoitteena oli, että henkilökunnan hoidon suunnittelusta tulisi RAI-tulosten avulla entistä systemaattisempaa sekä kokonaisvaltaisempaa. Kehittämisprosessi toteutettiin toimintatutkimuksena, jossa aineiston keruu tapahtui sekä alku- että loppukyselyssä avoimella kyselylomakkeella. Hoitohenkilökunnasta alkukyselyyn vastasi 18 henkilöä ja loppukyselyyn 14 henkilöä. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Opinnäytetyön tulosten mukaan psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelu on potilaslähtöistä, yksilöllistä ja kokonaisvaltaista. Hoidon suunnittelussa hyödynnetään RAI-järjestelmän tuloksia. RAI-järjestelmä koetaan konkreettiseksi apuvälineeksi, jonka avulla saadaan uutta näkökulmaa hoidon suunnitteluun. RAI-järjestelmä jäsentää, täydentää ja yhdenmukaistaa hoidon suunnittelua. RAI- arvon kielteisenä puolena pidettiin sen tekemiseen kuluva aika.

Kehittämisprosessin tuloksena syntyi yhtenäinen ohjeistus RAI-järjestelmän hyödynnettävyydestä psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelussa. Sen avulla hoidon suunnittelusta on tullut luotettavampaa ja evidenssiin perustuvaa.

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että RAI-järjestelmä on konkreettinen apuväline psykiatrisen potilaan hoidon suunnitteluun. Sen toimivuutta ja vaikuttavuutta hoidon suunnitteluun ja tuloksiin tulee arvioida säännöllisesti myös potilaan näkökulmasta. Henkilökunnan RAI-osaamista on ylläpidettävä ja lisättävä, jotta RAI-järjestelmän hyödynnettävyys lisääntyisi hoidon suunnittelussa ja laadun arvioimisessa. Esimiehen tehtävänä on kannustaa ja tukea henkilöstön RAI-osaamista.” (Hakala 2010).

Aikuispsykiatrian osastolla 16 toimivassa RAI-työryhmässä on kuvattu RAI-kehittämisprosessia sekä kehitetty hoitosuunnitelmarunko kirjaamisen pohjaksi (Kuva 1). Tämä ohjeistus hoitosuunnitelman rakentamisesta on käytössä kaikissa aikuispsykiatrian yksiköissä, ja se on yhtenäistänyt hoitotyön suunnitelmaa. Sisäisten koulutusten avulla ohjataan hyödyntämään RAI:n tuottamaa tietoa mahdollisimman hyvin. Arviointien ajankohtaa ja tiheyttä on arvioitu ja siitä tehty sopimuksia. Jatkossa pyritään tehostamaan hoitajaksojen lopulla tehtävää arviointia. Tämä mahdollistaisi hoidon tulosten tehokkaan arvioinnin RAI:n avulla. Kehittäminen jatkuu kussakin yksikössä oman aikataulun mukaan.



**KESKI-POHJANMAAN ERIKOISSAIRAANHOITO-  
JA PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ**

KESKI-POHJANMAAN KESKUSSAIRAALA  
Psykiatrian tulosalue

HOITOTYÖN SUUNNITELMA  
RAICMH:n ja RAIMH:n pohjalta  
hoitotyön prosessin mukaisesti  
Versio 1.0  
Päiväys 22.4.2010  
Laatija Os. 16 RAI-  
työryhmä  
Hyväksyjä Oh Ritva Luhta

---

**HOITOTYÖN SUUNNITELMA CMH- ja MH-RAIn POHJALTA**

<b>VOIMAVARAT</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- RAI:n mittarit, joissa ei nousua</li><li>- muut esille tulleet voimavarat</li><li>- CAPsit, jotka eivät aktivoidu</li></ul>
<b>ONGELMAT</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- RAI:n mittarit, joissa nousua<ul style="list-style-type: none"><li>* tavoite</li><li>* keinot</li></ul></li><li>-CAPsien mukaan.<ul style="list-style-type: none"><li>* tavoite</li><li>* keinot</li></ul></li><li>- muut ongelmat, jotka nousevat esille potilasta haastateltaessa tai omaisten huoli<ul style="list-style-type: none"><li>*tavoite</li><li>*keinot</li></ul></li></ul>
<b>RISKIT</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- asiat, joissa tilanne/ vointi huonontunut (esim. verrattuna edelliseen RAI- arviointiin)</li><li>- muuta riskiä, mitä RAI- ohjelmasta nousee esille (esim. alkoholin ja huumeiden käyttö)</li><li>- yksittäiset kysymykset RAI –arviosta, jotka potilaan tilanteen ja hoidon kannalta tärkeitä</li></ul>
<b>SOPIMUKSET/ RAJOITUKSET</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- hoitopäätökset</li><li>- vapaakulut</li><li>- rahankäyttö</li><li>- yhteydenpito jne.</li></ul>
<b>MUUTA HUOMIOITAVAA</b>	
<b>JATKOSUUNNITELMAT</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- suunniteltu jatkohoito</li><li>- potilaan ja omaisten kanssa sovittu jatkohoito</li></ul>
<b>VÄLIARVIO</b>	<p>Hoitotyön suunnitelman tavoitteiden arviointia. Tehdään tarpeenmukaisesti:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- potilaan ja tarvittaessa läheisten käsitykset hoitotyön tavoitteiden toteutumisesta</li><li>- kokemukset, tunteukset, muutokset voinnissa</li><li>- yhteistyösuhteen toimivuus</li><li>- hoitotyön vaikuttavuuden arviointi suhteessa tavoitteisiin</li><li>- tarkkailu, 100 %, turvahoido, suunnitelmien eri neuvotteluiden pohjalta tehdyt muutokset</li></ul>

Sivu 1/1

**Kuva 1. Hoitotyön runko, Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä, Psykiatrian tulosalue.**

Vuoden 2011 erityinen kehittämiskohde on RAI:n moniammatillinen hyödyntäminen. Erityistyöntekijöiden toiveita on kartoitettu ja koulutusta järjestetty toiveiden pohjalta. Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hanke on mahdollistanut projektisuunnittelijan palkkaamisen. Hän keskittyy, yksiköiden sisäisen koulutuksen ja

perehdytyksen päivitykseen ja moniammatillisen näkökulman kehittämiseen. Työntekijä on kiertänyt yksiköissä mentoroimassa, kouluttamassa ja vastaamassa kysymyksiin.

Tulevaisuuden haasteita ovat RAI:n laajeneminen kehitysvamma- ja nuorisohoitoon. Näitä sairaalamme on valmis pilotoimaan, kun ohjelmien tietokonesovellus on valmis.

## Suuntaviivoja

RAI-järjestelmän käyttöön ottaminen vei vanhustenhuollossa noin 2–3 vuotta yksikkötasolla, 3–5 vuotta, jos odotetaan hyötyä koko organisaatiotasolla. Mielenterveystyön RAI-järjestelmän käyttöön otto on edennyt pilottiyksiköissä selkeästi ensimmäisen vaiheen läpi, yksiköt ovat paitsi ottaneet järjestelmän käyttöön, ne myös saavat siitä hyötyä potilastyössään. Kokonaisella kuntatasolla ei vielä ole valmiuksia käyttää RAI:n tuloksia resurssien ohjaamisessa, mutta ehkä Oulun kaupunki tulee olemaan Pohjois-Suomessa suunnan näyttäjänä. Tarvitaan vielä systemaattista työtä, jossa mm. kunnat edellyttävät yksityisiltäkin asumispalvelutuottajilta joko RAI:n tai vastaavan tasoisen mittariston ja laadun seurannan välineen käyttöä. THL:n rooli kansallisessa ohjauksessa tulee lähivuosina olemaan olennaisen tärkeä.

## Kirjallisuutta

- Björkgren, M., Häkkinen, U. & Finne-Soveri, H. Pitkäaikaispotilaiden voimavaratarve RUG-luokituksella. Stakes, aiheita 1/1998. Helsinki.
- Dalby, D., Hirdes, J. & Fries B. Risk adjustment methods of Home Care Quality Indicators (HCQIs) based on the minimum data set for home care. *BMC Health Services Research* 5 (2005):7, 1–12.
- Hakala, P. RAI-järjestelmä osana psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelua. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu 2010.
- Hirdes, J., Smith, T., Rabinowitz, T., Yamauchi, K., Pérez, E. ym. The resident assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH): inter-rater reliability and convergent validity. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 29 (2002):4, 419–432.
- Hirdes, J., Curtin-Telegdi, N., Morris, J., Fries, B., Rabinowitz, T. ym. InterRAI MH Psykiatrisen hoidon RAI. Käsikirja intrRAI MH arviointilomakkeen käytön tueksi. 2006.
- Hirdes, J., Curtin-Telegdi, N., Rabinowitz, T., Fries, B., Morris, J. ym. InterRAI CMH Psykiatrisen avohoito. Käsikirja interRAI CMH arviointilomakkeen käytön tueksi. 2007.
- Kokkolan kaupunki. Aikuispsykiatrisen palveluselvitys. Julkaisematon moniste, Kokkolan kaupungin perusturvakeskus 2002.
- Kaivosoja, M., Koponen, H. & Moring, J. ERVA – PS. Psykiatrisen hoidon ja huume- / päihdehoidon kehittäminen ja uudelleen järjestely. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Oulu 2005.
- Martin, L., Poss, J., Hirdes, J., Jones, R.N., Stones, M.J. ym. Predictors of a new depression diagnosis among older adults admitted to complex continuing care: implications for the depression rating scale. *Age and Ageing* 37 (2008):1, 51–56.
- Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Häkkinen, U., Laine, J., Vähäkangas, P., Kerppilä, S. & Storbacka, R. RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking : RAI-raportti 1/2000. Stakes, aiheita 17/2001. Helsinki.
- Perlman, C., Martin, L., Hirdes, J., Curtin-Telegdi, N., Pérez, E. & Rabinowitz, T. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in psychiatric inpatients. *Psychosomatics* 48 (2007):4, 309–318.
- Perlman, C. & Hirdes, J. The Aggressive Behavior Scale: A New Scale to Measure Aggression Based on the Minimum Data Set. *Journal of the American Geriatrics Society* 56 (2008):12, 2298–2303. 2008.
- Poss, J., Hirdes, J., Fries, B., McKillop, I. & Chase, M. Validation of resource utilization groups version III for Home Care (RUG-III/HC). Evidence from a Canadian home care jurisdiction. *Medical Care* 46 (2008):4, 380–387. 2008.
- Rabinowitz, T., Hirdes, J., Curtin-Telegdi, N., Martin, L. & Smith, T. InterRAI ESP Psykiatrisen akuuttitilanteen arviointi. Käsikirja interRAI ESP arviointilomakkeen käytön tueksi. 2007.
- Smith, T. & Hirdes, J. Predicting social isolation among geriatric psychiatry patients. *International Psychogeriatrics* 21 (2009):1, 50–59.



## 4.6 Jakamaton kokonaisuus lasten ja nuorten mielenterveystyössä

Birgitta Alakare

Länsi-Pohjan alueen mielenterveystyössä on vuosia kehitetty perhe- ja verkostokeskeistä avohoitoa. Tämä työskentelytapa on myös lasten ja nuorten psykososiaalisessa työssä alueen eri toimijoiden kesken. Lasten ja nuorten palvelut on ollut mahdollista toteuttaa avohoidossa tiiviin hyvän yhteistyön sekä verkostoitumisen avulla. Länsi-Pohjassa ei ole omaa lasten- tai nuorisopsykiatrista osastoa. Osastohoito ostetaan tarvittaessa Pohjois-Pohjanmaan tai Lapin sairaanhoitopiiristä. Näitä osastohoitojaksoja on erittäin vähän. Hoitomallin mukaisen toiminnan tulee olla nopeasti ja joustavasti reagoivaa, jotta lasta tai nuorta ei tarvitse lähettää pois kotoa osastolle hoitoon. Lasten- ja nuortenpsykiatrian poliklinikalle voi olla suoraan yhteydessä ilman lähetekäytäntöä. Tämä tukee nopeaa reagointia ja on yksi keino välttää osastohoitoja.

Uuden työskentelytavan käyttöönotto ja yhteistyön aloittaminen edellyttävät kulttuurista muutosta, joka voi olla usein monin verroin vaikeampaa kuin rakenteiden luominen ja muuttaminen. Yhteistoimintaa on kehitetty Länsi-Pohjan alueella eri ammattiryhmien välillä vuosia hyvin tuloksin ja nykyisin yhteistoiminta koetaan helppona ja joustavana. Mielenterveyspalvelujen järjestämisessä otetaan huomioon nuorten kehityksen tukeminen, mielenterveyden edistäminen sekä häiriöiden ennaltaehkäisy ja hoito. Tämä on jakamaton kokonaisuus, johon tarvitaan erikoissairaanhoidon ja perustason työntekijöiden saumatonta yhteistoimintaa (Heikkinen ym. 2011).

2000-luvulla ylimääräisellä valtionavulla toteutuneiden hankkeiden tavoitteena on ollut auttaa perustason työntekijöitä terveys-, sosiaali- ja koulutoimessa tunnistamaan ja puuttumaan mielenterveyspulmiin mahdollisimman varhain ja ohjaamaan tarpeenmukaiseen hoitoon. Samalla on tarjottu konsultaatioita ja työnohjausta heidän tarpeidensa mukaan. Tavoitteena on ollut psykiatrisen konsultaation helppo saatavuus ja leimautumisen ehkäisy, kun esimerkiksi hoitoon hakeutumisen kynnystä alennetaan. Lisäksi poliklinikoiden työntekijät ovat mukana oppilashuoltoryhmissä tarvittaessa. Kouluille on jaettu myös omaa esitettä. Siinä on kerrottu tilanteista, milloin on syytä olla huolissaan itsestään tai läheisestä, ja jos on huolissaan, niin on syytä hakea apua. Erityisesti on korostettu psykoosiriskin ja psykoosin tunnistamista ja siihen liittyviä varhaisia merkkejä. Esitteessä tuodaan esille myös se, että nuorten käyttäytyminen voi muuttua monista eri syistä johtuen eikä välttämättä vaadi erityistä huomiota. Lyhyesti kerrotaan päihteiden tai huumeiden käyttöön liittyviä asioita. Usein nuori yrittää hoitaa pahaa oloaan päihteillä tai huumeilla. Tämän takia häntä ei voida suoraan leimata päihde- tai huumeongelmaiseksi vaan tilanne vaatii selvittelyn. Päihteiden käyttö ei saa olla este päästä hoitoon tai arviointiin nuorisopsykiatrian poliklinikalle. Esitteessä on mainittu eri paikat, mistä apua voi pyytää. Tärkeimpiä paikkoja on kouluterveydenhoitajien vastaanotot. Esitteessä sanotaan myös, että avunhakijan on syytä hakea apua niin kauan, että tuntee tulleensa kuulluksi ja huoli on otettu vakavasti. (Alakare 2002.)

Perhe- ja verkostokeskeinen avoimen dialogin hoitomalli on kehittynyt käytännön kokemusten, näiden kokemusten yhteisen pohdinnan, tieteellisen tutkimuksen ja pitkäjänteisen koulutuksen tuloksena (Haarakangas 2002). Hoitomalli tunnetaan myös Keroputaan mallina tai Länsi-Pohjan mallina. Hoidon periaatteet ovat kriisiorientaatio, perhe- ja verkostokeskeisyys, psykologinen jatkuvuus, joustavuus, liikkuvuus ja dialogisuus. Kun kyseessä on akuutti kriisi, esimerkiksi itsemurhavaarassa tai psykoosiriskissä oleva tai psykoottinen nuori, järjestetään tapaaminen 24 tunnin kuluessa yhteydenotosta. Psykiatriset kriisipalvelut ovat saatavilla vuorokauden ympäri. (Seikkula & Arnkil 2005.)

Yhteistoiminnan toimivuudelle on tärkeää matalan kynnyksen periaate. Oleellista on konsultaation helppo saatavuus ja leimautumisen ehkäisy yhteydenoton kynnystä alentamalla. Kaikkiin yhteydenottoihin suhtaudutaan vakavasti, mikä tarkoittaa, että aina järjestetään keskusteluaika hoidon tarpeen arvioimiseksi. Yhteydenotto puhelimitse riittää esimerkiksi nuorisopsykiatrian poliklinikalle ja puhelun vastaanottanut henkilö on vastuussa avun järjestämisestä asiakkaalle. Yhteydenottaja voi olla nuori itse, vanhemmat, opettajat tai sosiaali- ja terveydenhuoltoalan työntekijät. Esimerkiksi terveydenhoitaja on voinut tavata nuorta ja

keskustella myös nuoren perheenjäsenen kanssa, minkä jälkeen he ovat yhdessä päätyneet ottamaan yhteyttä poliklinikalle. Joskus kaverit tuovat ystävänsä suoraan poliklinikalle, kun ovat hänestä huolissaan.

Puhelimitse tapahtuva yhteydenotto koetaan helppona ja joustavana tapana toimia ja soittopyyntöihin vastataan. Tapaaminen järjestetään nuorelle sopivaan ympäristöön ja ensimmäinen tapaaminen voi olla esimerkiksi koululla tai kotona. Periaatteena on, että apu tuodaan asiakkaan omaan elinympäristöön. Kotikäynnit koetaan tärkeinä. Kotikäynnillä koko perheen elämä tulee luontevammin esille. Työryhmä liikkuu joustavasti ja tarpeenmukaisesti (Heikkinen ym. 2011.)

Työryhmätyöskentely on keskeinen toimintatapa. Työpari voi tulla omasta työyksiköstä, toisesta psykiatrian yksiköstä tai kokonaan eri organisaatiosta, esimerkiksi terveydenhoitaja tai päihdetyöntekijä. Työryhmätyöskentely erityisesti nuorten hoidossa vaatii joustoa ja aikojen yhteensovittamista. Työryhmää koottaessa on oleellista, että työntekijöillä on riittävästi kokemusta ja koulutusta sietää ahdistusta ja epävarmuutta. Heidän on tärkeä säilyttää usko keskustelun mahdollisuuksiin vaikeissakin kriiseissä. Epävarmuuden sietäminen on vaativa taito, johon kasvaa vain kokemuksen myötä. (Heikkinen ym. 2011.)

Ensikontaktissa keskustellaan yhteydenoton aiheuttaneesta huolesta, arvioidaan tapaamisen kiireellisyttä sekä sovitaan tapaamisen järjestelyistä. Nuoren ja hänen perheensä sekä muun verkoston tulee tietää, ketkä työntekijät ovat vastuussa hoidosta. Työntekijät ovat tavoitettavissa puhelimitse myös hoitotapaamisten välillä, mikä perheiden kokemuksen mukaan lisää turvallisuuden tunnetta. Tärkeää on luoda suhde potilaan ja hänen perheensä kanssa niin hyväksi, että heidän on helppoa ja turvallista ottaa tarvittaessa myös uudelleen yhteyttä. Samoin he tietävät paikan ja henkilöt, joilta voi kysyä neuvoa tai apua.

Työryhmä on vastuussa siitä, että tarvittavat ihmiset kutsutaan mukaan hoitokokoukseen. Länsi-Pohjan alueella hoitokokouksesta on muodostunut hoidon perustapahtuma (Haarakangas 2002), johon kutsutaan nuorelle merkittävät ihmiset yhteiseen keskusteluun. Perhe nähdään tärkeänä voimavarana ja yhteistyökumppanina hoidossa. On merkittävää, että ne läheiset, joita nuoren kokemukset koskettavat, ovat jakamassa hänen kertomustaan ja etsimässä uutta ymmärrystä asioille.

Verkosto on hyvä määritellä jo ensimmäisessä yhteydenotossa mahdollisimman laaja-alaisesti ja kartoittaa, kuka tietää tilanteesta, kuka on huolissaan, kuka voi olla avuksi ja kuka kutsuu verkoston koolle. Nuoren verkosto voi koostua läheisistä, perheen jäsenistä, kavereista, terveydenhoitajasta, sosiaalityöntekijästä, koulun henkilöstöstä tai muista nuorelle tärkeistä henkilöistä. Erityisesti sisarusten läsnäolo ja ajatukset ovat tärkeitä.

Nuoren kohdalla hoitotapaamiset sovitaan yhteisesti ja tarpeenmukaisesti. Sovitaan missä, milloin ja kuinka usein tavataan sekä keiden on hyvä olla paikalla. Hoitavan työryhmän tulee vastata kunkin asiakkaan ja tämän verkoston ainutkertaisiin tarpeisiin. Perhe- ja verkostotapaamisten lisäksi tarjotaan tarvittaessa yksilökeskusteluja nuorelle sekä vanhemmille omia keskusteluaikoja. Useimmiten nuori ja perhe haluavat ensisijaisesti käydä yhteisiä keskusteluja.

Psykologisen jatkuvuuden kannalta merkittävää on ensitapaaminen ja siinä annetut kuvaukset huolenaiheista, joiden kulkeminen prosessissa on erittäin merkittävää autetuksi tuleminen kannalta. Tavoite on, että sama työryhmä ottaa vastuun koko prosessista alusta lähtien. Tällöin turvataan, että psykologinen ymmärrys ja tieto säilyvät ja välittyvät kaikille osapuolille. Jatkuvuuteen liittyy myös erilaisten hoitojen integrointi yhteiseen prosessiin. Uudet hoitomenetelmät ja sopimukset on aina hyvä sopia yhteisissä hoitokokouksissa kaikkien läsnä ollessa. (Seikkula & Arnkil 2005).

Työntekijät tarjoavat tapaamisaikoja niin usein kuin nuori ja hänen perheensä niitä tarvitsevat, vaikeissa kriiseissä jopa päivittäin. Yhteisissä tapaamisissa keskustellaan ja sovitaan arjen sujumiseen liittyvistä asioista, koulunkäynti, talousasiat ja tarvittaessa järjestetään verkostokokous esimerkiksi opettajien tai sosiaalityöntekijöiden kanssa. Lasta ja nuorta tuetaan käymään koulua ja olemaan mukana normaaleissa arjen toiminnoissa riippumatta ongelmasta.

Dialogisuuden tavoitteena on luoda kunnioittava ilmapiiri kaikissa tilanteissa. On merkittävää, että jokaisen ääni tulee kuulluksi. Kaikilla täytyy olla mahdollisuus sanoa sanottavansa. Oleellista on ajatusten ja tunteiden yhteinen jakaminen sekä toisten kuunteleminen. Jokaisen tulee tuntea olevansa tärkeä juuri siinä tilanteessa. (Haarakangas 2002.)

Hoidon ensimmäiseksi tavoitteeksi ei tule asiakkaan tai hänen perheensä muuttaminen (Seikkula & Arnkil 2005) vaan työryhmän tehtävänä on synnyttää sellaista vuoropuhelua, johon eri äänet voisivat samanarvoisina täysipainoisesti osallistua (Haarakangas 1997). Hoitokokouksessa työntekijät keskustelevat myös omista havainnoistaan avoimesti perheen kuullen.

Nuori, hänen perheensä sekä verkosto osallistuvat työryhmän kanssa tasavertaisena hoidon suunnitteluun ja arviointiin. Eri hoitomuodoista ja toimenpiteistä sovitaan yhdessä. Eri asiantuntijoita kutsutaan tarvittaessa yhteiseen keskusteluun miettimään, hyötyykö nuori esimerkiksi toimintaterapiasta, tarvitaanko lääkehoitoa tai psykologisia tutkimuksia.

Työntekijät eivät pyri muuttamaan perhettä, vaan kulkemaan yhdessä hetken aikaa, mikä mahdollisesti antaa perheelle itselleen lisää voimia jatkaa elämäänsä. Tärkeää on antaa aikaa yhteiseen keskusteluun ja hoidon on jatkuttava tarvittavan pitkään.

Valmisteilla on kehittämistehtävä Länsi-Pohjan alueella yhteistoiminnan toimivuudesta nuorisopsykiatrian poliklinikan työntekijöiden ja terveydenhoitajien välillä. Kehittämisen kohteita ovat muun muassa tiedonkulkuun, jatkuvuuteen ja hoidon päättymiseen liittyvät asiat. Alustavien tulosten mukaan tieto hoidon päättymisestä ei aina kulkeudu lähettävälle taholle, joten siihen on kiinnitettävä enemmän huomiota. Hoitajien vaihtuvuus koetaan harmittavana. Yhdessä tekemisen kautta terveydenhoitajat ovat kertoneet saaneensa kartutettua omaa tietotaitoaan mielenterveyspulmien kohtaamiseen ja niissä auttamiseen (Karttunen 2011). Yhteistyötahojen koulutus- ja työnohjaustarpeet nousevat esille.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tulisi tukea perusterveydenhuollon, koulu- ja sosiaalitoimen työntekijöitä ja tarjota konsultaatioita helposti ja joustavasti. Suurin osa psyykkisesti oireilevista lapsista ja nuorista selviytyy hyvin perheen ja perusterveydenhuollon avulla.

## Kirjallisuus

- Alakare, B. Voidaanko psykoosia ehkäistä? Kirjassa: Haarakangas, K (toim.): Mielisairaala muuttuu. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 2002.
- Haarakangas, K. Hoitokokouksen äänet. Jyväskylä Studies, Psychology and Social Research 130, Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto. 1997.
- Haarakangas, K. Psykoottisten kriisien kotihoito. Teoksessa: Haarakangas, K. & Seikkula, J. (toim.) Psykoosi uuteen hoitokäytäntöön. Tammer-Paino Oy. Tampere 1999.
- Haarakangas, K. Keroputaan malli: avoimen dialogin avulla, perheen ja verkoston kanssa. Kirjassa: Haarakangas, K. (toim.) Mielisairaala muuttuu. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 2002.
- Heikkinen, R-L., Karttunen, M., Maikkula, S., Läksy, M-L., Vuokila-Oikkonen, P. & Wiens, V. Psykoosin Varhainen Tunnistaminen Nuorella - Hyvän Käytännön Kuvaus. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsinki 2011.
- Karttunen, M. Nuorisopsykiatrian poliklinikan työntekijöiden ja terveydenhoitajien välinen yhteistoiminta Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä. Ylempi amk, Terveiden edistämisen koulutusohjelma. Käsikirjoitus. 2011.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. Dialoginen verkostotyö. Tammer-Paino Oy. Tampere 2005.

## 4.7 Työikäisten ongelmien tunnistaminen, varhainen puuttuminen ja hoidon yhteistyökäytäntöjen kehittäminen

Tuula Löf

Työelämän monenlaiset muutokset ja erikoistuminen vaativat työntekijöiltä joustavuutta, epävarmuuden sietoa, kognitiivisia taitoja ja yhteistyökykyä. Vaatimusten lisäksi yhteiskunta toivoo työurien pidentyvän. Tätä toivetta uhkaa mm. kansantaudiksi muodostuneet mielenterveys- ja päihdeongelmat. Runsas alkoholinkäyttö on työikäisen väestön suurin kuolinsyy ja lukuisien terveys- ja työkykyongelmien taustatekijä. Mielenterveyshäiriöistä aiheutuvia sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyttä on niin ikään runsaasti.

Työterveyshuolto on työterveyslakiin perustuvaa ehkäisevää terveydenhoitoa (1383/2001). Sen tavoitteena on työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistoimin edistää työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa. Tavoitteena on myös työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisy, työn ja työympäristön terveellisuuden ja turvallisuuden sekä työyhteisön toiminnan edistäminen. Työterveyshuolto on kaikkien työntekijöiden oikeus. Työterveyshuolto tapaa työntekijöitä sairauden hoidon, terveysneuvonnan ja tyky-toiminnan kautta. Niinpä työterveyshuollossa on hyvät mahdollisuudet tunnistaa työssäkäyvien henkilöiden mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon ja kuntoutuksen tarve jo varhaisessa vaiheessa.

### Mini-interventio

Mini-interventio tarkoittaa terveydenhuollossa tehtävää potilaan alkoholinkäytön kartoitusta ja muutostarpeen selvittämistä. Alkoholin riskikäyttäjälle annetaan tietoa alkoholinkulutuksen yhteydestä hänen terveyteensä sekä motivoidaan muutokseen. Mini-interventiolla pyritään mahdollisimman varhain tunnistamaan potilaan runsas alkoholinkulutus. Haastattelun yhteydessä tehdään tavallisesti myös AUDIT-kysely (Alcohol Use Disorders Identification Test). Mini-intervention vaikuttavuus on tieteellisesti todennettu (Heljälä ym. 2006). Puheeksiottaminen on tehokas ja tärkeä väline alkoholinkulutuksen vähentämiseksi.

Työikäisten masennuksen varhaiseen tunnistamiseen ja aktiiviseen hoitoon on kiinnitetty huomiota sekä työterveys- että perusterveydenhuollossa (Masto-hankkeen loppuraportti 2011). Pohjanmaa-hankkeen Masennustalkoot ja Masto-hanke tukivat depressiohoitajamallin käynnistämisessä. Alkuvaiheen hyvän hoidon edellytyksiä on näin pyritty parantamaan, mutta edelleenkin ei kaikissa työterveyshuolloissa eikä terveyskeskuksissa ole nimettyä depressiohoitajaa.

### Työikäisten toimiva hoitoketju psykiatriassa Keski-Pohjanmaalla

Tervein mielin Keski-Pohjanmaalla -osahankkeen yksi painopistealue on työelämä. Hanke on tukenut yhteistyökäytäntöjen kehittämistä työterveyshuollon, erikoissairaanhoidon, perusterveydenhoidon, KELA:n ja psykiatrian sosiaalityön välille.

Tässä on kuvattu yhden hoitoketjun mallintamisprosessi. Edellä mainituista tahoista muodostettu työryhmä valmisteli Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeen tukemana toimivan hoitoketjun kartoitettuaan alussa hoitoketjun sen hetkiset ongelmat ja esteet sekä työyhteisöjen toiveet kehittämistyölle.

Syyskuun alussa 2010 ylilääkäri, psykiatrian tulosalueen johtaja ja hankejohtaja (TmP-S) Matti Kaivosoja asetti työryhmän, jonka tarkoituksena oli valmistella sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella toimiva hoidon porrastus sekä yhteistyömalli työikäisten potilaiden tutkimukseen, hoitoon ja kuntoutukseen. Tavoitteena oli toteuttaa sosiaali- ja terveysministeriön antamaa kiirettömän hoidon perusteet -ohjetta (STM selvityksiä 2009:5). Tavoitteena oli niin ikään luoda malli, jossa avohoito voidaan toteuttaa kolmiportaisesti, joko yleislääkärijohtoisena hoitona (työterveyshuolto tai terveyskeskus), erikoissairaanhoidon jatkuvan konsultaation tukemana yleislääkärijohtoisena hoitona (työterveyshuolto tai terveyskeskus) tai erikoissairaanhoidon. Kaivosoja tähdensi työryhmän asettamispäätöksessä, että erikoissairaanhoidon tulee mallissa osoittaa joustava ja kaikkina arkipäivinä turvattu konsultaatio työterveyshuollon ja ter-

veyskeskuksen lääkäreille ja sovitussa laajuudessa myös psykiatrisille sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Yhteistyö työterveyshuoltojen kanssa tuli kuvata myös niiden potilaiden osalta, joiden hoitovastuu on siirretty erikoissairaanhoidon. Laadittavassa mallissa tuli sovittaa yhteen KELA:n edellyttämät selvitykset ja kuntoutustarpeen arvioinnit. Mallin tuli edistää myös työhön paluuta ja kehittää osasairauspäivärahan käyttöä työhön paluun tukemiseksi.

Työryhmään nimettiin seuraavien tahojen edustajat: työterveyshuollot, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, KELA, psykiatrian sosiaalityö ja Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke. Työryhmän jäsenistä suurin osa (8/14) oli lääkäreitä. Alussa sovittiin aikataulusta, jonka mukaan kehittämistyö alkoi 14.9. ja olisi valmis 14.12.2010. Aikataulutusta on aina erittäin tärkeä sekä työn etenemisen että sen valmiiksi saattamisen kannalta.

Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeen hyvät yhteydet Työterveyslaitokseen auttoivat asiantuntijan mukaan saamisessa. Työryhmän ensimmäiseen kokoontumiseen kutsuttiin dosentti Marianna Virtanen, joka esitteli Järvenpäässä toteutetun pilottihankkeen: ”Masennuksen hoitomalli työterveyshuollossa”. Esitys antoi raameja ja näkökulmia kehittämistyöhön sekä inspiroi ja motivoi työryhmää aloittamaan työskentelyään. Työskentelyprosessista on laadittu posterit, jossa esitellään työskentelyn eri vaiheita (Kuva 1).

Työryhmän jäsenet kartoittivat aluksi omissa yksiköissään työikäisten hoitoketjun senhetkiset ongelmat, esteet ja työyhteisön toiveet kehittämistyölle. Näitä peilattiin Järvenpään malliin etenkin masennuspotilaan psykososiaalisen tuen porrastuksen osalta. Kartoituksen pohjalta havaittiin, että huomiota tulisi kiinnittää hoitovastuuseen, hoidon koordinointiin, tiedottamiseen ja tiiviiseen yhteistyöhön eri toimialojen kanssa koko hoitoprosessin / -ketjun ajan.

Yhteisten asioiden työstämisen jälkeen saatiin alustava kaavio työikäisten toimivasta hoitoketjusta valmiiksi. Siihen linkitettiin aiemmin työryhmän nimeämät esteet, ongelmat ja toiveet. Tässä vaiheessa työryhmälle annettiin tehtäväksi pohtia oman yksikön näkökulmasta seuraavia asioita: 1) Hyvän yhteistyön kriteerit. 2) Hyvän lähteen ja hyvän palautteen kriteerit. 3) Asiantuntijatiimin merkitys. 4) Missä tilanteissa yhteistyötä tarvitaan ja millä kokoonpanolla? Näiden pohdintojen avulla muokattiin alustavaa mallia ja luotiin QPR- ohjelmalla mallinnus ”Viranomaisyhteistyö työikäisten hoitoketjussa”.

Työryhmä suunnitteli, että jatkossa pienempi asiantuntijatiimi kehittää nyt rakennettua mallia ja ylläpitää yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Se pyrkii varmistamaan hoidon porrastuksen toteutumisen käypähoitosuosituksen mukaiseksi toiminnaksi. Tässä työssä korostuu konsultoiva ja työnohjauksellinen ote ja sen tavoitteena on lisätä avoimuutta toiminnan kehittämiseksi.

Työryhmän viimeiseen kokoontumiseen annettiin tehtäväksi miettiä asiantuntijatiimin kokoonpano, tarkoitus ja tehtävä jokaisen yksikön näkökulmasta nähtynä. Lisäksi tuli selvittää, miten alkukartoitus hoitoketjun toimivuudesta toteutetaan. Alkukartoituksen avulla seuranta ja arviointi saadaan alusta asti hoitoketjun kehittämistoimintaan mukaan.

Työryhmän viimeinen kokoontuminen pidettiin 14.12.2010, kuten oli suunniteltu. Kokoontumisessa sovittiin alustavat toiminnanraamit, jotka muokkaantuvat tulevaisuudessa asiantuntijatiimin työskentelyn mukaan. Asiantuntijatiimiin kuuluvat erikoissairaanhoidon avohoidon ylilääkäri, perusterveydenhuollon vt. avohoidon ylilääkäri, työterveyshuolloista lääkärit sekä, KELA:n ja erikoissairaanhoidon psykiatrian sosiaalityön edustus. Asiantuntijatiimi kokoontuu neljä kertaa vuodessa, joista joka toinen kokoontuminen on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen ja joka toinen koko asiantuntijatiimiä koskeva. Tiimin tehtävänä on koordinoita, organisoida ja pitää huolta hoitoketjujen sisällöistä ja niiden toimivuudesta sekä kehittämisestä. Kokoontumiset alkoivat helmikuussa 2011. Työryhmässä KELA:n edustajien rooli on ollut merkittävä. Heidän tuomana saatiin tietoa paikallisesta kokeilusta ja sen vaikutuksesta yhteistyökäytäntöihin sekä päivitettyä tietoa kuntoutuksen mahdollisuuksista.

Tehdyllä yhteistyöllä saavutettiin hyvä tulos: Konsultaatiojärjestelmä on luotu, kehitetty malli (katso tarkemmin kuva 1, s. 94) on käytännössä, ja sitä seurataan ja kehitetään jatkossa edelleen. Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke järjesti asiaan liittyen syksyn työryhmälle 9.3.2011 koulutusiltapäivän, jossa TTL:n dosentti Marianna Virtanen ja ylilääkäri Katinka Tuisku luennoivat aiheina ”Työkyvyttömyyden psykososiaaliset riskitekijät” ja ”Työterveyshuollon ja psykiatrian erikoissairaanhoidon yhteistyön kehittä-

minen”. Keski-Pohjanmaan toimiva käytäntö osoittaa sen, että tuloksia saavutetaan, kun on asetettu selkeä tavoite, koottu yhteen uudistusmotiveeruneet henkilöt ja luotu puitteet. (Hakala & Löf 2011).

## Kirjallisuus

Hakala, P. & Löf, T. Työikäisten toimiva hoitoketju psykiatriassa Keski-Pohjanmaalla. Työterveyslääkärilehti (2011): 3.

Heljälä, L., Juvansuu, H. & Kuokkanen, M. Alkoholien riskikäyttäjien mini-interventio työterveyshuollossa. Helsinki:työterveyslaitos. 2006.

Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. STM:n selvityksiä 2011:15. Helsinki: STM 2011.

Työterveyshuoltolaki. 2001. (1383/2001).

STM. Yhteiset kiireettömän hoidon perusteet. 2009.

# Työikäisten toimiva hoitoketju psykiatriassa

TTH PTH ESH KELA SOS.TYÖ TMP-S

## Prosessikuvaus työryhmän työskentelystä



**TAVOITE:** Toimintamallin kehittäminen

Selvitetään ongelmat, esteet ja toiveet

1

Asiantuntijan inspiroimana työhön

3

### Yhteisten asioiden työstäminen

Alustava kaavio valmis  
**Tehtävä:** Jokainen työryhmän jäsen miettii oman yksikön näkökulmasta:

1. Hyvän yhteistyön kriteerit
2. Hyvän lähteen ja palautteen kriteerit
3. Asiantuntijatiimin merkitys
4. Milloin yhteistyötä tarvitaan ja millä kokoonpanolla?

5

### 5. Sovitaan asiantuntijatiimin työlle raamit:

koordinoi, organisoii, pitää huolta hoitoketjujen sisällöstä, toimivuudesta sekä kehittämisestä ja arvioinnista.

2

### Huomion kiinnittäminen

- Hoitovastuu
- Hoidon koordinointi
- Tiedottaminen
- Tiivis yhteistyö koko hoitoprosessin ajan

4

### Kriteerien ym. pohjalta muokataan alustava malli QPR – ohjelmalle.

- Viranomaisyhteistyö työikäisten hoitoketjussa
- Asiantuntijatiimin tehtävien määrittäminen



**TYÖ VALMIS**

Yhteystiedot: • Tuula Löf, [tuula.lov@kpshp.fi](mailto:tuula.lov@kpshp.fi) • Pia Hakala, [pia.hakala@kpshp.fi](mailto:pia.hakala@kpshp.fi)

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

Kuva 1. Työikäisten toimiva hoitoketju psykiatriassa

## 4.8 Masentuneen vanhuksen hoito terveydenhuoltojärjestelmässä

Tiina Puotiniemi

Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 17 prosentista 27 prosenttiin vuoteen 2040 ja 29 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Eläkeikäisten eli 65 vuotta täyttäneiden ja tätä vanhempien määrä lähes kaksinkertaistuu nykyisestä 905 000:sta 1,79 miljoonaan vuoteen 2060 mennessä. Yli 85-vuotiaiden osuuden väestöstä ennustetaan nousevan vuoden 2008 vaihteen 2 prosentista 7 prosenttiin ja heidän määränsä nykyisestä 108 000:sta 463 000:een. (Tilastokeskus 2009.) Tilastokeskuksen väestörakennetilaston mukaan Suomessa oli vuoden 2010 lopussa 80 vuotta täyttäneitä ja tätä vanhempia henkilöitä 255 912. Määrä on viisinkertaistunut viimeisen 40 vuoden aikana. 80 vuotta täyttäneistä selvä enemmistö on naisia, sillä miehiä oli 81 205 ja naisia 174 707. (Tilastokeskus 2011.) Ikääntyvien mielenterveys- ja päihdeongelmat todennäköisesti lisääntyvät. Miten ja millä keinoin yhteiskuntamme pystyy vastaamaan tähän haasteeseen ja millaisia palveluita se tarjoaa yhä ikääntyvämmälle väestölle?

Vanhuksilla on samoja psyykkisiä häiriöitä kuin keski-ikäisillä henkilöillä, mutta heillä esiintyy usein myös somaattisiin sairauksiin liittyviä psyykkisiä oireita (Koponen 2002). 20 %:lla yli 65-vuotiaista arvioidaan olevan toimintakykyä heikentäviä tai haittaa aiheuttavia psykiatrisia häiriöitä (Leinonen 2008). Masennusoireet ovat tavallisia iäkkäillä, mutta iäkkäät masennuspotilaat eivät aina itse tunnista masennusoireitaan tai tuo niitä esiin (Saarela 2004).

Riski sairastua vaikeaan depression tai harhaluuloisuuteen kasvaa iän myötä. Dementoivat aivosairaudet lisääntyvät hyvin vanhoilla voimakkaasti. (Leinonen 2008.) Suomalaisen väestön ikärakenne vanhenee lähivuosikymmeninä voimakkaasti, jonka myötä iäkkäiden henkilöiden mielialahäiriöiden ja dementiaan liittyvien erilaisten käytösoireiden määrän voidaan odottaa lisäävän merkittävästi hoitokuormitusta (Koponen 2002). Ikääntymiseen liittyy sairauksia ja lisääntyvä avuntarve, jolloin hoidon toteuttamisessa on tärkeää terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyö. (Saarela 2004.)

### Osaprojektin toteuttaminen

Osaprojektin tarkoituksena oli selvittää työntekijöiden ja potilaiden kokemuksia masentuneen vanhuksen hoidosta ja hoitoketjun toimivuudesta. Lisäksi selvitettiin hoidon kehittämisalueita.

Osaprojektissa tiedonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, jossa oli 42 kysymystä, joista kahdeksan avointa kysymystä. Kyselylomakkeella kartoitettiin seuraavia osa-alueita: vastaajien taustatiedot, masentuneen vanhuksen tunnistaminen, masentuneen vanhuksen mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmä, masentuneen vanhuksen hoito ja sen kehittäminen. Masentuneen vanhuksen tunnistamista, mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmää ja hoidon kehittämisen osa-alueita arvioitiin 7-portaisella Likert -asteikolla. Kyselyn toteuttamisessa käytettiin Webropol-verkkotyökalua. Lisäksi aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua ja potilaskertomuksia.

Kysely toteutettiin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin (PPSHP) jäsenkunta-alueella (35 kuntaa). Kaikille vanhusten parissa työskenteleville 296:lle eri henkilölle lähetettiin kyselylomake. Kyselyyn vastasi 43 henkilöä (15 %).

Teemahaastattelulla haluttiin saada tietoa potilaiden kokemuksista oman kotikunnan mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän toimivuudesta. Haastateltavia potilaita oli seitsemän. Haastateltavien ikä vaihteli 69–78-vuoden välillä. Potilaskertomuksista haettiin tietoa siitä, miten potilas oli ohjautunut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä ja onko hän saanut tarpeenmukaista hoitoa.

Aineisto analysoinnissa käytettiin Webropol:n tilasto-ohjelmaa ja Exceliä. Aineiston kuvailussa ja tilastollisissa menetelmissä käytettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia. Avoimet kysymykset luokiteltiin ja vastauksia verrattiin strukturoiduista kysymyksistä saatuihin tuloksiin. Osa vastauksia esitetään suorina lainauksina.



## Tulokset

Osaprojektiin osallistui 43 työntekijää ja kaksi potilasta PPSHP:n jäsenkunta-alueelta. Kyselyyn vastanneet työntekijät olivat 15 eri kunnasta. Yleisin työyksikkö oli sairaala (21 %), muita työyksiköitä olivat mm. terveyskeskus (19 %), mielenterveystoimisto (19 %) ja palvelukoti (16 %). Vastaajista kaikki työntekijät olivat naisia. Heistä puolet oli oululaisia (51 %), loput vastaajista jakautui tasaisesti eri kunnista. Työntekijöistä suurin osa oli sairaanhoitajia (67 %) ja 56 prosenttia työntekijöillä oli yli 10 vuoden työkokemus vanhusten parissa.

Yli puolet (56 %) työntekijöistä arvioi, että vanhusten masennus tunnustetaan huonosti. Työntekijöistä 61 prosenttia arvioi tunnistavansa itse hyvin masentuneen vanhuksen. 61 prosenttia työntekijöistä arvioi, että päihteiden käyttö tunnustetaan huonosti. Työntekijöistä kolmannes (30 %) kohtasi työssään vanhusten päihteiden käyttöä. Yli kolmannes (37 %) työntekijöistä koki vanhusten päihteiden käytöstä keskustelemisen haastavaksi. Työntekijöistä 61 prosenttia tunsu huonosti masennuksen Käypä Hoito -suositukseen.

Puolet (51 %) työntekijöistä tunnisti huonosti masentuneen vanhuksen hoitoketjun. Valtaosan (74 %) mukaan masentuneelle vanhukselle kohdennettuja palveluita oli kunnassa huonosti. Suurin osa (63 %) arvioi masentuneen vanhuksen jatkohoidon järjestyvän huonosti. 61 prosenttia työntekijöistä arvioi potilaita olevan enemmän kuin hoitoa on tarjolla. 40 prosenttia työntekijöistä arvioi heidän yksikössä hoidettavan vanhuksia, jotka kuuluisivat erikoissairaanhoidon.

Potilaiden ja työntekijöiden mukaan hoitoketju katkeaa useasti. Hoitoa suunnitellaan eteenpäin, mutta käytännössä vastuuta hoidon jatkumisesta ei ota kukaan. Kunnissa masennuksen hoidosta vastaa usein henkilö, jolla ei ole mahdollisuutta antaa potilaalle tarpeeksi aikaa, jotta hoito tapahtuisi potilaan kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Kotihoidon/kotisairaanhoidon työntekijöillä ei välttämättä ole aikaa keskustella potilaan kanssa pidempiä aikoja, vaikka potilaalla olisi tarvetta siihen.

Ajan puute sekä kiire vaikeuttavat terveydenhuollon ammattilaisten työskentelyä perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa. Haastatellut potilaat kokivat, että etenkin perusterveydenhuollossa vastaanottoajat sekä tapaamiset ovat liian ”hoputettuja”. Resurssien puute kunnissa vaikeuttaa työntekijöiden mahdollisuuksia tarjota asiakkaille tarvittava määrä aikaa. Työntekijät kokevat, että vanhuksen hoito vaatii aikaa ja perehtymistä. 42 prosenttia työntekijöistä ehti keskustella vain vähän potilaiden kanssa jaksamisesta sekä mielialaan liittyvistä asioista.

Potilaiden mukaan hoitohenkilökunnan ammattitaito oli hyvä ja sai paljon kiitosta. Potilaat kokivat saavansa apua, kun heille varattiin rauhallinen ympäristö ja aikaa keskusteluun. Perusterveydenhuollossa lääkärin saattoivat kohdella vanhuksia epäkunnioittavasti tai suhtautua välinpitämättömästi vanhuksen vaivoihin. Tällöin potilaat kokivat, että heidän vaivojaan ei otettu todesta tai niitä vähäteltiin, mikä koettiin rasakkaana ja turhauttavana.

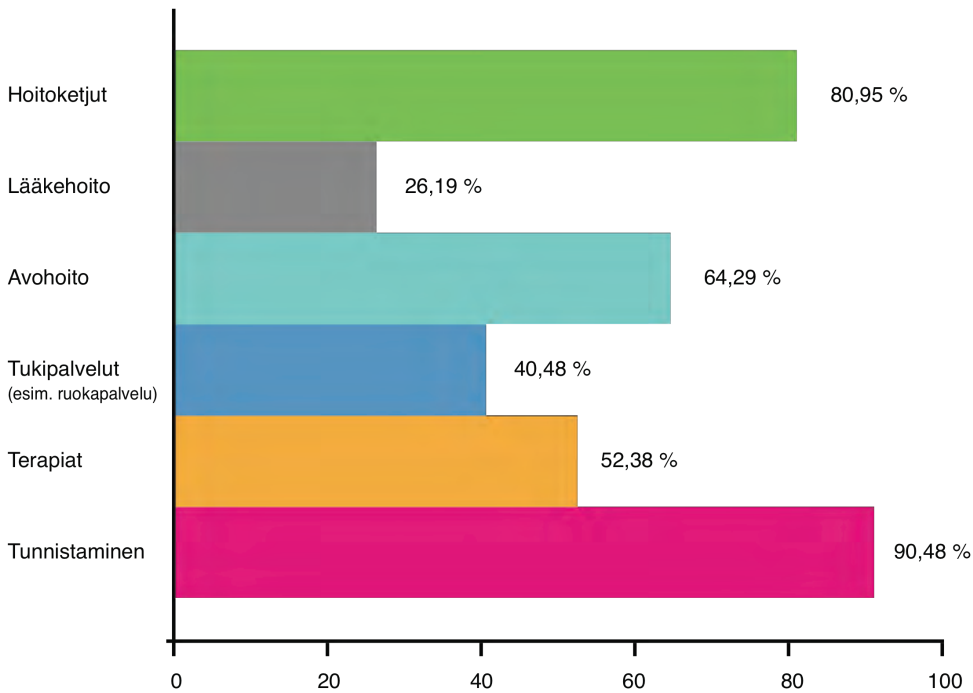
Työntekijöistä 77 prosenttia koki masentuneen vanhuksen hoitamisen kuormittavaksi ja 63 prosenttia haasteelliseksi. Työ koetaan tärkeäksi, mutta samalla aikaa vieväksi ja työlääksi. Vanhusten fyysiset sairaudet, lääkehoito sekä masennuksen ja muistiongelmien erotusdiagnoosi vievät aikaa ja resursseja. Potilaat pelkäävät kuormittavansa liikaa hoitajia, eivätkä halua olla kenellekään vaivana, tällöin on riskinä, että he voivat jäädä yksin vaivojensa kanssa, elleivät hoitajat osaa kysyä juuri oikeita kysymyksiä potilaan voinnista.

## Kehittämishaasteet

Hoitohenkilökunta toivoi kehittämistä usealle alueelle masentuneen vanhuksen hoitoon liittyen (Kuvio 1). Masennuksen tunnistaminen nousi selkeimmin esille näistä eri alueista. Tunnistamisen lisäksi hoitohenkilökunta toivoi, että masentuneen vanhuksen hoitoketjua kehitettäisiin toimivammaksi.

## Mitä alueita masentuneiden vanhusten hoidossa tulisi mielestäsi kehittää?

Vastaajien lukumäärä: 42



Kuvio 1. Tärkeimmät kehittämiskohteet.

Työntekijät toivoivat lisää koulutusta masentuneen vanhuksen hoitoon ja tunnistamiseen liittyen, jotta he pystyisivät vastaamaan hoidon asettamiin haasteisiin. Työntekijöistä puolet (51 %) koki, ettei heidän nykyinen koulutuksensa riitä vastaamaan hoidon esittämiin haasteisiin. Kolmasosa vastaajista (33 %) koki koulutuksensa riittävän nykyisellään. Kyselyyn vastanneista valtaosa (88 %) halusi saada lisää tietoa masentuneen vanhuksen hoitamisesta sekä vanhuksen masennuksesta.

## Pohdinta

Tulevaisuudessa vanhusten määrä lisääntyy, jolloin myös hoitoa tarvitsevien mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien määrä lisääntyy ikääntyvien määrän kasvaessa. Suomessa on kymmeniätuhansia ikäänntyneitä suurkuluttajia ja väestön vanhetessa määrä tulee edelleen kasvamaan (Aalto & Holopainen 2008). Myös iäkkäiden henkilöiden lievät ja keskivaikeat masennustilat ovat yleisiä ongelmia perusterveydenhuollossa (Kivelä 2003). Vanhusväestöstä 1–4 prosenttia tiedetään kärsivän vaikeasta masennuksesta (Huuhka & Leinonen 2011). Vaikea masennus vie ikäänntyneen toimintakyvyn nopeasti ja on psykoottinen useammin kuin nuorilla (Leinonen & Alanen 2011). Vaikean ja psykoottisen masennuksen vakavin komplikaatio on itsemurha, johon päätyi vuonna 2008 162 yli 65-vuotiasta (Huuhka & Leinonen 2011). Erityisesti mielialahäiriöiden ja dementiaan liittyvien käytösoireiden odotetaan aiheuttavan merkittävää lisäkuormaa hoitoon. Skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien ikäänntyvien potilaiden määrän ennustetaan kolminkertaistuvan seuraavien vuosikymmenien aikana. (Alanen & Leinonen 2010.)

Psykiatrisen vanhuspotilaan tutkimus ja hoidon suunnittelu lähtee psykiatrisesta arvioinnista ja somaattisen tilan selvittelystä (Alanen & Leinonen 2010). Ikäänntyneiden masennuksen tunnistaminen on haastavaa, koska oireet voivat olla moninaiset. Vanhus voi hakeutua hoitoon esim. fyysisten vaivojen vuoksi, koska omasta jaksamisestaan voi olla vaikea kertoa lääkärille kuten eräs vanhus totesi: ”10 minuutin vastaanotolla tuli varmaan puhuttua jostain särystä, vaikka kotiin ei olisi uskaltanut palata. Lääkäri ilmoitti, että hän kirjoittaa Burana-reseptin ja kehotti lepäämään.” Potilas olisi halunnut jonkun kysyvän hänen

jaksamisestaan tarkemmin. Tämän tyyppiset tilanteet saattavat toteutua hyvinkin usein perusterveydenhuollossa juuri kiireen ja resurssien vähyden, henkilökunnan vaihtuvuuden ja kokemattomuuden vuoksi.

Tämän osaprojektin mukaan masentuneelle vanhuksille kohdennettuja palveluita on kunnissa huonosti, esim. usein terapiapalvelut puuttuvat kokonaan. Masentuneille vanhuksille kohdennettujen palveluiden puuttuessa myös jatkohoidon järjestäminen on haasteellista, jolloin on vaarana, että vastuuta hoidon jatkamisesta ei ota kukaan ja vanhus ei saa tarvitsemaansa hoitoa. Vanhusten mukaan hoitopaikkoja on vaikea löytää. Niin sanotun ”matalan kynnyksen” pisteitä kunnista ei välttämättä löydy. Vanhukset kokivat toimipisteet, joihin voi mennä ilman lähetettä erityisen hyvänä, koska joskus vain haluaa jonkun kuuntelevan. Terveyskeskusten nopea työtahti hankaloittaa hoitoon pääsyä ja masentuneiden vanhusten kohdalla tilanteet saattavat hankaloitua pitkän aikaa ennen kuin ongelmaan osataan puuttua. Kuntien tarjoamat matalan kynnyksen palvelut, kuten vanhusneuvolat toimivat hyvänä linkkinä, joiden kautta vanhukset voivat hakeutua hoitoon ja joissa voidaan tunnistaa aikaisessa vaiheessa vanhusten ongelmia.

Potilaan hoidon sujuvuuden ja jatkuvuuden kannalta olisi tärkeää, että hoidosta vastaavat henkilöt pysyisivät samoina. Jatkuva henkilöstön vaihtuminen rikkoo hoitoa ja voi pahimmillaan vaikeuttaa vanhuksen hoitoon sitoutumista. Yksiköt tulisi resursoida riittävästi, jotta henkilökunta jaksaisi sekä psyykkisesti että fyysisesti tehdä työtä ikääntyneiden parissa, jolloin voitaisiin toteuttaa pitkäjänteisesti parasta mahdollista hoitoa vanhuksille.

Suurin osa osaprojektiin osallistuneista työntekijöistä koki masentuneen vanhuksen hoidon raskaaksi. Masennuksen hoitaminen on pitkäjänteinen prosessi, joka vaatii työntekijältä paneutumista ja usein myös pitkää pinnaa. Vanhuksen masennuksen akutisoituessa voi hoito vaatia paljon erityisosaamista ja tietoa, jota ei välttämättä ole tarjolla pienissä yksiköissä tai kunnissa. Kunnissa tulisi aina olla konsultaatio mahdollisuus esim. erikoissairaanhoidon. Työntekijöille on hyvä järjestää yhteisiä palavereita, joissa on mahdollisuus keskustella potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Hoidon jatkuvuuden kannalta on hyvä keskittää hoito tietyille henkilöille, jotta potilas ja hoitaja kummatkin sitoutuvat hoitoon. Potilaan siirtyessä toiseen hoitopaikkaan, on tärkeä tehdä se ”saattaen vaihtaan”, jotta potilaan hoito ei katkeaisi, tieto välittyisi ja hoito jatkuisi suunnitellun mukaisesti.

Tässä osaprojektissa puolet työntekijöistä tunnisti masentuneen vanhuksen hoitoketjun huonosti, heillä oli tarve saada tietoa vanhuksen masennuksen erityispiirteistä ja hoidosta. Tietoa lisäämällä annetaan työntekijöille välineitä vastata työnvaatimiin haasteisiin, mikä antaa varmuutta työskentelyyn ja työssä jaksamiseen. Myös työnohjauksella on merkittävä rooli työssä jaksamiseen. Kivelän (2003) mukaan depressioiden asianmukainen tunnistaminen ja hoito perusterveydenhuollossa vaativat toistuvaa terveydenhuollon työntekijöiden täydenniskoulutusta. Täydenniskoulutusta tulisi järjestää myös niille sosiaalitoimen työntekijöille, jotka työskentelevät vanhustenhuollossa. Asiallinen tiedottaminen iäkkäille ja heidän omaisilleen masennustilojen oireista, haitoista, ehkäisystä ja hoidosta on tarpeen masennustilojen ehkäisyn ja tunnistamisen vuoksi. Lisäksi heille tulisi antaa tietoa myös normaalista psyykkisestä vanhenemisestä.

## Kirjallisuus

- Aalto, M. & Holopainen, A. Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim* 124 (2008): 13, 1492–1498.
- Alanen, H-M. & Leinonen E. Milloin vanhus tarvitsee psykiatrista sairaalahoitoa? *Suomen Lääkärilehti* 65 (2010): 46, 3791–3795.
- Huuhka, K. & Leinonen, E. Vanhuksen vaikea ja psykoottinen masennus. *Duodecim* 127 (2011), 390–396.
- Kivelä, S-L. Vanhusten depressioiden ja niiden seurausten ehkäisy. *Suomen Lääkärilehti* 58 (2003): 48, 4923–4927.
- Koponen, H. Vanhusten mielenterveyshäiriöiden varhainen toteaminen ja hoito. *Suomen Lääkärilehti* 57 (2002): 48, 4925–4927.
- Leinonen, E. Vanhuspsykiatrian koulutusvaje on paikattava pikaisesti. Pääkirjoitus. *Suomen Lääkärilehti* 63 (2008): 11, 1027.
- Leinonen, E. & Alanen, H-M. Psykiatrista hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu. *Duodecim* 127 (2011), 371–372.
- Saarela, T. Miten kohdata masentunut vanhus. *Suomen Lääkärilehti* 59 (2004): 24, 2499–2502. Tilastokeskus. 2007. Väestö- ja kuoleman-syytilastot. URL: [http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2007/vaenn\\_2007\\_2007-05-31\\_tie\\_001.html](http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-31_tie_001.html).
- Tilastokeskus. 2011. Väestörakenne. 80 vuotta täyttäneitä Suomessa jo neljännesmiljoona. URL: [http://www.stat.fi/til/vaerak/2010/vaerak\\_2010\\_2011-03-18\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2010/vaerak_2010_2011-03-18_tie_001_fi.html).

# 5 Arviointi

## 5.1 Tervein Mielin Pohjois-Suomessa –hankkeen ulkoisen loppuarvioinnin alustavia johtopäätöksiä

Sinikka Törmä, Kati Tuokkola, Kari Huotari

Referenssi Oy sai HILMA-hankintailmoituskanavassa julkaistun tarjouskilpailun perusteella tehtäväkseen arvioida Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hanketta (TMP-S) ulkoisena arvioijana. Hankkeesta on aiemmin tehty ulkoinen väliarviointi (tammikuussa 2011) ja nyt tehtävä ulkoinen arviointi on tullut mukaan kesäkuussa 2011. Vajaa kolmivuotinen TMP-S -hanke päättyy lokakuussa 2011, jolloin myös ulkoinen loppuarviointi valmistuu. Tämä arvioinnin alustavia tuloksia sisältävä muistio perustuu arvioitsijoiden esitykseen 20.9.2011 Oulussa järjestetyssä arviointityöpajassa.

### Arvioinnin kohde

TMP-S-hanke on eräällä tavalla jatkoa kahdeksi eri hankkeeksi jakautuneelle Pohjanmaa-hankkeelle ja toteuttaa sen tavoitteita. Laajemmin TMP-S toteuttaa valtakunnallista KASTE-ohjelmaa sekä pyrkii toimeenpanemaan Mieli 2009 -ohjelman toimenpiteitä. Hanketta hallinnoi Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä. Hanke jakautuu viiteen eri osahankkeeseen joita hallinnoivat sairaanhoidopiirit paitsi Kainuussa, missä osahankkeen toteutuksesta vastaa Kainuun maakuntakuntayhtymä.

### Hankkeen tavoitteenasettelu

Koko Pohjois-Suomen käsittävä TMP-S -hanke on osa johdonmukaista mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistyötä. Se kiinnittyy hyvin valtakunnallisiin linjauksiin ja on tärkeältä osin vienyt niitä eteenpäin Pohjois-Suomen alueella. Uskollisuus valtakunnallisille ohjelmille ja aiemman hanketyön jatkaminen ovat aiheuttaneet myös sen, että TMP-S-hanke on ollut erittäin haastavan tehtävän edessä. Sen tavoitteenasettelu on laaja ja kunnianhimoinen. Hankkeella pyritään vaikuttamaan monipuolisesti erilaisiin ja eritasoisiin asioihin ja kohderyhmiin: hoito- ja palvelujärjestelmän rakenteisiin, työtapoihin, toimijoihin, päättäjiin, asiakkaisiin, koko väestöön jne. Viimekätisenä tavoitteena on pohjoissuomalaisen ihmisten hyvinvointi.

Arviointi näkee, että TMP-S -hankkeen monet haasteet juontavat sen laajaan ja ehkä liiankin kunnianhimoiseen tavoitteenasetteluun. Sateenvarjohanke-tyyppinen TMP-S kattaa monia suuria asiakokonaisuuksia. Osahakkeet ovat saaneet lisäksi melko väljästi muodostaa alueelliset omat tavoitteensa näiden puitteissa. Pohjois-Suomen maantieteellisen laajuuden ja eri alueiden erityispiirteet huomioon ottaen on hyvä, että paikallisuudelle on annettu tilaa. Tuloksena on kuitenkin ollut hankekokonaisuus, jonka tavoitteita olisi ollut syytä alkuvaiheessa pysähtyä enemmän pohtimaan ja rajaamaan. Myös osahankkeiden keskinäiseen reflektioon ja niiden suhteeseen hankkeen päätavoitteisiin olisi ollut hyvä paneutua paremmin. Hankkeen alkuvaihe olisi kaiken kaikkiaan vaatinut enemmän aikaa ja malttia, jotta tavoitteenasettelu olisi terävöittänyt. Hieman rajatun tavoitteiden olisivat mahdollistaneet jatkossa myös kevyemmän hanketoteutuksen ja joidenkin rajatumpien tavoitteiden syvällisemmän toteutuksen.

### Toteutus

TMP-S on luonteeltaan terveydenhuoltopainotteinen ja erikoissairaanhoidonvetoinen hanke. Arvioinnin näkökulmasta hanke näyttäytyykin psykiatriseen puoleen ja päihdeongelman lääketieteelliseen hoitoon liittyvänä hankkeena. Sosiaalipuolen vähäiseltä vaikuttava mukanaolo kiinnittääkin hieman huomiota ja herättää kysymyksen siitä, nähdäänkö hankkeessa mielenterveys- ja päihdeongelmat yksipuolisesti lääketieteellisinä ongelmina. Toisaalta voidaan olla tyytyväisiä siitä, että kehittämistyö on voimallisesti lähtenyt myös erikoissairaanhoidon ja sairaalamaailman sisältä perinteisesti hyvin jäykiksi koetuista rakenteista.

Edellä mainittu hankkeen uskollisuus laajoille tavoitteille on asettanut haasteita myös hanketoteutukselle. Suurta ja jossain määrin hajanaista kokonaisuutta on ollut tarve hallita ja jäsentää. Tuloksena on seurannut melko raskaalta vaikuttava hankeorganisaatio sekä dokumentointijärjestelmä, joka on syönyt voimavaroja varsinaisesta tekemisestä. Osittain tähän on ollut luonnollisena syynä myös Pohjois-Suomen maantieteellinen laajuus ja osahankkeiden toimijoiden fyysiset etäisyydet. Monet hanketoimijat ovat pitäneet erilaisten ryhmien määrää ja hankkeen sisäistä tiedonkeruuta liiallisena ja jopa byrokraattisena. Osittain kuitenkin esimerkiksi kokousmatkustelua on pystytty välttämään videoneuvottelujen käytöllä, mikä on hieman helpottanut tilannetta.

Yksi hankkeeseen rakenteita lisäävä toteutusmalli on ollut korijärjestelmä. Hanke on jaettu paitsi alihankkeisiin, myös teemallisesti koreihin. Osahankkeiden tavoitteet on sijoitettavissa viiteen koriin, joista kaksi (mielenterveys- ja päihdestrategioiden laatiminen sekä mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kehittäminen) on yhteisiä, kaikkien osahankkeiden toteuttamia. Lisäksi osahankkeet keskittyvät kukin yhteen muuhun koriin (ehkäisevä työ, hoitoketjujen kehittäminen ja työhyvinvointi). Tämä teemallinen lähestymistapa on aiheuttanut jossain määrin lisää raskautta hankeorganisaatioon ja lisännyt kokouksia ja dokumentaatiota. Lisäksi korit ovat niin laajoja, että niiden merkitys hankkeen haltuun otossa jää hieman epäselväksi, kun vielä lisäksi kaikki alueet ovat käytännössä olleet jollain panoksella mukana jokaisessa korissa. On kuitenkin hyvä tarkastella tavoitteita ja toteutuksen etenemistä myös teemoittain. Siinä mielessä korit ovat hyvä projektihallinnan väline. Ne myös auttavat koordinoimaan laajalla alueella tehtävää kehittämistoimintaa. TMP-S -hankkeen kohdalla korit olisivat voineet kuitenkin olla enemmänkin virtuaalisia ja toimia hankkeen sisäisen seurannan välineinä, ei niinkään yhtenä rakenteena, joka syö projektin käytännön resursseja.

## Tulokset

TMP-S -hankkeen tavoitteenasettelua ja toteutuksen eteen tehtyä työtä on tarkasteltava myös suhteessa hankkeen toimintaympäristöön ja mielenterveys- ja päihdetyön koko kenttään. Tällä kehittämisalalla on hyvin tiukassa istuvia asenteita niin päättäjä- kuin väestötasollakin, tiukkoja sektorirajoja ja luotuneita rakenteita. Kyse on myös asioista, jotka koskettavat lähes kaikkia ihmisiä, selkeätä yhtä kohderyhmää ei voida eritellä. TMP-S -hanke on tehnyt työtä hyvin laajalla haravalla ei ainoastaan maantieteellisesti, vaan myös sisällöllisesti. Voidaan ajatella että tällainen lähestymistapa on ollut tarpeen, jotta asioita on saatu eteenpäin. On ollut tarvetta samanaikaisesti vaikuttaa asenteisiin (väestö, työntekijät, päättäjät) ja rakenteisiin (palvelujärjestelmän toimivuus) sekä kehittää uusia sektorirajat ylittäviä toimintatapoja sekä vahvistaa mielenterveys- ja päihdealalla heikossa asemassa olevien asiakkaiden asemaa ja tuoda esiin heidän näkemyksiään ja kokemuksiaan.

Kuten monet hanketoimijat ovat todenneet, asenteiden ja rakenteiden ravistelua on ollut tarpeen tehdä laajalla rintamalla. Tässä TMP-S -hanke on arvioinnin näkökulmasta onnistunut hyvin. Hanke on pystynyt saamaan liikkeelle monenlaista muutosta ja luonut yksittäisiä mallinnoksia mielenterveys- ja päihdetyöhön. Lyhytaikaiselle hankkeelle tämä on ollut hyvä suoritus. Vaarana kuitenkin on, että tulokset jäävät sirpalemaisiksi ja ne hankeajan jälkeen kuihtuvat. Keskeinen kysymys onkin, miten nämä idut saadaan kukoistamaan ja hankkeen kylvämät hyvät asiat kantamaan jatkossa.

Yksi hankkeen piirissä tärkeimmäksi koettu tuotos on mielenterveys- ja päihdestrategioiden aikaansaaminen alueilla. Tämä oli hankkeen keskeinen tavoite ja siihen on päästy, lähes täysin. Arvioinnin näkökulmasta on herännyt kysymys, mikä on TMP-S -hankkeen osuus strategioiden sisältölinjausten muotoutumisessa ja onko hankkeen ajamia asioita saatu vietyä strategioihin riittävässä määrin. Strategiatyötä on nähtävästi tehty melko tiiviisti kuntatoimijoiden kanssa yhteistyössä ja näyttäisi siltä, että strategioiden sisältöihin on hankkeen taholta päästy vaikuttamaan. Parhaimmillaan strategiat ovat yksi keino viedä hankkeen tuloksia eteenpäin käytäntöön. Viime kädessä strategioiden käytäntöön vieminen on luonnollisesti kuntien vastuulla ja hankkeen vaikuttamiskeinot tähän ovat rajalliset. Yhtenä mittarina strategioiden onnistumiselle voidaan kuitenkin pitää sitä, että niitä säännöllisesti päivitetään muuttuvien olosuhteiden mukaan.

Strategioiden aikaan saamisen lisäksi voidaan alustavasti mainita joitakin hankkeen onnistumisia. Tällaisia ovat muun muassa monilla alueilla tehdyt asiakaskyselyt ja muut asiakkaiden kuulemisen muodot.

Vaikka hankeaika on alun perin tiedetty lyhyeksi, on lähdetty luomaan työlle kivijalkaa huolellisella pohjatyöllä ja tarvekartoituksilla. Tämä on tärkeää paitsi asiakkaiden äänen kuuluviin saamisen kannalta myös siksi, että se osoittaa kykyä nähdä hanke pitkäjänteisen kehittämisprosessin osana, ei vain alkavana ja päättyvänä irrallisena projektina. Erittäin mielenkiintoista ja antoisaa työtä on tehty niin sanottujen kokemus-asiiantuntijoiden kanssa. Heidän mukaan ottamisensa hankkeen eri vaiheisiin on tärkeää Mieli 2009 -ohjelman ohjenuorana olevan asiakkaan aseman vahvistamisen kannalta. Se myös osoittaa, että työtä ei tehdä järjestelmää vaan ihmisiä varten.

Hankkeessa on kehitetty myös monia erilaisia yhdessä tekemisen työmalleja ja yhden oven palvelumalleja, jotka niin ikään toteuttavat Mieli-ohjelman toimenpide-ehdotuksia. Hankkeen monista yksittäisistä tuotoksista ovat esimerkkeinä hoitoketjuraportit eri kohderyhmien mukaan (nuoret, ikääntyneet, masentuneet jne.), koulutukset (mm. mielenterveyden ensiapukoulutukset, masennustalkoot) ja laaditut potilasesitteet sekä ennen kaikkea eri sektoreiden työntekijöiden verkostoitumisen edesauttaminen työryhmien ja tapaamisten kautta. Lisäksi hankkeessa on saatu tavoitteiden mukaan vietyä rakenteisiin RAI järjestelmä sekä edesautettu sen levittämistä laajemminkin koulutusten kautta.

Osa TMP-S -hankkeen tuottamista malleista ja työtavoista on jo saatu käytäntöön, mutta osa on pysähtynyt kuntatason päätöksentekoon, jonka paikoittainen jähmeys viedä hyväksi tunnustettuja malleja käytäntöön on ollut monille hanketoimijoille yllätys. Haasteellista onkin vielä hankkeen loppumetreillä pyrkiä ratkaisemaan, miten hankkeen parhaita helmiä voitaisiin saada eteenpäin. Arvioinnin yksi havainto on, että suhtautuminen juurrutuskysymykseen vaihtelee osahankkeittain. Joillain alueilla asia on tiedostettu jo hankkeen alussa ja alettu heti tehdä tietoista työtä juurrutuksen eteen. Joillain alueilla tähän on herätty liian myöhään. Aina ei kuitenkaan ole kyse hankkeen ponnistuksista, vaan myös paikalliset erot päätöksentekokulttuureissa vaikuttavat tulosten kantavuuteen.

## 5.2 Hanketyöntekijän huoneen taulu

### Hanketyössä oppii

Osahankkeiden projektipäälliköt:

Tiina Puotiniemi, Jorma Posio, Sari Marita Ikäheimo, Birgitta Alakare ja Tuula Löf

~

Alussa on tärkeää käyttää aikaa yhdessä pohtimiseen, asioiden ja käsitteiden auki purkamiseen sekä raportointiin perehdyttämiseen.

~

Hanketiimin ryhmäyttäminen alusta alkaen toimivaksi ryhmäksi edesauttaa työntekijöitä jaksamaan ja saavuttamaan tuloksia. Jaksamista on tuettava jatkuvasti. Aktiivinen vuorovaikutus mahdollistaa työntekijöiden vertaistuen.

~

Hanketyön käynnistymisen ja kehittämistyön kannalta oleellisten toimijoiden motivoiminen ja sitouttaminen on hyvin tärkeää. Tällaisia toimijoita ovat yhteisöt ja potilasjärjestöt, opiskelijat, työn toteuttajat ja -johto, kunnat ja päättäjät.

~

Toimivista verkostoista saa voimaa.

~

Hankesuunnitelmasta on hyvä tehdä tarkennettu ”projektsuunnitelma”.

~

Ei pidä yrittää kaikkea, vaan tehdä niitä asioita, jotka ovat realistisia. Maailman muuttuessa nopeasti, hankesuunnitelmaan kirjoitetut asiat ovat voineet menettää ajankohtaisuutensa.

~

Hyvien käytäntöjen juurruttaminen alkaa heti alussa. Juurruttamisen haasteena on moninainen väli- ja lähiesimiesporras. Esimiesten tulee nähdä kehittämistyöstä saatavat hyödyt työn johtamisessa, joten heidät kannattaa nostaa eräänlaiseksi hankkeen kohderyhmäksi.

~

Usein tavoitteet ovat varsin laajoja. Rajaaminen on hyödyllistä.

~

Raamien ja rajoitteiden kanssa on opittava elämään. Niukoissakin olosuhteissa pystytään hyvällä suunnittelulla toimimaan.

~

Hanketyöntekijöiden vaihtuvuus tekee hanketiimin työstä haavoittuvan.

~

Säännölliset palaverit ja jatkuva arviointi auttaa kaikkia hanketyöntekijöitä pysymään ajan tasalla. Hanketyössä tarvitaan uskallusta tuntemattomaan.

~

## 6 Kirjoittajien ja toimituskunnan esittely

*Ahola, Marika.* HTM. Projektisihteeri, Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke, Lapin osahanke.

*Alakare, Birgitta.* LL. Psykiatrian erikoislääkäri. Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke, Länsi-Pohjan osahanke. Psykiatrian ylilääkäri, Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri.

*Eskelinen, Aikku.* Yhteisöpedagogi (AMK). Projektikoordinaattori, Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke, Kainuun osahanke.

*Haarakangas, Kauko.* PsT. Vastaava psykologi, Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri, Psykiatrian tulosalue.

*Haaraniemi, Timo.* Sairaanhoitaja (AMK). Projektikoordinaattori, Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke, Länsi-Pohjan osahanke.

*Heikkinen, Arja.* TtM. VET-perheterapeutti. Palvelujohtaja, Mielenterveys- ja sosiaalipalvelut, Oulu.

*Huotari, Kari.* VTT. Varatoimitusjohtaja, tutkija, Referenssi Oy.

*Ikäheimo, Sari Marita.* Sosiaalikasvattaja. Projektipäällikkö, Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke, Kainuun osahanke.

*Indola, Jessica.* Sosionomi (AMK). Projektisuunnittelija, Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke, Keski-Pohjanmaan osahanke.

*Kaivosoja, Matti.* LT. Lastenpsykiatrian erikoislääkäri. Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeen hankejohtaja. Psykiatrian ja kehitysvammatyön johtaja Keski-Pohjanmaan keskussairaala, kuntayhtymä Kiuru.

*Kykyri, Virpi-Liisa.* PsT, Psykologian palveluyksikkö, Tulosyksikön johtaja. Johtava psykologi Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa ja kuntayhtymä Kiurussa.

*Leppäniemi, Johanna.* Sairaanhoitaja (AMK), HTM. Projektikoordinaattori, Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke, Lapin osahanke.

*Löf, Tuula.* KM, Projektipäällikkö, Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke, Keski-Pohjanmaan osahanke.

*Moring, Juha.* LKT. Dosentti, psykiatrian erikoislääkäri. Ylilääkärinä THL:n Mielenterveys- ja päihdepalvelut - osastolla, vastaa Mieli -suunnitelman toimeenpanosta.

*Partanen, Airi.* Esh, THM. Kehittämispäällikkö THL:n Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut - yksikössä.

*Petäjaniemi, Jouni.* Sairaanhoitaja. Apulaisosastonhoitaja, Keroputaan sairaala, projektityöntekijä, Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hanke, Länsi-Pohjan osahanke.

*Posio, Jorma.* Sairaanhoitaja. Projektipäällikkö, Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke, Lapin osahanke.



*Puotiniemi, Tiina.* Sairaanhoitaja, TTM. Projektipäällikkö, Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke, Pohjois-Pohjanmaan osahanke.

*Rekilä, Raija-Leena.* Erikoissairaanhoitaja. Apulaisosastonhoitaja, Keski-Pohjanmaan keskussairaala. Projektisuunnittelija, Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hanke, Keski-Pohjanmaan osahanke.

*Ruuska, Anne-Marita.* Kokemustutkija, Keski-Pohjanmaan kokemustutkijat ry.

*Sallamaa, Sarianna.* Kokemustutkija, Keski-Pohjanmaan kokemustutkijat ry.

*Törmä, Sinikka.* VTT, Toimitusjohtaja, tutkija, Referenssi Oy.

*Tuokkola, Kati.* YTM, tutkija, Tmi Kati Tuokkola.

*Österberg, Esa.* VTM, erikoistutkija, THL.