



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Airi Partanen, Juha Moring, Viveca Bergman,
Jouko Karjalainen, Minna Kesänen, Jaana Markkula,
Mauri Marttunen, Saini Mustalampi, Esa Nordling,
Timo Partonen, Päivi Santalahti, Pia Solin,
Tytti Tuulos, Sanna Wuorio (toim.)

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015

Miten tästä eteenpäin?

TYÖPAPERI

TYÖPAPERI 20/2015

Airi Partanen, Juha Moring, Viveca Bergman, Jouko Karjalainen, Minna Kesänen, Jaana Markkula, Mauri Marttunen, Saini Mustalampi, Esa Nordling, Timo Partonen, Päivi Santalahti, Pia Solin, Tytti Tuulos, Sanna Wuorio (toim.)

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015

Miten tästä eteenpäin?



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittaja ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Elina Tuupanen THL

ISBN 978-952-302-537-0 (painettu)
ISBN 978-952-302-538-7 (verkkojulkaisu)
ISSN 2323-363X (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-538-7>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere, 2015

1 Esipuhe

Vuonna 2009 STM:n julkaisema Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 sisälsi 18 ehdotusta mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi neljällä painopistealueella: asiakkaan aseman vahvistaminen, ehkäisevän työn tehostaminen, palvelujärjestelmän kehittäminen sekä ohjauskeinojen tehostaminen. Vaikka suunnitelman lähtökohdat – ehdotusmuotoiset kehittämissuunnitelmat sekä sen toteuttaminen ilman siihen erikseen osoitettua rahoitusta – ei ollut kovin rohkaiseva lähtökohta, suunnitelmaa on näiden vuosien aikana hyödynnetty mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisessä monella tavalla. Suunnitelman toimeenpanoa on tukenut STM:n laaja-alainen ohjausryhmä 2010–2015, jossa on ollut STM:n ja OKM:n, Kelan, RAY:n, valtionhallinnon tutkimus- ja kehittäislaitosten THL:n ja TTL:n, kunta- ja kuntayhtymien, järjestöjen, kirkon diakoniatyön ja laajojen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämissuunnitelmien edustajia. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelman Kaste-ohjelman 2008–2011 ja 2012–2015 kausien aikana kaikilla Kaste-alueilla toteutettiin laajat, monivuotiset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämissuunnitelmat. THL valitsi myös jokaiselta Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman painopistealueelta muutamia omia ”kärkihankkeita”, joiden puitteissa pyrittiin edistämään suunnitelman mukaista toimintaa. Tietoa Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ehdotuksista hyödynnettiin laajasti myös sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä eri puolilla Suomea.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) aiemmin vuosina 2010, 2011, 2012 ja 2013 julkaisemiin raportteihin on kuvattu eri puolilla Suomea sekä julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa että järjestöissä vuosien varrella tehtyä kehitystyötä. Lisäksi THL:n julkaisuina löytyy joitakin Kaste-hankkeiden sekä kokemusasiantuntijatoimintaa käsitteleviä raportteja.



Tämä raportti on raporttisarjan päätösraportti. Suomi on syksyllä 2015 monella tavalla muutoksessa: taloustilanteen heikkous näkyy julkisten menojen leikkauksina ja heijastuu laajaan sosiaaliturvaan sekä sitä osin supistaen että sen tasoa laskien, sote-uudistuksella tähdätään historialliseen suureen kuntien ja valtion työnjaon muutokseen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden vastuun siirrolla itsehallintoalueille, turvapaikanhakijoiden määrä on haastamassa Suomea länsimaisena hyvinvointivaltiona ja EU:n yhteisenä vastuunkantajana ja myös kulttuurisesti muuttaen Suomea entistä moniarvoisemmaksi maaksi. Isoja muutoksia on tapahtumassa, ja se tulee heijastumaan myös mielenterveys- ja päihdetyöhön monella tavalla.

Kestävyyssvajakeskustelussa on hyvä muistaa, että mielenterveyden edistäminen, mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ehkäiseminen ja hoitaminen on yksi tehokas keino työurien pidentämiseksi ja kestävyysvajeen korjaamiseksi. Hallitusohjelmassa painotetaan yksilön ja kansalaisten vastuunkannon lisäämistä, ja tältä osin on huolehdittava siitä, ettei itsestä huolehtimisen taakka kerry vain heille, joilla on vähiten voimavaroja itsestä huolehtimiseen. Yksilön vastuun korostaminen voi huonoimmillaan merkitä sitä, että yh-

teiskunnalliset arvot kovenevat ja mielenterveys- ja päihdeongelmaiset jäävät väestön valtavirralla suunnitelluista toimenpiteistä ja palveluista sivuun. Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvä edelleen paljon stigmaa ja erityisesti päihdeongelmiin paljon itse aiheutetuksi ongelmaksi leimaamisen taakkaa. Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvän stigmaton vähentäminen parantaa mahdollisuuksia lisätä näistä ongelmista kärsivien tukea kaikilla palvelujärjestelmän tasoilla.

Vastuu kuntalaisten ja kunnassa asuvien hyvinvoinnista jää näillä näkymin kunnille, kun taas vastuu soite-palveluista siirtyy laajemmille itsehallintoalueille. Hyvin toimiva yhteiskunnan palvelujärjestelmä – mukaan lukien ehkäisevä työ – ei ole itsestään selvyyttä. Sote-palveluiden osalta on pidettävä mielessä kaksi keskeistä asiaa: mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät ihmiset sekä heidän läheisensä ovat olemassa omine yksilöllisine palvelutarpeineen, ja heitä kohtaavat osaavat ammattilaiset. Tällä hetkellä erityisesti heikot ja haavoittuvassa asemassa olevat kansalaiset kohtaavat vaikeuksia asioissaan usein monimutkaisessa järjestelmässä. Avun, tuen, hoidon ja kuntoutuksen esteitä pitää poistaa, nostaa potilaan ja asiakkaan kokemus keskiöön ja kohdata potilas aidosti. Tähän mielenterveys- ja päihdesuunnitelma on tuonut hyviä välineitä, kuten kokemusasiantuntijuuden kehittämisen. Ongelmia itse kokeneiden tai palveluita käyttäneiden mukaan ottaminen palvelujen kehittämiseen lisää mahdollisuuksia tehdä sosiaali- ja terveydenhuollosta paremmin toimiva. Toiminnan kehittämiseksi tarvitaan rohkeita kokeiluja ja ennakkoluulotonta työtä, mutta samaan aikaan ei kuitenkaan pidä hylätä hyvin toimivaa vanhaa.

Tämä raportti sisältää laajan kokoelman tutkimus- ja asiantuntijatieta mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen jatkamisen pohjaksi tuleville vuosille. Suuret kiitokset tämän raportin kirjoittajille ja eri tavoin raportin valmisteluun osallistuneille. Asiantuntevien ja omaa työtään arvostavien kirjoittajien kanssa on ollut ilo koota tätä raporttia. Lukijoille toivotamme oivalluksia herättäviä lukurupeamia.

Toimituskunta



Kuva: ©Juha Moring

Tiivistelmä

Airi Partanen, Juha Moring, Viveca Bergman, Jouko Karjalainen, Minna Kesänen, Jaana Markkula, Mauri Marttunen, Saini Mustalampi, Esa Nordling, Timo Partonen, Päivi Santalahti, Pia Solin, Tytti Tuulos, Sanna Wuorio (toim.). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpäpaperi 20/2015. 380 sivua. Helsinki 2015. ISBN 978-952-302-537-0 (painettu), ISBN 978-952-302-538-7 (verkkojulkaisu)

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (2009–2015) toimeenpanon viimeinen vuosi on meneillään. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) aiemmin vuosina 2010, 2011, 2012 ja 2013 julkaisemiin raportteihin on kuvattu eri puolilla Suomea sekä julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa että järjestöissä vuosien varrella tehtyä kehitystyötä. Tämä viides ja viimeinen samaan sarjaan kuuluva raportti sisältää kaikkiaan 42 mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä eri näkökulmista tarkastelevaa artikkelia. Kussakin artikkelissa on myös pyritty löytämään vastauksia kysymykseen ”Miten tästä eteenpäin?”. Raportin loppupuolella on katsaus tehdystä kehittämistyöstä mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeissa ja THL:n omissa kärkihankkeissa, sekä ehdotuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien ammattilaisten mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen vahvistamiseksi koulutusta kehittämällä. Viimeinen luku kokoaa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen suuntaviittoa eteenpäin.

Tämän raportin muodostama laaja tietopaketti pyrkii antamaan pohjaa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen jatkamiselle. Artikkeleita on paljon. Alla löytyvät lukukohtaiset kuvaukset raportin sisältämistä näkökulmista, mutta sen lisäksi kunkin artikkelin sisältöön pähkinänkuoressa voi tutustua raportin lopusta löytyvän artikkelitiivistelmän avulla. Siinä löytyy muutaman lauseen tiivistys jokaisesta artikkelista.

Ensimmäisessä luvussa ”Millaiselta mielenterveys- ja päihdeongelmakenttä näyttää vuonna 2015?” luodaan katsaus mielenterveys- ja päihdehäiriöiden yleisyyteen, niihin liittyvään kuolleisuuteen sekä erityisesti itsemurhakuolleisuuteen ja itsemurhien ehkäisyyn.

Toisessa luvussa ”Näkökulmia ehkäisevään ja edistävään mielenterveys- ja päihdetyöhön” tarkastellaan aluksi ehkäisevän ja edistävän mielenterveys- ja päihdetyön käsitteitä, ehkäisevän työn toteuttamista ja toiminnan koordinaatiota. Sen jälkeen pohditaan alkoholin saatavuuden säätelyä osana alkoholihaittojen ehkäisyä. Uutena ja kehittyvänä haasteena on rahapelihaittojen ehkäisy. Viimeisessä artikkelissa ehkäisevän työn tarkastelu ulottuu myös muihin Pohjoismaihin.

Kolmas ja neljäs luku käsittelevät hoitoa ja kuntoutusta. Kolmannessa luvussa ”Hoito ja kuntoutus toimimista tukemassa” pohditaan hoitoon pääsyä sekä hoidon sisällöllistä kehittämistä. Ensimmäisenä kuvataan Eksotessa tehtyä kehittämistyötä suoran hoitopääsyn mahdollistavaksi, tuottavaksi ja tehokkaaksi mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokonaisuudeksi. Seuraavassa artikkelissa löytyy arviointitietoa Pohjanmaa-hankkeesta Länsi-Suomen mielenterveyskyselyn pohjalta. Sen jälkeen on sarja artikkeleita, joissa tarkastellaan lasten ja nuorten palveluiden kokonaisuuksia ja niiden kehittämistarvetta, lisääntyneitä kannabiksen käyttöä päihdehoidon haasteena, työterveyshuollon roolia ja sen uutena haasteena rahapeliongelmiensa tunnistamista, tarvetta huomioida työttömien mielenterveys- ja päihdeongelmia nykyistä paremmin sekä ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitoa. Luvun loppupuolella käsitellään toipumisorientaatiota, ja asumisen vakauden turvaamisen tärkeyttä. Neljännessä luvussa ”Mielenterveys- ja päihdepalvelut sote-integraation myllerryksessä” pohditaan integraatiota monesta eri näkökulmasta. Ensimmäisenä on integraatioon liittyvän muutoksen johtaminen. Toisessa artikkelissa integraatiota avataan tutkimuksen kautta järjestelmä- ja toiminnallisena integraationa. Sen jälkeen kuvataan Eksotessa tehty mielenterveys- ja päihdepalveluiden integrointiprosessi. Yhtenä esimerkkinä integraatiosta kuvataan rahapeliongelmiensa hoitoon koottua Peliklinikka-kokonaisuutta. Luvun loppupuolella kuvataan vankien terveydenhuollon kehittämistä – vankiterveydenhuolto on siirtymässä osaksi STM:n alaista toimintaa. Viimeisessä artikkelissa pohditaan järjestöjen asemaa ja merkitystä.

Viidennessä luvussa ”Kokemusasiantuntijuus” tarkastellaan kokemusasiantuntijatoimintaa monesta eri näkökulmasta: kokemusasiantuntijaksi kasvaminen, toiminnan ja siihen liittyvän koulutuksen kehittäminen sekä kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen ja vakiinnuttaminen kahden sairaanhoitopiirin toiminnassa.

Kuudes ja seitsemäs luku käsittelevät tietoteknologiaa organisaation ja kansalaisen näkökulmasta. Kuudennessa luvussa ”Tietoteknologia organisaation työvälineenä” pyritään ensin antamaan kokonaiskuva tietoteknologian kehittämisestä ja sen jälkeen tarkastellaan Mielenterveys-RAI -järjestelmän hyödyntämistä sekä Eksotessa tehtyä sähköisten työkalujen kehittämistä organisaatioiden kehittämisen välineenä. Seitsemännessä luvussa ”Tietoteknologia kansalaisen apuna” tarkastellaan Mielenterveystaloa, Päihdelinkkiä, peliongelmallisille tarkoitettua Peluuria, Pohjois-Suomessa käytössä olevaa Virtu.fi-palvelua sekä Palveluvaakaa, jotka kaikki ovat suoraan asiakkaille tai potilaille suunnattuja palveluja.

Kahdeksannessa luvussa ”Kehittämistyön välineet muutosta edistämässä” kuvataan THL:n omissa kärkihankkeissa tehtyä kehittämistyötä, alueellisissa Kaste-hankkeissa tehtyä työtä sekä STM:n mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmässä käsiteltyjä ehdotuksia mielenterveys- ja päihdetyön opetuksen kehittämiseksi.

Viimeisessä luvussa ”Miten mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen jatkuu?” katse suunnataan eteenpäin: miten kehittämistyössä olisi hyvä edetä eteenpäin? Artikkelissa tarkastellaan kehittämishaasteita neljässä alaluvussa: tämän raportin artikkeleiden ydinasiat, kansainvälisistä ohjelmista tulevat linjaukset, Sipilän hallitusohjelman kärkihankkeisiin liittyvät mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen painotukset, sekä näiden lisäksi erityisesti sote-uudistukseen liittyvät kehittämishaasteet. Luvun lopussa kuvataan THL:n roolia mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistyön jatkamisessa.

Avainsanat: mielenterveys, mielenterveyshäiriöt, mielenterveyspalvelut, mielenterveyden edistäminen, mielenterveyskuntoutus, ehkäisevä mielenterveystyö, päihde, alkoholi, huumausaineet, rahapelaaminen, ehkäisevä päihdetyö, päihdepalvelut, päihdehuolto, päihdeongelma, rahapeliongelma, mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, kokemusasiantuntija, sähköiset palvelut, sote-uudistus

Sammandrag

Airi Partanen, Juha Moring, Viveca Bergman, Jouko Karjalainen, Minna Kesänen, Jaana Markkula, Mauri Marttunen, Saini Mustalampi, Esa Nordling, Timo Partonen, Päivi Santalahti, Pia Solin, Tytti Tuulos, Sanna Wuorio (red.). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? (Plan för främjande av psykisk hälsa och missbruksarbete 2009–2015. Hur i fortsättningen?) Institutet för hälsa och välfärd (THL). Arbetspapper 20/2015. 380 sidor. Helsingfors 2015. ISBN 978-952-302-537-0 (tryckt), ISBN 978-952-302-538-7 (pdf)

Den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete (2009–2015) är inne på sitt sista år. De rapporter som Institutet för välfärd och hälsa (THL) gett ut tidigare 2010, 2011, 2012 och 2013 beskriver det utvecklingsarbete som utförts på olika håll i Finland inom såväl den offentliga social- och hälsovården som i organisationer under årens lopp. Denna femte och sista rapport i samma serie innehåller 42 artiklar där utvecklingen av mentalvårds- och missbruksarbetet granskas ur olika perspektiv. I varje artikel söker man också svar på frågan ”Hur komma vidare?”. I slutet av rapporten finns en översikt över det utvecklingsarbete som utförts i utvecklingsprojekten Kaste för mentalvårds- och missbruksarbetet samt i THL:s egna spetsprojekt och förslagen till att stärka kompetensen hos yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården genom att utveckla utbildningen. I det sista kapitlet sammanfattas riktlinjerna för utvecklingen av mentalvårds- och missbruksarbetet.

Det omfattande informationspaket som denna rapport utgör strävar efter att ge en grund för en fortsatt utveckling av mentalvårds- och missbruksarbetet. Rapporten innehåller många artiklar. Nedan följer beskrivningar av perspektiven i rapporten enligt kapitel, och dessutom kan läsaren ta del av innehållet i respektive artikel via sammandraget i slutet av rapporten. Där sammanfattas varje artikel med några meningar.

Det första kapitlet ”Millaiselta mielenterveys- ja päihdeongelmakenttä näyttää vuonna 2015?” (Hur ser fältet för mentalvårds- och missbruksarbetet ut 2015?) är en översikt över förekomsten av psykiska störningar och rusmedelsmissbruk, dödligheten i anslutning till dem samt i synnerhet dödligheten på grund av självmord och förebyggande av självmord.

Det andra kapitlet ”Näkökulmia ehkäisevään ja edistävään mielenterveys- ja päihdetyöhön” (Perspektiv på förebyggande och främjande mentalvårds- och missbruksarbete) fokuserar först på begrepp inom mentalvårds- och missbruksarbetet, utförande av förebyggande arbete och samordning av verksamheten. Därefter granskas reglering av tillgången till alkohol som en del av arbetet för att förebygga alkoholskador. En ny utmaning är förebyggande av negativa konsekvenser av penningspel. I den sista artikeln granskas det förebyggande arbetet även i övriga Norden.

Tredje och fjärde kapitlet handlar om vård och rehabilitering. Det tredje kapitlet ”Hoito ja kuntoutus toipumista tukemassa” (Vård och rehabilitering stöder återhämtningen) fokuserar på tillgången till vård och utveckling av innehållet i vården. Först beskrivs det utvecklingsarbete som utförts vid Eksote för att skapa en helhet av mentalvårds- och missbruketjänster som möjliggör direkt tillgång till vård på ett produktivt och effektivt sätt. Sedan kommer en artikel om utvärderingen av Österbotten- projektet utifrån enkäten om psykisk hälsa i Västra Finland. Därefter följer en serie av artiklar som granskar servicen för barn och unga samt utvecklingsbehoven som en helhet, den ökande användningen av cannabis som en utmaning inom missbrukarvården, företagshälsovårdens roll och dess nya utmaningar när det gäller att identifiera spelproblem, behovet av att i högre grad beakta mentala problem och rusmedelsmissbruk bland arbetslösa samt vård av psykiska problem och missbruk bland äldre. I slutet av kapitlet granskas återhämtningsorientering och vikten av att säkerställa ett stabilt boende. Det fjärde kapitlet ”Mielenterveys- ja päihdepalvelut sote-integraation myllerryksessä” (Mentalvårds- och missbruketjänster i social- och hälsovårdsreformen) fokuserar på integration ur flera perspektiv. Först granskas förändringsledning i anslutning till integration. Den andra artikeln analyserar via forskningen integration som systematisk och operativ integration. Därefter beskrivs integrationen av mentalvårds- och missbruketjänster vid Eksote. Som ett exempel på integration beskrivs helheten Peliklinikka som fokuserar på problem med penningspel. I slutet av kapitlet beskrivs

utvecklingen av hälso- och sjukvården bland fångar som kommer att underställas SHM. Den sista artikeln tar upp organisationernas ställning och betydelse.

Det femte kapitlet ”Kokemusiasiantuntijuus” (Erfarenhetsexpertis) fokuserar på verksamheten med erfarenhetsexperter ur flera perspektiv: hur man utvecklas till erfarenhetsexpert, hur man utvecklar verksamheten och den relaterade utbildningen samt hur verksamheten med erfarenhetsexperter har utvecklats och etablerats i två sjukvårdsdistrikt.

Det sjätte och sjunde kapitlet handlar om IT ur organisationens och medborgarnas perspektiv. Det sjätte kapitlet ”Tietoteknologia organisaation työvälineenä” (IT som organisationens verktyg) beskriver först IT-utvecklingen på ett övergripande sätt och analyserar därefter tillämpningen av systemet Mielenterveys-RAI samt utvecklingen av elektroniska verktyg vid Eksote som ett redskap för utveckling av organisationer. Det sjunde kapitlet ”Tietoteknologia kansalaisen apuna” (IT som stöd för medborgare) tar upp Psykporten, Droglänken, Peluuri för personer med spelproblem, Virtu.fi i norra Finland samt Servicevågen. Dessa är exempel på tjänster som riktar sig direkt till klienter eller patienter.

Det åttonde kapitlet ”Kehittämistyön välineet muutosta edistämässä” (Verktyg för utvecklingsarbete som främjar förändring) beskriver utvecklingsarbetet i THL:s spetsprojekt, arbetet i regionala Kaste-projekt samt förslag till utveckling av undervisningen i mentalvårds- och missbruksarbetet som behandlats i styrgruppen för verkställandet av SHM:s plan för mentalvårds- och missbruksarbete.

Det sista kapitlet ”Miten mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen jatkuu?” (Hur fortsätter utvecklingen av mentalvårds- och missbruksarbetet) fokuserar på framtiden: hur borde utvecklingen framskrida? Artikeln tar upp utmaningar med utvecklingen i fyra avsnitt: kärnfrågor i denna rapport, riktlinjer i internationella program, prioriterade områden för utvecklingen av mentalvårds- och missbruksarbete relaterade till spetsprojekten i Sipiläs regeringsprogram och dessutom utvecklingsutmaningarna till följd av social- och hälsovårdsreformen. I slutet av kapitlet beskrivs THL:s roll i mentalvårds- och missbruksarbetet.

Nyckelord: psykisk hälsa, psykiska störningar, mentalvårdstjänster, främjande av psykisk hälsa, psykisk rehabilitering, förebyggande mentalvårdsarbete, rusmedel, alkohol, narkotika, penningspel, förebyggande missbruksarbete, missbrukartjänster, missbrukarvård, missbruksproblem, spelproblem, plan för mentalvårds- och missbruksarbete, erfarenhetsexpert, e-tjänster, social- och hälsovårdsreformen

Abstract

Airi Partanen, Juha Moring, Viveca Bergman, Jouko Karjalainen, Minna Kesänen, Jaana Markkula, Mauri Marttunen, Saini Mustalampi, Esa Nordling, Timo Partonen, Päivi Santalahti, Pia Solin, Tytti Tuulos, Sanna Wuorio (eds.). *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin?* (Plan for Mental Health and Substance Abuse Work 2009–2015. How to proceed from here?) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). National Institute for Health and Welfare (THL). Working paper 20/2015. 380 pages. Helsinki 2015. ISBN 978-952-302-537-0 (printed); ISBN 978-952-302-538-7 (online)

The current year is the final year of implementation of the Plan for Mental Health and Substance Abuse Work (2009–2015). The reports previously published by the National Institute for Health and Welfare (THL) on this programme in 2010, 2011, 2012 and 2013 describe the developments undertaken and progress made in public social welfare and health care services around Finland and in NGOs. The present fifth and final report in this series brings together 42 articles discussing the development of mental health and substance abuse services from various perspectives. Each article also seeks to address the question “How to proceed from here?” Towards the end of the report, we include a review of developments undertaken in the Kaste development projects on mental health and substance abuse services and in the THL’s own spearhead projects. There are also proposals on how to improve training to raise the level of expertise of social welfare and health care professionals involved in mental health and substance abuse work. The final chapter summarises pointers for the future in mental health and substance abuse services.

The present report contains a substantial information package whose purpose is to provide a foundation for further development of mental health and substance abuse services. There are a lot of articles. The following chapter descriptions are an overview of the perspectives featured; there is also a separate article summary at the back of the report that describes the contents of each individual article in a few sentences.

The first chapter (What is the problem domain of mental health and substance abuse services like in 2015?) is a survey of the prevalence of mental health and substance abuse problems, mortality with specific reference to suicide mortality, and suicide prevention.

The second chapter (Aspects of prevention and promotion in mental health and substance abuse work) discusses concepts of prevention and promotion in mental health and substance abuse services, how preventive work is performed and how operations are coordinated. This is followed by a discussion of regulating availability as a means of preventing adverse effects of alcohol. Prevention of gambling problems is an emerging and developing challenge. The final article in the chapter extends the perspective in preventive work to the other Nordic countries.

The third and fourth chapters are about treatment and rehabilitation. The third chapter (Treatment and rehabilitation in support of recovery) discusses access to treatment and the development of the content of treatment. First is a description of the developments undertaken at Eksote to facilitate a productive and efficient mental health and substance abuse service package allowing direct access to treatment. This is followed by an article about the evaluation of Ostrobothnia Project based on a mental health survey conducted in western Finland. After this comes a series of articles discussing the services available for children and adolescents and how they should be improved; increasing cannabis use as a challenge for substance abuse services; the role of occupational health care and the new challenge of identifying gambling problems; the need to consider the mental health and substance abuse problems of the unemployed more closely than at present; and treatment of mental health and substance abuse problems for the elderly. Towards the end of the chapter, there is a discussing of recovery orientation and the importance of securing stable housing circumstances. The fourth chapter (Mental health and substance abuse services and the upheaval of the social welfare and health care integration) discusses integration from a variety of perspectives. The first is integration change management. The second concerns integration of systems and functions described through research. This is followed by a description of the mental health and substance abuse services integration process carried out at Eksote. The Peliklinikka (Gambling clinic) cluster, which addresses gambling problems, is an example of an integrated service package. Towards the end of the chapter there is a descrip-

tion of the development of prison health care, which is being transferred to the domain of the Ministry of Social Affairs and Health. The final article discusses the status and importance of NGOs.

The fifth chapter (Expertise by experience) discusses expertise by experience from a variety of perspectives: becoming an expert by experience; developing activities and related training; and improving and establishing expertise by experience as standard practice in two hospital districts.

The sixth and seventh chapters discuss IT from the perspectives of an organisation and a private citizen. The sixth chapter (IT as an organisational tool) presents an overview of IT development and then discusses how the Mielenterveys-RAI mental health services IT system has been used and how electronic tools have been employed at Eksote for organisation development. The seventh chapter (IT helping citizens) discusses the Mental Hub website, the Addictionlink website, the Peluuri helpline for problem gamblers, the Virtu.fi service in use in northern Finland, and the Palveluvaaka quality control portal; all of the above are services provide direct access for clients/patients.

The eighth chapter (Development tools promoting change) describes developments in THL spearhead projects and regional Kaste projects and also proposals discussed in the implementation steering group of the Plan for Mental Health and Substance Abuse Work of the Ministry of Social Affairs and Health for further development of training for mental health and substance abuse services.

The final chapter (What is next in mental health and substance abuse services development?) looks forward to recommended future developments in this field. The article is divided into four sub-chapters discussing various development challenges: the core topics of the articles in the present report; policies derived from international programmes; the mental health and substance abuse development points in the spearhead projects outlined in the Government Programme of Prime Minister Juha Sipilä's Government; and, in particular, the development challenges involved in the social welfare ('sote') reform. At the end of the chapter there is a description of the role of THL in continuing the further development of mental health and substance abuse services.

Keywords: mental health, mental health disorders, mental health services, mental health promotion, mental health rehabilitation, preventive mental health action, substance abuse, alcohol, drugs, gambling, preventive substance abuse action, substance abuse services, substance abuse treatment, substance abuse problems, gambling problems, national plan for mental health and substance abuse work, experiential expert, online services, social welfare reform

Sisällys

Esipuhe	3
Tiivistelmä	5
Sammandrag	7
Abstract	9
1 Millaiselta mielenterveys- ja päihde-ongelmakenttä näyttää vuonna 2015?	13
1.1 Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyyden ja sairastuvuuden kehitys Suomessa.....	13
1.2 Mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyvä kuolleisuus.....	21
1.3 Itsemurhakuolleisuus ja itsemurhien ehkäisy	26
2 Näkökulmia ehkäisevään ja edistävään mielenterveys- ja päihdetyöhön	31
2.1 Käsitteet liikkeessä – rakenteet muutoksessa	31
2.2 ”Vuoropuhelua ja yhdessä tekemistä” – kokemuksia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kehittämistä viidessä pohjalaiskunnassa.....	33
2.3 Ehkäisevän päihdetyön koordinaatio kunnissa – hyviä malleja ja tulevaisuuden haasteita	36
2.4 Alkoholin saatavuuden säätely osana alkoholihaittojen ehkäisyä	41
2.5 Paikallisia avauksia rahapelihaittojen ehkäisyyn.....	47
2.6 Vertaileva pohjoismainen näkökulma edistävään ja ehkäisevään työhön ja sen rakenteisiin	50
3 Hoito, kuntoutus ja asuminen toipumista tukemassa	55
3.1 Miten Eksoten mielenterveys- ja päihdepalveluissa hävitettiin jonot?.....	55
3.2 Länsi-Suomen mielenterveyskysely 2005–2014	64
3.3 Onnellisista lapsista terveiksi aikuisiksi – katsaus epidemiologiaan ja auttamiskeinoihin	72
3.4 Nuorison tilanne – miksi nuoret syrjäytyvät vai syrjäytyvätkö?	83
3.5 Kannabis ja päihdepalvelujärjestelmä	103
3.6 Työterveyshuolto mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien työntekijöiden hyvinvoinnin ja työkyvyn tukena	113
3.7 Rahapeliongelmat työterveyshuollon haasteena.....	121
3.8 Unohdetut työttömät	123
3.9 Iäkkäiden ihmisten alkoholinkäyttö ja palvelujärjestelmä.....	127
3.10 Toipumisorientaatio hoidon ja kuntoutuksen viitekehyksenä	133
3.11 Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien työllistyminen ja sen edistäminen.....	142
3.12 Asumisen oikeus ja tuen tarve	158
4 Mielenterveys- ja päihdepalvelut sote-integraation myllerryksessä	167
4.1 Muutosjohtamisen haasteet.....	167
4.2 Vaikuttaako mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio? Palvelujärjestelmän integraatio tutkimuksen kohteena.....	171
4.3 Tuollainen voikin onnistua – viiden vuoden tarkastelua kaleidoskoopin läpi.....	183
4.4 Rahapeliongelma ja mielenterveysongelma – Peliklinikan havaintoja ja kokemuksia	219
4.5 Vankien terveydenhuollon kehittäminen	229
4.6 Järjestöjen asema ja merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä.....	232
5 Kokemusasiantuntijuus	239
5.1 Kokemusasiantuntijatoimintaa kehittämässä – kokemusasiantuntijan näkökulma	239
5.2 Kokemusasiantuntijatoimintaa kehittämässä Mielen avain -hankkeessa	245
5.3 Kokemusasiantuntijat asiakaslähtöisyyttä rakentamassa Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä – palautteen antajasta kehittäjäkumppaniksi.	252
5.4 Kokemusasiantuntijatoiminta osana palvelujärjestelmää	261

6	Tietoteknologia organisaation työvälineenä	268
6.1	Valtakunnalliset sähköiset palvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa	268
6.2	Mielenterveys-RAI:sta hyötyä mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa?.....	274
6.3	Eksoten sähköisten työkalujen kehittäminen.....	282
7	Tietoteknologia kansalaisen apuna.....	291
7.1	Mielenterveystalo.fi – Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhteistyöhanke muiden sairaanhoitopiirien, organisaatioiden ja kokemusasiantuntijoiden kanssa.	291
7.2	Päihdelinkki, Peluuri.....	295
7.3	Sosiaali- ja terveyspalveluja verkosta Lapissa, Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus.....	301
7.4	Palveluvaaka.fi – Etsi, vertaa ja arvioi mielenterveys- ja päihdehuollon palveluita	312
8	Kehittämistyön välineet muutosta edistämässä.....	319
8.1	THL Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa toteuttamassa – THL:n kärkihankkeet	319
8.2	Mielenterveys- ja päihdetyön laajat Kaste-kehittämishankkeet	328
8.3	Mielenterveys- ja päihdetyön ammatillisen opetuksen kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla ...	341
9	Miten mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen jatkuu?	350
9.1	Raportin artikkeleiden ydinviestit.....	350
9.2	Mitä voidaan oppia kansainvälistä kokemuksista?.....	354
9.3	Miten mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen saa tukea hallitusohjelmasta?	356
9.4	Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä on jatkettava laajalla rintamalla.....	359
	Artikkelitiivistelmät.....	364
	Kirjoittajat ja toimituskunnan jäsenet	373
	Aiemmin julkaistut mielenterveys- ja päihdesuunnitelman THL:n ja STM:n raportit.....	379

1 Millaiselta mielenterveys- ja päihde-ongelmakenttä näyttää vuonna 2015?

Tässä luvussa luodaan katsaus mielenterveys- ja päihdehäiriöiden kehitykseen ja tämän hetkiseen tilanteeseen. Ensimmäisestä artikkelista saa yleiskatsauksen mielenterveys- ja päihdehäiriöiden yleisyyteen. Alkoholin käyttöä tarkastellaan lisäksi tarkemmin luvussa 2 osana ehkäisevää päihdetyötä ja kannabiksen lisääntyntä käyttöä päihdehoidon haasteena luvussa 3. Tämän luvun toisessa artikkelissa tarkastellaan mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyvää ennenaikaista tautikuolleisuuden riskiä sekä moninkertaista itsemurhariskiä. Kolmannessa artikkelissa paneudutaan tarkemmin itsemurhakuolleisuuteen ja itsemurhien ehkäisyyn.

1.1 Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyyden ja sairastuvuuden kehitys Suomessa

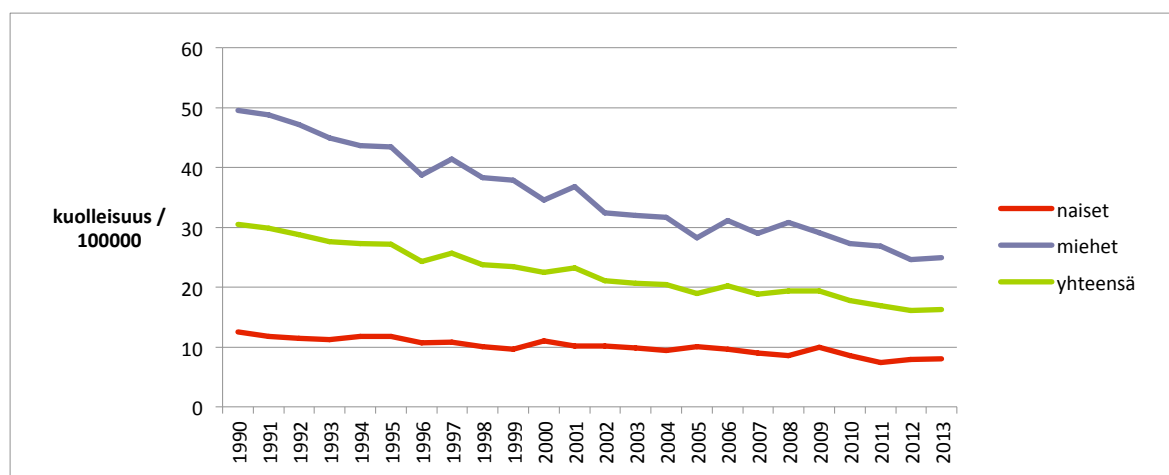
Jaana Suvisaari

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat keskeisimpiä kansanterveysongelmia. Niistä aiheutuva sairaustaakka on maailmanlaajuisesti lisääntynyt 37 % vuodesta 1990 vuoteen 2010 (Murray ym. 2012). Mielenterveyshäiriöistä suurimman sairaustaakan maailmanlaajuisesti aiheuttavat masennushäiriöt (Whiteford ym. 2013), yksilötasolla kuormittavimpia sairauksia ovat psykoosisairaudet (Üstün ym. 1999).

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyyden kehittymistä Suomessa voidaan seurata kansallisten rekisteritietojen ja väestötutkimusten avulla. Molemmista tietolähteissä on rajoituksia. Rekisteritiedot kuvastavat pääosin hoitoon hakeutumista ja hoitoa. Siten esimerkiksi masennuslääkkeiden käytön lisääntyminen voi heijastaa avun saannin ja hoidon tehostumista, ei masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden yleistymistä. Itsemurhien väheneminen voi myös olla merkki hoidon paranemisesta ja itsemurhamenetelmien saataavuuden rajoituksista, ei itsemurhaan johtaneiden mielenterveyshäiriöiden vähenemisestä. Väestötutkimukset perustuvat satunnaisotoksiin suomalaisväestöstä ja antavat parhaimmillaan hyvän kuvan väestön terveydestä ja hyvinvoinnista. Väestötutkimusten suuri haaste viime vuosina on ollut, että kansalaisten kiinnostus osallistumiseen on vähentynyt, ja katoon päätyvät muita useammin henkilöt, joilla on ollut hoitojaksoja vakavien mielenterveyshäiriöiden vuoksi (Suvisaari ym. 2009, Markkula ym. 2015). Kadon vaikutuksia voidaan ottaa huomioon tilastotieteellisin erityismenetelmin (Suvisaari ym. 2009, Markkula ym. 2015), mutta tiedon puuttumista ei koskaan voida täysin korjata. Toinen rajoitus on, että tieto mielenterveydestä perustuu henkilön joko kyselylomakkeella tai haastattelussa antamiin tietoihin, ja väärinymmärrykset tai haluttomuus paljastaa arkaluonteisiksi koettuja ongelmia saattavat vaikuttaa vastauksiin. Tietoa ei myöskään saada, jos sitä ei kysytä. Väestötutkimukset keskittyvät yleisimpiin ja suhteellisen helposti arvioitaviin ongelmiin, kuten mieliala-, ahdistuneisuus- ja päihdehäiriöihin, ja esimerkiksi persoonallisuushäiriöiden esiintyvyydestä on huomattavasti vähemmän tietoa. Arvioitaessa seuraavassa kuvattavia tietoja mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyydestä ja sairastuvuuden kehityksestä nämä rajoitukset on hyvä muistaa.

Itsemurhat

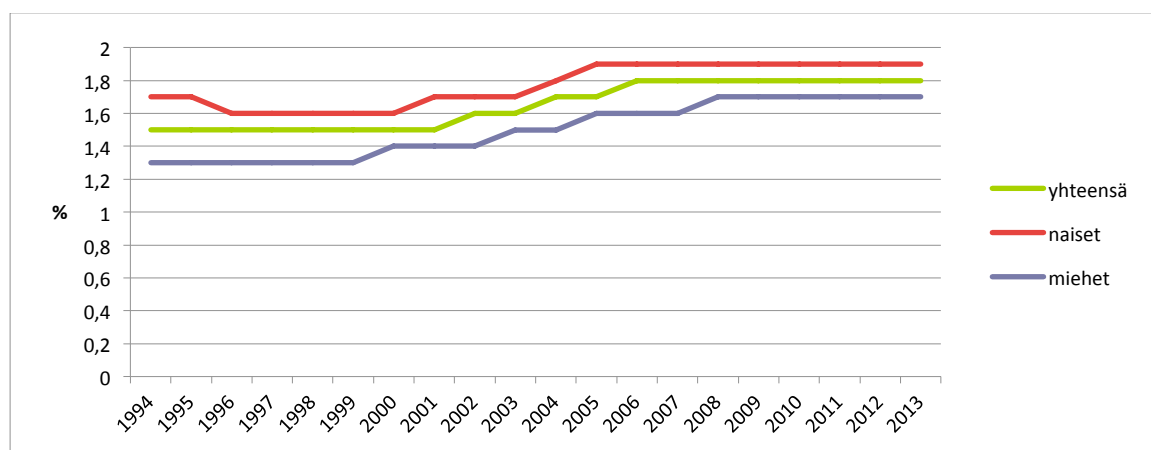
Itsemurhakuolleisuus on laskenut Suomessa merkittävästi viimeisen 25 vuoden aikana (Kuvio 1.). Kun vuonna 1990 itsemurhakuolleisuus oli 30,5 sataa tuhatta asukasta kohden, se oli 16,3 sataa tuhatta asukasta kohden vuonna 2013. Kehitys on ollut suotuisa vuosien 2009–2013 välilläkin: itsemurhakuolleisuus laski 19,4:stä 16,3:en sataa tuhatta asukasta kohden. Aikavälillä alhaisin itsemurhakuolleisuus oli vuonna 2012, jolloin se oli 16,1 sataa tuhatta asukasta kohden. Onkin syytä seurata tiiviisti, onko vuoden 2013 hieman tätä korkeampi luku satunnaisvaihtelua vai merkki kasvavasta trendistä.



Kuvio 1. Itsemurhakuolleisuus Suomessa 100000 asukasta kohden vuosina 1990–2013 (Lähde: Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet)

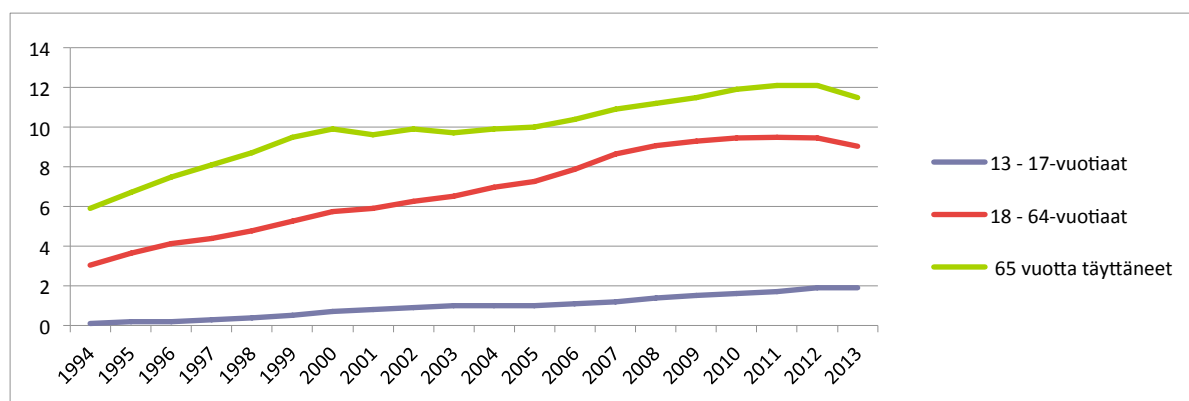
Lääkkeiden käyttö

Erityiskorvattavaan lääkitykseen psykoosin vuoksi oikeutettujen osuus väestöstä vuosina 1994–2013 on esitetty kuviossa 2. Erityiskorvattavaan lääkitykseen oikeutettujen osuus on noussut hienoisesti, 1,5 prosentista 1,8 prosenttiin.



Kuvio 2. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettujen prosentuaalinen osuus väestöstä vuosina 1994–2013 (Lähde: Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet)

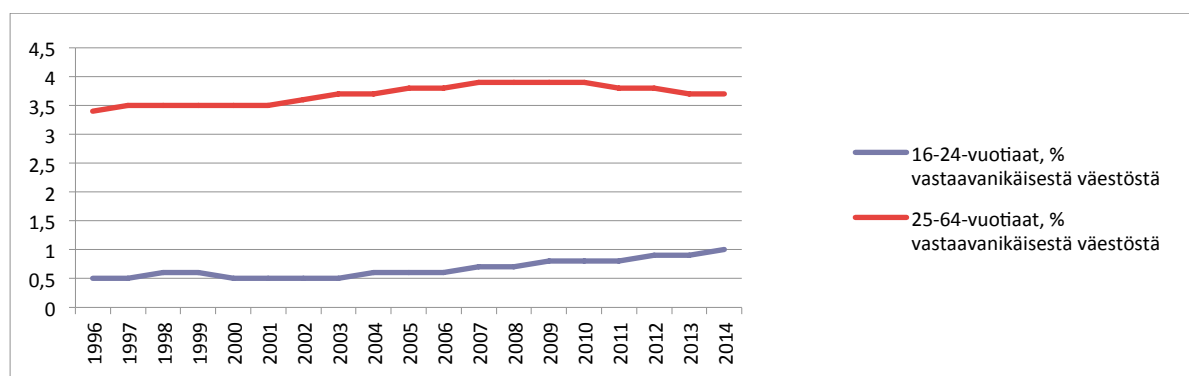
Samana ajanjaksona depressiolääkkeistä KELA:n korvauksen saaneiden vuosittainen määrä on noussut huomattavasti kaikissa ikäryhmissä (Kuvio 3.). Työikäisten ja 65 vuotta täyttäneiden depressiolääkkeiden käyttö oli runsaimmillaan vuonna 2011, jolloin depressiolääkitystä oli käyttänyt 9,5 prosenttia työikäisistä ja 12,1 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä. Nuoruusikäisten käyttö on aikuisväestöön verrattuna huomattavasti vähäisempää mutta yleistynyt koko ajanjakson ajan.



Kuvio 3. Depressiolääkkeistä KELA-korvausta saaneiden osuus 1000 asukasta kohden nuorilla, työkäisillä ja 65 vuotta täyttäneillä (Lähde: Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet)

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden vaikutus työkykyyn

Suomessa mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat yleisimpiä työkyvyttömyyteen johtavia sairauksia (Suomen virallinen tilasto: Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2013). Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetissa on seurantatietoa saatavissa mielenterveyshäiriöiden vuoksi 16–24-vuotiaille ja 25–64-vuotiaille myönnettyistä työkyvyttömyyseläkkeistä. Työkyvyttömyyseläkkeellä mielenterveys- tai päihdehäiriöiden vuoksi olevien osuus 16–24-vuotiaista on lisääntynyt vuosien 1996–2013 aikana, jonkin verran myös 2009–2013 aikana, kun taas osuus 25–64-vuotiaista saavutti huippunsa vuosina 2007–2010 ja on sen jälkeen käänntynyt loivaan laskuun. Vuonna 2013 työkyvyttömyyseläkkeellä mielenterveys- tai päihdehäiriön vuoksi oli 0,9 prosenttia 16–24-vuotiaista ja 3,7 prosenttia 25–64-vuotiaista (Kuvio 4.).



Kuvio 4. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavien 16 - 24-vuotiaiden ja 25–64-vuotiaiden prosentuaalinen osuus vastaavanikäisestä väestöstä (Lähde: Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.)

Suomessa oli vuonna 2013 työkyvyttömyyseläkkeellä 241 872 henkilöä, ja heistä 111327 (47,2 %) sai eläkettä mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriön vuoksi (Suomen virallinen tilasto: Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2013). Ryhmään kuuluu 16974 älyllisen kehitysvammaisuuden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavaa ja 3900 päihdehäiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavaa. Vuonna 2009 työkyvyttömyyseläkkeellä oli 272 326 suomalaista, ja heistä 117 202 (44,7 %) oli työkyvyttömyyseläkkeellä mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriön vuoksi (Suomen virallinen tilasto: Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2009). Siten työkyvyttömyyseläkkeellä olevien määrä Suomessa on viime vuosina vähentynyt, ja mielenterveyshäiriöiden osuus työkyvyttömyyteen johtaneiden sairauksien joukossa hieman kasvanut.

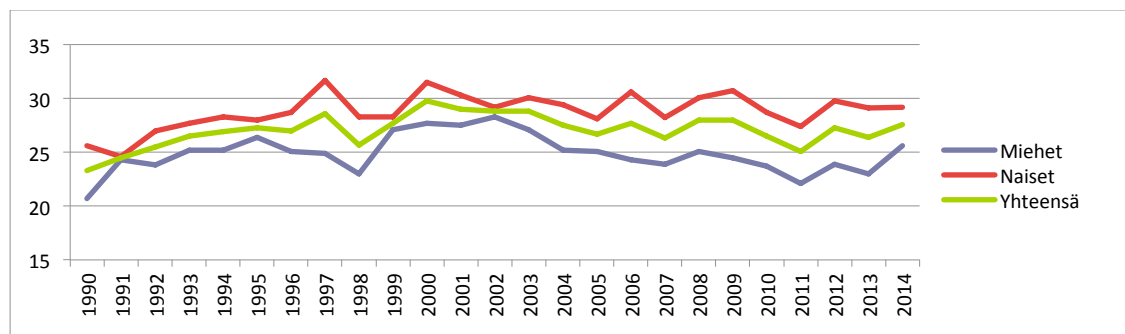
Mielenterveysongelmien kehitys väestötutkimusten ja rekisteritutkimusten valossa

Suomessa on viitteitä masennushäiriöiden yleistymisestä. Masennushäiriöiden yleisyyttä 30 vuotta täyttäneessä väestössä tutkittiin edustavassa väestötöksessä Terveys 2000- ja Terveys 2011-tutkimuksissa (Markkula ym. 2015). Tulosten mukaan masennushäiriöt ovat yleistyneet naisilla. Viimeisen 12 kuukauden aikana masennusjakson oli sairastanut 9,5 prosenttia naisista vuonna 2000, ja vuonna 2011 luku oli noussut 12,4 prosenttiin (Taulukko 1.). Masennusjaksot olivat yleisimpiä 30–44-vuotiailla naisilla.

Taulukko 1. Masennushäiriöiden esiintyvyys viimeisen 12 kuukauden aikana ja siinä tapahtuneet muutokset 30 vuotta täyttäneillä suomalaisilla vuodesta 2000 vuoteen 2011 Terveys 2000- ja Terveys 2011 – tutkimuksen tulosten mukaan. (Lähde: Markkula ym. J Affect Disord. 2015;173:73–80.)

	Esiintyvyys vuonna 2000 (%)	Esiintyvyys vuonna 2011 (%)	Muutoksen tilastollinen merkitsevyys (P)
Vakava masennustila:			
Miehet	3,5	4,4	0,77
Naiset	8,0	10,0	0,049
Yhteensä	5,9	7,4	0,13
Pitkäaikainen masennus (dystymia)			
Miehet	3,7	4,4	0,28
Naiset	3,9	4,6	0,95
Yhteensä	3,8	4,5	0,43
Kaikki masennushäiriöt			
Miehet	4,9	6,5	0,32
Naiset	9,5	12,4	0,018
Yhteensä	7,3	9,6	0,014

Masennusoireiden yleistymistä havaittiin myös 14–16-vuotiailla tytöillä Kouluterveyskyselyssä vuosina 2000–2011 (Torikka ym. 2014). Masennusoireilu oli yleistynyt erityisesti niillä, joiden vanhemmilla oli heikko sosioekonominen asema (Torikka ym. 2014). Toisenlainen tulos on saatu Aikuisväestön terveyskäyttötutkimuksessa, jossa viimeisen kuukauden aikana koettu unettomuus tai masentuneisuus on 2000-luvun alusta pikemminkin hieman vähentynyt (Kuvio 5.). Syitä eri aineistojen antamiin ristiriitaisiin tuloksiin on monia. Terveys 2000- ja 2011 -tutkimusten etuna on, että rekisteripohjaisia tietoja oli käytettävissä niistä, jotka eivät osallistuneet tutkimushaastatteluun, ja puuttuvan tiedon vaikutusta oli mahdollista korjata. Kouluterveyskyselyn vastaamisaktiivisuus on hyvä, kun taas osallistuminen Aikuisväestön terveyskäyttötutkimukseen on heikentynyt viime vuosina.



Kuvio 5. Unettomuutta ja/tai masentuneisuutta viimeksi kuluneen kuukauden aikana kokeneiden 25 - 64-vuotiaiden osuus vastaajaisesta väestöstä. (Lähde: Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.)

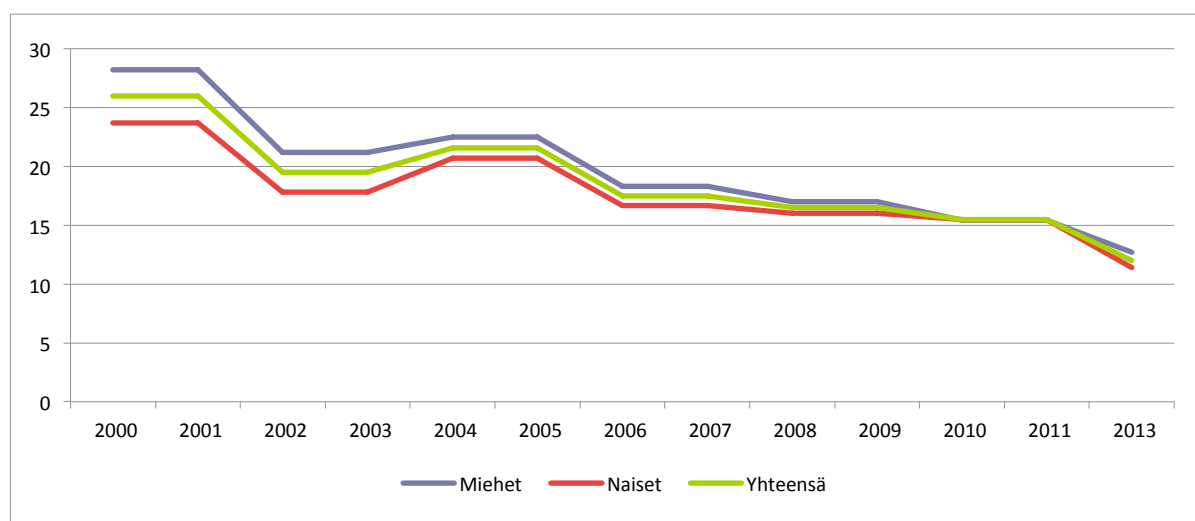
Rekisteripohjaisesti on tutkittu skitsofrenian ilmaantuvuuden vaihtelua. Ilmaantuvuudella tarkoitetaan vuosittain ilmenevien uusien sairaustapausten suhteellista osuutta tietyssä väestössä ja sen ikäryhmässä. Vuonna 1999 julkaistussa tutkimuksessa, jossa tutkittiin 1954–1965 syntyneitä, ilmaantuvuus oli korkeampi 1950-luvulla syntyneillä kuin 1960-luvulla syntyneillä (Suvisaari ym. 1999). Sittemmin tehdyssä laajemman syntymäaikavälin ja seuranta-ajan sisältäneessä tutkimuksessa todettiin ilmaantuvuuden laskeneen 1990-luvun alkuun asti, minkä jälkeen se on jonkin verran noussut (Salokangas ym. 2011). Suuri osa muutoksista vaikutti selittyvän diagnostisten kriteerien ja käytäntöjen muutoksella, mikä onkin yksi rekisteripohjaisen trendiseurannan haasteista (Salokangas ym. 2011). Psykoosit Suomessa -tutkimuksessa psykoosien esiintyvyyttä tutkittiin Terveys 2000-tutkimuksessa, ja diagnoosi pohjautui puolistrukturoituun psykiatriseen haastatteluun ja/tai potilaskertomustietojen systemaattiseen läpikäyntiin. Tutkimuksessa kaikkien psykoosien elämänaikainen esiintyvyys 30 vuotta täyttäneillä suomalaisilla oli 3,5 prosenttia ja skitsofrenian 1,0 prosenttia (Perälä ym. 2007).

Autismispektrin häiriöiden esiintyvyys on kasvanut länsimaissa (Idring ym. 2014, Hansen ym. 2015), ja vastaava ilmiö on havaittu myös Suomessa (Hinkka-Yli-Salomäki ym. 2014). Suuri osa havaitusta kasvusta selittyy kuitenkin tunnistamisen, diagnostiikan ja hoidon kehittymisellä.

Muista keskeisistä mielenterveyshäiriöistä ei ole tehty pitkittäisseurantatutkimuksia. Ennen vuotta 2009 tehtyjen mielenterveyshäiriöiden epidemiologisten tutkimusten keskeisiä tuloksia on koottu Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman julkaisusarjan aikaisempaan julkaisuun (Suvisaari 2010).

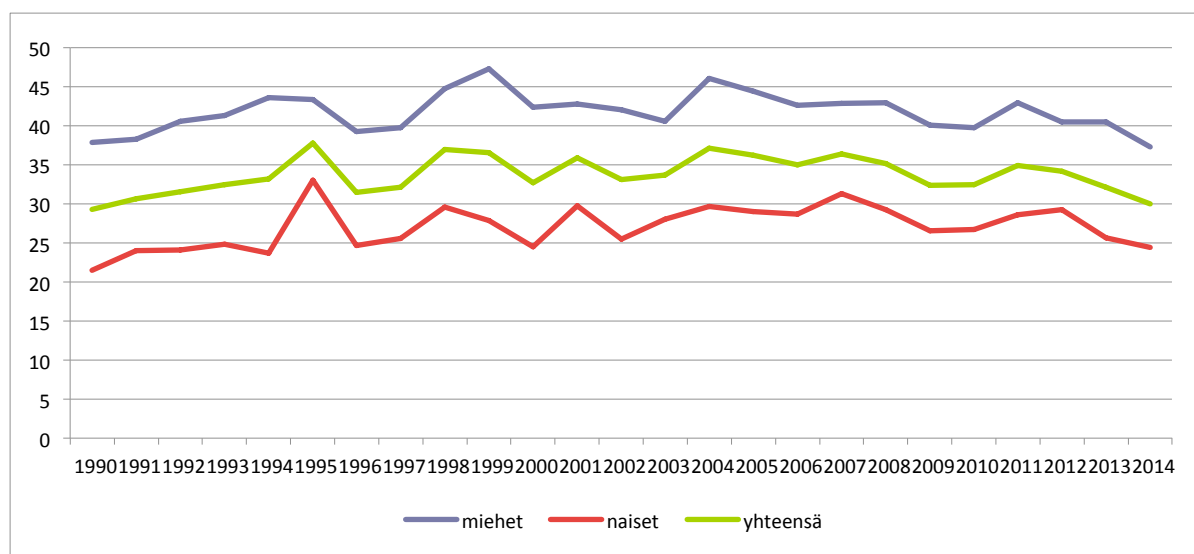
Päihteiden käyttö ja päihdeongelmat väestö- ja rekisteritutkimusten valossa

Koululaisten alkoholin käyttö on vähentynyt. Kouluterveyskyselyssä on kartoitettu humalahakuista juomista. Tosi humalaan vähintään kerran kuussa itsensä juovien kahdeksannen ja yhdeksannen luokan opiskelijoiden osuus on laskenut: vuonna 2000 se oli 26 prosenttia, vuonna 2011 15,5 prosenttia ja vuonna 2013 12 prosenttia (Kuvio 6.)



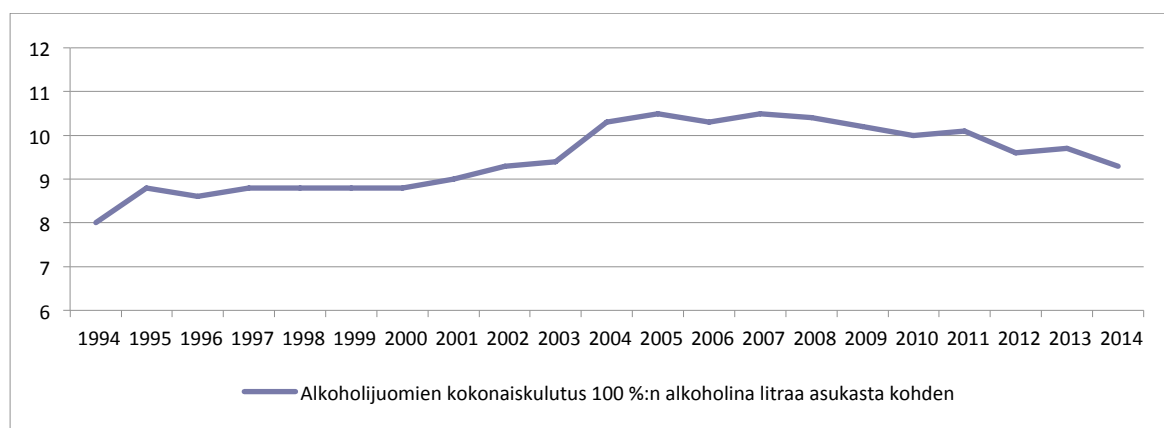
Kuvio 6. Tosi humalaan vähintään kerran kuukaudessa itsensä juovien osuus kahdeksannen ja yhdeksannen luokan oppilaista. (Lähde: Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.)

Hienoista vähenemistä on myös aikuisväestön itse ilmoitetussa alkoholin kulutuksessa viime vuosina 2000-luvun puolivälistä (Kuvio 7.).



Kuvio 7. Alkoholin kulutus viimeksi kuluneen viikon aikana (miehet vähintään 8 annosta, naiset vähintään 5 annosta) 25-64-vuotiailla, osuus vastaavanikäisestä väestöstä. (Lähde: Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.)

Alkoholijuomien kokonaiskulutus Suomessa oli niin ikään korkeimmillaan 2000-luvun puolivälissä ja on siitä vähentynyt jonkin verran, mutta taso on edelleen korkeampi kuin 2000-luvun alussa (Kuvio 8.). Alkoholikuolleisuus nousi samanaikaisesti kokonaiskulutuksen kanssa, saavutti huippunsa vuonna 2008 ja on sen jälkeen laskenut (Suomen virallinen tilasto: Kuolemansyyt 2013). Vuonna 2013 alkoholiperäisiin kuolemansyihin kuoli kuitenkin runsaat 1900 suomalaista, ja yli 65-vuotiaiden miesten kuolleisuus alkoholiperäisiin kuolemansyihin on nousussa (Suomen virallinen tilasto: Kuolemansyyt 2013).



Kuvio 8. Alkoholijuomien kokonaiskulutus Suomessa, litraa asukasta kohden. (Lähde: Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.)

Huumausaineiden, erityisesti kannabiksen, käyttö on lisääntynyt, tosin enemmistöllä se on muutamaaan kertaan rajoittuvaa kokeilua. Taulukossa 2 on esitetty vuodesta 1992 alkaen 4 vuoden välein toteutetun huumeekyselyn tulokset ainakin kerran elämänsä aikana eri huumausaineita kokeilleista (Hakkarainen ym. 2015). Käyttö viimeisen vuoden ja kuukauden aikana on yleisintä 15–24-vuotiailla, elämänaikainen käyttö 25–34-vuotiailla (Hakkarainen ym. 2015). Vuoden 2014 kyselyssä 25–34-vuotiaista yli kolmasosa ilmoitti kokeilleensa kannabista (Hakkarainen ym. 2015).

Huumausaineriippuvuuden yleisyydestä ei ole tarkkaa tietoa. Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäyttäjiä arvioitiin olevan Suomessa 18 000–30 000 vuonna 2012, eli 0,55–0,9 prosenttia maan 15–64-vuotiaasta väestöstä (Varjonen ym. 2015). Opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä vieroitus- ja korvaushoidossa oli vuonna 2011 2 439 potilasta (Partanen ym. 2014).

Taulukko 2. Huumausaineita ainakin kerran käyttäneiden osuus 15–69-vuotiaista suomalaisista; taulukossa mukana yleisimminkin käytetyt huumeet. (Lähde: Hakkarainen ym. 2015)

	1992	1996	1998	2002	2006	2010	2014
Kannabis	5,6%	7,9%	9,7%	12,0%	13,3%	16,9%	19,4%
Amfetamiini	0,3%	0,9%	1,1%	2,0%	2,1%	2,1%	3,0%
Ekstaasi		0,3%	0,5%	1,3%	1,5%	1,7%	2,6%
Kokaiini	0,2%	0,3%	0,7%	0,6%	1,0%	1,5%	1,7%
Heroiini	0,3%	0,3%	0,3%	0,5%	0,4%	0,5%	0,4%
Buprenorfiini					0,6%	0,8%	0,8%
Liimat, liuottimet	0,7%	1,1%	2,1%	1,8%	1,7%	1,8%	2,2%
Rauhoittavat, uni- ja kipulääkkeet ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen	2,8%	3,4%	4,8%	6,9%	6,6%	6,5%	5,3%

Pohdinta

Myönteisin mielenterveyttä koskeva uutinen on itsemurhakuolleisuuden vähentyminen Suomessa, joka on jatkunut 1990-luvun alusta alkaen. Suomen itsemurhakuolleisuus on kuitenkin edelleen eurooppalaisen keskitason yläpuolella. Vuonna 2013 Suomessa tehtiin 887 itsemurhaa. Jokainen näistä on liikaa. Itsemurhien ehkäisy onkin yksi Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon kärkihankkeista vuosina 2014–2015.

Toinen myönteinen uutinen on koululaisten humalahakuisen juomisen väheneminen. Valitettavasti samanaikaisesti ikääntyvän väestön alkoholiperäiset kuolemat lisääntyvät. Alkoholit on suomalaisessa yhteiskunnassa eniten haittoja aiheuttava päihde, ja alkoholihaittojen vähentämiseen on pyrittävä aktiivisesti.

Masennushäiriöt saattavat olla yleistymässä. Terveys 2011-tutkimuksessa viimeisen vuoden aikana sairastetut masennusjaksot olivat yleisimpiä 30–44-vuotiailla naisilla. Lapsiperheiden jaksamista onkin tuettava nykyistä aktiivisemmin. Toisaalta myös 14–16-vuotiailla tytöillä on masennusoireilua jonkin verran aikaisempaa enemmän. Masennusoireet ovat yleistyneet nuorilla, joiden vanhemmilla on heikko sosioekonominen asema, kun taas parempiosaisten perheiden nuorilla lisääntymistä ei ole havaittu. Koululaisten masennuksen ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoitoon on panostettava.

Suomessa huumausaineiden käyttö on edelleen vähäisempää kuin useimmissa muissa Euroopan maissa, mutta samaan aikaan kun muissa maissa käyttö on laskusuunnassa, Suomessa etenkin nuorten aikuisten käyttökokeilut lisääntyvät. Nuoret aikuiset suhtautuvat myös aikaisempaa myönteisemmin etenkin kannabiksen käyttöön (Hakkarainen ym. 2015). Olisikin tärkeää, että nuorilla olisi oikeat tiedot kannabiksen käytön riskeistä ja että he olisivat myös nykyistä paremmin tietoisia erilaisista hoito- ja tukimahdollisuuksista (Hakkarainen ym. 2014).

Monista keskeisistä mielenterveysongelmista ei ole saatavissa luotettavia trenditietoja. Mielenterveyshäiriöiden toteaminen edellyttää diagnostista haastattelua, johon useimmissa väestön terveysseurannoissa ei ole mahdollisuutta. Kenties tätäkin suurempi ongelma on, että juuri vakavista mielenterveys- tai päihdeongelmista kärsivät jättävät vastaamatta kysely- ja haastattelututkimuksiin. Hoitojärjestelmästä saatavat tiedot heijastavat hoitoon hakeutumista ja tunnistamisen ja hoidon laatua. Äskettäin julkaistu tutkimus viittaa siihen, että ainakin nuorten aikuisten masennuksen hoidon laatu on parantunut 2000-luvun puolivälissä kerätystä tutkimusaineistosta verrattuna aikaisempiin samaa ikäryhmää koskeneisiin tutkimuksiin (Kasteenpohja ym. 2015). Suuri osa masennuslääkkeiden käytön kasvusta heijastaneekin hoidon tehostumista.

Suurin tietoaikko väestön mielenterveyden seurannassa on lasten mielenterveyttä koskevien tietojen puute. Suuri osa mielenterveyshäiriöistä alkaa jo lapsuus- ja nuoruusiässä, ja lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisy ja varhainen hoito on vaikuttavinta mielenterveystyötä. Tukeeseen se tarvitsee luotettavaa tietoa mielenterveyshäiriöiden ja -oireiden esiintyvyydestä. Lasten mielenterveyden seuranta on siis kehitettävä.

Lähteet

- Hakkarainen P, Karjalainen K, Ojajarvi A, Salasuo M. Huumausainneiden ja kuntodopingin käyttö ja niitä koskevat mielipiteet Suomessa vuonna 2014. *Yhteiskuntapolitiikka* 2015;80:319–333
- Hakkarainen P, Kaprio J, Pirkola S, Seppälä T, Soikkeli M, Suvisaari J. Kannabis ja terveys. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014, Tutkimuksesta tiiviisti 17.
- Hansen SN, Schendel DE, Parner ET. Explaining the increase in the prevalence of autism spectrum disorders: the proportion attributable to changes in reporting practices. *JAMA Pediatr.* 2015 Jan;169(1):56-62
- Hinkka-Yli-Salomäki S, Banerjee PN, Gissler M, Lampi KM, Vanhala R, Brown AS, Sourander A. The incidence of diagnosed autism spectrum disorders in Finland. *Nord J Psychiatry.* 2014 Oct;68(7):472-80.
- Idring S, Lundberg M, Sturm H, Dalman C, Gumpert C, Rai D, Lee BK, Magnusson C. Changes in prevalence of autism spectrum disorders in 2001-2011: Findings from the Stockholm Youth Cohort. *J Autism Dev Disord.* 2015; 45(6): 1766-73.
- Kasteenpohja T, Marttunen M, Aalto-Setälä T, Perälä J, Saarni SI, Suvisaari J. Treatment received and treatment adequacy of depressive disorders among young adults in Finland. *BMC Psychiatry* 2015; 15:47
- Markkula N, Suvisaari J, Saarni SI, Pirkola S, Peña S, Saarni S, ym. Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up--results from the Finnish Health 2011 Survey. *J Affect Disord.* 2015;173:73-80.
- Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, ym. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012;380:2197-223.
- Partanen A, Vormaa H, Alho H, Leppo A. Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 2014;69:481-6
- Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, Partonen T, Tuulio-Henriksson A, Hintikka J, Kiesepää T, Härkänen T, Koskinen S, Lönnqvist J. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(1):19-28.
- Salokangas RK, Helminen M, Koivisto AM, Rantanen H, Oja H, Pirkola S, Wahlbeck K, Joukamaa M. Incidence of hospitalised schizophrenia in Finland since 1980: decreasing and increasing again. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46:343-50.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt 2013. Tilastokeskus 2014. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_fi.pdf
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Tilasto Suomen eläkkeensaajista [verkkójulkaisu]. Helsinki: Eläketurvakeskus ja Kansaneläkelaitos [viitattu: 6.3.2015]. Saantitapa: <http://www.tilastokeskus.fi/til/elakk/>
- Suvisaari JM, Haukka JK, Tanskanen AJ, Lönnqvist JK. Decline in the incidence of schizophrenia in Finnish cohorts born from 1954 to 1965. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(8):733-40.
- Suvisaari J, Aalto-Setälä T, Tuulio-Henriksson A, Härkänen T, Saarni SI, Perälä J, Schreck M, Castaneda A, Hintikka J, Kestilä L, Lähteenmäki S, Latvala A, Koskinen S, Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J. Mental disorders in young adulthood. *Psychol Med.* 2009;39(2):287-99.
- Suvisaari J. Mielenterveyshäiriöiden epidemiologia Suomessa. In: Partanen A, Moring J, Nordling E, Bergman V (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010; Avauksia 16
- Torikka A, Kaltiala-Heino R, Rimpelä A, Marttunen M, Luukkaala T, Rimpelä M. Self-reported depression is increasing among socio-economically disadvantaged adolescents - repeated cross-sectional surveys from Finland from 2000 to 2011. *BMC Public Health.* 2014;14:408.
- Üstün TB, Rehm J, Chatterji S, Saxena S, Trotter R, Room R, Bickenbach J. Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. *Lancet* 1999;354:111-115.
- Varjonen V. Huuometilanne Suomessa 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015; Raportti 1.
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, ym. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2013;382(9904):1575-86.

1.2 Mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyvä kuolleisuus

Jaana Suvisaari

Mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyy huomattava ennenaikaisen kuoleman riski. Äskettäin julkaistun kansainvälisen, laajan meta-analyysin mukaan mielenterveyshäiriöihin liittyy yli kaksinkertainen kuolleisuus muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna, ja ero muuhun väestöön verrattuna on kasvanut viimeisen 20 vuoden aikana (Walker ym. 2015). Suomessa sairaalahoidossa mielenterveys- tai päihdehäiriöiden vuoksi hoidossa olleet kuolevat noin 10–25 vuotta aikaisemmin kuin muu väestö. Suuri osa kuolleisuudesta liittyy sairauksiin, mutta mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyy myös moninkertainen itsemurhariski muuhun väestöön verrattuna. Suomessa ylikuolleisuutta ja sen taustatekijöitä on tutkittu paljon, mutta koska tutkimusaineistojen muodostaminen eri rekisteritietoja yhdistämällä on aikaa vievää, suurin osa tutkimuksista koskee ennen vuotta 2010 muodostettuja tutkimusaineistoja.

Seuraavassa eri mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyvää ylikuolleisuutta käsitellään seuraavassa aluksi häiriökohtaisesti. Ratkaisumallit ovat yleisempiä, ja niitä käsitellään lopuksi.

Psykoosit

Pohjoismaisessa yhteistyötutkimuksessa verrattiin skitsofrenian vuoksi hoidossa olleiden potilaiden ylikuolleisuutta ja eliniän lyhenemistä Suomessa, Tanskassa ja Ruotsissa vuosina 1987–2006 (Laursen ym. 2013). Skitsofreniaa sairastavien miesten elinikä oli Suomessa 17 vuotta lyhyempi kuin muun väestön, naisten 16 vuotta. Tanskassa ja Ruotsissa ero muuhun väestöön oli vielä hieman suurempi (Laursen ym. 2013). Suurin osa kuolleisuudesta liittyy tautikuolemiin. Skitsofreniaa sairastavien sydän- ja verisuonitautikuolleisuus oli lähes kolminkertainen muuhun väestöön verrattuna (Laursen ym. 2013). Laajan kansainvälisen meta-analyysin mukaan psykooseihin liittyy noin 2,5-kertainen kuolleisuus muuhun väestöön verrattuna ja (Walker ym. 2015). Ero muuhun väestöön verrattuna on kasvanut viime vuosikymmeninä (Walker ym. 2015).

Vuosina 2000–2001 toteutetussa Terveys 2000-tutkimuksessa, joka kartoitti 30 vuotta täyttäneiden suomalaisten terveydentilaa, toteutettiin syventävä tutkimus psykoosisairauksista. Heidän kuolleisuuttaan ja kuolleisuuteen vaikuttavia tekijöitä selvitettiin vuoteen 2009 ulottuneessa seurantatutkimuksessa. Tutkimuksen mukaan skitsofreniaa sairastavilla on kolminkertainen kuolleisuus muihin tutkimusaineistoon kuuluihin verrattuna, ja muilla ei-mielialaoireista psykoosia sairastavilla todettiin lähes kaksinkertainen kuolleisuus. Kuolinsyyt olivat lähes yksinomaan tautikuolemia, ja tärkeimmät ylikuolleisuutta ennustavat tekijät olivat tupakointi ja aikuistyyppin diabetes. (Suvisaari ym. 2013).

Marjo Kiviniemi tarkasteli osana väitöskirjatutkimustaan skitsofreniadiagnoosin saaneiden kuolleisuutta ensimmäisen viiden vuoden aikana hoidon alusta. Skitsofreniaan sairastuneilla oli yli nelinkertainen kuolleisuus muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna. Mitä nuorempaa potilasryhmää tarkasteltiin, sitä suurempi ero kuolleisuudessa muuhun väestöön oli. Itsemurhakuolleisuus oli 12-kertainen muuhun väestöön verrattuna. Kuolleisuudessa oli myös alueellisia eroja. Kuolleisuusero muuhun väestöön verrattuna oli suurin Lounais-Suomessa. (Kiviniemi ym. 2010).

Eri psykoosilääkkeiden merkitystä skitsofreniaa sairastavien ylikuolleisuuteen selvittäneessä tutkimuksessa todettiin suurin kuolleisuus niillä skitsofrenian vuoksi hoidossa olleilla, jotka eivät käyttäneet psykoosilääkitystä (Tiihonen ym. 2009). Tämä heijastanee hoidon keskeyttämiseen liittyviä riskejä. On mahdollista, että psykiatrisesta hoidosta pois jättäytyneet eivät hae myöskään somaattisiin terveysongelmiin hoitoa. Samassa tutkimuksessa suurin kuolleisuudelta suojaava vaikutus todettiin klotsapiinilla (Tiihonen ym. 2009). Klotsapiinin sivuvaikutusriskit edellyttävät jatkuvaa seurantaa, ja on mahdollista, että tämän vuoksi myös potilaiden somaattiset terveysongelmat huomataan tehokkaammin. Lisäksi klotsapiini alentaa itsemurhariskiä, mikä havaittiin myös Kiviniemen väitöskirjatutkimuksessa (Kiviniemi ym. 2013). Myös masennuslääkkeiden käyttöön liittyy alhaisempi kuolleisuus, kun taas bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttö lisää skitsofreniaa sairastavien kuolleisuutta (Tiihonen ym. 2012).

Ruotsalaistutkimuksessa verrattiin skitsofreniaa sairastavien sairaalahoitoja erilaisten somaattisten sairauksien vuoksi ja kuolleisuutta samoihin sairauksiin. Tutkimuksessa todettiin, että skitsofreniaa sairastavilla ei ole muuta väestöä enemmän hoitajaksoja sepelvaltimotaudin vuoksi, mutta heidän kuolleisuutensa sepelvaltimotautiin on kolminkertainen muuhun väestöön verrattuna (Crump ym et al. 2013). Hoitajaksoja syövän vuoksi ei myöskään ollut enemmän, mutta kuolleisuus niihin oli lähes kaksinkertainen (Crump ym et al. 2013). Ongelmana on siis joko se, että somaattiset terveysongelmat jäävät tunnistamatta, tai se, että niiden hoidossa on puutteita. Jälkimmäistä tukee suomalaistutkimus, jossa havaittiin, että skitsofreniaa sairastaville sepelvaltimotautipotilaille tehdään muita harvemmin sydämen ohitusleikkaus tai pallolaajennus (Manderbacka ym. 2012). Vastaavia puutteita on todettu myös muissa Pohjoismaissa (Laursen ym. 2009).

Mielialahäiriöt

Edellä mainitussa pohjoismaisessa tutkimuksessa tutkittiin myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi hoidossa olleiden kuolleisuutta muuhun väestöön verrattuna. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien miesten elinikä oli Suomessa 20 vuotta lyhyempi kuin muun väestön, naisten 16 vuotta. Tanskassa ja Ruotsissa ero muuhun väestöön oli pienempi. Suurin osa kuolleisuudesta liittyi tautikuolemiin. (Laursen ym. 2013)

Terveys 2000-tutkimuksessa viimeisen vuoden aikana masennusjakson sairastaneet diagnosoitiin strukturoidulla psykiatrisella haastattelulla. Joukossa oli sekä masennukseen hoitoa hakeneita että henkilöitä, jotka eivät olleet hakeneet apua masennusoireisiinsa. Kahdeksan vuoden seurannassa masennushäiriöihin liittyi 2,4-kertainen kuolleisuus muuhun väestöön verrattuna. Kun tutkimuksessa huomioitiin taustatekijöiden, kuten siviilisäädyn, koulutuksen, tupakoinnin, ylipainon ja muiden samanaikaisten sairauksien vaikutus, masennushäiriöiden itsenäinen vaikutus oli silti merkittävä ja ennusti kaksinkertaista riskiä kuolla seurannan aikana. (Markkula ym. 2012)

Kansainvälisen meta-analyysin mukaan masennushäiriöihin liittyy noin 1,7-kertainen kuolleisuus ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön kaksinkertainen kuolleisuus muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna (Walker ym. 2015).

Pohjoismaisessa tutkimuksessa korostui mielialahäiriöiden yhteys itsemurhariskiin: Suomessa mielialahäiriön vuoksi sairaalahoidossa olleilla oli 18-kertainen itsemurhariski muuhun väestöön verrattuna, ja Tanskassa ja Ruotsissa riski oli yli 30-kertainen. (Nordentoft ym. 2013)

Alkoholihäiriöt

Terveys 2000-tutkimuksessa diagnosoitiin myös alkoholin väärinkäyttö ja alkoholiriippuvuus vastaavalla tavalla kuin masennushäiriöt. Niihin todettiin liittyvän seurannassa 2,6-kertainen kuolleisuus (Markkula 2012). Kun taustatekijöiden vaikutus huomioitiin, ero säilyi merkittävänä ja alkoholihäiriöt ennustivat 1,7-kertaista kuolleisuutta. Toisaalta samassa tutkimuksessa havaittiin, että jo alkoholin suurkulutus lisää kuolleisuutta (Halme ym. 2010). Osana psykooseja koskevaa syventävää tutkimusta samasta väestöotoksesta diagnosoitiin myös alkoholipsykoosin tai -deliriumin sairastaneet. Näiden henkilöiden kuolleisuus oli huomattavasti korkeampi kuin haastattelupohjaisen alkoholihäiriödiagnoosin saaneilla, 20-kertainen muuhun otokseen verrattuna (Perälä ym. 2010).

Edellä mainitussa pohjoismaisessa tutkimuksessa selvitettiin alkoholihäiriön vuoksi sairaalahoidossa olleiden kuolleisuutta. Alkoholihäiriön vuoksi sairaalahoidossa olleiden miesten elinikä oli Suomessa 28 vuotta lyhyempi kuin muun väestön, naisten 26 vuotta. Tanskassa ero oli naisten osalta vielä suurempi, Ruotsissa hieman pienempi. Erityisen suuri ero muuhun väestöön oli itsemurhakuolleisuudessa. Alkoholihäiriön vuoksi sairaalahoidossa olleilla miehillä oli 12-kertainen ja naisilla 27-kertainen itsemurhakuolleisuus muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna. (Westman ym. 2015)

Huumausaineriippuvuus

Suomessa toteutettiin Diakonissalaitoksen päihdehoitopalveluista vuosina 1997–2008 huumausaineiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi apua hakeneiden potilaiden seurantatutkimus, jossa potilaiden kuolleisuutta seurattiin vuoteen 2010 asti ja verrattiin muuhun samanikäiseen väestöön. Potilaita oli 4817, ja heistä 496 kuoli seurannan aikana. Potilaiden kuolleisuus oli 9-kertainen muuhun väestöön verrattuna. Yleisin kuolinsyy oli huumausaineyliannostus, johon kuoli 165 henkilöä, ja itsemurha, johon kuoli 108 henkilöä. Kuolemista kaksi kolmasosaa liittyi ei-luonnollisiin kuolemiin, kun edellä mainitussa pohjoismaisessa seurantatutkimuksessa alle 30 prosenttia skitsofreniaa sairastavien kuolemista liittyi ei-luonnollisiin kuolemiin. (Onyeka ym. 2015)

Kansainvälisessä meta-analyysissä suonensisäiseen huumeiden käyttöön liittyi 15-kertainen kuolleisuus muuhun väestöön verrattuna. Yleisimmät kuolinsyyt olivat yliannostus ja AIDS. (Mathers ym. 2013)

Syömishäiriöt

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri ja THL toteuttivat seurantatutkimuksen kaikista HUS:n syömishäiriöyksikössä vuosina 1995–2010 hoidetuista syömishäiriöpotilaista. Tutkimuksen mukaan laihuushäiriöön liittyy yli kuusinkertainen kuolleisuus, ahmimishäiriöön (bulimiaan) kolminkertainen kuolleisuus ja ahmintahäiriöön (binge eating disorder) kaksinkertainen kuolleisuus iän, sukupuolen ja asuinpaikan mukaan kaltaistettuihin väestökontrolleihin verrattuna. Laihuushäiriötä eli anoreksiaa sairastavilla suurin kuolemanvaara oli hoidon ensimmäisten vuosien aikana, mutta ahmimishäiriötä eli bulimiaa sairastavilla riski kuolla lisääntyi vasta seurannan kuluessa. Itsemurhakuolleisuus oli yksi tärkeimpiä ylikuolleisuuden syitä. Laihuushäiriöpotilailla se oli viisinkertainen ja ahmimishäiriöpotilailla kuusinkertainen muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna. Muihin mielenterveyshäiriöihin verrattuna syömishäiriöpotilaiden sairauskuolemista on joitain erityispiirteitä, kuten tyypin 1 diabetekseen liittyvä ylikuolleisuus laihaus- ja ahmintahäiriöissä. (Suokas ym. 2013).

Kansainvälisissä meta-analyyseissä anoreksiaan on liittynyt viisinkertainen kuolleisuus muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna (Keshaviah ym. 2014) ja ahmimishäiriöön kaksinkertainen kuolleisuus (Arce-lus ym. 2011). Suomalaistutkimuksen korkeampia lukuja selittää se, että tutkimus oli rajautunut vain aikuispotilaisiin, jotka oli ohjattu syömishäiriöihin erikoistuneen hoitoyksikön hoitoon ja jotka siten edustavat vaikeimpia syömishäiriöitä.

Ahdistuneisuushäiriöt

Terveys 2000-tutkimuksen kuolleisuusseurannassa ahdistuneisuushäiriöihin liittyy 2,3-kertainen kuolleisuus muuhun väestöön verrattuna (Markkula ym. 2012). Kun tutkimuksessa huomioitiin taustatekijöiden, kuten siviilisäädyn, koulutuksen, tupakoinnin, ylipainon ja muiden samanaikaisten sairauksien vaikutus, ahdistuneisuushäiriöiden itsenäinen vaikutus ei enää ollut tilastollisesti merkitsevä (Markkula ym. 2012). Kansainvälisen meta-analyysin mukaan ahdistuneisuushäiriöihin liittyy 1,4-kertainen kuolleisuus muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna (Walker ym. 2015).

Persoonallisuushäiriöt

Pohjoismaisessa tutkimuksessa selvitettiin persoonallisuushäiriöiden vuoksi sairaalahoidossa olleiden kuolleisuutta. Persoonallisuushäiriön vuoksi sairaalahoidossa olleiden miesten elinikä oli Suomessa 13 vuotta lyhyempi kuin muun väestön, naisten 14,5 vuotta. Tanskassa ja Ruotsissa ero muuhun väestöön verrattuna oli vielä suurempi. Suurin ero muuhun väestöön verrattuna oli itsemurhakuolleisuudessa. (Nordentoft ym. 2013)

Miten kuolleisuuseroihin voidaan vaikuttaa

Useimmissa mielenterveyshäiriöissä tautikuolemat ovat suurin ylikuolleisuutta selittävä tekijä. Niihin voidaan vaikuttaa ehkäisemällä somaattista sairastavuutta ja parantamalla somaattisten sairauksien tunnistamista ja hoitoa.

Ennaltaehkäisyä on kehitettävä systemaattisesti. Tähän liittyvät elintapainterventiot, kuten tupakoinnin lopettamisen tukeminen tupakkariippuvuuden ja tupakasta vieroituksen Käypä hoito-suosituksen mukaisesti, liikunnan lisääminen, painonhallintaohjelmat ja ravitsemusneuvonta. Näitä interventioita on oltava tarjolla psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, mutta myös perusterveydenhuollon palveluita ja kolmannen sektorin tarjoamaa ryhmämuotoista toimintaa on osattava hyödyntää. Elintapojen huomioimisen lisäksi on tärkeä huolehtia myös muun ennaltaehkäisevän terveydenhuollon, kuten syöpäseulontojen ja rokotusten, toteutumisesta.

Somaattisten terveysongelmien tunnistamista ja hoitoa on parannettava. Mielenterveys- ja päihdehäiriöistä kärsivät eivät saa somaattisessa erikoissairaanhoidossa yhtä laadukasta hoitoa kuin muut potilaat. Suomessa tämä on havaittu sepelvaltimotaudin hoidossa (Manderbacka ym. 2013), mutta vastaava ilmiö on havaittu yleisemminkin maailmalla. Somaattisen terveydenhuollon puutteita on syytä kartoittaa laajemmin, ja puutteet on korjattava. On mahdollista, että taustalla on leimaavia asenteita, joihin on vaikutettava. Vähintään yhtä tärkeää on parantaa somaattisten sairauksien tunnistamista psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ja yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Erilaisia potilaaseen, psykiatreihin, muihin lääkäreihin ja palveluihin liittyviä ongelmia, jotka voivat johtaa somaattisten sairauksien heikkoon tunnistamiseen ja hoitoon, on tarkasteltu Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman aikaisemmassa raportissa (Suvisaari ym. 2012). Vaikka artikkeli keskittyy psykoosia sairastavien fyysisten terveysongelmien tunnistamiseen ja hoitoon, siinä esitettyjä toimintamalleja voidaan soveltaa laajemminkin mielenterveys- ja päihdehäiriöiden vuoksi hoidossa oleviin henkilöihin.

Kaikkiin mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyy suurentunut itsemurhakuolleisuus. Yli 90 prosentilla itsemurhan tehneistä on mielenterveyshäiriö, yleisimmin mielialahäiriö. Itsemurhariskin tunnistamiseen ja itsemurhien ehkäisyyn on kiinnitettävä huomiota kaikilla hoitojärjestelmän tasoilla. Itsemurhan riskitekijöitä ovat muun muassa aikaisempi itsetuhoinen käyttäytyminen, vaikea masennus, suvussa esiintynyt itsetuhoinen käyttäytyminen, toivottomuus, kielteiset elämäntapahtumat ja päihderiippuvuus (Suominen ja Valtonen 2013). Vakavissa mielenterveyshäiriöissä itsemurhariski on kohonnut heti sairaalahoidon päättymisen jälkeen, mikä korostaa hoidon saumattoman jatkuvuuden järjestämisen tärkeyttä. Menetelmien saataavuuden rajoittaminen on tärkeä osa itsemurhien ehkäisyä.

Päihdehäiriöissä yliannostuskuolemat ovat merkittävä riskitekijä. Huumeiden käyttäjille on suunnattava tietoa ensiaputilanteissa toimimisesta sekä yliannostuskuoleminen ehkäisemistä. Terveyshaittoja vähennetään myös lääkkeellisillä opioidikorvaushoito-ohjelmilla sekä neulojen ja ruiskujen vaihtamisella suonensisäisesti huumeita käyttäville. Kuolemaan johtaneissa yliannostuksissa taustalla on usein sekakäyttö, jonka riskeistä on informoitava kaikkia päihteiden käyttäjiä. (Varjonen 2015).

Mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyvää ylikuolleisuutta vähennetään kiinnittämällä huomiota ennaltaehkäisyyn, sairauksien ja riskien tunnistamiseen ja hyvään hoitoon. Hyviä käytäntöjä on kehitetty alueellisesti (Suvisaari ym et al. 2012). On perusteltua nostaa eliniän pidentäminen jatkossa yhdeksi keskeiseksi mielenterveys- ja päihdetyön tavoitteeksi.

Lähteet

- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:724-31.
- Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry*. 2013;170:324-33.
- Halme JT, Seppä K, Alho H, Poikolainen K, Pirkola S, Aalto M. Alcohol consumption and all-cause mortality among elderly in Finland. *Drug Alcohol Depend*. 2010;106:212-8.
- Keshaviah A, Edkins K, Hastings ER, Krishna M, Franko DL, Herzog DB, Thomas JJ, Murray HB, Eddy KT. Re-examining premature mortality in anorexia nervosa: a meta-analysis redux. *Compr Psychiatry*. 2014;55:1773-84.
- Kiviniemi M, Suvisaari J, Pirkola S, Häkkinen U, Isohanni M, Hakko H. Regional differences in five-year mortality after a first episode of schizophrenia in Finland. *Psychiatr Serv*. 2010;61:272-9.
- Kiviniemi M, Suvisaari J, Koivumaa-Honkanen H, Häkkinen U, Isohanni M, Hakko H. Antipsychotics and mortality in first-onset schizophrenia: prospective Finnish register study with 5-year follow-up. *Schizophr Res*. 2013;150:274-80.
- Laursen TM, Munk-Olsen T, Agerbo E, Gasse C, Mortensen PB. Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:713-20.
- Laursen TM, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby U, Alinaghizadeh H, Gissler M, Nordentoft M. Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the Nordic countries. *PLoS One*. 2013;8:e67133.
- Manderbacka K, Arffman M, Sund R, Haukka J, Keskimäki I, Wahlbeck K. How does a history of psychiatric hospital care influence access to coronary care: a cohort study. *BMJ Open*. 2012;2:e000831.
- Markkula N, Härkänen T, Perälä J, Partti K, Peña S, Koskinen S, Lönnqvist J, Suvisaari J, Saarni SI. Mortality in people with depressive, anxiety and alcohol use disorders in Finland. *Br J Psychiatry*. 2012;200:143-9.
- Mathers BM, Degenhardt L, Bucello C, Lemon J, Wiessing L, Hickman M. Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2013;91:102-23.
- Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, Gissler M, Laursen TM. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One*. 2013;8:e55176.
- Onyeka IN, Beynon CM, Ronkainen K, Tiihonen J, Föhr J, Kuikanmäki O, Paasolainen M, Kauhanen J. Hospitalization in a cohort seeking treatment for illicit drug use in Finland. *J Subst Abuse Treat*. 2015; 53: 64-70.
- Perälä J, Kuoppasalmi K, Pirkola S, Härkänen T, Saarni S, Tuulio-Henriksson A, Viertiö S, Latvala A, Koskinen S, Lönnqvist J, Suvisaari J. Alcohol-induced psychotic disorder and delirium in the general population. *Br J Psychiatry*. 2010;197:200-6.
- Suokas JT, Suvisaari JM, Gissler M, Löfman R, Linna MS, Raevuori A, Haukka J. Mortality in eating disorders: a follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995-2010. *Psychiatry Res*. 2013;210:1101-6.
- Suominen K, Valtonen H. Itsetuhoisen potilaan arviointi. *Duodecim* 2013;129:881-5.
- Suvisaari J, Eskelinen S, Viertiö S, Leppäniemi J, Koivumaa-Honkanen H, Sailas E. Psykoosisairauksiin liittyvät fyysiset terveysongelmat ja niihin vaikuttaminen. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Kehittyviä käytäntöjä 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012; Raportti 46.
- Suvisaari J, Partti K, Perälä J, Viertiö S, Saarni SE, Lönnqvist J, Saarni SI, Härkänen T. Mortality and its determinants in people with psychotic disorder. *Psychosom Med*. 2013;75:60-7.
- Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*. 2009;374:620-7.
- Tiihonen J, Suokas JT, Suvisaari JM, Haukka J, Korhonen P. Polypharmacy with antipsychotics, antidepressants, or benzodiazepines and mortality in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69:476-83.
- Varjonen V. Huuutilanne Suomessa 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015; Raportti 1/2015
- Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015;72:334-341.
- Westman J, Wahlbeck K, Laursen TM, Gissler M, Nordentoft M, Hällgren J, Arffman M, Ösby U. Mortality and life expectancy of people with alcohol use disorder in Denmark, Finland and Sweden. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;131:297-306.

1.3 Itsemurhakuolleisuus ja itsemurhien ehkäisy

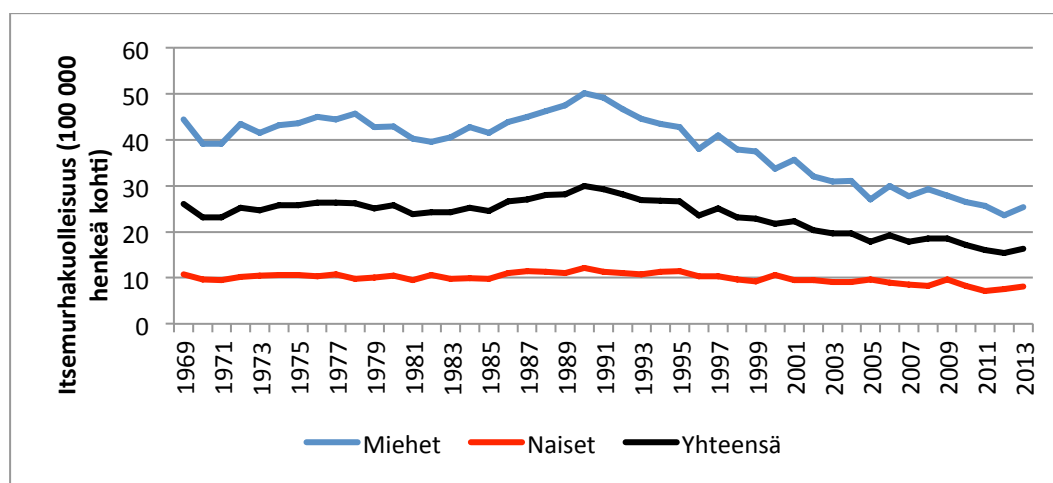
Timo Partonen

Itsemurhat ovat vähentyneet Suomessa 1990-luvulta lähtien. Itsemurhan ehkäisyn kulmakivenä Suomessa on tähän asti ollut se, että masennustila havaitaan, masentuneelle tarjotaan tarpeellinen tuki ja jokainen vakavasti masentunut saa auttavan ja monipuolisen hoidon. Alkoholin juomisen kehittymistä elämänongelmiin ratkaisijaksi tulisi välttää, ja sen tilalle tulisi saada selviytymistä paremmin tukevia keinoja. Myös ruumiillisten sairauksien hoitokäytäntöihin tulisi lisätä henkistä ja sosiaalista tukea. Tällä hetkellä Suomessa tarvitaan itsemurhien ehkäisemiseksi tiedottamisen ohella myös muita keinoja. Itsemurhariskin parempi tunnistaminen on keskeinen vaikutuskeino.

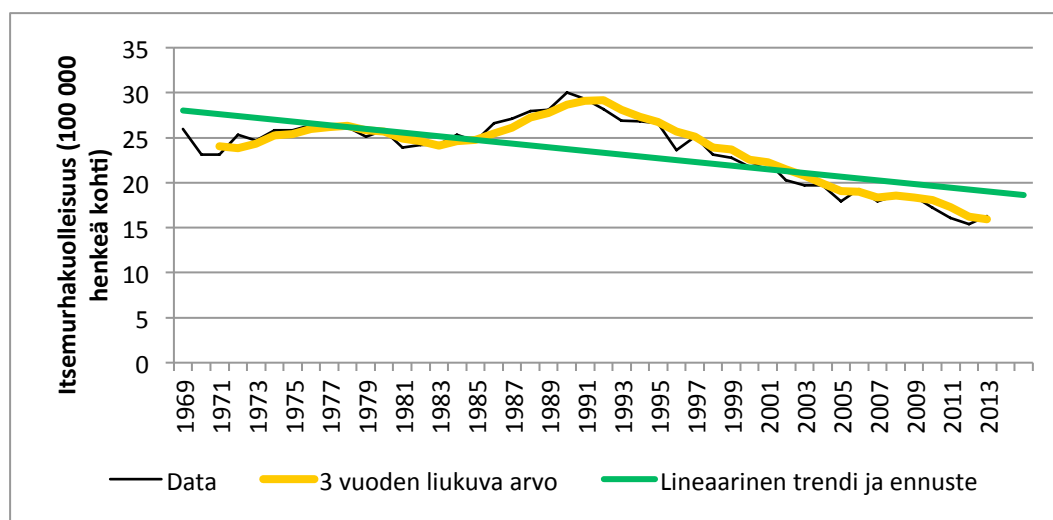
Itsemurhakuolleisuus Suomessa on pienentynyt

Itsemurhan teki 1520 henkilöä vuonna 1990. Vuonna 2013 Suomessa itsemurhan teki 887 ihmistä: heistä 666 oli miehiä ja 221 naisia ja itsemurhakuolleisuus (100 000 henkeä kohti) oli 16,3 (miehillä 24,9 ja naisilla 8,0). Kaikista kuolemansyistä vuonna 2013 miesten itsemurhien osuus oli 3 prosenttia ja naisten 1 prosentti. Vuoden 2014 tietoja ei tätä kirjoittaessani toukokuussa 2015 ollut vielä käytettävissä.

Itsemurhakuolleisuus on Suomessa vuodesta 1990 vuoteen 2013 pienentynyt 23 vuodessa 46 prosenttia (Kuviot 1 ja 2). Vuoden 1990 jälkeen yhteiskunnassamme on tapahtunut monitasoista muutosta niin taloustilanteessa, kaupungistumiskehityksessä kuin väestörakenteessa. Paitsi hoitojärjestelmät myös itsemurhien ehkäisytyö ovat kehittyneet.



Kuva 1. Itsemurhakuolleisuus (100 000 henkeä kohti) Suomessa vuodesta 1969 vuoteen 2013 sekä erikseen miehillä ja naisilla.



Kuva 2. Itsemurhakuolleisuus (100 000 henkeä kohti) Suomessa vuodesta 1969 vuoteen 2013 sekä lisäksi kolmen vuoden liukuvina arvoina ja lineaarisena trendinä.

Erityisesti miesten itsemurhien määrä on Suomessa vähentynyt. Merkittävästä itsemurhien vähenemisestä huolimatta on itsemurhakuolleisuus Suomessa kuitenkin edelleen noin puolitoistakertainen Euroopan unionimaiden itsemurhakuolleisuuden keskiarvoon verrattuna. Kuitenkin myös yhä noin 75 prosenttia itsemurhista on miesten tekemiä.

Mielenterveyden häiriöt ovat keskeisimpiä itsemurhakuolemien taustasyitä (Mann ym. 2005). Tämä kuitenkin usein jätetään suurelle yleisölle kertomatta, kun uutisoidaan laman lisäävän itsemurhia tai kun kerrotaan tapahtuneesta itsemurhasta (Pirkis ja Machlin 2013). Mielenterveyden häiriöt ovat myös työttömyyden ja itsemurhien välisen tilastoyhteyden keskeisiä selittäjiä (Lundin ja Hemmingsson 2009). Lievemmat psyykkiset oireet selittävät tästä yhteydestä myös osan (Talala ym. 2011).

Usein väitetään, että lama lisää itsemurhia. On perin juurin yksioikoista väittää tai työttömyyden, finanssikriisin tai säästäväisyyspolitiikan suoraan lisäävän itsemurhia. Lama ei lisää itsemurhia, vaan itsemurhat harvenevat Suomessa lamavuosinakin niin miehillä kuin naisilla. Huolimatta tästä itsemurhakuolleisuus voi samaan aikaan suurentua tietyillä alueilla tai väestöosissa. Valtiot vaipuvat taloudelliseen taantumaa eri tahdissa, vieläpä kesken kalenterivuoden, ja lama koskettaa saman maan samallakin alueella asuvia yksilöitä eri lailla. Siten itsemurhien ehkäisy on tietenkin ajankohtaista talouselämän vaiheista riippumatta, oli lama tai ei.

Oleellista laman aikana on siis kysyä, mistä säästetään. Jos taloudellinen säästäväisyyspolitiikka luo esteitä hoitoon pääsulle tai laiminlyö mielenterveyden edistämisen, se voi tarvittavan suojan puuttuessa lisätä itsemurhan vaaraa alttiina olevien yksilöiden osalta. Rakenteiden muutoksen ohella on syytä myös kysyä, miten hoidon sisältö ja laatu muuttuvat, surkastuvatko ne, valtion tai paikallisen säästäväisyyspolitiikan seurauksena.

Itsemurhien ehkäisy vaatii jatkuvaa työtä

Yhtä syytä itsemurhayritykselle ei usein ole, vaan tavallisesti kyse on useammasta pitkään kestäneestä syystä. Niiden ohella menetykset tai toivottomuuden tunteet väistämättömissä arkielämän muutoksissa voivat herättää äkkiä toiveen tai voimistaa halua kuolla. On inhimillistä yrittää löytää yksinkertainen, ajankohtainen selitys menetyksille.

Umpikujassa olemisen kokemus, taloudellinen ahdinko ja taipumus toimia ennen harkintaa madaltavat kynnystä itsetuhoisista ajatuksista tekoihin, mutta itsemurhaan on kuitenkin useimmiten löydettävissä monta syytä. Koska on tavallista, että itsemurhavaaraa kasvattavat tapahtumat kertyvät yksilöllisesti pitkän ajan kuluessa, on usein olemassa enemmän kuin vain yksi tilaisuus tunnistaa hengen vaarantava kehityskulku, mahdollisuus puuttua siihen ajoissa ja siten myös estää itsemurhia.

Nuorilla päivittäisen tupakoinnin aloittaminen ja tavallista vakavammat masennusoireet ennakoivat sitkeitä itsetuhoajatuksia jopa vuosiksi eteenpäin. Iän myötä kertyvät rasitukset voivat tuoda esille ajatuksia itsemurhasta. Aikuisilla etenkin masennustilat kaksinkertaistavat vaaran. Se, johtaako ajatus itsemurhan yritykseen, riippuu kuitenkin useammasta kuin yhdestä asiasta.

Kaikki itsemurhayritykset eivät tule aina edes läheisten ihmisten tietoon. Useimmat kuitenkin ovat pyrkineet kertomaan aikeistaan. Ne ihmiset, joiden halu kuolla on ollut hyvin vahva, pyrkivät pakenemaan ongelmia, mistä myös itsemurhan yritys saattaa kertoa. Ne ihmiset, joiden aie on ollut lievempi, pyrkivät puolestaan vetoamaan muihin ja saamaan eräänlaisen aikalisän ongelmiansa keskellä. Ne ihmiset, jotka yrittävät itsemurhaa uudelleen, kertovat vaikuttimikseen paon ja vetoomuksen ohella usein myös koston.

Itsemurhan yrityksen jälkeen ihminen voi nähdä tilanteensa erilaisena ja pakonomainen tarve kuolla voi olla poissa, kun maailma näyttäytyy ihmiselle uusin silmin. Suurin osa itsemurhaa yrittäneistä on epävarmoja, halusivatko he kuolla. Siihen, yrittääkö ihminen itsemurhaa uudelleen, vaikuttaa monta asiaa. Tietenkin myös sillä seikalla, saiko hän apua ensimmäisen yrityksensä jälkeen ja auttoiko se häntä, on merkitystä.

Kansallinen itsemurhien ehkäisyprojekti

Suomi kehitti maailman ensimmäisen laajan itsemurhien ehkäisyohjelman, jota toteutettiin kymmenen vuoden ajan vuosina 1986–1996. Se oli ensimmäinen laatuaan maailmassa. Ohjelmalla saavutettiin hyviä tuloksia, ja sen perusteella annettiin suosituksia, joita on toteutettu myöhemmässä työssä itsemurhien ehkäisemiseksi. Käänteeseen Suomessa tapahtui samoihin aikoihin, kun tämän ehkäisyprojektin antamat suositukset pantiin käytännössä toimeen. Muutoksen on arvioitu olevan seurausta siitä, että yhä useampi masennuspotilas on saanut asianmukaisen hoidon.

Tällä hetkellä Suomessa ei ole erillistä itsemurhien ehkäisyohjelmaa, mutta itsemurhien ehkäisy on yksi Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman painopisteistä. Suomessa ei suunnitella uutta erillistä itsemurhien ehkäisyohjelmaa, vaikka sitä on toistuvasti vaadittu eri tahoilta ilmaistuihin puheenvuoroissa. Itsemurhien ehkäisy on sen sijaan ajateltu sisällytettäväksi laajempaan terveyden edistämiseen, mielenterveyden edistämiseen ja alkoholihaittojen vähentämiseen sekä integroitujen sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen.

Tällä hetkellä Suomessa tarvitaan itsemurhien ehkäisemiseksi tiedottamisen ohella muita keinoja. Itsemurhariskin parempi tunnistaminen on keskeinen vaikutuskeino. Tässä asiassa myös mediatyöntekijöiden tietoisuudella median asemasta itsemurhien ehkäisyssä on huomioitava merkitys. Tiedotusvälineiden tapa uutisoida itsemurhasta voi tarjota itsemurhaa aikovalle tai sitä jo yrittäneelle samaistumiskohteen. Maltillinen uutisointitapa itsemurhien kohdalla toisaalta voi johtaa itsemurhakuolleisuuden pienentymiseen.

Erilaiset kriisipsykologiset keinot, kuten auttavat puhelimit ja kriisikeskukset, voivat tarjota hädän hetkellä tarpeellisen ja riittävän tuen. Mielenterveyden ensiapukurssien on osoitettu suojaavan nuoria itsemurhalta. Myös sosiaalisen median kautta tapahtuvalla nuorisotyöllä saattaa olla samankaltainen vaikutus.

Itsemurhan tehneiden läheisten vertaistuki

Itsemurha tai sen yritys koskettaa Suomessa noin 30 läheistä joka päivä. Läheisen itsemurhasta seuraa usein kysymyksiä, joihin ei ehkä koskaan voi saada vastausta. Miksi? Mitä tein väärin? Miksi en huomannut? On tavallista, että läheiset kokevat surun lisäksi vihaa, häpeää, pettymystä ja syyllisyyttä. Hylätyksi tulemisen tunteet ja sosiaalisen leimautumisen kokemukset ovat yleisiä.

Nämä kaikki altistavat suremaan jääneet eristäytymiselle, uupumukselle, masennukselle ja myös fyysiselle sairastumiselle. Myös itsetuhoajatukset saattavat piinata ja itsemurhavaara kasvaa, kun läheinen on tehnyt itsemurhan. Itsemurhan tehneen läheisillä onkin tarve kriisiavulle sekä usein myös pitkäjänteisemmälle avulle. Ulkopuolinen apu on tarpeen, koska lähipiirissä ei usein ole keinoja tai voimavaroja itsemurhan käsittelyyn. Myös eri tahtiin etenevä suru ja erilaiset tavat surra vaikeuttavat käsittelyä perheen sisällä tai läheisten kesken.

Toipuminen läheisen itsemurhasta on pitkä prosessi, johon vaikuttavat aiempi elämänhistoria ja nykyiset olosuhteet. Joillakin oli tunne, että läheisen itsemurhasta ei voi koskaan toipua. Kyky surra ja luopua vanhasta auttavat uusien voimavarojen löytymistä. Yhteisenä haasteenamme on hienotunteinen kuuleminen avun tarpeen tunnistamiseksi ja toipumisen alun mahdollistamiseksi. Monet itsemurhan tehneet läheiset myös kokevat saavansa parhaan avun vertaistuesta. Saman kokeneen kanssa on helpompi puhua, eikä hävettäväksi koetuista tunteista, kuten vihasta tai helpotuksesta, puhumista tarvitse jännittää.

Keskeiset keinot ja esimerkkejä käytännön työstä

Keskeistä itsemurhien ehkäisyssä ovat seuraavat neljä keinoa.

- Hoitokulttuurin ja palveluiden luominen, jossa mielenterveyden häiriöihin saa nopeasti hoitoa ja jossa myös itsemurhayritysten jälkeen hoito suunnitellaan ja hoidon onnistumista seurataan riittävän tiiviisti. Masennuksen ehkäisyä, varhaista tunnistamista ja käypää hoitoa on syytä jatkaa ja edelleen tehostaa.
- Päihteen käytön ehkäisyn tehostaminen, sillä Suomessa noin 40 prosenttia itsemurhista tehdään päihtyneenä. Myös myrkyllisten ja muiden tappavien välineiden saantia ja käyttöä valvomalla ja rajoittamalla voidaan vaikuttaa suotuisalla tavalla.
- Ratkaisukeinojen opettaminen elämän ongelmiin ja samalla psyykkisen kestävyuden vahvistaminen välittämisen ja myötätunnon avuin, koska kulttuurin ilmapiiri ja yhteiskunnan olosuhteet sekä hoitojärjestelmän toiminta voivat tarjota suojaa itsemurhavaarassa olevalle.
- Yhdestä ovesta ja matalan kynnyksen yli -periaatteella annettavan psyykkisen ja sosiaalisen tuen lisääminen elämän kriiseissä oleville ja mielenterveysongelmista kärsiville. Syyllistämisen, leimaamisen ja rankaisevuuden sijaan on tarjottava elämänuskoa, rohkeutta ja keskinäistä tukea.

Esimerkkeinä itsemurhien ehkäisyyn liittyvästä ja jo käynnissä olevasta käytännön työstä ovat seuraavat kaksi toimintamallia:

- KiVA Koulu, joka on koulukiusaamisen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi vuodesta 2006 lähtien kehitetty toimenpideohjelma. Sen käyttäjinä on Suomessa noin 2 500 koulua, joka vastaa noin 90 prosenttia Suomessa perusopetusta antavista kouluista.
- Aikalisä, joka on nuorten miesten syrjäytymiskehityksen ehkäisemiseksi vuodesta 2004 lähtien kehitetty toimintamalli. Sen puitteissa puolustusvoimien sekä kuntien sosiaali-, terveys- ja nuorisotalon ammattilaiset tekevät yhteistyötä.

Myös itsemurhalta suojaavien tekijöiden vahvistamisesta, kuten mielenterveyden edistämisestä, tulee huolehtia. Tähän osallistui myös EUREGENAS, joka kokosi yhteen 14 toimijaa 11 Euroopan unionin maasta. Kansainväliset asiantuntijat laativat sen puitteissa itsemurhien ehkäisyä varten muun muassa ohjeistukset media-alan ammattilaisille, kouluille ja työpaikoille. Nämä uudet itsemurhan ehkäisyn työkalut löytyvät myös THL:n Mielenterveys-aihesivustolta.

Verkkosivuja

Aikalisä: www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/tyokalut/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen

EUREGENAS: www.euregenas.eu/publications

KiVA Koulu: www.kivakoulu.fi

THL:n Mielenterveys-aihesivuston Työkaluja itsemurhien ehkäisyyn:

www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/itsemurhien-ehkaisy/tyokaluja-itsemurhien-ehkaisyyn

Lähteet

Lundin A, Hemmingsson T. Unemployment and suicide. *Lancet* 2009; 374: 270-271.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005; 294: 2064-2074.

Pirkis J, Machlin A. Differing perspectives on what is important in media reporting of suicide. *Br J Psychiatry* 2013; 203: 168-169.

Talala KM, Huurre TM, Laatikainen TK, Martelin TP, Ostamo AI, Prättälä RS. The contribution of psychological distress to socio-economic differences in cause-specific mortality: a population-based follow-up of 28 years. *BMC Public Health* 2011; 11: 138.

2 Näkökulmia ehkäisevään ja edistävään mielenterveys- ja päihdetyöhön

Tässä luvussa tarkastellaan ensin ehkäisevän ja edistävän mielenterveys- ja päihdetyön käsitteitä ja toiminnan koordinaatiota sekä järjestämistapoja. Alueellisista toimintamalleista kuvataan viiden pohjalaismaakunnan ehkäisevää työtä. Alkoholien osalta pohditaan alkoholien saatavuuden säätelyä alkoholipoliittisena keinona. Eräänä ehkäisevän työn haasteena kuvataan rahapelihaittojen ehkäisyä. Viimeisessä artikkelissa vertaillaan edistävää ja ehkäisevää työtä eri Pohjoismaissa.

2.1 Käsitteet liikkeessä – rakenteet muutoksessa

Tytti Tuulos

Edistävä mielenterveystyö ja ehkäisevä päihdetyö ovat osa laaja-alaista hyvinvointia ja terveyttä edistävää poikkialhinnollista ja ammatillista toimintaa. Palvelujen kehittämisen lähtökohtana on yhä useammin asiakaslähtöinen toiminta. Se haastaa edistävää mielenterveys- ja ehkäisevää päihdetyötä intergroitumaan kiinteämmän osaksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä (laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä). Tulevissa uusissa palvelu- ja kuntarakenteissa on mahdollista toimintaympäristön muutostyötä hyödyntää onnistuneesti hyvinvointia ja terveyttä tukevalla tavalla niin, että myös edistävän ja ehkäisevän työn rakenteet vahvistuvat peruspalveluissa. Muuttunut ja kehittynyt uusi toiminta haastaa aina ajattelua, osaamista ja käsitteitäkin tulee tarkastella uudella tavalla. Paikallisella päätöksenteolla on suuri vastuu ehkäisevän ja edistävän työn kehittämisessä koordinoitusti ja kokonaisvaltaisesti.

Minkä pitää muuttua ja miten muutoksen tekemisessä onnistutaan?

Jari Stenvallin ja Antti Syväjärven mukaan onnistuneen muutostyön neljä edellytystä ovat visio, tahtotila, kehittämishankkeet ja riittävä kapasiteetti (2006). Päätymässä olevat kansalliset ohjelmat ovat osoittaneet, että ehkäisevän päihdetyön ja mielenterveyden edistämistyön muutostyö on vielä kesken. Pitkäjänteisen kehittämistyön tuloksena toimijoille on syntynyt tahtotila, mutta tarvitaan vielä:

- selkeä yhtenäisempi kansallinen ja paikallinen visio ehkäisevälle ja edistävälle työlle
- kokonaisvastuullisuutta, johdonmukaisuutta ja arvostusta kehittämistyöhön
- johtamista ja taloudellista resursointia (kapasiteettia) monialaisen yhteistyön mahdollistamiseen

Suomi korostaa tasavertaista, yhdenmukaista ja asiakkaan osallisuutta korostavaa palvelujärjestelmää. Nyt kun on kansallisesti ja paikallisesti onnistuttu toimimaan ennakoivasti ”ennen kuin on ongelmia” - kulttuuria ja yhteistoimintaa kehittäen, niin jatkossa ennakoivalle toiminnalle tulee myös saada taloussuunnittelussa ja päätöksenteossa uutta arvoa. Puheet investoinnista ihmiseen ja ennaltaehkäisevän toiminnan vaikuttavuudesta on saatava näkyväksi. Tätä työtä varten on juuri nyt kehitteillä erilaisia seurantatyökaluja. Onnistunut muutostyö edellyttää myönteistä, resursseja yhdistävää lähestymistapaa. Jatkossa on toivottavaa, että kehittyneet hyvät käytännöt aidosti kiinnostavat paikallista luottamus- ja virkamiesjohtoa, joilta odotetaan päätöksentekoa, jossa tulokset näkyvät vasta myöhemmin.

Kenelle vastuu ehkäisevästä ja edistävästä työstä kuuluu? Mitä tapahtuu, jos ehkäisevää ja edistävää työtä ei tueta eikä tehdä ollenkaan? Mitä ennaltaehkäisevä ja edistävä työ on ja miten sitä mitataan? Mistä kaikesta puhutaan, kun puhutaan mielenterveyden edistämisestä tai ehkäisevästä päihdetyöstä? Nämä kysymykset ovat ajankohtaisia nyt ja varmasti jatkossakin.

Juha Sipilän hallitusohjelma ja sosiaali- ja terveysministeriön uudet strategiset linjaukset (2015) tukevat muutosta hyvinvointia ja terveyttä edistävään suuntaan. Tulevina vuosina mm. Yhteistyöllä hyvinvointia ja terveyttä 2025 kärkihankkeen avulla pureudutaan toivon mukaan yhä tehokkaammin ylisukupolvisesti kasautuvien sosioekonomisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseen, mielenterveysohjelmista, päihneiden riskikäytöstä ja väkivallan lisääntymisestä johtuviin haittoihin yksilölle, yhteisölle ja yhteiskunnalle (mikä on tullut esille *Mieli* julkaisun muissa artikkeleissa). Uutta suuntaa tarvitaan myös palvelujen käyttäjän osallisuuden vahvistamiseen ja sosiaalista osallisuutta vahvistavaan yhteistoimintaan (Leeman ym. 2015).

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi, samoin kuin mielenterveyden edistämiseksi ja ehkäisevälle päihdetyölle on koko 2000-luvun etsitty yhtenäisempää ja laaja-alaisempaa käsitteen määrittelyä. Ihmislähtöisen, kokonaisvaltaisen ajattelun, riskien minimoinnin sekä sosiaalisen osallisuuden vahvistamista korostavan toiminnan myötä myös käsitteitä joudutaan arvioimaan uudella tavalla. Vielä on matkaa siihen, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nähdään integroivana monen eri hallinnonalan yhteisenä toiminta-alueena, johon myös mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevä päihdetyö katsotaan kiinteästi kuuluvan. Tulevaisuudessa toivottavasti myös edistävä mielenterveystyö ja ehkäisevän päihdetyö ovat kiinteä osa hyvinvointipolitiikkaa, jossa ymmärretään laaja-alaisesti edistävä ja ehkäisevä työ investointina ihmisiin ja tulevaisuuteen.

Lähteet

- Laajasalo, Taina, Pirkola, Sami: Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Raportti 47/2012 Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- Laitila, Minna: Mielenterveys- ja päihdetyö osana kunnan hyvinvointia – opas strategiseen suunnitteluun, Helsinki Terveydenhuollon ja hyvinvoinnin laitos. Kide julkaisu 22/2013.
- Leppo, Kimmo, Ollila, Eeva, Pena, Sebastian, Wismar, Matthias, Sarah, Cook. Health in All Policies. Seizing opportunities implementing policies. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 9/2013. Helsinki.
- Soikkeli, Markku & Salasuo, Mikko & Puuronen, Anne & Piispa, Matti: Se toimii sittenkin. Kuinka päihdevalistuksesta saa selvää. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto / Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 116, Toinen painos, 2012
- Tapio, Mari ja Kuula, Tarja (toim.): Selkenevää myötätuulta. Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö nuorisosalalla. Preventiimi – nuorisosalan ehkäisevän päihdetyön osaamiskeskus / Humanistinen ammattikorkeakoulu. Sarja C. Oppimateriaaleja 37, 2013.
- Stenvall, Jari, Syväjärvi, Antti: Onks titoo?: Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Helsinki: Valtiovarainministeriö, 2006.

2.2 ”Vuoropuhelua ja yhdessä tekemistä” – kokemuksia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kehittämisestä viidessä pohjalaiskunnassa

Heli Hätönen, Jarkko Pirttipera

Kuntien keskeisenä tehtävänä on kuntalaisten hyvinvoinnin edistäminen. Oletuksena on, että kuntalaisten hyvinvoinnilla on yhteys kunnan menestymiseen ja elinvoimaisuuteen. Hyvinvoinnin edistäminen kunnissa on yhteistyötä ja dialogia, joka toteutuu monialaisessa vuoropuhelussa kuntaorganisaation, kuntalaisten, yksityisen- ja vapaaehtoissektorin kanssa. Sote-uudistuksen myötä kunnan rooli hyvinvoinnin edistämiseksi vahvistuu edelleen. Kuluneiden vuosien aikana kuntien hyvinvointityötä on kehitetty laaja-alaisesti. Yhtenä haasteena on kuitenkin ollut erillisten toimintojen kehittäminen kokonaisvastuun unohtuessa. Tästä seurauksena on usein pirstaleisuus ja toiminta, jota eri tahot koordinoivat keskustelematta keskenään. Tämä ei ole mielekästä tuloksellisuuden eikä resurssien järkevän käytön kannalta.

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata hyvinvoinnin kehittämistä kunnassa sekä yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Artikkelissa aihetta lähestytään käytännön esimerkkien avulla, mitkä on koottu Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän ja Kuntatuki-hankkeen yhteistyössä.

Kuntalaisten hyvinvoinnin edistämiseen tarvitaan tietoa kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä niihin yhteydessä olevista tekijöistä. Hyvinvointia edistävä johtaminen on monialaista tiedolla johtamista. Käytännössä tämä tarkoittaa tiedon hankintaa, muokkaamista ja tulkintaa, jotta sitä voidaan käyttää päätöksenteossa, palveluprosessien ja -sisältöjen kohdentamisessa ja uudistamisessa. Kuntakohtaista väestön terveys- ja hyvinvointitietoa on saatavilla erilaisista sähköisistä tietolähteistä, joita ovat esimerkiksi Hyvinvointikompassi, Sotkanet ja Terveystemme.fi. Tietoa on saatavilla, mutta haasteeksi on usein osoittautunut tiedon saaminen sellaiseen muotoon, että se on hyödynnettävissä toiminnan suunnittelussa ja päätöksenteossa.

Hyvinvointikertomus on kunnan strategisen johtamisen työkalu. Se tukee hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sisällyttämistä osaksi johtamista kaikessa kunnan toiminnassa. Hyvinvointikertomus ei kuitenkaan ole toimiva johtamisen työkalu, jos se jää irralliseksi asiakirjaksi. Kunnissa on jo nyt paljon suunnitelmia, ohjelmia ja strategioita. Tavan vuoksi tehtävistä asiakirjoista tulisi siirtyä yhteen sovitettuun työskentelyyn, joka tukee irrallisten toimintojen suuntaamista kohti yhteisiä tavoitteita. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisen prosessissa tämä tarkoittaa sitä, että ensin tunnistetaan kuntalaisten hyvinvoinnin vahvuudet ja kehittämistarpeet. Tästä tehdään johtopäätökset, joiden avulla nostetaan esille kunnan hyvinvoinnin edistämisen painopistealueet. Sen jälkeen priorisoidaan konkreettiset hyvinvoinnin edistämisen toimenpiteet ja valitaan vaikuttavat työmenetelmät näiden toteuttamiseksi. Toimintaa mitataan ja arvioidaan osana kunnan vuosittaista johtamisprosessia sekä tehdään tarvittavat korjausliikkeet.

Kunnissa tunnistetaan kuntalaisten hyvinvoinnin keskeinen merkitys. Silti hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen saattaa jäädä vain velvoitteiden toteuttamiseksi kuten hyvinvointikertomuksen kirjoittamisprosessiksi. Huomio saattaa myös kiinnittyä prosessin yksittäiseen kohtaan kuten indikaattoreiden valintaan tai asiakirjan muotoseikkoihin keskeisen sisällön sijaan. Toisaalta kertomuksen tuottaminen on saatettu antaa yksittäisen työntekijän tai projektin tehtäväksi. Toimijoiden sitoutuminen koko prosessiin on tärkeää, jotta yhteinen tahtotila kuntalaisten hyvinvoinnin edistämiseksi saavutetaan. Käytännössä tämä tarkoittaa kaikkien sitoutumista ja osallistumista kunnan johdosta kuntalaisiin. Tässä yhteydessä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on huomattavasti laajempi kokonaisuus kuin sosiaali- ja terveystalvet. Kunnan johtoryhmä ja poliittiset päätöksentekijät, toimivat keulakuvana ja asian eteenpäin viejinä. Kuntalaiset tulisi ottaa työhön mukaan kaikissa vaiheissa, jotta voidaan tukea kuntalaisten omaa vastuuta oman hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä lisätään ymmärrystä omien valintojen vaikutuksesta lähiympäristöön. Tähän on jo olemassa erilaisia osallistavia työmenetelmiä. Kunnassa toimivien työntekijöiden kohdalla sitoutuminen voi näkyä esimerkiksi siten, että hyvinvoinnin edistäminen sisältyy jokaiseen palvelukohtamiseen kunnissa. Tällöin hyvinvointikertomuksesta on tullut elävä asiakirja, joka ohjaa käytännön työtä ja toimintaa.

Rannikko-Pohjamaan esimerkki

Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymän (K5) alueen kunnissa (Kaskinen, Korsnäs, Kristiinankaupunki, Maalahti ja Närpiö) ei haluttu lähteä lakisääteisen hyvinvointikertomuksen tekemisessä ”pakkopulla” linjalle. Asiakirjamallin ja indikaattorilistauksen sijasta työ aloitettiin paneutumalla laaja-alaiseen hyvinvoinnin johtamiseen tiedolla johtamisen näkökulmasta. Pohjanmaalla toimiva BoWer-verkosto (Hyvinvointitutkimuksen ja –osaamisen keskittymä) ilmoittautui tueksi tälle prosessille ja päätettiin käynnistää yhdessä käytännön läheinen hanke kehittämistyön tueksi. Mukaan saatiin myös THL:n (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen) asiantuntijoita. Pohjanmaan alueen eri toimijoiden ja THL:n asiantuntijoiden kanssa työstettiin K5 kuntien toiveisiin ja tarpeisiin pohjautuva suunnitelma, jonka tavoitteena oli pureutua suoraan käytännön tarpeisiin. Päämääränä oli vahvistaa kuntien osaamista ja keinoja kunnassa toteutettavaan hyvinvointikertomusprosessiin sisältäen myös valittujen toimenpiteiden toimeenpanon ja seurannan vaiheet. Tavoitteena oli vahvistaa poikkihallinnollista monitoimijuutta ja yhteistyötä. THL toimi hankkeen vastuullisena vetäjänä.

Hyvinvoinnin edistäminen edellyttää resursseja. K5- kuntayhtymässä oli jo resursoitu tähän siten, että kuntayhtymä oli palkannut 50 % työajalla hyvinvointikoordinaattorin. Hänen tehtävänä oli koota kuntien hyvinvointitietoja ja analysoida niitä yhteistyössä kuntien kanssa sekä koota kuntayhtymän koko alueen hyvinvointikertomus. Kuntien johtajat toimivat prosessin yhteyshenkilöinä. Yhteistyö alueen kuntajohtajien kanssa sujui hyvin ja johtoryhmien kanssa käytiin antoisia keskusteluja kuntien hyvinvoinnin heikkouksien ja vahvuuksien tiimoilta.

Työskentely päätettiin toteuttaa viiden kunnan yhteisenä työpajatyöskentelynä. Teemojen sisältö hiottiin yhdessä kuntajohtajien kanssa. Työpajojen välissä kunnat työstivät omia kertomuksiaan ja niihin liittyviä valmistelevia tehtäviä. Hankkeen työpajatyöskentelyn tuloksena päätettiin koota opas ”Hyvinvoinnin, terveyden ja mielenterveyden edistämisen johtaminen kunnassa”, joka valmistuu vuoden 2015 alussa. Työpajojen sisällöt käsittelevät monialaisesta näkökulmasta tiedolla johtamista, toiminnan kohdentamista ja priorisointia, vaikuttavia työmenetelmiä sekä toimeenpanoa. Lisäksi prosessissa käsiteltiin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen taloudellisia näkökulmia.

Kuntatukihankkeen avulla kuntalaisten hyvinvoinnin kohentaminen vietiin onnistuneesti käytäntöön eri sektorien yhteistyön kautta. Esimerkiksi K5-kuntayhtymän jäsenkuntien haasteet muotoutuivat myös yhteisiksi, alueellisiksi hyvinvointihaasteiksi. Jäsenkuntien asiantuntijat saivat työpajoissa uusia työkaluja pahoinvoinnin korjaamiseksi ja käytännöllisiä vinkkejä siitä, kuinka hyvinvointia voidaan lisätä kunta- ja aluetasolla. Yhtymävaltuusto vahvisti talousarvioprosessin yhteydessä alueellisen hyvinvointikertomuksen pohjalta valitut kehittämiskohteet, joita resursoimalla muu muassa nuorten pahoinvointiin voidaan puuttua nopeammin ja oikea-aikaisemmin.

Muutamissa jäsenkunnissa arvioitiin kuntatukihankkeen ja kunnan hyvinvointikertomusprosessin antaneen kunnan virkamiehille piristysruiskeen ja yhteenkuuluvuuden tunnetta, kun eri sektoreiden osaajat ovat saaneet kertoa omat näkökulmansa. Tämä on parantanut poikkihallinnollista ymmärrystä. Esimerkiksi Maalahden kunnan kokemusten perusteella hyvinvointikertomuksella on ollut merkittävä rooli kunnissa käynnissä olevissa muutosprosesseissa. Maalahdessa hyvinvoinnin edistäminen aiotaan sisäin rakentaa kunnan vuosikelloon. Kunnan lautakuntien lisäksi myös kansalaisraadit, neuvostot ja kolmas sektori ovat kertoneet näkemyksensä hyvinvoinnin edistämisen painopisteistä.

Hankkeen vetäjien näkökulmasta hanke tuotti tärkeää tietoa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen käytännön toteutuksen haasteista kunnissa sekä toi ratkaisumalleja siihen, miten voidaan paremmin tukea strategisten linjausten toteutumista käytännössä. Kuntalaisten hyvinvoinnin edistämässä monialaisessa yhteistyössä tuotetulla hyvinvointikertomuksella on tärkeä tehtävä toiminnan suuntaajana. Asiakirjan valmistuessa ollaan kuitenkin vielä alkuvaiheessa käytännön toteutuksen näkökulmasta. ”Hyvin suunniteltu on vasta puoliksi tehty. Tämän vuoksi työskentelyä jatketaan kiinnittäen huomiota erityisesti toimeenpanoon ja toiminnan arviointiin”

K5-kuntayhtymän hyvinvoinnin koordinoitumalli

Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän hyvinvointityön käynnistäminen vuosina 2013–2014 pohjautui aikaisempaan hyvinvointitietoon, jota muun muassa Kela ja Sotkanet ovat tuottaneet. Kuntayhtymä osallistui myös omana toimijana alueelliseen terveystieto ja hyvinvointitutkimukseen (ATH), jonka tuotetta dataa käytettiin alueellisen hyvinvointityön pohjana. Yhtymävaltuusto valitsi ATH -tutkimustiedon pohjalta neljä kehittämiskohdetta: vanhemmuuden tukeminen, nuorten hyvinvoinnin tukeminen, työikäisten hyvinvoinnin turvaaminen sekä ikäihmisten hyvinvoinnin kehittämisen tarpeiden mukaiseksi. Kuntayhtymän keskushallinnossa valmisteltiin yhtymähallitusta varten esitys erilaisista toimenpiteistä, joiden avulla valittuja kehittämiskohteita voidaan uudistaa. Kuntayhtymän talousarviotyössä pyrittiin myös ottamaan huomioon nämä alueelliset kehittämistyön tavoitteet.

Esimerkiksi ikäihmisten hyvinvoinnin kehittämisen ja turvaamisen tueksi yhtymähallitukselle esiteltiin erilaisia keinoja ja työtapoja, jotka jo olemassa olevina turvaavat alueen ikääntyvän väestön hyvinvointia (Seniorineuvolatoiminta, RAI-arviointityökalun hyödyntäminen, vanhusneuvostojen kuulemiset ym.). Ikääntyvän väestön hyvinvointipalvelujen koordinointi tapahtuu jossain määrin kuntakohtaisten seniorineuvoloiden kautta ja alueellinen geriatrinen työryhmä puolestaan valmistelee ikääntyvän väestön palvelumallia, jossa palvelut on sijoitettu niiden luonteen mukaisesti: primääripreventio (neuvontaa ja terveyden edistämistä; esim. seniorineuvola), sekundaarinen preventio (hoitoa ensisijaisesti kotona) sekä tertiääripreventio (tarkoituksen mukaista kuntoutusta).

Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymässä hyvinvointitietoa osataan arvostaa. Sosiaali- ja terveystieteiden suurten kokonaisuuksien hahmottaminen sekä johtaminen ovat helpompaa, kun valitsee hyvinvoinnin tarkastelunäkökulman. Sote -keskustelussa on monia ulottuvuuksia, ja diskurssi usein muodostuu sosiaalitieteiden ymmärryksestä ja luonnontieteissä vallitsevasta tietämisestä sekä näiden synteisistä. Alueellisessa hyvinvointityössä näyttää myös syntyvän uusi tapa puhua asioista hyvinvointiteemojen kautta. Nämä diskurssit voivat parhaimmillaan muuttua hyvinvointitietoisemmaksi, jolloin laajemmat kokonaisuudet ymmärretään aikaisempaa paremmin.

Lopuksi

Tässä artikkelissa kuvattiin käytännön esimerkin avulla hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisen kehittämistä kunnassa sekä yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Kuntien toiminta vaikuttaa merkittävästi kuntalaisten elämänlaatuun, osallisuuteen, työllisyyteen ja tuottavuuteen. Siksi on tärkeää, että kunnat edistävät toiminnassaan suunnitelmallisesti ja aktiivisesti asukkaidensa hyvinvointia. Ilman suunnitelmallisuutta ja koordinoitua toimintaa pirstaloituu ja tuloksia on vaikea ja jopa mahdotonta arvioida. Tulevaisuudessa painottuvat myös taloudelliset arvot. Onkin tärkeää, että päätöksentekijöille saadaan näkyväksi ehkäisevän ja edistävän työn hyödyt eri näkökulmista mukaan lukien taloudellinen näkökulma.

Kuntien suunnitelmalliseen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen tarvitaan myös yhteistyötä eri tasojen ja toimijoiden välillä. Artikkelin esimerkissä yhteistyötä toteutettiin kunnan sisällä hyvinvointikertomuksen poikkihallinnollisessa valmistelussa ja toimeenpanossa. Lisäksi yhteistyötä toteutettiin K5 -kuntayhtymän ja kuntien välillä. Yhteistoiminta-alueella palkattu kuntien yhteinen koordinaattori tarjosi asiantuntemusta kunnille sekä tuki myös kuntien välistä yhteistyötä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen turvaamiseksi kunnissa tarvitaankin pysyvät poikkihallinnolliset yhteistyö- ja toimeenpanorakenteet sekä toiminnan koordinaatio. Lisäksi tarvitaan ajantasaista tietoa väestön hyvinvoinnista ja terveydestä ja niihin vaikuttavista tekijöistä, hallinnonalat ylittäviä johtamisen käytäntöjä, hyvinvointitavoitteisiin sitoutumista kuntasuunnittelussa, vaikuttavia terveyden edistämisen käytäntöjä sekä edistävän ja ehkäisevän työn ammatillista osaamista ja riittävää henkilöstöä.

Lähteet

- Fawcett S, Schultz J, Watson-Thompson J, Fox M & Bremby R. 2010. Building multisectoral partnerships for population health and health equity. *Prev Chronic Dis.* 7 (6), A118.
- Hätönen H, Helakorpi S, Ståhl T. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toteutuminen kunnassa. Tutkimuksesta tiiviisti 007, lokakuu 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
- Kauppinen T & Hätönen H. 2014. Hyvinvointikertomus kunnan strategisen johtamisen apuna. Premissi.
- Nummela O, Hätönen H, Saaristo V, Helakorpi S. 2014. Kuntalaisten vapaa-ajan liikunta-aktiivisuus – siihen yhteydessä olevat yksilötekijät ja kunnan aktiivisuus terveyden edistämisessä *Yhteiskuntapolitiikka.* 79 (2014):4, 388-399.
- Tukia H, Lehtinen N, Saaristo V & Vuori, M. 2011. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa : Perusraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2011. THL, Helsinki.

2.3 Ehkäisevän päihdetyön koordinaatio kunnissa – hyviä malleja ja tulevaisuuden haasteita

Katariina Warpenius, Jaana Markkula, Minna Kesänen

Mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevä päihdetyö on kuntien lakisääteistä toimintaa kuntalaisten mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Nykyään ehkäisevän päihdetyön rakenteet ja käytännöt kunnissa ovat kirjavia. Ehkäisevää päihdetyötä tehdään ja johdetaan eri hallintokuntien alaisuudessa joko kunnan omana toimintana, seutukunnallisesti tai ostopalveluna.

Ehkäisevän päihdetyön laki tukemaan kuntia

Tässä artikkelissa tarkastellaan kuntien ehkäisevän päihdetyön järjestämistapoja koordinaation näkökulmasta. Kuntien työtä tukeva laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä tulee voimaan 1. päivänä joulukuuta 2015 (523/2015). Laissa ehkäisevällä päihdetyöllä tarkoitetaan toimintaa, jolla vähennetään päihteiden käyttöä ja päihteiden käytöstä aiheutuvia terveydellisiä, sosiaalisia ja yhteiskunnallisia haittoja (523/2015, 2§). Vanhan raittiustyölain ja -asetuksen korvaava laki nostaa kunnat ehkäisevän päihdetyön keskiöön. Lain mukaan kunta huolehtii ehkäisevän päihdetyön tarpeen mukaisesta organisoinnista alueellaan ja nimeää ehkäisevän päihdetyön tehtävistä vastaavan toimielimen (523/2015, 5§). Lain tarkoituksena on lisäksi vahvistaa kuntien kansallista ja alueellista tieto-ohjausta ja menetelmäosaamista sekä yhdistää päihde-, tupakka- ja rahapelihaittojen ehkäisytyötä. Tavoitteena on myös edistää eri toimijoiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. (Warpenius ym. 2015.)

Lain päivitykselle oli tilausta: sekä selvitykset että kentän kokemustieto osoittivat, että vanha raittiustyölaki ei riittävästi ohjannut kuntien ehkäisevää päihdetyötä (Strand 2011; myös Markkula ym. 2014). Tästä syystä kunnat ja kuntalaiset ovat joutuneet epätasa-arvoiseen asemaan päihde-, tupakka- ja rahapelihaittojen ehkäisyn osalta. Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelman (STM 2015) keskeisenä tavoitteena on tukea kuntien ehkäisevää päihdetyötä. Ohjelma tarjoaa kunnille hyviksi todettuja kehittämiskohteita joiden avulla kunnat voivat paikalliseen tilanteeseen peilata suunnata toimintaansa. Ohjelmassa painotetaan kuntien ehkäisevän päihdetyön perusrakenteita, joita ovat:

- lain mukainen nimitetty toimielin, jonka tehtäviin ehkäisevä päihdetyö on määritelty
- ehkäisevän päihdetyön koordinaatiosta käytännössä vastaava taho (esim. ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilö tai koordinaattori tai vastaava)
- ehkäisevää päihdetyötä ohjaava kuntastrategia, hyvinvointikertomus ja tarvittaessa erillinen toimintasuunnitelma

Laissa ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä annetaan erityistä painoarvoa kuntien nimeämälle toimielimelle, joka vastaa siitä, että lain mukaiset tehtävät tulevat kunnissa hoidettua. Lain mukaan (523/2015, 5§) toimielimen tehtäviin kuuluu muun muassa huolehtia siitä, että kunnassa seurataan päihdetilannetta sekä tiedotetaan päihdehaitoista ja haittojen vähentämistavoista. Lisäksi toimielimen tulee sovittaa yhteen kuntien ehkäisevää päihdetyötä poliisin, alkoholi- ja tupakkalakien valvonnan sekä yleishyödyllisten yhteisöjen toimien ja elinkeinoelämän omavalvonnan kanssa.

Kunnat päättävät itsenäisesti siitä, minkä toimielimen tehtäväksi ehkäisevä päihdetyö määritellään. Selvityksen mukaan tällainen monijäseninen toimielin tai monialainen päihdetyöryhmä toimi 65 prosentissa Suomen kunnista vuonna 2013 (Markkula ym. 2014). Toimielin on kunnan ehkäisevää päihdetyötä koordinoiva taho, joka jakaa näitä tehtäviä eteenpäin kunnassa tai alueella.

Kokemustieto on osoittanut, että tavoitteellista ehkäisevää päihdetyötä edistää ammattimandaatilla toimiva työntekijä, joka sovittaa yhteen ja koordinoi eri toimijoiden yhteistyötä. Sen jälkeen kun kunnissa luovuttiin erillisten raittiustyöntekijöiden viroista ja raittiuslautakunnista, paikallistason ehkäisevää päihdetyötä on pyritty tehostamaan nimittämällä kuntiin ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöt, joiden tehtäviin paikallinen koordinaatio kuuluu (Warpenius 2002). Vuonna 2013 valtaosa kunnista (89 %) oli nimennyt ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilön, mutta vain noin neljäsosassa kunnista yhdyshenkilön tehtävä ja mandaatti oli tuolloin määritelty (Markkula ym. 2014).

Paikallisen ehkäisytyön tarpeet ja organisaatioympäristöt vaihtelevat kunnittain, joten koordinaatiomallit on räätälöitävä paikallisesti. Pääosassa kuntia koordinaatiotehtävää hoidetaan osa-aikaisesti yhdistettynä tehtävää hoitavan henkilön perustyöhön, mutta osassa kunnista koordinaatiotyöhön panostetaan kokopäiväisesti (Strand 2011). Monissa kunnissa on esimerkiksi yhdistetty ehkäisevän päihdetyön koordinaatio laajempiin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen kokonaisuuksiin. Myös kuntarajat ylittävä seutuyhteistyö avaa uusia mahdollisuuksia koordinaation järjestämiseksi (ks. Warsell & Tenkanen 2009).

Esimerkkejä koordinaation rakenteista

Taulukossa 1 on kuvattu Päijät-Hämeen ja Porin seudun tavat järjestää ehkäisevän päihdetyön koordinaatio ja rakenteet. Taulukon tiedot on kerätty paikallisilta toimijoilta kyselyllä ja haastattelemalla (Päijät-Häme: Susanna Leimio ja Porin yhteistoiminta-alue: Matti Järvinen ja Sari Ilvonen). Valitut alueet ovat keskenään erilaisia. Päijät-Häme on usean kaupunkikeskuksen alue, ja Pori puolestaan yhden vahvan keskuksen alue. Kummallakin alueella ehkäisevän päihdetyön perusrakenteista on huolehdittu yhdistämällä koordinaatiotehtäviä, ja nämä ratkaisut ovat hyviä esimerkkejä ehkäisevän päihdetyön toimivasta järjestämisestä.

Taulukko 1. Mielenterveyden edistämisen ja ehkäisevän päihdetyön yhdistetty koordinaatio Päijät-Hämeen ja Porin alueella.

	Päijät-Häme	Porin alue
Koordinaation piirissä olevat kunnat	Lahti ja Heinola sekä peruspalvelukeskukset Oiva (Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä, Asikkala, Padasjoki) ja Aava (Orimattila, Myrskylä, Pukkila, Nastola, Iitti, Sysmä, Hartola)	Porin perusturvan yhteistoiminta-alue: Pori, Ulvila ja Merikarvia
Alueen väestömäärä	noin 202 000	noin 100 000
Koordinaation kotipesä	Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmä > Sosiaalialan osaamiskeskus Verso liikelaitos	Porin Perusturva > Terveys- ja hyvinvointipalvelut > Psykososiaaliset palvelut > Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö
Koordinaattorin tehtävänimike	Päijät-Hämeen ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön seutukoordinaattori	Ehkäisevän päihde- ja mielenterveystyön koordinaattori
Käytettävissä oleva työaika	100 %	100 %
Keskeiset työtehtävät	<ul style="list-style-type: none"> - Seudullisen yhteistyön ja kehittämisverkostojen työn koordinointi - Eri toimijoiden osaamisen vahvistaminen (esim. koulutukset ja työpajat) - Kuntatoimijoiden konsultointi ja tuki (mm. toimivien mallien jalkauttaminen) - Asiantuntijatehtävät - Alueellisen ehkäisevän työn tukeminen - Ajankohtaisen tiedon välittäminen - Tiedon tuottaminen paikallisesta tilanteesta 	<ul style="list-style-type: none"> - Ehkäisevän päihde- ja mielenterveystyön kehittäminen - Pakka-toimintamallin koordinointi ja toteuttaminen (ml. vastuullisen elinkeinotoiminnan tukeminen, elinkeinoyhteistyö, teemalliset tapahtumat ja kampanjat, tiedon tuottaminen ja välittäminen toimijoille ja väestölle) - Nuorten päihdeiden käytön varhaisen puuttumisen mallin toteuttaminen - Nuorisopäivystys - Lasten ja vanhempien päihdekasvatus ala- ja yläkouluissa sekä toisella asteella - Ammattilaisten kouluttaminen ja koulutusten järjestäminen
Ehkäisevän päihdetyön integrointi	Ns. Neljän tuulen malli: päihde, mielenterveys, ongelmapelaaminen, perhe- ja lähisuhdeväkivalta	(Raha)pelihaittojen ehkäisy, mielenterveyden edistäminen
Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava(t) työryhmä(t)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Seututaso: Kolme seutukoordinaattorin koordinoimaa moniammatillista seutukoordinaatioryhmää, joista yksi vastaa ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinaatiosta, toinen pelihaittojen ehkäisystä ja kolmas perhe- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisystä. 2) Sote-taso: Heinolassa ja perusturva-alueilla (Aava, Oiva) ehkäisevästä mielenterveys- ja päihdetyöstä vastaavat neljän tuulen ryhmät, joiden jäseninä ylintä virkamiesjohdtoa. 3) Kuntataso: Alueverkostot, joita koordinoivat aluekoordinaattorit ja jotka huolehtivat ehkäisevän päihdetyön käytännön toimeenpanosta ja suunnittelusta (ml. järjestöt, poliisi). Aluekoordinaattorit koordinoivat työtä oman työnsä ohella. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pakka-toimintamallin mukaiset tarjonta- ja kysyntätyöryhmät ohjaavat toimintaa. 2) Päihdeilmiövalmius-ryhmä seuraa alueen päihdeilanteessa tapahtuvia muutoksia ja kokoontuu tarvittaessa jakamaan tietoa ja sopimaan toimista. 3) Pakka-yhteistyöverkosto tiedottaa toiminnasta eri hallinnonalojen johdolle ja kumppaneille. 4) Päihde- ja mielenterveys-suunnitelman seurantar ryhmä seuraa suunnitelman toteutumista ja ottaa kantaa toimintaan tarvittavista muutoksista.

jatkuu...

Työnjako alue- ja kuntatasolla	<p>Seututaso (Seutukoordinaatioryhmät) Koordinoi seudullisesti ja yhteistyössä tehtyä ehkäisevää työtä (ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö, pelihaittojen ehkäisy sekä perhe- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisy), luo ja ylläpitää sen edellytyksiä.</p> <p>Sote-taso (Neljän tuulen ryhmät) Koordinoi paikallisesti tehtyä ehkäisevää työtä ja vastaa sen toteutumisesta, nostaa esiin tuen ja ehkäisevän työn tarpeita paikallisella tasolla, tarjoaa kehittämissideita.</p> <p>Kuntataso (Alueverkostot, työryhmät) Osallistuu asioiden kehittämiseen ja toteuttamiseen.</p>	<p>Aluetaso (Porin Perusturva) Vastaa työn kehittämisestä, suunnittelusta ja toteutuksesta koko yhteistoiminta-alueella (ml. yhteistyön koordinointi).</p> <p>Paikallistaso Vastaa yhteistyössä sovittujen toimien toteuttamisesta, etenkin muilla hallinnonaloilla kuin perusturvassa.</p>
Ehkäisevää päihdetyötä ohjataan strategialla	Kyllä	Kyllä (Päihde- ja mielenterveysuunnitelma)
Ehkäisevän päihdetyön tavoitteista sovittu	Yhdessä johdon ja yhteistyökumppanien kanssa	Yhdessä johdon ja yhteistyökumppanien kanssa
Toiminnasta raportointi	Tilaaajille osavuosisikatsausten ja vuosikerromusten muodossa 3 kk:n välein.	Osana Päihde- ja mielenterveysuunnitelman seuranta 2 krt / vuosi, sekä jatkuvana eri työryhmien kokousten yhteydessä.
Oma arvio vahvuuksista	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vakiintunut rakenne, koordinaatio ja verkostoyhteistyö 2. Tavoitteellisuus 3. Laaja-alaisuus 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vakiintuneet työtavat ja koordinaatio, suunnitelmallinen toiminta (esim. vuosikello) ja toimivat työryhmät 2. Johtaminen (ml. työn resursointi ja pitkäjänteisen työn mahdollistaminen) 3. Toimiva elinkeinoyhteistyö alkoholia, tupakkatuotteita ja rahapelejä tarjoavien kanssa

Edellä kuvatut esimerkkimallit tuovat esiin sen, että on tärkeää luoda koordinaatorakenteita, joissa huomioidaan ehkäisevän päihdetyön verkostomainen työtapa, monialaisuus sekä paikalliset resurssit ja tarpeet. Kummallakin alueella moniammatillinen työryhmä vastaa ehkäisevästä päihdetyöstä ja toimien yhteen sovittamiseen on panostettu nimittämällä vakituinen koordinaattori. Koordinaattorin keskeisiin tehtäviin kuuluu myös ammattilaisten osaamisen vahvistaminen. Lisäksi ehkäisevä päihdetyö on liitetty osaksi keskeisiä strategioita ja parhaillaan toimia ollaan liittämässä hyvinvointikertomuksiin. Näin ollen työllä on tiivis yhteys terveyden, hyvinvoinnin ja mielenterveyden edistämiseen. Päijät-Hämeessä seutukoordinaattorin työtä tukevat myös kuntien ja peruspalvelualueiden omat osa-aikaiset koordinaattorit ja yhdyshenkilöt. Porin seudulla puolestaan painottuu Pakka-toimintamallin mukainen ehkäisevä päihdetyö, joka yhdistää saatavuutta sääntelevän elinkeinoyhteistyön ja kysynnän ehkäisyn kunnissa. (Fors ym. 2013)

Koordinaattori vastaa omalta osaltaan laissa määriteltyjen moninaisten toimien toteuttamisesta toimielimelle, kuntajohdolle ja poliittisille päättäjille. Kokopäiväiseen koordinaattoriin panostaminen on kunnissa ja alueilla koettu monista syistä hyväksi ratkaisuksi. Paikallisesti työlle on tunnistettu tarve, joka on kasvanut erityisesti alkoholin kulutuksen ja alkoholihaittojen lisääntyttyä. Kokopäiväisen koordinaattorin on myös mahdollista osallistua valtakunnallisiin asiantuntijaverkostoihin ja tuoda tietoa hyvistä käytännöistä ja kehittämisen mahdollisuuksista alueille viimeisimpään tietoon perustuen. Taito yhdistää tutkimustietoa paikallisten olosuhteiden ja rakenteiden tuntemukseen puolestaan tukee tavoitteiden saavuttamista.

Tuleva sote- ja itsehallintoalueuudistus voi olla sekä haaste että mahdollisuus ehkäisevän päihdetyön koordinaatiolle ja aidolle monialaisuudelle. Nyt monet kunnat ovat liian pieniä yksiköitä hoitamaan ehkäisytyön ammattimaista koordinaatiota ja ohjaamista. Näin ollen kuntarajat ylittävällä ja toimia yhdistävällä suunnittelulla ja ohjauksella voidaan saavuttaa uudenlaisia synergiaetuja. Vaikka toimet olisi koordinoitu osana laajempia kokonaisuuksia, kunnan nimeämän toimielimen tehtävä on huolehtia siitä, että ehkäisevä päihdetyö säilyttää monialaisen ja paikallisen luonteensa. On tärkeää, että paikallinen ehkäisevä päihdetyö ei supistu vain sosiaali- ja terveyssektorin työksi.

Jatkossa on oleellista seurata ja arvioida kuntien, kuntayhtymien ja alueiden erilaisia mielenterveyden edistämisen ja ehkäisevän päihdetyön järjestämistapoja sekä arvioida niiden toimivuutta ja toteutumista. Parhaimmillaan paikallisten tapauskuvausten avulla voidaan kiteyttää toimivia koordinaatio- ja rakennemalleja, jotka ovat sovellettavissa myös muille paikkakunnille.

Lähteet

- Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015.
- Fors R, Heimala H, Holmila M, Ilvonen S, Kesänen M, Markkula J, Saunio A-L, Strand T, Tamminen I, Tenkanen T, Warpenius K. 2013. Paikallinen alkoholi-, tupakka- ja rahapelihaittojen ehkäisy – Käsikirja yhdessä toteutettavaan Pakka-toimintamalliin. Kide 23/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Markkula J, Fors R, Hamilas M, Heimala H, Kejonen A, Kokkonen T, Tamminen I. 2014. Ehkäisevän päihdetyön rakenteet kunnissa 2013 – Tietoa laadukkaaseen työn perustaksi. Tutkimuksesta tiiviisti 15, kesäkuu 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- STM. 2015. Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Alkoholi-, huume- ja rahapelihaittojen sekä tupakoinnin vähentäminen. STM:n julkaisuja 19/2015.
- Strand T. 2011. Ehkäisevä päihdetyö Suomessa 2011. Missä mennään, minne haluamme? Raportteja 37/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Warpenius K. 2002. Kuka ottaisi vastuun? Ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkoston perustamisen arviointi. Raportteja 270/2002. Stakes, Helsinki.
- Warpenius K, Holmila M, Karlsson T, Ranta J. 2015. Ehkäisevä päihdetyö Suomessa 2025 – ennakoititutkimus. Raportti 5. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Warsell L, Tenkanen T. 2009. Yhdyshenkilöverkostosta seutujen päihdetyöhön. Raportti 30/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

2.4 Alkoholin saatavuuden säätely osana alkoholihaittojen ehkäisyä

Thomas Karlsson

Karttuneen tutkimustiedon mukaan alkoholijuomien fyysisen saatavuuden rajoittaminen yhdessä korkean alkoholiverotuksen kanssa ovat tehokkaimpia keinoja vaikuttaa alkoholinkulutuksen tasoon ja riskikulutukseen (Babor ym. 2010). Muun muassa tästä syystä alkoholihaittojen ehkäisyssä on tärkeää käyttää yleisiä, koko väestöön kohdistuvia toimenpiteitä, joilla rajoitetaan alkoholijuomien fyysistä tai taloudellista saatavuutta. Ennen Suomen jäsenyyttä Euroopan Unionissa (EU) kansallinen alkoholipolitiikka nojasi kolmeen tukipilariin, joita on pidetty Pohjoismaisen rajoittavan ja terveys- ja hyvinvointiperustaisen alkoholipolitiikan kulmakivinä. Nämä olivat: 1) alkoholikaupan yksityisen voitonintressin rajoittaminen, 2) alkoholijuomien fyysisen saatavuuden rajoittaminen, esim. alkoholimonopolin avulla ja 3) alkoholijuomien taloudellisen saatavuuden rajoittaminen korkeilla veroilla (Tigerstedt ym. 2006).

Suomessa itsenäisesti johdetun alkoholipolitiikan toimintaedellytykset ovat kuitenkin heikentyneet merkittävästi sitten 1990-luvun alun. Alkoholipolitiikan ja -haittojen ehkäisyn muotoutumiseen on vaikuttanut Euroopan integraatio, Suomen EU-jäsenyys 1995 ja EU:n sisämarkkinoiden laajentuminen, jotka kaikki ovat omalta osaltaan vaikeuttaneet rajoittavan alkoholipolitiikan toimintamahdollisuuksia maassamme. Tästä huolimatta, alkoholin fyysisen saatavuuden kehitys on Suomen kaksikymmenvuotisen EU-jäsenyyden aikana yhä pitkälti ollut maan omassa päätösvallassa. Sama koskee myös alkoholijuomien verotusta, joskin veropolitiikan liikkumavara supistui huomattavasti alkoholin matkustajatuontikiintiöiden poistuttua EU:n sisäliikenteestä ja Viron liittyttyä EU:n jäseneksi vuonna 2004 (Karlsson ym. 2013).

Viime vuosikymmenten aikana tapahtuneet muutokset suomalaisessa alkoholipolitiikassa ja alkoholimarkkinoiden säätelyssä ovat myös näkyneet alkoholinkulutuksen ja -haittojen kasvuna, eritoten vuosien 2004 ja 2007 välisenä aikana, jolloin alkoholinkulutus ja alkoholista koituvat haitat nousivat tähänastiseen huippuunsa. Vaikka alkoholinkulutus siihen liittyvine haittavaikutuksineen on huippuvuoden 2007 jälkeen ollut hienoisessa laskussa, ovat Suomen alkoholinkulutus- ja haittaluvut yhä selvästi Pohjoismaiden korkeimmat (Karlsson 2014).

Tässä artikkelissa tarkastelen alkoholin saatavuuden säätelyn merkitystä osana kansallista alkoholipolitiikkaa ja alkoholihaittojen ehkäisyä. Johdannon jälkeen teen lyhyen katsauksen ajantasaiseen tutkimustietoon eri alkoholipoliittisten toimenpiteiden tehokkuudesta, jonka jälkeen tarkastelen alkoholipolitiikan ja -haittojen ehkäisyn kehitystä Suomessa viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Lopuksi pohdin alkoholijuomien saatavuuden säätelyn merkitystä suomalaisessa alkoholihaittojen ehkäisyssä nyt ja tulevaisuudessa.

Mitä tiedämme alkoholihaittojen ehkäisystä ja eri toimenpiteiden tehokkuudesta?

Tehokkaan ja laadukkaan alkoholipolitiikan tulee perustua näyttöön ja dokumentoituun tutkimustietoon. Kootun tutkimustiedon avulla voidaan osoittaa mitkä alkoholipoliittiset toimenpiteet ja toimintalinjat todennäköisimmin edistävät terveyttä ja hyvinvointia ja mitkä ovat suorastaan hyödyttömiä tai pelkästään yhteiskunnan julkisia voimavaroja haaskaavia. Tutkimustiedon jatkuvasti karttuessa on tarpeen käyttää systemaattista menettelyä näytön arvioimiseksi, vaihtoehtoisten toimintalinjojen vertailemiseksi ja niiden yhteiskunnalle tuottamien hyötyjen punnitsemiseksi (STM 2004). Alkoholipolitiikan kohteena olevilla, eli kansalaisille täytyy myös antaa kunnon edellytykset arvioida alkoholipolitiikan vaikuttavuutta ja tarkoituksenmukaisuutta, mikä entisestään lisää dokumentoidun tutkimustiedon tärkeyttä alkoholipoliittisessa keskustelussa ja päätöksenteossa.

Terveys- ja hyvinvointiperustaisen alkoholipolitiikan perimmäisenä tavoitteena on alkoholijuomien käytöstä johtuvien haittojen vähentäminen. Koska alkoholipoliittiset kysymykset ovat usein laajoja ja levittäytyvät lähes kaikille julkisen vallan toimialoille, ovat alkoholiin liittyvät asiat usein tärkeitä kysymyksiä niin valtakunnallisella kuin paikallisellakin tasolla. Päätäjien tulisikin varmistaa, että kansanterveysnäkökohdat otetaan huomioon alkoholipolitiikan linjanvedoissa ja muutosprosesseissa (Babor ym. 2010).

Alkoholihaittojen vähentämiskeinojen vaikuttavuudesta on kertynyt runsaasti kansainvälistä tutkimustietoa. Viimeisen vuosikymmenen aikana alkoholitutkimuksen tuloksia on koottu laajoihin kirjallisuuskat-

sauksiin, joissa arvioidaan eri toimenpiteiden tehokkuutta ja toteuttamismahdollisuuksia. Kun tarkastellaan tätä koottua tutkimustietoa eri alkoholipoliittisten toimenpiteiden tehokkuudesta, voidaan todeta, että alkoholijuomien saatavuuden sääntelyn ja alkoholin verotuksen osalta näyttö vaikuttavuudesta on yleisesti ottaen vahvaa. Kun vielä otetaan huomioon, että vaikutukset kohdistuvat saatavuuden säätelyssä väestöön laajalti ja että toteutuskustannukset ovat suhteellisen alhaiset, näiden toimintalinjojen vaikuttavuutta kansanterveyden kannalta voidaan pitää hyvänä (Babor ym. 2010).

Merkittävä osa yhteiskuntaa kuormittavista alkoholihaitoista syntyy valtaväestön alkoholinkulutuksesta satunnaisen humalajuomisen tai pitkällä aikavälillä kumuloituvien riskien seurauksena. Tästä syystä on tärkeää, että alkoholipoliittikan ydin perustuu toimenpiteisiin, joilla rajoitetaan alkoholijuomien fyysistä tai taloudellista saatavuutta ja vähentävät haittariskejä koko väestössä. Viime aikoina myös mainonnan ja markkinoinnin sääntelyyn liittyvistä toimenpiteistä on tullut lisää tutkimusnäyttöä ja alkoholimainontarajoitukset ovat nousseet esille kustannustehokkaana keinona vähentää nuorten juomista. Myös Maailman terveysjärjestön WHO:n keskeinen suositus alkoholihaittojen vähentämistavoitteeseen pääsemiseksi on jäsenvaltioiden vuonna 2010 hyväksymän globaalien alkoholistrategian toimeenpano painottaen samoja keinoja, eli alkoholiveron nostamista sekä alkoholijuomien saatavuuden ja mainonnan sääntelyä (Karlsson ym. 2015).

Alkoholin saatavuuden ja verotuksen kehitys EU-Suomessa

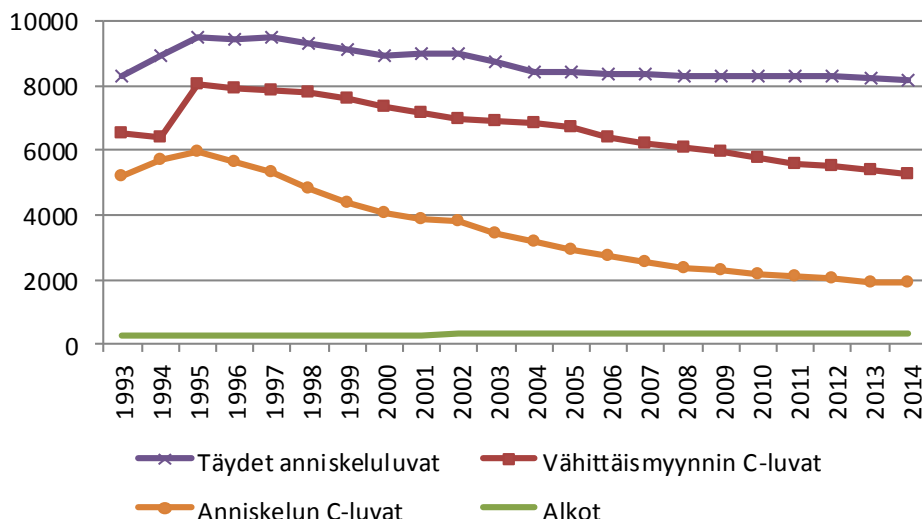
Alkoholipoliittiset muutokset EU-Suomessa näkyvät alkoholin saatavuuden ja verotuksen muutoksena sekä joinakin alkoholijuomien vähittäismyyntiin liittyvinä muutoksina. Lisäksi viime vuosina on tehty muutoksia muun muassa alkoholimainontaan.

Alkoholin fyysisen saatavuuden muutokset

Suomea ympäröivä maailma muuttui 1990-luvulla suuresti ja nopeasti. Neuvostoliitto sortui ja Suomi haki EU:n jäsenyyttä sekä liittyi Euroopan talousalueeseen (ETA) vuonna 1994. Suomen osallistuminen Euroopan integraatioketjuun edellytti myös Suomen alkoholipoliittisen järjestelmän sopeuttamista uusiin kilpailua sääteleviin periaatteisiin. Uusi alkoholilaki astui voimaan Suomen liittyttyä EU:n jäseneksi vuoden 1995 alusta (Alavaikko & Österberg 1999).

Tuolloin voimaan astunut ja yhä voimassa oleva vuoden 1994 alkoholilaki (1143/1994) purki alkoholijuomien tuotannon, tuonnin, viennin ja tukkumyynnin monopolit sekä siirsi Alkolla olleet alkoholihallinnon tehtävät muille viranomaisille. Lisäksi alkoholinkäyttö sallittiin julkisilla paikoilla ja verovapaan alkoholin matkustajatuontisäännöksiä väljennettiin. Vastoin hallituksen esitystä eduskunta päätti myös sallia alle 22-tilavuusprosenttisten alkoholijuomien mainonnan, antaa viinitiloille ja sahdin valmistajille vähittäismyyntioikeudet näiden itse valmistamiin alle 13-tilavuusprosenttisiin tuotteisiin ja sallia kaikkien käymisteitse valmistettujen alle 4,7-tilavuusprosenttisten alkoholijuomien myynnin päivittäistavara-kaupoissa, kahviloissa ja kioskeissa. Vuoden 1994 alkoholilain säätäminen osoittaa varsin selvästi, että tuolloin tapahtunut alkoholin saatavuuden paraneminen ei perustunut vain ulkoisiin paineisiin, vaan myös eduskunnan aktiiviseen puuttumiseen alkoholiasioihin (Karlsson & Österberg 2004).

Lainsäädännölliset muutokset antoivat alkoholikentällä huomattavasti liikkumatilaa yksityiselle voitontavoittelulle. Myös toinen rajoittavan alkoholipoliittikan tukipilari eli saatavuuden rajoittaminen on edelleen murentunut muun muassa Alkon myymälöiden sekä anniskeluravintoloiden määrien ja aukiolojen lisääntyessä. Alkon myymälöitä onkin perustettu lisää koko EU-jäsenyyden ajan. Vuonna 1994 myymälöitä oli 248. Kun vähittäismyyntimonopolin säilyminen varmistui 1997, myymälöiden lisääntymistahti kiihtyi. Vuonna 2014 myymälöitä oli 353, mikä merkitsee yli 40 prosentin lisäystä 20 vuodessa (kuvio 1). Kaikki myyntipisteet ovat toimineet itsepalveluperiaatteella 1990-luvun lopusta lähtien ja aukioloajat ovat pidentyneet noin 50 prosenttia sitten 1990-luvun alun. Noin kolme neljästä Alkon myymälästä sijaitsee kauppakeskuksen, marketin tai tavaratalon yhteydessä, mikä on merkinnyt keskiolutta väkevämpien alkoholijuomien saatavuuden helpottumista päivittäistavaraostosten yhteydessä. Myymälöidensä lisäksi Alkolla oli vuoden 2014 lopulla 106 tilausmyyntipistettä, joiden osuus kokonaisyhteisöstä oli kuitenkin vain reilu prosentti (Karlsson ym. 2013; Valvira 2015).



Kuvio 1. Anniskelu- ja vähittäismyyntilupien lukumäärä Suomessa, 1993–2014

Alle 4,7 tilavuusprosenttia alkoholia sisältävien alkoholijuomien vähittäismyyntipaikkojen (C-lupa) lukumäärä on viimeisten kahden vuosikymmenen aikana vähentynyt. Vuonna 1994 C-luvan omaavia vähittäismyyntipaikkoja oli noin 6 400 kun niitä vuoden 2014 lopussa oli 5 282 (Kuvio 1). Vähittäismyyntipaikkojen väheneminen johtuu päivittäistavarakaupan rakenteen muutoksista, eli yksikkökoon kasvusta ja myymälöiden lukumäärän vähenemisestä. Vertailuna voi mainita, että vuonna 1969 keskioluen myynnin laajetessa Alkoista päivittäistavarauppoihin, oli keskioluen vähittäismyyntipaikkoja yli 17 000. Myyntipaikkojen lukumäärän vähentyessä on sunnuntaina auki olevien vähittäismyyntipaikkojen lukumäärä kuitenkin moninkertaistunut 1990-luvun puolivälistä lähtien kaupan aukioloaikojen vapautuessa (Karlsson ym. 2013; Valvira 2015).

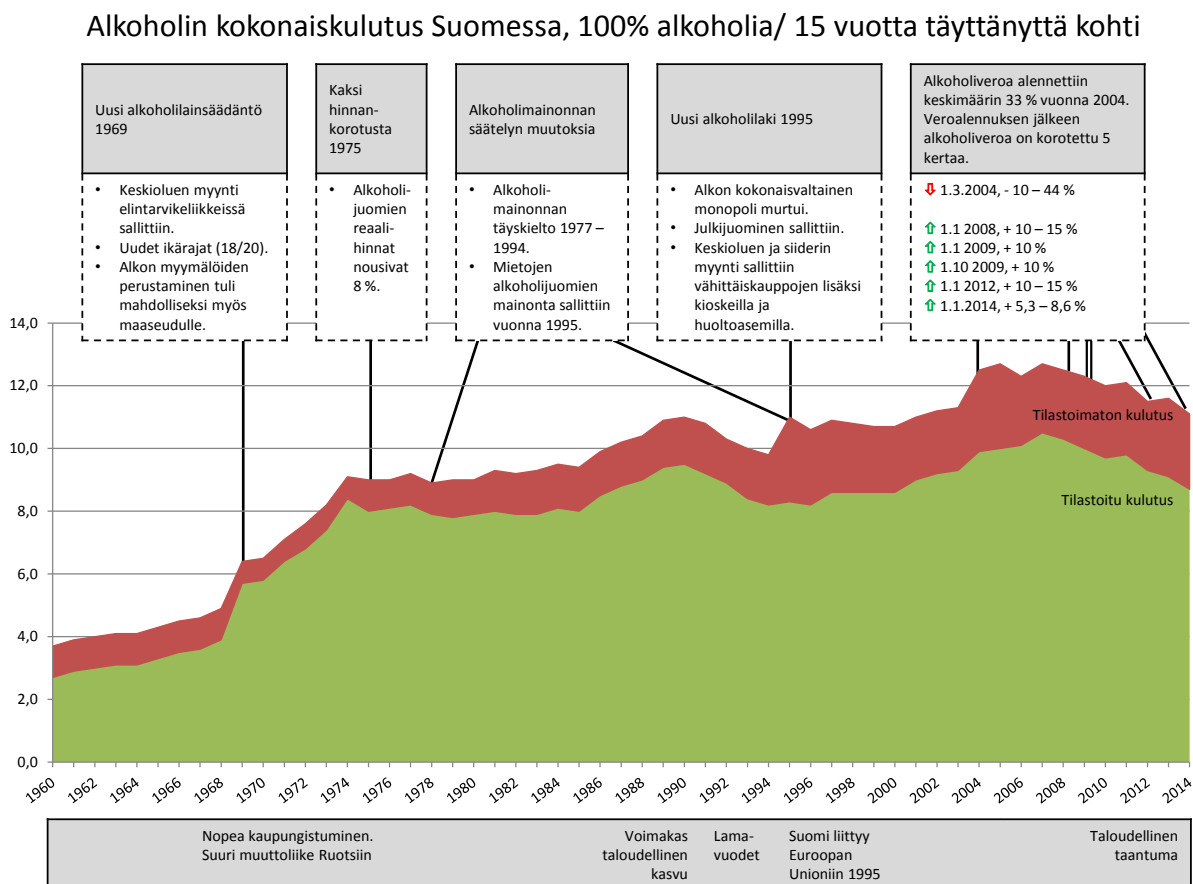
Anniskeluravintoloiden lukumäärän kasvu on niin ikään lisännyt alkoholin saatavuutta. Ravintoloiden A-oikeuksien (kaikki alkoholijuomat) määrä on enemmän kuin kaksinkertaistunut 1990-luvun alusta, jolloin lupien lukumäärä oli reilut 2 000. Vuoden 2014 lopussa A-lupia oli myönnetty 5 935 (Kuvio 1). Vielä enemmän oli kasvanut ravintoloiden asiakaspaikkojen määrä. C-anniskelulupien (vain alle 4,7 tilavuusprosenttia alkoholia sisältävät juomat) määrä lähti sen sijaan laskuun vuonna 1995, ja vuoden 2014 lopussa lupien määrä oli pudonnut kolmasosaan vuoden 1994 tasosta. Myös anniskelupaikkojen aukioloajat ovat pidentyneet. Nykyään yleisin sulkemisaika on kello kaksi ja erikoisluvalla jatkoaikaa myönnetään kello kolmeen tai neljään.

Alkoholiverotuksen muutokset

Alkoholipolitiikan kolmas tukipilari eli alkoholijuomien korkea verotaso ei osoittanut heikkenemisen merkkejä 1990-luvun alussa. Itse asiassa alkoholijuomien reaali hinnat olivat 1990-luvun puolivälissä korkeammalla kuin koskaan. Vuosien 1995–2003 välisenä aikana alkoholiverotusta muutettiin vain kerran. Tämä tapahtui 1998, jolloin mietojen viinien ja välituotteiden verotusta alennettiin 17 prosenttia. Suomen alkoholiverotuksessa on kuitenkin tapahtunut suuria muutoksia vuoden 2003 jälkeen.

Maaliskuussa 2004 laskettiin väkevien alkoholijuomien verotusta 44 prosenttia, oluen verotusta 32 prosenttia ja viinien verotusta 10 prosenttia vastauksena alkoholin matkustajatuonnin vapautumiseen muista EU-maista tammikuussa 2004 ja ennakoiden Viron EU-jäsenyyttä toukokuun 2004 alusta. Vuonna 2004 toteutettua veronalennusta voidaan vaikutuksiltaan rinnastaa vuosien 1969 ja 1995 alkoholipoliittisiin muutuksiin, jolloin alkoholin kokonaiskulutus kasvoi ja alkoholihaitat lisääntyivät selvästi (Karlsson ym. 2013).

Hallituksen suhtautuminen alkoholiverotuksen korottamiseen muuttui myönteisemmäksi viime vuosikymmenen loppupuolella, kun asenneilmasto lisääntyneestä alkoholinkulutuksesta kohtaan oli alkanut kiristyä. Vuonna 2008 väkevien alkoholijuomien verotusta nostettiin 15 prosenttia ja muiden alkoholijuomien 10 prosenttia. Marraskuussa 2008 talouspoliittinen ministerivaliokunta päätti, että kaikkien alkoholijuomien verotusta nostettaisiin vuoden 2009 alusta 10 prosentilla. Yllätyksellisenä voidaan pitää hallituksen ehdotusta nostaa alkoholiveroja toistamiseen 10 prosentilla lokakuussa 2009. Korotuksella pyrittiin ensisijaisesti paikkaamaan taluskriisin aiheuttamaa lovea valtiontaloudessa (Karlsson ym. 2010). Kaksi viimeisintä alkoholiveron korotusta tehtiin vuosina 2012 ja 2014, jolloin alkoholijuomien verotusta korotettiin 5–15 prosentilla juomalajista riippuen (Kuvio 2).



Kuvio 2. Alkoholipoliittisia muutoksia ja alkoholin kokonaiskulutus litroina 100% alkoholia 15 vuotta täyttäneitä kohti, 1960–2013

Viimeisimpien veronkorotusten jälkeen väkeviä ja väli tuotteita verotetaan yhä hieman lievemmin kuin ennen vuoden 2004 veronalennusta. Sen sijaan oluiden ja viinin verotaso ylittää vuotta 2004 edeltäneen tason. Silti väkevien alkoholijuomien verotus on edelleen korkeammalla tasolla kuin mietojen alkoholijuomien.

Vaikka samat ulkoiset uhat alkoholin matkustajatuonnin vapauttamisen myötä koskivat myös Ruotsia ja epäsuorasti ETA-maa Norjaa, Suomen alkoholiveropolitiikka on ollut epäjohdonmukaisempaa kuin läntisissä naapurimaissamme, jotka ovat pitäneet alkoholiverotonsa vakaina, vaikka julkinen keskustelu alkoholiveroista on ollut vilkasta. Esimerkiksi Norjassa on tehty alkoholiveroihin inflaatiokorotuksia tasaisin väliajoin.

Muita alkoholipoliittisia muutoksia

Vuoden 2004 alkoholiveroalennuksen lisäksi viime vuosikymmenen ehkä merkittävin alkoholioloihin liittyvä muutos oli uuden järjestyslain (612/2003) voimaan astuminen lokakuussa 2003. Järjestyslain keskeisenä tavoitteena oli yhtenäistää kuntien kirjavat järjestyssäännöt, joilla muun muassa säädeltiin alkoholi-juomien nauttimista julkisilla paikoilla. Uuden järjestyslain myötä alkoholin nauttiminen julkisilla paikoilla kiellettiin, mutta niin sanottu piknik-juominen puistoissa, mukaan lukien lasten leikkipuistot, sallittiin. Järjestyslain voimaan astumisen jälkeen julkijuomisen valvonta onkin paljolti riippunut poliisin priorisoinneista ja resursseista (Törrönen & Karlsson 2004).

Alkoholihaittojen kasvaessa viime vuosikymmenen keskivaiheilla hallitus asetti marraskuussa 2005 alkoholipoliittisen ministerityöryhmän valmistelemaan toimia alkoholihaittojen vähentämiseksi. Ministerityöryhmän ehdotuksista toteutuivat seuraavat toimenpiteet:

- alkoholi-juomien vähittäismyynti siirrettiin alkamaan klo 7 sijasta aikaisintaan klo 9:ään,
- alkoholi-juomien paljousalennukset kiellettiin,
- alkoholi-juomien tarjoushinnoista ilmoittaminen myymälän tai anniskelupaikan ulkopuolella kiellettiin,
- alkoholimainosten esittäminen televisiossa sallittiin vain kello 21:n jälkeen ja alkoholimainonta
- elokuvateattereissa kiellettiin alaikäisille sallituissa näytännöissä.

Ehdotettu myyntiajan muutos astui voimaan huhtikuussa 2007 ja muut lakimuutokset vuoden 2008 alusta. Eduskunta hyväksyi myös lain alkoholipakkauksiin ja -pulloihin liitettävästä varoitusmerkinnästä. Yleisesti muotoiltu varoitusmerkintä – ”VAROITUS: Alkoholi vaarantaa sikiön kehityksen ja terveytesi” – ei kuitenkaan mennyt läpi EU:ssa ja peruspalveluministeri Paula Risikon ehdotuksesta laki varoitusmerkinnöistä kumottiin keväällä 2008, ennen lain voimaan astumista. Ministeri ei itse uskonut varoitusmerkintöjen vaikuttavuuteen ja myös Panimoliitto vastusti aktiivisesti varoitusmerkintöjen käyttöönottoa koko lainvalmisteluprosessin ajan (Karlsson 2008).

Vuosien 2007 ja 2008 alkoholipoliittisista muutoksista päätettiin ajankohtana, jolloin mielipideilmasto Suomessa oli tiukentunut ja poliitikot yli puoluerajojen kannattivat alkoholipolitiikan kiristämistä. Eduskunta lisäsi juuri ennen eduskuntavaaleja 2007 hyväksytyyn lakipakettiin myös ponnin alkoholiverotuksen verotuksen nostamisesta seuraavan hallituskauden aikana. Lupaus sisällytettiin myös seuraavaan hallituksen ohjelmajulistukseen (Karlsson 2009).

Viime aikoina alkoholipoliittista keskustelua maassamme ovat hallinneet alkoholin matkustajatuonnin lisäksi alkoholiverotukseen ja alkoholimainontaan liittyvät asiat. Suurinta vääntöä on käyty alkoholimainontarajoituksista, missä terveyden edistämisen ja päihdetyön ammattilaiset ovat puhuneet mainontarajoitusten puolesta ja elinkeinoelämän edustajat niitä vastaan. Syksyllä 2009 STM asetti alkoholimainonnan rajoituksia selvittävän työryhmän, joka koostui voittopuolisesti alkoholiteollisuuden, kaupan ja viestinnän edustajista. Muistiossaan kahtia jakautunut työryhmä päätti, ettei alkoholimainontasäädöksiä ole syytä kiristää. Eduskunnassa asiasta oltiin toista mieltä ja 106 kansanedustajaa allekirjoitti syyskuussa 2010 erillisen lakialoitteen alkoholin mielikuvamainonnan kieltämisestä. Aloitteesta huolimatta mitään poliittista päätöstä asiassa ei saatu aikaan (Karlsson ym. 2013).

Alkoholimainonnan rajoittaminen kirjattiin vuoden 2011 hallitusohjelmaan ja syksyllä 2013 eduskunta muutti alkoholilain mainontaa koskevia pykäläiä (33 § ja 40 §) erityisesti lasten ja nuorten suojelemiseksi. Lakimuutoksen myötä yleisillä paikoilla toteutetusta alkoholimainonnasta tuli kiellettyä, joskin se yhä sallitaan yleisötilaisuuksissa kuten urheilutapahtumissa ja konserteissa.

Televisiomainonnan kiellettyä esitysaikaa pidennettiin yhdellä tunnilla klo 22:een niin, että alkoholi-juomien mainonta televisiossa ja radiossa on kiellettyä nykyisin klo 7–22 välillä. Myös kuluttajien itsensä tuottama tai jakama sisältö tai peliin, arpajaisiin tai kilpailuun perustuva alkoholimainonta on lakimuutoksen jälkeen kiellettyä. Näistä muutoksista väkevien alkoholijuomien mainontaa koskeva säännös tuli voimaan tammikuussa 2014 ja muita alkoholijuomia koskevat säännökset astuivat voimaan vuoden 2015 alussa (THL 2014).

Alkoholin saatavuuden säätely osana suomalaista alkoholihaittojen ehkäisyä – Yhteenveto

Millainen asema alkoholin saatavuuden säätelyllä on nykyisessä ja tulevassa alkoholipolitiikassamme? Tiedämme, että nykyisen alkoholipolitiikan arvopohja on määritelty perustuslaissa, alkoholilainsäädännössä ja valtioneuvoston periaatepäätöksessä alkoholipolitiikan linjauksista vuodelta 2003. Alkoholiin liittyvien julkisen vallan toimenpiteiden tavoitteena on ensisijaisesti alkoholin aiheuttamien haittojen ehkäisy ja vähentäminen (Karlsson ym. 2013).

Vaikka rajoittavan alkoholipolitiikan kolme keskeistä peruskiveä ovat oleellisesti heikentyneet viimeisten 20 vuoden aikana, mikään ei kuitenkaan puhu sen puolesta, että saatavuuden säätelyyn ja korkeaan alkoholiverotukseen nojautuva alkoholipolitiikka olisi tehotonta tai tiensä päässä. Jatkovasti saadaan lisää tutkimusnäyttöä siitä, että alkoholijuomien saatavuuden kiristäminen ja korkean alkoholiveron politiikka ovat tehokkaimpia toimenpiteitä alkoholihaittojen ehkäisyssä. Konkreettisesti universaalien toimenpiteiden tehokkuus ja toimivuus näkyy siinä, että viime vuosikymmenen alkoholin saatavuuden tiukennukset ja vuoden 2008 jälkeiset alkoholiveronkorotukset ovat saaneet alkoholinkulutuksen kasvun taittumaan ja kokonaiskulutuksen kääntymään lievään laskuun (Karlsson 2014).

Alkoholihaittojen ehkäisyn kannalta on tärkeä muistaa, että mitä vähemmän väestössä on alkoholin riskikäyttäjiä, sitä vähemmän on myös niitä yksilöitä, joiden juominen muuttuu vakavaksi ongelmaksi juojalle itselleen tai hänen läheisilleen. Kun halutaan tehokkaasti vähentää alkoholihaittojen kokonaismäärää yhteiskunnassa, toimenpiteitä ei pidä kuitenkaan kohdistaa ainoastaan riskikäyttäjiin. Suuri osa yhteiskuntaa kuormittavista alkoholihaitoista syntyy valtaväestön alkoholinkulutuksesta, vaikka sosiaaliset ongelmat ja vakavat terveyshaitat kasautuvatkin alkoholia keskimäärin enemmän käyttäville suurkuluttajille. Tästä syystä alkoholihaittojen tehokas ehkäiseminen yhteiskunnassa edellyttää toimenpiteitä, jotka vähentävät haittariskiä koko väestön tasolla. Tämä pätee siitakin huolimatta, että yleiset toimenpiteet kohdentuvat myös sellaisiin yksilöihin, jotka eivät omakohtaisesti alkoholihaitoista kärsi.

Muun muassa tästä syystä alkoholihaittojen ehkäisyssä on tärkeää käyttää yleisiä, koko väestöön kohdistuvia toimenpiteitä, joilla rajoitetaan alkoholijuomien fyysistä tai taloudellista saatavuutta. Alkoholihaittojen ehkäisyn on siis tulevaisuudessakin syytä perustua korkeaan alkoholiverotukseen ja harkittuihin veronkorotuksiin sekä alkoholijuomien vähittäismyymälöiden ylläpitämiseen.

Alkoholihaittojen ehkäisyä paikallisella tasolla kannattaa tarkastella suhteessa niihin yhteisöllisiin mekanismeihin, jotka ongelmia tuottavat. Paikallisten alkoholiongelmien ehkäisymallien onnistumisen mahdollisuudet ovat parhaat silloin, kun käytetään hyväksi aiempaa tutkimusnäyttöä ja kun useita toimintalinjoja toteutetaan järjestelmällisesti. Niinpä toisiaan täydentävät toimintalinjat, jotka tähtäävät koko juomisympäristön muuttamiseen, tuottavat todennäköisemmin tulosta kuin yksittäiset toimenpiteet. On kuitenkin tärkeä muistaa, että alkoholipoliittisia toimenpiteitä toteutetaan harvoin yksinään. Toisiaan täydentävät toimenpiteet tuottavat todennäköisemmin tulosta kuin yksittäiset. Lyhytaikaisten projektiluontoisten toimien sijasta kannattaa suosia toimenpiteitä, jotka voidaan vakiinnuttaa pitkäaikaiseen käyttöön. Jos tavoitteena on suurin mahdollinen vaikutus väestötasolla, tarvitaan laaja-alaisia toimintamalleja (Babor ym. 2010; Karlsson ym. 2013).

Lähteet

- Alavaikko, Mika & Österberg, Esa: Alkoholiiin kytkeytyvät elinkeinotressit Suomessa 1990-luvulla. *Yhteiskuntapolitiikka* 64 (1999): 301–316.
- Babor, Thomas & Caetano, Raul & Casswell, Sally & Edwards, Griffith & Giesbrecht, Norman & Graham, Kathryn & Grube, Joel & Hill, Linda & Holder, Harold & Homel, Ross & Livingston, Michael & Österberg, Esa & Rehm, Jürgen & Room, Robin & Rossow, Ingeborg: *Alcohol: No Ordinary Commodity*, second edition Oxford: Oxford University Press, 2010.
- Karlsson, Thomas: Nordic Alcohol Policy in Europe. The Adaptation of Finland's Sweden's and Norway's Alcohol Policies to a New Policy Framework, 1994–2013. Research 137. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014 [päivitetty 24.3.2015] <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-307-9>
- Karlsson, Thomas (toim.): Suomen alkoholiolot 2000-luvun alussa. Kulutus, haitat ja politiikka. THL Raportti 15/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009 [päivitetty 24.3.2015] <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085401>.
- Karlsson, Thomas: Finlands, Norges och Sveriges alkoholpolitiska linjedragningar sedan ”ödesåret” 2004. *Nordisk alkohol- & narkotikaidskrift* 25 (2008): 205–222.
- Karlsson, Thomas & Kotovirta, Elina & Tigerstedt, Christoffer & Warpenius, Katariina (toim.): *Alkoholi Suomessa*. Kulutus, haitat ja politiikkatoimet. THL Raportti 13/2013. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy, 2013 [päivitetty 24.3.2015] <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-896-4>
- Karlsson, Thomas & Montonen, Marjatta & Mäkelä, Pia & Österberg, Esa: WHO:n kansanterveystavoitteet edellyttävät pitkäjänteistä työtä alkoholihaittojen vähentämiseksi. Tutkimuksesta tiiviisti, maaliskuu 2015 [10.4.2015] <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-454-0>
- Karlsson, Thomas & Mäkelä, Pia & Österberg, Esa & Tigerstedt, Christoffer: A new alcohol environment. *Trends in alcohol consumption, harms and policy: Finland 1990 – 2010*. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 27 (2010): 497–513.
- Karlsson, Thomas & Österberg, Esa: Suomen alkoholipolitiikka, EU, WHO, Viro ja vuosi 2004. Kirjassa: Rimpelä, Matti & Ollila, Eeva (toim.) *Näkökulmia 2000-luvun terveyspolitiikkaan*. Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja, Aiheita 8/2004. Helsinki: STAKES, 2004: 23–34.
- STM 2004. Alkoholipolitiikan kuluttajaopas. Yhteenveto kirjasta *Alcohol: No ordinary commodity*. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö [päivitetty 25.3.2015] http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3863.pdf
- THL 2014. Päihdetilastollinen vuosikirja 2014. Alkoholi ja huumeet. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2014. THL: Helsinki. [päivitetty 24.3.2015] <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-295-9>
- Törrönen, Jukka & Karlsson, Thomas: Taistelu piknikjuomisesta: uusi järjestyslaki ja vapauden rajat. Kirjassa: Törrönen, J. (toim.) *Valvontaa ja vastuuta*. Päihteet ja julkisen tilan moraalisisäätely. Helsinki: Gaudeamus Kirja, 2004: 70–95.
- Valvira 2015. Alkoholitilastot vuosi 2014 [päivitetty 25.3.2015] http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/alkoholi/tilastot/vuosi_2014.

2.5 Paikallisia avauksia rahapelihaittojen ehkäisyyn

Minna Kesänen

Rahapelihaittojen ehkäisyllä tarkoitetaan yleisesti kaikkia niitä toimia, joilla vähennetään rahapelaamisesta yksilölle, läheisille ja yhteiskunnalle aiheutuvia haittoja. Valtakunnallisella rahapelipolitiikalla vaikutetaan rahapelien toimintaympäristöön. Arpajaislaki on keskeinen valtakunnan tason ohjausväline, jolla rahapelihaittoja pyritään vähentämään. Lait ja säädökset kuitenkin toimeenpannaan ja haitat kohdataan paikallisella tasolla: alueilla, kunnissa ja erilaisissa paikallisissa yhteisöissä.

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (HE 339/2014) selkiyttää kuntien roolia rahapelihaittojen ehkäisyssä. Laki korostaa tutkittuun tietoon perustuvien menetelmien käyttöä ehkäisevässä työssä. Mitä tutkittuun tietoon perustuvia keinoja rahapelihaittojen ehkäisemiseksi paikallisesti voidaan toteuttaa ja mitä erilaisia toimia on jo tehty? Artikkelin ei pyri olemaan kattava esitys paikallisesta rahapelihaittojen ehkäisystä, vaan enemmänkin uuden lain toimeenpanoon liittyvä keskustelun avaus. Seuraavaan taulukkoon on koottu esimerkkejä toimivista keinoista ja niiden toteuttamiseen liittyvistä haasteista ja mahdollisuuksista Suomessa.

Toiminta rahapelihaittojen ehkäisemiseksi	Haasteet	Mahdollisuudet
Yhtäaikaiset samansuuntaiset paikalliset rahapelihaittojen ehkäisutoimet ovat vaikuttavampia kuin yksittäiset toimenpiteet (Williams ym. 2012).	Paikallisesti työ vaatii henkilön, joka koordinoi ehkäisevän päihdetyön kokonaisuutta ja rahapelihaittojen ehkäisyä sen osana. Kunnat resursoivat vaihtelevasti ehkäisevän päihdetyön koordinaatioon (Markkula ym. 2013).	Yhä useampi alue/kunta on palkannut ehkäisevän päihdetyön koordinaattorin, jonka työhön on sisällytetty myös rahapelihaittojen ehkäisy.
Ikärajojen noudattaminen, paikallisen valvonnan tehostaminen ja yleisen tietoisuuden lisääminen ikärajoista ja rahapelaamiseen liittyvistä haitoista (Gainsbury ym. 2014).	Ikärajavaltovottavien tuotteiden (tupakka, alkoholi, rahapelit) tarjonta on Suomessa runsasta. Rahapelien ikärajavaltovonta on heikkoa verrattuna tupakan ja alkoholin ikärajavaltovantaan (Warpenius 2012). Suomalaisista nuorista noin 44 % on pelannut rahapelejä viimeisen puolen vuoden aikana (Raisamo ym. 2013). Nuorten rahapelaamisella on yhteys moniin negatiivisiin terveysvaikutuksiin (Räsänen ym. 2015).	Pakka toimintamalli on käytössä Suomessa jo laajasti (Tamminen 2012). Rahapelaaminen on integroitu Pakka toimintamalliin ja useat kunnat jo toteuttavat sitä integroidusti.
Nuorten tietoihin, uskomuksiin ja asenteisiin vaikuttaminen (Donati ym. 2013, Walther ym. 2012, Messerlian ym. 2005).	Nuoret altistuvat Suomessa rahapelien mainonnalle. Markkinointi ja mainonta ovat Suomessa laajaa ja ulottuu päivittäiseen asiointiin (Castren ym. 2014).	Oppilaille suunnattuja rahapelaamiseen liittyviä oppituntimalleja on integroitavissa osaksi koulujen ja oppilaitosten ehkäisevää päihdetyötä.
Seulonta ja mini-interventio (Rash & Petry 2014, Gainsbury et al. 2014). Säännöllisen pelaamisen vähentäminen (Salonen et al. 2015).	Sosiaali- ja terveysalalla koetaan tarvetta kehittää osaamista yksilötason ehkäisevässä työssä: puheeksiottamisessa, riskipelaamisen tunnistamisessa ja pelaajan ohjaamisessa (Raiski 2011).	Rahapelaamisen puheeksiotto, tunnistaminen, muutokseen motivointi voidaan integroida jo olemassa oleviin muihin seulonta ja mini-interventio käytäntöihin.
Ehkäistään ongelmallisen pelaamisen pelaajalle aiheuttamat lisähaitat ja läheisille aiheutuvat ongelmat: Hoitoon hakeutumisen esteiden poistaminen	Hoitoon hakeutuu vain pieni osa ongelmallisesti pelaavista (Slutske 2006). Hoitoon hakeutumiseksi on useita esteitä (Itäpuisto 2011). Hoitoon hakeudutaan vasta vakavissa ongelmissa. Läheisten avuntarvetta ei usein huomata.	Pelaajan ja läheisten avun saannin esteiden tunnistaminen ja rahapeliongelman hoitopolun kuvaaminen on aloitettu usealla paikkakunnalla.

Taulukko 1. Tutkittuun tietoon perustuvia keinoja rahapelihaittojen ehkäisemiseksi alueilla ja kunnissa.

Tutkimustietoa rahapelihaittojen ehkäisyn toteuttamisesta Suomessa on vielä vähän. Kuntien ehkäisevän päihdetyön rakenteet ja toimintakäytännöt eroavat toisistaan ja rahapelihaittojen ehkäisy on mukana paikallisessa työssä hyvin vaihtelevasti. Viime vuosina on kuitenkin alueilla/kunnissa ja erilaisissa yhteisöissä kehitetty rahapelihaittojen ehkäisyyn liittyvää työtä:

- **Rahapelaaminen osana Pakka toimintaa Porissa**

Rahapelien pelaaminen on Suomessa kielletty alle 18-vuotiaalta. Pakka toimintamallin yksi keskeinen tavoite on tukea ikärajoihin liittyvän lainsäädännön toteuttamista paikallisella tasolla. Porissa Pakka toimintamalliin on integroitu rahapelaaminen osaksi käytännön työtä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että Porin tarjontatyöryhmässä on mukana RAY:n aluepäällikkö, ostokokeisiin on liitetty rahapelit, ostokoetuloksista on tiedotettu mediassa ja rahapelihaittojen ehkäisyyn liittyviä toimenpiteitä kehitetään ja toteutetaan yhdessä elinkeinon ja muiden toimijoiden kanssa kanssa.

- **ABC ja nuoret -opas. Nuorten rahapelihaittojen ehkäisy osana liikenneasemien vastuullista toimintaa**

Nuorten Palvelu ry:n ”ABC kohtaa nuoria – kehittämishankkeen 2010–2013 tavoitteena oli lisätä ABC-liikennemyymälöiden henkilöstön osaamista kohdata nuoria ja kehittää rakentavia toimintatapoja nuorten asiointiin ABC – asemilla. Kaikille ABC-liikennemyymälöiden työntekijöille jaettu ABC ja nuoret -opas toteutettiin yhteistyössä ABC-ketjuohjauksen kanssa. Oppaaseen on koottu perustietoa nuorten kohtaamisesta ja nuoruuden ilmiöistä, mistä on arveltu olevan hyötyä kaupallisissa ympäristöissä nuoria usein kohtaaville työntekijöille. Rahapelaaminen ja sen valvonta on osana opasta.

- **Puhutaan rahapelaamisesta – viikko Kokkolan ja Vaasan aikuissosiaalityössä**

Aikuissosiaalityö kohtaa työssään rahapelaamista ja siihen liittyviä ongelmia. Rahapelaaminen tulee usein puheeksi vasta, kun ongelmat ovat jo kärjistyneet. Puhutaan rahapelaamisesta – viikolla pyrittiin Kokkolassa ja Vaasassa madaltamaan sekä työntekijöiden että asiakkaiden kynnystä puhua rahapelaamisesta ja siihen liittyvistä ongelmista. Tavoitteena oli lisäksi tunnistaa riskipelaamista, auttaa varhaisemmassa vaiheessa ja ohjata hoitoon tarvittaessa. Viikkoa edelsi työntekijöiden koulutus. Viikosta tiedotettiin mediassa sekä sosiaaliasemalla julistein ja materiaalein. Tavoitteena on toteuttaa viikko uudestaan säännöllisesti.

- **Rahapelaaminen puheeksi -malli – Helsingin Tiltissä**

Tiltti on Suomen ensimmäinen, vuodesta 2010 alkaen Helsingissä toiminut pelihaittoihin keskittyvä tieto- ja tukipiste. Tiltissä on kehitetty yksinkertainen malli rahapelaamisen puheeksiottoon, jonka tarkoitus on minimoida vastarinta ja maksimoida yhteistyö. Malli sopii keskustelun tueksi peruspalveluissa, joista asiakas ohjataan eteenpäin, tai kuntoutuspalveluissa, joissa peliongelman hoito voidaan aloittaa puheeksioton jälkeen. Malli soveltuu käytettäväksi myös sellaisten asiakkaiden kanssa, jotka eivät miellä pelaamistaan ongelmaksi tai ovat hakeutuneet palveluihin muun asian vuoksi.

Rahapelihaittojen ehkäisy on osa paikallista ehkäisevää päihdetyötä ja sen toteuttaminen ja kehittäminen edellyttää paikallisia ehkäisevän työn rakenteita ja resursseja. Toimintamallien, osaamisen ja seurantaindikaattoreiden kehittämiseen tarvitaan tulevaisuudessa myös valtakunnallisia voimavaroja ja paikallisten ja valtakunnallisten toimijoiden tiivistä yhteistyötä.

Lähteet

- ABC ja nuoret – opas. Nuorten rahapelihaittojen ehkäisy osana liikenneasemien vastuullista toimintaa <http://nuortenpalvelu.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/01/ABC-ja-nuoret-opas.pdf>
- Donati, M. A., Primi, C. & Chiesi, F. (2014) Prevention of Problematic Gambling behaviour Among Adolescents: Testing the Efficacy of an Integrative Intervention. *J Gambl Stud.* 30: 803-818
- Gainsbury, S. M., Blankers, M., Wilkinson, C., Schelleman-Offermans & Cousijn, J. (2014) Recommendations for International Gambling Harm- Minimisation Guidelines: Comparison with Effective Public Health Policy. *J Gambl Stud* 30. 771-788
- Itäpuisto, M. (2011) Peliongelmaisen hoitoon hakeutumisen esteet. *Yhteiskuntapolitiikka* 76:3; 309–318.
- Markkula, J., Fors, R., Hamilas, M., Heimala, H., Kejonen, A., Kokkonen, T. & Tamminen, I.(2013) Ehkäisevän päihdetyön rakenteet kunnissa 2013. Tutkimuksesta tiiviisti 15. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kesäkuu 2014.
- Rahapelaaminen puheeksi -malli – Helsingin Tiltissä. <https://www.innokyla.fi/web/malli794561> www.tiltti.fi
- Raisamo, S., Halme, J., Murto, A. & Lintonen, T. (2013) Gambling-related harms among adolescents; a population based study. *J Gambl Stud.* 2013;29;151-159
- Raiski, Tuula- Leena (2011) Osaamistarve rahapeliongelmiin ehkäisyssä ja hoidossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 3/2011. Helsinki.
- Rash, C. J. & Petry, N. M. (2014) Psychological treatments for gambling disorder. *Psychology Research and Behaviour Management* 17: 285-295
- Räsänen, T., Lintonen, T., Joronen, K. & Konu, A. (2015) Girls and boys gambling with health and well-being in Finland. *Journal of School Health.* 85: 214-222
- Salonen AH, Alho H, Castrén S (2015) Gambling frequency, gambling problems and concerned significant others of problem gamblers in Finland: Cross-sectional population studies in 2007 and 2011. *Scandinavian Journal of Public Health,* 1-7.

- Slutske, WS. (2006) Natural recovery and treatment seeking in pathological gambling: results of two US national surveys. *Am. J Psychiatry* 163(2) 284-288.
- Tamminen, I.(2012) Pakka- toimintamallin toteutus ja hyvät käytännöt.15.2.2012 verkkojulkaisu
- Walther, B., Hanewinkel, R. & Morgenstern, M. (2013) Short-Term Effects of a School-Based Program on Gambling Prevention in Adolescents. *Journal of Adolescent Health* 52. 599-605.
- Warpenius, K., Holmila, M. & Raitasalo, K- M. (2012) Peliin ei puututa. Alkoholin, tupakan ja rahapeliautomaattien ikärajaavontaa testanneet ostokokeet vähittäisliikkeissä. *Yhteiskuntapolitiikka* 77: 4, 375–85
- Williams, R.J. West, B. L & Simpson, R. I (2012) Prevention of Problem Gambling: A Comprehensive Review of the Evidence, and Identifies of Best Practices. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care. October 1, 2012.

2.6 Vertaileva pohjoismainen näkökulma edistävään ja ehkäisevään työhön ja sen rakenteisiin

Maritta Vuorenmaa, Marjo Hannu-Jama

Useat THL:n tutkimustulokset kertovat, että viime vuosikymmeninä suomalaisten elämään on tullut noin kymmenen tervettä vuotta lisää. Vaikka suurin osa väestöstä voi aiempaa paremmin, ovat hyvinvointi- ja terveyserot kasvaneet eri sosiaaliryhmien ja maantieteellisten alueiden välillä (ks. ATH-tutkimukset, Karvonen ym. 2014)

Hyvinvointi, pahoinvointi ja sairastavuus kasaantuvat. Tätä selittävät valtaosin sosiaaliset tekijät kuten työllisyys, tulotaso ja koulutustaso. Palvelujärjestelmässä hyvinvointi- ja terveyserot näkyvät esim. siten, että noin kymmenen prosenttia väestöstä käyttää noin kahdeksankymmentä prosenttia kuntien tarjoamista sosiaali- ja terveystalvakuista (Ruuhonen, Hänninen ja Soikkeli 2015). Mielenterveys- ja päihdeongelmaiset käyttävät paljon palveluja, koska mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat suurimpia työikäisen väestön kansanterveydellisiä ongelmia. Joka päivä Suomessa jää viisi alle kolmekymmentävuotiasta eläkkeelle mielenterveydellisin perustein. Mielenterveysperuste onkin suurin työikäisten eläköitymisen syy. Mielenterveysongelmat ovat usein myös lastensuojelutoimenpiteiden taustalla. Ongelman vakavuutta lisää huonosuuden sosiaalinen periytyminen (Bardy ja Öhman 2007; Kestilä 2008; Kivivuori 2009; Moisio ja Kauppinen 2010; Myrskylä 2009; Paananen 2011; Saarikallio-Torp ym. 2010; Solantaus ja Paavonen 2009; Wrede-Jäntti 2010). Mielenterveysongelmista pelkästään työelämälle koituvat menetykset vuositasolla ovat lähes samaa luokkaa kuin kansantalouden kestävyysvaje eli noin 5 miljardia (Suomen mielenterveysseura). Toinen keskeinen pahoinvointia ja palvelujärjestelmän kuormitusta selittävä tekijä on mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän pirstaleisuus ja siihen jäävät palveluaukot (vrt. Mieli-ohjelman lähtökohdat ja tavoitteet). Nämä näkyvät etenkin ehkäisevässä ja edistävässä työssä.

Vaikuttavat, taloudelliset ja saatavilla olevat edistävät ja ehkäisevät hyvinvointipalvelut ovat kaikissa Pohjoismaissa erittäin ajankohtaisia kysymyksiä. Voimme oppia paljon muista Pohjoismaista, joissa keskeiset lainsäädäntöuudistukset ja kansalliset ohjelmat painottavat tietoon ja vaikuttavuuteen perustuvaa edistävää ja ehkäisevää toimintatapaa, kuntalaislähtöisiä ja osallistavia toimia sekä integroitua palvelukonaisuuksia vaikuttavine ohjauksjärjestelmineen (ks. esim. FoU, 2013).

Tanskassa pyritään kansallisesti yhdessä innovaatioita luoden ja aktiivista kansalaistoimijuutta tukien edistämään mielenterveyttä ja ihmisten hyvinvointia, viihtyvyyttä, osallisuutta ja yhdenvertaisuutta. Esi-merkiksi voidaan nostaa kansallisen terveysohjelman keskeiset tavoitteet: terveempi elämä ja mielenterveys kaikille. Ohjelman jalkauttamiseksi on Tanskan kunnissa edistävien ja ehkäisevien toimien tukena ns. hyvinvointiallianssit. Niiden kivijalkana on yhteistyön vahvistaminen julkisten toimijoiden, kuntalaisten, järjestöjen ja paikallisyhteisöjen sekä elinkeinoelämän ja yritysten kesken. Hyvinvointiallianssi ei ole kuntien tehtävien säilyttämistä yhteistyökumppaneille vaan muutos, joka osoittaa kuntahallinnon jatkuvan kehittämisen tarpeen kohti avoimutta ja verkostoitumista. Kuntien käytännön työn tueksi on perustettu kansallisia ehkäisevän ja edistävän työn keskuksia, jotka yhdessä kuntalaisten ja eri toimijoiden kanssa hyödyntävät tietoon perustuvia osaamispaketteja ja vaikuttavia toimintamalleja (Sundhedsstyrelsen, 2012.).

Ruotsissa puolestaan edistävien ja ehkäisevien hyvinvointipoliittisten toimien osaksi on luotu osallisuuden tavoitteet, keinot, toimijat ja vaikutukset kokoava osallisuuspolitiikka. Osallisuuspolitiikka on käytännön toimina muun muassa kokemusasiantuntijuuden hyödyntämistä ehkäisevissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Yhtenä keinona monista on niin sanottu käyttäjärevisio. Siinä palvelujen käyttäjät määrittelevät ja arvioivat palvelujen vaikuttavuutta, laatua ja kehittämistarpeita. Ruotsissa meitä pidemmät perinteet omaavasta kokemusasiantuntijuudesta on tullut ennen kaikkea luottamustehtävä ja asiantuntijuuden alue. Saatujen kokemusten perusteella kokemusasiantuntijuuden merkitystä, tavoitteita, seuranta ja arviointia palvelujen kehittämisen vaikutuksista on syytä painottaa (Kommunförbundet, 2012). Osallistava toimintatapa, esim. kokemusasiantuntijuus, on perusteltua ankkuroida organisaation tai systeemin rakenteisiin ja resursointiin. (Kommunförbundet, 2012).

Myös Tanskan terveysministeriö korostaa osallisuutta. Se kannustaa niin viranomaisia kuin kansalaisiakin toimimaan yhdenvertaisuuslähteiläinä eli edistämään omassa toimintaympäristössä osallisuutta ja yhdenvertaisuutta. (Sundhedsstyrelsen, 2012). Ruotsissa tällaisesta toiminnasta hyvinä edistävän työn esimerkkeinä ovat järjestö-julkinen -sopimukset. Niiden tavoitteena on luoda järjestöille toimintamahdollisuuksia ja uusia yhteistyökäytäntöjä hyvinvointitoimijoina ja edistää näitä pyrkimyksiä tukevia rakenteita. Vaasan kaupunki, Vaasan seudun yhdistykset ry sekä Suomen sosiaali ja terveys ry ovat solmineet vastaavan maassamme vielä ainutlaatuisen hyvinvointia ja terveyttä edistävän yhteistyösopimuksen, joka allekirjoitettiin maaliskuussa 2015.

Useat pohjoismaiset kokemukset osoittavat, että toimiva hyvinvointiallianssi vaatii edistävän ja ehkäisevän työn strategista kehittämistä, erilaisten toimijoiden kunnioittamista sekä roolien ja vastuiden selkeyttämistä. Tärkeää on yhteistyön selkeä organisoiminen, toimivan ohjausrakenteen suunnittelu ja koordinoitu toteuttaminen toiminnan kaikilla tasoilla. (Entreprenörskapforum ... 2015; Tyrstrup, 2014). Hyvinvointiallianssi edellyttää myös tieto-ohjausta ja avointa dialogia kansallisen ja alueellisen tason kesken. Samoin se edellyttää dialogia kuntalaisten ja palvelujen käyttäjien kanssa, mistä Ruotsissa on runsaasti hyviä käytäntöjä niin palvelujen arvioimiseksi kuin kehittämiseksi (Sveriges kommuner och Landsting). Hyvinvointiallianssin keskeisiä tekijöitä on koottu kuvaan 1.

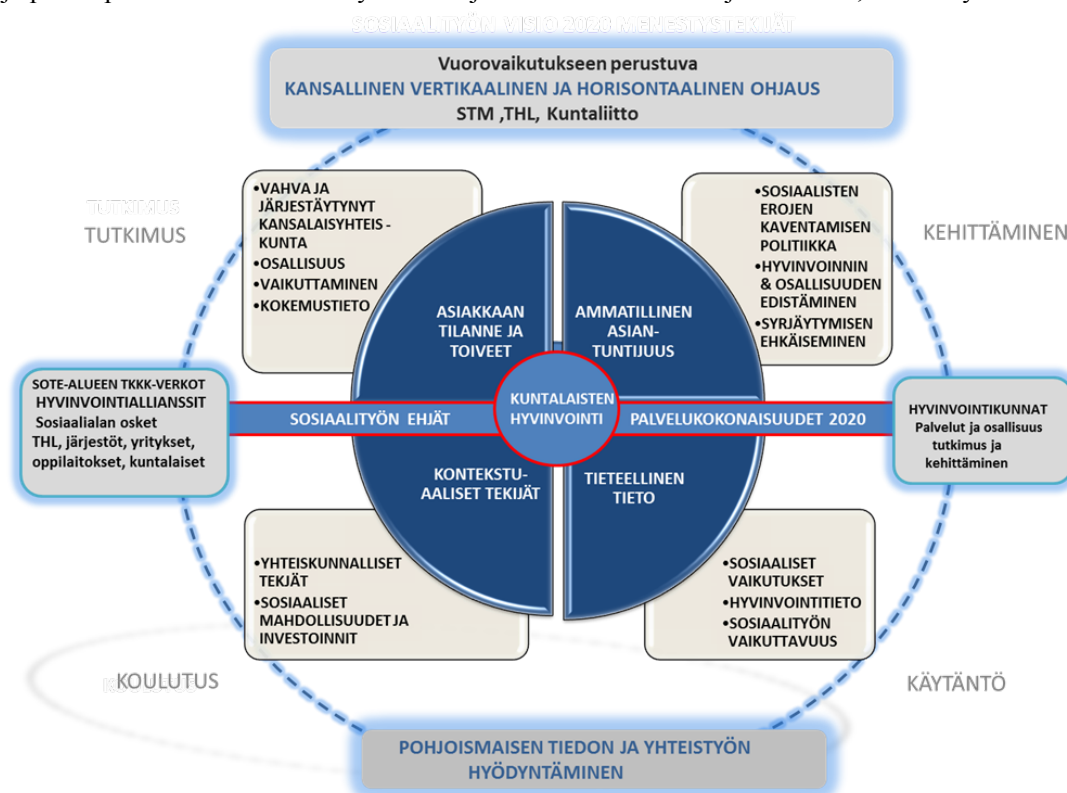


Kuva 3. Hyvinvointiallianssi kokoaa ehkäisevän ja edistävän työn kuntalaislähtöiseksi toiminnaksi

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja sen osana erityisesti mielenterveyden edistäminen tulisi perustua yhteisesti kansallisesti ja alueellisesti jaettuun tavoitteeseen. Tanskassa hallitus panostaa kansallisiin ja paikallisiin toimijoihin ehkäisevän ja edistävän työn ohjauksessa. Keinona on kumppanuusstrategia. Se kokoaa kaikki yhteiskunnan toimijat ja resurssit ehkäisevään ja edistävään työhön mukaan. Hallitus tukee kumppanuustoiminnan laajentamista ja juurtumista 120 miljoonalla kruunulla neljän vuoden ajan. (Regeringen, 2014). Myös Pohjoismaiden Ministerineuvosto korostaa meneillään olevan Tanskan puheenjohtajakauden aikana hyvinvointialan yhteistyötä, tiedon ja kokemusten jakamista sekä sosiaalisten erojen kaventamista. (Danmarks..., 2015). Lähtökohta on, että toimiva hyvinvointialianssi edellyttää tiedolla johtamista ja myös riskien tiedostamista ja jatkuvaa arviointia. Tällainen yhteistyö ei ole tila vaan alati elävä prosessi, joka päivä koeteltava, luotava ja ylläpidettävä (SOU, 2010).

Edistävän ja ehkäisevän työn tueksi tarvitaan seurantalutkimusta terveys- ja hyvinvointitaloudellisista hyödyistä ja palvelujen vaikuttavuudesta. Jo nyt Ruotsista saadut useat esimerkit osoittavat lukuisia saavutettavissa olevia talous- ja hyvinvointihyötyjä ja vaikutuksia, jos yhteistyössä tuetaan edistävän ja ehkäisevän työn asiantuntijuutta ja ohjataan näyttöön perustuvuuteen ja kuntalaislähtöisyyteen (Danmarks, 2015; FoU, 2011). Myös Tanskassa saadut tutkimustulokset ovat samansuuntaisia. Niistä selviää, että varhainen resurssointi ehkäisevään työhön kannattaa myös yhteiskuntataloudellisesti (Center...CASA, 2010). Voidaankin perustellusti puhua edistävästä ja ehkäisevästä työstä investointina. Vanhemmuuden tuki on yksi sellainen sosiaalinen investointi, joka maksaa itsensä takaisin jo vuoden jälkeen. Jokainen sijoitettu kruunu tuottaa keskimäärin kaksi kruunua takaisin 1-2 vuoden periodilla. Esimerkiksi äitien tukeminen laajasti hyvinvointia edistävällä Gang – menetelmällä tuottaa 160 000 Tanskan kruunun nettovoiton jokaista nuorta äitiä kohden. (Center ... CASA, 2010). Myös universaalit vanhempain tukiohjelmat ovat terveys- ja hyvinvointitaloudellisesti kannattavia alhaisten kustannustensa takia. Ne näyttävät kykenevän vähentämään haastavaa käyttäytymistä ja parantamaan elämänlaatua myös mielenterveys- ja päihdeongelmissa.

Kuvaan 2 on koottu edellä olevien pohjoismaisten esimerkkien perusteella edistävän ja ehkäisevän työn tietoon perustuva ohjauksen rakenne ja sen menestystekijöitä. Esimerkkitoimintona kuviossa on mielenterveys- ja päihdepalvelut monin tavoin yhdistävä ja keskeinen asiantuntijuuden alue, sosiaalityö.



Kuva 4. Edistävän ja ehkäisevän työn ohjauksen rakenne ja menestystekijät

Mielenterveyden edistäminen ja päihdehaittojen ehkäisy ovat ensisijaisia sosiaalisesti kestävästä kasvun ja hyvinvoinnin edellytystekijöitä niin kansallisella tasolla kuin kunnissakin. Kansallisiin ohjelmavoitteeniin (esim. Kaste-ohjelma) ja tutkimuksiin perustuen vaikuttavimmat kansalliset keinot ovat koko väestön hyvinvoinnin, terveyden ja sen osana mielenterveyden edistäminen ja uusi erojen selitystekijöihin pureutuva hyvinvointi- ja terveystaloudellinen politiikka (ks. Sihto ym. 2013). Kuntatasolla tarvitaan jaettava visiota kuntalaisten hyvinvoinnin, terveyden ja mielenterveyden edistämisestä. Tarvitaan visiota hyvinvointikunnasta, jonka tavoitteita myös uusi kuntalaki mahdollistaa ja uudistuva sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö tukee. Kyse on kuntalaisten, julkisen talouden ja vahvojen yhteisöjen uudesta, osallistavasta kumppanuudesta ja talouden ja eheyttävien hyvinvointistrategioiden liitosta. Sillä voidaan vaikuttaa ehkäisevästi hyvinvointipalvelujen rakenteiden pirstaloitumiseen sekä hallita palvelujen kysynnän ja tarpeen lisääntyvää monimutkaistumista ja kustannussyöppöyttä (vrt. monikanavarahoituksesta käytävä keskustelu). Yhteisellä johtamisella ja dialogisella tieto-ohjauksella voidaan resurssit käyttää tehokkaammin ja oikea-aikaisemmin, kehittää hyvinvointipalvelujen laatua ja saatavuutta sekä välttää tehtävien ja ihmisten väliin putoamisia. – Hyvinvointi ja sen edistäminen mielenterveys- ja päihdekysymyksissä on koko kunnan asia.

Lähteet

- Bardy, M. ja Öhman, K. 2007. Vaativa vauvaperhetyö. Kirjallisuuskatsaus kansainvälisestä tutkimuksesta. Työpapereita 13. StaKes.
- Center for Alternativ Samfundsanalyse (CASA). 2010. Investeringer i tidlige sociale indsats - samfundskonomiske beregninger af indsats i forhold til udsatte børn og unge.
- Centre for Economic and Business Research Copenhagen Business School. 2010.
- Beskrivende analyse og Cost-benefit-analyse af en ekstra indsats over for unge mødre udarbejdet.
- Danmarks formandskab I Nordisk Ministerråd. 2015. Sektorprogram, Social- og sundhedspolitik.
- Entreprenörskapsforum, Fores, Leading Health Care, 2015: Välfärdens är värd av bättre debatt. Sex orätkomliga dilemman som måste balanseras.
- FoU i Norrbotten. 2013. Uppföljning av mångbesökare inom missbruks- och beroendevård.
- FoU i Väst, Rapport 3:2011. Hur används brukarundersökningar? En översikt av forskningen och perspektiv på kunskapsöversikt.
- Föräldrarstöd – är det värt pengarna? 2014. Hälsoekonomiska analyser av föräldrarstödprogram.
- Kestilä, L. 2008. Pathways to Health. Determinants of health, health behaviour and health inequalities in early adulthood. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A23.
- Kivivuori, J. 2009. (toim.) Nuorten syrjäytyminen ja rikollisuus. OPTL:n tutkimustiedonantaja 94.
- Kommunförbundet FoU Västernorrland. 2012. Ett förtroendeuppdrag. Kartläggning av hinder och framgångsfaktorer för brukarråd och brukarinflytande inom missbruks- och beroendevården. Rapport 4.
- Moisio, P., Kauppinen, T. 2010. Toimeentulotuen asiakkuus periytyy vanhemmilta lapsille. Hyvinvointikatsaus 1.
- Myrskylä, P. 2009. Koulutus periytyy edelleen. Hyvinvointikatsaus 1.
- Paananen, R. 2011. Suomalaisrekisterit osoittavat köyhyyden ja huono-osaisuuden periytyvän ylisukupolisesti. Tiedote. Suomen Akatemia. Tieteen päivät 12.1.2011.
- Regeringen. 2014. Sundere liv for alle, Nationale mål for danskernes sundhed de neste 10 år.
- Ruohonen, T., Hänninen, K. ja Soikkeli, J. 2015. Monikanavarahoituksen kohdentuminen Kainuussa ja Keski-Suomessa. <http://www.sitra.fi/uutiset/sote-palveluiden-rahoitus/uudet-tutkimukset-yhteen-sote-rahoituskanavaan-siirtyminen>.
- Saarikallio-Torp, M., Heino, T., Hiilamo, H., Hytti, H. ja Rajavaara, M. 2010. Lapsen huostassa, vanhemmat ahdingossa. – Havaintoja huostaanotettujen ja sijoitettujen lasten vanhempien toimeentulosta ja työmarkkina-asetemasta. Julkaisussa Hämäläinen, U., Kangas, O. (toim.) Perhepiirissä. Kela.
- Samordnad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa. 2015. Delrapport av ett regeringsuppdrag.
- Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. ja Leppo, K. 2013. Terveystalouden perusta ja käytännöt. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos.
- Solantaus, T. ja Paavonen E.J. 2009. Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. Duodecim 125 (17): 1839-44.
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) <http://skl.se/halsasjukvard/folkhalsa/metoderochverktyg/andvandingoppnajokforelser/folkhalsa/kommunikationdialog.4024.html>.
- Sundhedsstyrelsen. 2012. Introduktion till Synhedsstyrelsens forebyggelsepakker.
- Suomen mielenterveysseura <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/yhteiskunta/vaikuttaminen/mielenterveytt%C3%A4-rakennetaan-oikealla-politiikalla>

Tyrstrup, M. 2014. I välfärdsproduktionens gränsland.

Vaarama, Marja; Karvonen, Sakari; Kestilä, Laura; Moisio, Pasi;
Muuri, Anu (2014) Suomalaisten hyvinvointi.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-015-3>

Wrede-Jäntti, M. 2010. Pengarna eller livet? En kvalitativ och
longitudinella studie om långtidsarbetslösa unga in ett aktörs-
perspektiv. Helsingin yliopisto.

3 Hoito, kuntoutus ja asuminen toipumista tukemassa

Mielenterveys- ja päihdeongelmista toipuminen edellyttää tarpeenmukaisen, helpon hoitoon pääsyn mahdollistavan hoidon ja pitkäaikaisen kuntoutuksen lisäksi myös arjen tukea, kuten mielekästä ja merkityksellistä toimintaa, sekä vakaata asumista. Tässä luvussa käsitellään aluksi Eksotessa tehtyä kehittämistyötä, jolla mahdollistettiin suora ja nopea hoitopääsy mielenterveys- ja päihdepalveluiden muodostamaan kokonaisuuteen, jossa perus- ja erityistason osaaminen on yhdistetty. Seuraavaksi kuvataan Länsi-Suomen mielenterveyskyselyn tuloksia, jolla on arvioitu Pohjamaan-hankkeen vaikutuksia. Sen jälkeen siirrytään tarkastelemaan lasten, nuorten ja perheiden palveluja, työterveyshuollon roolia ja sen uutena haasteena rahapeliongelmiin tunnistamista, työttömien sekä ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitoa. Luvussa tarkastellaan yleisemmällä tasolla lisäksi toipumisorientaatiota sekä kuntoutumiseen ja työelämään tähtäävää työskentelyä. Luvun lopussa kuvataan mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asumisen kehittämistyötä – vakaa asuminen on edellytys arjessa pärjäämiselle.

3.1 Miten Eksoten mielenterveys- ja päihdepalveluissa hävitettiin jonot?

Juha Kempainen

Tilanne ennen Eksoten mielenterveys- ja päihdepalvelujen uudelleenjärjestämistä

On harmaa tammikuinen ilta vuonna 2010. Kuutostietä ajaa noin 40-vuotias yksityisyrittäjä mies, jolla on paljon lapsia. Vaimon kanssa on ollut riitaa jo pidemmän aikaa vähän kaikesta, lasten asiat ovat tuntuneet kaatuvan päälle kerta toisensa jälkeen. Yrittäminen ei ole sujunut odotetulla tavalla. Mikään ei ole saanut liiketoimintaa paranemaan. Elämä on tuntunut ilottomalta niin kauan kuin jaksaa muistaa. Mies on jo pidemmän aikaa miettinyt, että tappaisi itsensä. Jatkovasti vastaantulevat rekat tuntuvat koko ajan yhä paremmalta ratkaisulta päästä eroon kaikesta tästä umpikujasta

Mies päättää kuitenkin vielä ottaa yhteyttä työpaikkansa lääkäriin ja sitä kautta paikallisiin mielenterveyspalveluihin. Mies soittaa omaan työterveyshuoltoonsa ja kuulee, että hän saisi ajan lääkärille kahden viikon kuluttua. Mies soittaa paikallisiin mielenterveyspalveluihin, mistä vastataan, että tarvitaan lähete terveys- tai työterveyslääkäriltä. Mies kuulee, kun lopulta pitkän odottelun jälkeen pääsee läpi terveyskeskusavustajalle, että terveyskeskuslääkärille pääsee 4–6 viikon kuluttua. Se mitä mies ei vielä tässä vaiheessa kuule, on se, että läheteen saamisen jälkeenkin mielenterveyspalveluihin on 3–7 viikon pituiset jonot.

Itsemurhaa miettivä keski-ikäinen mies, joka ei ole ikinä käyttänyt mielenterveyspalveluja, pääsisi niihin 5–11 viikon kuluessa. Mies suuntaa somaattiseen päivystykseen, koska todella pelkää tekevänsä itselleen jotain. Sairaalassa päivystävän psykiatrinkaan mielestä ei tällä tavalla järjestetyissä mielenterveyspalveluissa ole mitään järkeä.

Ennen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksoten) perustamista potilaat olivat Lappeenrannan mielenterveyspalveluissa ”oppineet” käyttämään virka-ajan ulkopuolista sairaalapäivystystä päästäkseen mielenterveyspalveluihin. Vuonna 2007 potilaista 54 prosenttia hakeutui mielenterveyspalveluihin virka-ajan ulkopuolella, vuosina 2008 ja 2009 65 ja 72 prosenttia. Somaattisen päivystyksen noin 45 000 potilaasta noin 6 000 oli luokiteltu triage E -ryhmään eli meidän potilaiksi vuonna 2009.

Etelä-Karjalan mielenterveyspalveluille oli tuolloin tyypillistä, että psykiatrinen sairaalahoido koostui runsaasta lyhyistä hoidoista, koska avohoitoon ei päässyt ja neljällä psykiatrisella osastolla potilaita oli koko ajan ylipaikoilla. Jatkovasti päivystyksellisesti tuleville potilaille psykiatrisilla vastaanotto-osastoilla, joiden kuormitus oli lähes koko ajan lähellä 100 prosenttia tai välillä jopa yli, piti järjestää tilaa tuleville potilaille siten, että ”terveimmistä” päästä olevat potilaat uloskirjoitettiin osastolta, jotta uusille tulijoille olisi tilaa. Kun uloskirjoitetut potilaat eivät päässeet nopeasti avohoitoon, samat potilaat tulivat oireilunsa jatkuessa heti uudestaan osastolle. Pyöröovipotilaiden määrä lisääntyi.

Psykiatrisessa sairaalassa olevat työntekijät suhtautuvat lähes vihamielisesti psykiatrisessa avohoidossa oleviin saman alan työntekijöihin, koska he eivät ymmärtäneet, miksi potilaat eivät päässeet avohoitoon, vaikka julkisuus oli täynnä vaatimuksia siitä, että psykiatrinen avohoito tulisi olla ensisijainen hoitopaikka. Avohoidon työntekijät taas eivät voineet ymmärtää, miksi sairaalapsykiatriasta kirjoitettiin potilaita ulos niin huonossa kunnossa, tai edes ottamatta yhteyttä potilaan omahoitajaan, jotta olisi selvitetty, mitä potilaan hoidossa oli tapahtunut ennen sairaalaan tuloa.

Päihdepotilaiden omaiset eivät voineet ymmärtää sitä, että kun he yrittivät saada läheistään hoitoon, heille vastattiin heidän läheisensä olevan psyykkisesti niin sairas, ettei häntä voitu hoitaa päihdehoitopaikassa. Saatuaan lähetteen psykiatriseen avohoitoon omaisten hämmästys oli vielä suurempi, kun psykiatrisesta avohoidosta vastattiin, ettei häntä oteta psykiatriseen avohoitoon, koska hänellä oli niin vaikea päihdeongelma. Eräs potilas nimesikin kyseisen järjestelyn ”hoitoflipperiksi”, jossa päihdepotilas lopulta puotavat omaisten, kolmannen sektorin ja oma-apuryhmien hoidettavaksi. Päihdeklinikan työntekijät tiesivät, että vain äärimmäisissä poikkeustapauksissa saattoi saada psykiatrisen hoitajan tai psykiatrin konsultaation päihdepotilaalle, minkä vuoksi he eivät edes yrittäneet, vaan yrittivät pärjätä omin voimin vaikeasti psyykkisesti oireilevien potilaiden kanssa.

Paikallisessa mielenterveyskeskuksessa oli yritetty ratkaista psykiatriseen hoitoon liittyviä ongelmia perustamalla oman organisaation päiväosasto, jossa oli akuutti ja kuntoutuspuoli. Päiväosasto sijaitsi paikallisen mielenterveyskeskuksen yhteydessä. Päiväosaston akuuttipuolella oli potilaita vuosina 2007–2009 seuraavasti: 34, 35 ja 33 potilasta. Akuuttiosastolta siirryttiin kuntoutuspuolelle, mikäli akuutti hoito ei tuonut ratkaisua potilaan kokemiin ongelmiin. Kuntoutuspuolella potilaita puolestaan oli vuosina 2007–2009 seuraavasti: 24, 22 ja 16 potilasta. Potilaiden lähempi tarkastelu paljasti, että noin kolmasosa potilaista muodosti paikalliseen mielenterveyskeskuksen sisälle eräänlaiset sisämarkkinat. Kun psykiatrisessa avohoidossa oleva omahoitaja ei tiennyt, mitä hän olisi potilaansa kanssa tehnyt, hän pyysi työryhmältä, että potilas pääsisi päiväosaston akuuttipuolelle, josta hän sittemmin siirtyi kuntoutuspuolelle, kun oireilu ei ollut helpottanut. Noin vuoden kuluttua viimeistään potilas palasi taas omahoitajalleen, joka jatkoi hänen kanssaan työskentelyä.

Ennen Eksotea mielenterveys- ja päihdepalveluihin oli vaikea saada lääkäreitä, psykologeja ja muita erityistyöntekijöitä. Tämä onnistui vain siten, että erikoistuvalla psykiatrilta maksettiin kaksi–kolme kertaa suurempaa palkkaa kuin virassa olevalle ylilääkärille, joka toimi ainoana virkalääkärinä. Osassa Suomea tällainen ostopalvelukehitys jatkuu edelleen.

Kukaan ei halunnut lääkäriksi mielenterveyspalvelujen avohoitoon, koska tunnetusti mielenterveystoimiston lääkärin työpäivä koostui enimmäkseen B-todistusten kirjoittamisesta, koska potilaat eivät saaneet mistään muualta rahaa eli jotain sosiaalietuutta, jolla olisivat tulleet toimeen. Vallalla oli ajattelutapa, että psykiatri ainakin pystyy aina kirjoittamaan potilaalle sairauslomaa (s.o. taloudellista toimeentuloa) jollakin psykiatrisella diagnoosilla. Psykologeja ei avohoidon virkoihin saatu edes lupaamalla erityiskorvauksia, koska toimintaympäristö ei kiinnostanut. Mielenterveyspalvelujen maine oli sellainen, ettei se houkuttanut myöskään muita erityistyöntekijöitä organisaatioon. Etelä-Karjalassa Lappeenrannan-seudun mielenterveys- ja päihdepalvelut eivät olleet siis tyydyttäviä potilaiden eivätkä työntekijöiden mielestä ennen Eksotea.

Mistä sosiaali- ja terveyspalveluiden jonoissa on kysymys?

Yleisen käsityksen mukaan terveydenhuollon palvelujen kaikkeen kysyntään ei voida vastata rajallisilla julkisilla resursseilla, vaan palvelujen kysyntää on pakko rajoittaa ja ohjata jollakin tavalla. Terveydenhuollon palvelujen kasvavan kysynnän ohjaamisessa julkisessa palvelujärjestelmässä ei ole käytössä yksityisten markkinoiden käyttämää hintamekanismia eikä palvelutasomekanismia, vaan palvelujen kysyntää on ohjattava säännöillä ja jonoilla. Terveydenhuollon palveluihin pääsystä, hoitoon pääsystä, on tullut niin merkittävä ongelma, että siitä on pitänyt säätää erikseen lailla. (Paul Lillrank ym. 2004, 39–42).

Kansallisen terveyshankkeen (2001–2007) synnyn taustalla oli huoli kasvavista ongelmista terveydenhuollon toimintaedellytyksissä ja palvelujen saatavuudessa. Erityisesti hoitojonot olivat venyneet huolestuttavan pitkiksi. Terveyshankkeeseen kuuluneen hoitotakuu-uudistuksen tarkoituksena oli jonojen lyhentäminen ja vakauttaminen... Ongelma ei ole yksitulkintainen edes rajattuna pelkkään hoitojonojen lyhentämi-

seen. Jonoja ei lyhennetä suljetussa tilassa, eikä lyhentämisen vaikutuksia voida rajata ainoastaan hoitoon pääsemiseen. Raisio jakaa terveydenhuollon monimutkaiset ongelmat helppoihin, sotkuisiin ja pirullisiin, joista viimeksi mainittuihin jonot kuuluvat. (Harri Raisio, 2009,73)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen jono-ongelma on sama kuin teollisuustuotannon varasto-ongelma. Palveluita ei voi kuitenkaan samalla tavalla varastoida kuin fyysisiä tuotteita. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuotannosta löytyy jonoilmiötä kuten potilaiden/asiakkaiden varastointi jonoihin, palveluhenkilö odottamassa asiakasta tai palvelun keskeyttäminen ja jatkaminen myöhemmin (esimerkkinä keskeneräinen potilas sairaanhoidossa). (Kai Laamanen ym. 2009, 111)

Loppuvuodesta 2013 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) julkisti aloitteen ”Jonottamatta hoitoon” perusterveydenhuollon vahvistamiseksi (Marina Erhola ym. 2013). Aloitteessa todetaan, että riittävät terveyspalvelut on määritelty Suomessa perusoikeudeksi. ”Jonottamatta hoitoon” -aloitteessa kerrotaan, että ”sosiaali- ja terveydenhuollon aiemmin erillisinä toimineiden osien yhteensovittaminen, palveluintegraatio, on noussut palvelujärjestelmän kehittämisen keskeiseksi teemaksi lukuisissa maissa. Ilmiön taustalla on epäsuhta ihmisten tarpeiden ja järjestelmän toimintamallien välillä. Hoitoja tuottavan järjestelmän toimintamallit eivät ole merkittäväällä tavalla uudistuneet ...” (Marina Erhola ym. 2013).

Julkisessa keskustelussa sosiaali- ja terveyspalvelujen jonojen poistamisessa on aina puhuttu resurssien puutteesta. On vaadittu avohoidon resurssien lisäämistä, on vaadittu lääkäreiden koulutusmäärien nostamista, koska lääkäreitä ei riitä hoitojonoja poistamaan. Julkisessa keskustelussa on valitettavasti keskitytty resurssitehokkuuteen (riittävä määrä sairaanhoitajia, lääkäreitä ja muuta henkilökuntaa), eikä ole keskitytty jonojen kannalta olennaisempaan virtaustehokkuuteen eli siihen, että asiakas/potilas virtaisi keskeytyksettä palveluketjun läpi.

Paul Lillrank ym. (2004, 5) kirjoittavat, että ”Terveydenhuollon ongelma ei ole resurssien puute. Niitä on enemmän kuin koskaan aikaisemmin ... Teknisin termein ilmaistuna tuote on hyvä, mutta tuotanto ja jakelu takkuilevat. Ongelmat eivät ole uusia, tällaista on nähty teollisuudessakin. Niitä selvittelemään on syntynyt tuotantotaloudeksi kutsuttu tieteen ala.”

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto on 2010-luvulla samassa tilanteessa, missä esimerkiksi autoteollisuus oli 1960-luvulla. Sosiaali- ja terveydenhuollon tuote on siis kunnossa, mutta tuotanto ja jakelu takkuilevat. Autoteollisuuden tuotannon ongelmien ratkaisemiseksi Henry Ford keksi liukuhihnan 1900-luvun alussa. Henry Ford ymmärsi, että tehokkaan tuotannon tärkeä piirre on se, että tuote on jatkuvassa liikkeessä, tuote virtaa läpi tuotannon mahdollisimman nopeasti, eli ettei ole pysähdyksiä eikä katkoksia tuotteen valmistuksessa. Ford poisti työntekijöitä mahdollisuuden tehdä autonomisia varastoon. (Eliyahu M Goldratt, 2014, 339–362)

Jo vuonna 1926 Fordin tehtaalla yli 5 000 osan autonvalmistukseen kului vain 81 tuntia, eli tuotteen läpimenoaika oli vain 81 tuntia. Taiichi Ohno sovelsi Fordin tuotannonohjauksen yleiset periaatteet Toyotalla toisen maailmansodan jälkeen, mistä syntyi tehokkain ja tuottoisin autoteollisuuden tuotantotapa, Toyota Production System (TPS), jota kaikki autoteollisuuden valmistajat koettavat nykyisin soveltaa omassa toimintaympäristössään. (Eliyahu M Goldratt, 2014, 339–362)

Fordin ja Ohnon virtaavan tuotannon teoriaa, niin sanottua jonoteoriaa, kehitti edelleen Goldratt (2010, 4), jonka mukaan palveluketjun rajoitukset tai pullonkaulat (engl. constraints, aiemmin bottlenecks) aiheuttavat sen, ettei asiakas/potilas virtaa sujuvasti läpi palveluketjun. 20 prosenttia kapeikoista aiheuttavat jopa 80 prosenttia virtauksen hidastumisesta. Joissakin prosesseissa jopa vain 0,1 prosentin kapeikko aiheuttaa 99 prosenttia virtauksen hidastumisesta.

Autoteollisuudesta, Toyotan tavasta järjestää tuotantonsa, terveyden- ja sosiaalihuollon palveluihin on levinnyt niin sanottua leaniläisyys (James P Womack ym. 2003 ja 2007) eli sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen järjestäminen mahdollisimman tehokkaasti sillä tavalla, että kaikki potilaalle/asiakkaalle turha ja arvoa tuottamaton toiminta pyritään karsimaan palvelujen tuottamisesta pois. Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotanto pyritään järjestämään niin, että optimoidaan arvon luonti potilaalle/asiakkaalle samalla kun minimoidaan aika, kustannukset ja virheet. Hukan karsiminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista tuottaa automaattisesti nopeampaa, laadukkaampaa ja halvempaa palvelua, joka tuo sosiaali- ja terveydenhuoltoon kaivattuja kustannussäästöjä ilman varsinaista yritystä säästää palveluissa. Ilman prosessin hyvää

tuntemusta voi säästää väärästä paikasta (esimerkiksi juustohöylä-periaatteella) siten, että syntyy vain lisää ongelmia.

Sosiaali- ja terveydenhuollolla on tietenkin omat autoteollisuudesta erottavat erityispiirteensä, mutta sosiaali- ja terveydenhuoltoa voidaan kuitenkin tarkastella palvelutuotantojärjestelmänä samalla tavalla kuin teollisuuslaitosta, vähittäiskauppaa, hotellia tai insinööritoimistoa. Kaikki tuotantojärjestelmät voidaan lopulta kuvata kysynnän ja tarjonnan arvoketjuina... Teollisuudessa on huomattu, että vaikka koneet pyörsivät maksiminopeudella, mutta jos samalla ei ole tarkasti mietitty tuotannon järjestämistä, niin se johtaa keskeneräiseen tuotantoon (KET), joka on yritykselle kallista. Sama ongelma on sosiaali- ja terveydenhuollossa, jossa keskeneräisen tuotannon seurauksena on keskeneräinen potilas (KEP) eli valmiiksi hoitamaton potilas (Paul Lillrank ym. 2004, 27, 115-119).

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen järjestämistapa on perinteisesti ollut hyvin hallinto- ja tuotantolähtöinen, mikä jo sinällään tuottaa jonoja. Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotanto on järjestetty työntöohjaus (engl. push) -periaatteella (Matti J Haverila ym. 2009, 422–424), eli perinteisesti sosiaalitoimistossa, poliklinikalla tai sairaalassa on ”tehty vain oma osuus” ja potilas on ”heitetty” eteenpäin seuraavaan hoitopaikkaan ilman, että olisi mietitty potilaan/asiakkaan kokonaista hoitoprosessia (engl. value stream map, arvovirtakartta) eli sitä miten potilaan/asiakkaan hoito kokonaisuutena palvelun arvoketjuna pitäisi järjestää tehokkaasti, tuottavasti ja vaikuttavasti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon jonot vähenisivät merkittävästi, jos sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tulevaisuudessa järjestettäisiin imu (engl. pull) -periaatteella (Matti J Haverila ym. 2009, 422–424), eli jos tiedettäisiin tarkasti, mitä seuraavaksi potilaan/asiakkaan kanssa työskentelevä yksikkö tarvitsee, jotta se voisi jatkaa sujuvasti potilaan/asiakkaan kanssa asioimista ilman tietojen täydentämisiä, tarkastamisia, uudelleen tekemisiä, katkoksia, viiveitä tai jonoja. Jonojen sijaan voisi palvelutuotantoa järjestää imuohjauksen mukaisesti JIT (engl. just in time) -periaatteella. Potilas/asiakas saisi nopeasti ja joustavasti sekä oikea-aikaisesti mahdollisimman laadukkaasti ja kustannustehokkaasti juuri sitä palvelua, mitä potilas/asiakas tarvitsee.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannon keskeisenä ongelmana on pidetty siitä, etteivät sen tuotantoprosessit ole samalla tavalla näkyviä kuin teollisuuden prosessit. Ilman prosessien kuvaamista ja kirjallisia ohjeita sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivilla ihmisillä on prosesseista hyvin erilaiset käsitykset. Ilman yhteistä näkemystä prosessista on mahdotonta kuvitella, että toiminta olisi tehokasta, tuottavaa ja vaikuttavaa. Ilman standardoitua ja dokumentoitua prosessikuvausta ei voi odottaakaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon prosessit eivät sisältäisi runsaasti vaihtelua ja hukkaa, mikä on tyypillistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosesseille. (Michael L George, 2003, 255)

Miten jonot Eksoten mielenterveys- ja päihdepalveluissa hävitettiin?

Eksotessa päätettiin jo heti aluksi sekä hallinnollisesti että toiminnallisesti yhdistää mielenterveys- ja päihdepalvelut, koska ihmisen elämisen ongelmat eivät noudattele perinteisiä hallintorajoja. Lisäksi esimerkiksi sosiaalihuollon alaisten palvelujen salassapitoon liittyvä lainsäädäntö voi erillisissä mielenterveys- ja päihdeorganisaatioissa muodostua järkevän yhteistyön esteeksi ja jopa pysäyttää yhteistyön kokonaan.

Vuoden 2014 alusta myös aikuissosiaalityö yhdistettiin mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Hallinnollisella ja toiminnallisella yhdistämisellä pääsimme eroon osasta organisaatioille tyypillisistä siilomaisista ja tuotantolähtöisistä toiminnan järjestämisistä. Perinteiselle funktionaaliselle organisaatiolle on tyypillistä muun muassa raja- tai liityntäpintoihin liittyvät ongelmat: hoitoon pääsyyn syntyy kynnyksiä ja esteitä erilaisten vaadittavien lähetteen ja hoidon porrastuksen vuoksi, hoidon palveluketjut katkeavat tyypillisesti raja- ja liityntäpinnoilla ja organisaatioiden välisten ongelmat tiivistyvät raja- ja liityntätoimintoihin, mikä johtaa esimerkiksi tarpeettomien hoitajajonon muodostumiseen. Eksoten integroitua mielenterveys- ja päihdepalveluita lähdettiin jo sosiaali- ja terveystieteiden muodostamisen myötä rakentamaan tietoisesti pois silloista kohti prosessiorganisaatiota. Kehitimme toimintakulttuuria tietoisesti omaan organisaatioon tuijottamisesta kohti prosessimaista toimintaa, mikä siirsi toiminnan kehittämisen painopisteen yksittäisten työntekijöiden tai työpisteiden seurannasta palveluprosessien sujuvuuden kehittämiseen. Isoksi tavoitteeksi

toiminnalle asetimme mielenterveys- ja päihde- sekä aikuissosiaalityön toimintojen järjestämisen sujuvan-virtaavaksi prosessien verkostoksi (Kai Laamanen, 2009).

Eksoten integroitujen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisen resurssit saatiin lakkauttamalla kaksi neljästä psykiatrisesta osastosta, joiden henkilöstö- ym. resurssit käytettiin avohoitopainoitteisen palvelujärjestelmän kehittämiseen. Resurssit saatiin siis olemassa olevia resursseja uudelleen järjestelmällä, mitään ei tullut lisää ulkopuolelta. Julkisuudessa esitettiin näkyvää huolta siitä, miten käy psykiatristen potilaiden osastohoidon, kun aikaisemman neljän psykiatrisen osaston sijasta oli vain kaksi osastoa. Vaihtelun, resurssitehokkuuden ja läpimenoajan välistä yhteyttä on käsitelty jo 1960-luvulla John F C Kingman (1966, 285-326). Jos osaston käyttöaste lisääntyy 85 prosentista 95 prosenttiin, niin se lisää läpimenoaika (jonoja ja kuormitusta osastolla) enemmän kuin käyttöasteen lisäys 75 prosentista 85 prosenttiin. Yksinkertaistaen neljä täynnä tai ylipaikoilla olevaa osastoa lisää jonoja sitä enemmän, sitä enemmän niillä on potilaita yhtä aikaa. Resurssitehokkuutta tärkeämpää on virtaustehokkuus, eli se miten potilaiden hoito on kokonaisuudessaan järjestetty.

Eksoten integroiduissa mielenterveys- ja päihdepalveluissa (nykyisin Eksoten aikuisten psykososiaalisissa palveluissa) on pyritty toiminnat kuvaamaan ja käsittelemään prosesseina. Laamasen ja Tiililän mukaan (2009, 121) prosessi on joukko toisiinsa liittyviä toimintoja ja niiden toteuttamiseen tarvittavia resursseja, joiden avulla syötteet muutetaan tuotoksiksi.

Kun integroidun mielenterveys- ja päihdepalvelujen palveluprosesseja ryhdyttiin kuvaamaan prosessikarttoina ja ns. uimaratoina (engl. process map, swim lanes), palvelutoiminnan suurimmaksi rajoitteeksi paljastuivat hoitoon pääsyyn tarvittavat läheteet ja niihin sisältyvä toiminta. Potilaiden/asiakkaiden piti hankkia läheteet päästäkseen mielenterveys- ja päihdepalveluihin, mikä tarkoitti 2–4 viikon jonoa ensin terveyskeskus- tai työterveyslääkärille, minkä jälkeen itse mielenterveyspalveluihin piti jonottaa 3–7 viikkoa ennen kuin niihin pääsi.

Päätimme yksinkertaisesti, ettei enää mitään läheteitä integroituihin mielenterveys- ja päihdepalveluihin tarvita, koska ne muodostavat sujuvan prosessin rajoitteen (engl. constraint). Jos terveyskeskuslääkäri vielä halusi tehdä läheteen, niin läheteenä toimi käytössämme olevan Efficca-sairauskertomusjärjestelmän viestipiikki (minulle, osastonhoitajalle ja osastosihteerille; kaikille kolmelle, koska emme ole kaikki yhtä aikaa poissa) esimerkiksi viittauksena terveyskeskuslääkärin työn normaaleihin sairauskertomusmerkintöihin ("ks. yst. YLE-lehti"). Matalan kynnyksen läheteetön toiminta hävitti Eksoten mielenterveys- ja päihdepalvelujen jonot yhdessä yössä.

Päätimme samalla järjestää mielenterveys- ja päihdepalvelut matalan kynnyksen periaatteella perustamalla mielenterveys- ja päihdepalveluarviointiyksikön (MTPA) siten, että kuka tahansa voi kävellä sisälle palveluihin 24/7/365-periaattella. Arkisin kello 21.30 jälkeen ja viikonloppuisin päivysti psykiatrisen sairaalan osasto Ps1. 14.5.15 lähtien iltapäivystys on siirretty Ps1:lle, koska sujuvaan palvelujärjestelmään ei enää ollut tulijoita klo 17 jälkeen (388 potilasta kävi klo 17 jälkeen vuonna 2014). Vuonna 2009 72 prosenttia tuli mielenterveyspalvelujärjestelmään klo 16 jälkeen.

Potilaiden/asiakkaiden palveluohjaus tapahtuu siten, että selvitämme mikä on päivystykseen tulijan ongelma, minkä jälkeen hänet ohjataan tarvetta vastaavaan palveluun. Potilas/asiakas ei ole siis koskaan niin sanotusti väärässä paikassa, eikä hänelle koskaan sanota, ettei hän kuulu sinne, mihin hän on tullut. Potilas/asiakas on aina tervetullut palveluihimme, työntekijöiden on kyettävä tarvittaessa ohjaamaan hänet hänelle sopivampaan palveluun.

Päätimme myös, että kun etulinjassa päivystävällä hoitajalla on vastuu, hänellä on myös valtaa. Kaikkien työntekijöiden ajanvarauskirjat laitettiin julkisensähköisiksi. Entisistä kunkin omista paperisista ajanvarauskirjoista luovuttiin, koska ne tuntuivat aina olevan täynnä, eikä niille jostain syystä oikein uusia potilaita mahtunut. Kuka tahansa voi varata kenen tahansa ajanvarauskirjalle ja nähdä, mitä kukin työntekijä kunakin hetkenä tekee, jos tarvitsee tehdä yhteistyötä.

Jos päivystyspisteeseen muodostuu jonoa, niin päivystävä hoitaja voi pyytää kenen tahansa, jolla ajanvarauskirjan mukaan on sillä hetkellä tyhjää, jonoa purkamaan. Päivystävä hoitaja lähettää Lync-viestin työntekijälle, joka näkee tietokoneensa ruudulla välittömästi, että nyt tarvitaan apua päivystyksessä. Tällä järjestelyllä voimme sujuvasti vastata potilasvirran äkillisiin muutoksiin. Päivystyksessä vastuu ja valta kulkevat

täten käsi kädessä, eikä kuten perinteisessä hierarkkisessa rakenteessa jähmetä potilaan palvelua jonkin rajallisen resurssin odotteluksi. Kutsumme tätä jidoka-periaatteeksi (Jeffrey K Liker, 2004) Toyota Production System (TPS) mukaan, eli kuka tahansa päivystäjä voi kutsua koolle muita työntekijöitä avuksi, jos näyttää siltä, että päivystykseemme alkaa muodostua jonoa. Meillä on periaatteena, että jos joku odottaa tietämättömänä meidän päivystysaulassa, niin meidän prosessimme ei ole sillä hetkellä virtaavan sujuva. Mottona meillä on ollut alusta alkaen: kuinka haluaisit itse tulla palveluiksi. Kukaan meistä työntekijöistä ei pidä odottamisesta.

Kehitimme myös oman tuotannonseurantaohjelman (ns. dashboardin), josta toiminnan jalkauttamisesta vastaavana ylilääkärinä pystyin näkemään pienellä vaivalla moniulotteisesti potilasvirtojen ajankohtaisen kulun läpi organisaation, eri työpisteiden ja yksittäisten työntekijöiden. Tuotannonseurantajärjestelmän avulla pystyimme vaihtamaan organisaation johtamistyyliä. Siirryimme tiedolla johtamisen järjestelmään aiemmasta tunnejohtamisesta, jossa johtajiksi valikoituivat ne, joilla oli parhaat sosiopoliittiset taidot (Colin Morgan ym. 1995), eli ne jotka tulivat parhaiten toimeen sekä kaikkien työtovereidensa että poliittisten päättäjien kanssa. Siirryimme johtamisjärjestelmään, jota kehitämme edelleen kohti organisaation toimintojen tilastollista prosessien kontrollointia (John Oakland, 2008).

Palveluprosessin ongelmia tutkiessa on tiedettävä, onko kyseinen palveluprosessi tilastollisesti stabiili ja kontrollissa. Kun toiminnan tilastot näyttävät, että palveluprosessi on vakaa ja kontrollissa, voi ryhtyä selvittämään, onko palveluprosessiin sisältyvät ongelmat niin sanottua yleistä normaalia prosessin sisäistä vaihtelua, joka kuuluu esimerkiksi sosiaali- ja terveyshuollon palveluprosessien luontaiseen vaihteluun, vai onko kyseessä niin sanottu erityinen syy, joka aiheuttaa kyseisen prosessin ongelmat. Goldratt (2010, 1–5) painotti, että (palvelu)prosessien kehittämisessä on tiedettävä, mihin on keskityttävä (engl. focus): pitää tietää, milloin pitää tehdä jotakin, ja pitää tietää, milloin ei pidä tehdä mitään. Jos palveluprosessia muuttaa tilanteessa, jossa palveluprosessi ei ole stabiili eikä kontrollissa, niin voi itse asiassa muutoksella vain pahentaa tilannetta. Palveluprosessien ongelmien ratkaisu joko tulipalon sammutus -menetelmällä tai laastarinlaitto-menetelmällä saattaa itse asiassa aiheuttaa vain lisää ongelmia, eikä ratkaise entisiä, jos ei tiedä, onko prosessi tilastollisesti vakaa ja kontrollissa.

Laatuguru W. Edward Deming on sanonut (H J Harrington, 1991, vii), että organisaatioiden suurimmat ongelmat ja suurimmat kehittämisen mahdollisuudet liittyvät 94 prosentissa systeemiin (prosesseihin) ja 6 prosentissa erityisiin syihin. Terveyspuolella yleisesti ja sosiaalipuolella erityisesti toiminnan tilastointi on tosi surkealla tolalla, minkä vuoksi Eksoten mielenterveys- ja päihdepalvelujakin kehitettäessä piti ensin rakentaa koko tilastollinen seurantajärjestelmä ja ryhtyä kehittämään toiminnan tilastointidataa eheäksi opastamalla toiminnan kirjaamista.

Kirjaamiskäytännöistä paljastui, että päästäkseen eteenpäin tietokoneen kanssa hoitajia oli opastettu kirjaamaan Effica-sairauskertomusjärjestelmään diagnoosin asettamiskohdalle diagnoosi Z00.4 (Epämääräinen psykiatrinen käynti). Kun ryhdyimme katsomaan, minkä diagnoosiryhmien hoitoon meidän palveluresurssimme menevät, päivystyspisteen MTPA:n 15 000 vuosittaisesta käynnistä noin 10 000 käynnin diagnoosina oli tuo epämääräinen psykiatrinen käynti. Sen jälkeen, kun työntekijöitä oli opastettu kirjaamisen suhteen, seuraavana vuonna päivystyspisteen (MTPA) noin 15 000 käynnistä vain noin 300 käynnin diagnoosina oli Z00.4 ja tilastoja pystyi käyttämään esimerkiksi sen seuraamiseen, millä diagnooseilla potilaat käyvät päivystyspisteessä. Sairauskertomusjärjestelmä Efficasta meillä on käytössä kaksi versiota: erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon Effica. Jälkimmäisessä ei ole niin sanottua hallinnollista lähetettä, joka meidän pitää tehdä sairauskertomusjärjestelmään. Se johti siihen, ettei perusterveydenhuollon Efficasta pysty seuraamaan milloin potilaan hoitajakso on päättynyt terveysasemapsykiatriassa eli mielenterveys- ja päihdesairaanhoitajillamme, jotka työskentelevät yhdessä terveysaseman työntekijöiden kanssa.

Eksoten toiminnan tilastointia aloitettaessa paljastui, että kullakin hoitajalla oli vain 2,4 suoraa potilas-käyntiä/työpäivä. Samaan aikaan hoitajat itse sanoivat, että ajanvarauskirjat ovat ihan täynnä eikä yhtään uutta potilasta enää mahdu. Suurin osa päivittäisestä työajasta kului erilaisiin palavereihin. 53 prosenttia kokouksissa vietetystä ajasta on hyödytöntä, arvotonta eikä tuota muutosta (Bob Nelson ym. 2010, 144). Tilanne on yhtä huono koko Suomessa, eli sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottavuus on koko Suomessa

todella heikkoa. Eksoten mielenterveys- ja päihdepalveluissa tuottavuus nousi tilastollisen prosessin kontrollin ansiosta kolmessa vuodessa melkein 50 %, ja nykyisin kullakin hoitajalla on keskimäärin 4,5 suoraa potilaskäyntiä/työpäivä.

Onko Eksoten malli monistettavissa muualle?

Totuus on se, että suurin osa organisaatiomuutoksista epäonnistuu. Kaksi kolmesta organisaatiomuutoksesta menee pieleen, ja ehkä vain joka viidettä organisaatiomuutosta voi pitää onnistuneena (A. T. Kearney, 2000). Toyotan mallikaan, vaikka se on osoitettu tehokkaaksi ja tuottavaksi, ei ole käytössä kaikkialla – Japanissakaan (Jeffrey K Liker, 2004).

Eksoten integroitujen mielenterveys- ja päihdepalvelujen malli ei ole sinällään suoraan kopioitavissa toisenlaiseen toimintakulttuuriin ja -ympäristöön. Mutta, kuten Goldratt (2014) kirjoittaa Taiichi Ohnon omaksuneen Henry Fordin tuotannonohjaamisen geneeriset periaatteet Toyotan spesifiseen tuotantojärjestelmään (TPS, Toyota Production System), samalla tavoin Eksoten mielenterveys- ja päihdepalvelujen toimintojen uudelleenorganisointiperiaatteet (engl. reengineering, redesign; Michael Hammer ym. 1993/2003; Kai Laamanen, 2009) ovat geneerisesti sovellettavissa mihin tahansa Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioon. Leaniläisyydessä käytetään käsitettä kaikaku samasta periaatteesta järjestää toiminnot radikaalisti uudella tavalla (Frank Voehl ym, 2014, 158-163).

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita on pakko jatkossa kehittää kohti prosessiorganisaatiota ja prosessien verkostoa, mikä tulee olemaan kivulias prosessi monelle perinteisesti funktionaalisesti ja siilomaisesti toimivalle organisaatiolle. John J Nance (2008) kuvaa kirjassaan *Why Hospitals Should Fly* ("Miksi sairaaloiden tulisi lentää") miten hankalaa muutos voi olla sairaalalaitoksessa. Radikaali toiminnan muuttaminen tarkoittaa hallinnollisesti usein keskijohdon ohenemista tai poistumista kokonaan. Keskijohto on yleensä se, joka muutosta kaikista eniten vastustaakin, koska heillä on muutoksessa eniten hävittävää. Yksittäisen organisaation kehittämisen tilanne on analoginen suomalaiselle sote-uudistukselle kokonaisuudessaan.

Prosessinajattelun idea on hyvin yksinkertainen. Lähdetään liikkeelle potilaasta/asiakkaasta ja hänen tarpeestaan. Mietitään, millaisilla tuotteilla ja palveluilla se voidaan tyydyttää. Suunnitellaan prosessi (toimenpiteet ja resurssit), joilla saadaan aikaan halutut tuotteet ja palvelut... Prosessit tuovat järjestystä kaokseen. Prosessien tunnistaminen ja kuvaaminen auttavat ihmisiä ymmärtämään kokonaisuutta sekä mahdollistavat työn kehittämisen ja itseohjautuvuuden. (Kai Laamanen, 2009, 21–23)

Suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa huomioidaan liian vähän potilaan/asiakkaan ääntä (engl. voice of customer) palvelujärjestelmän prosessien kehittämisessä. Ehkä räikein esimerkki tästä psykiatriassa on tällä hetkellä käsikirjojen antamat ohjeet siitä, millaiset esitiedot potilaalta tulisi ottaa. Mitä ovat ne tiedot, jotka itse asiassa tarvitaan laadukkaaseen ja nopeaan psykiatriseen päivystystoimintaan? Käytännön totuus on, että joskus ei tarvita esitietoja lainkaan. Eikä meillä ole hyvää näyttöä siitä, että otettujen esitietojen määrällä ja laadulla psykiatrisella päivystystoiminnalla olisi mitenkään suora yhteys toisiinsa.

Steve de Shazer (2009, 11) on todennut muun muassa, että "Pystyäkseen ratkaisemaan ongelman, sinun ei tarvitse tietää mikä se on." ja että "Ratkaisu ei ole välttämättä yhteydessä ongelmaan." Toinen esimerkki psykiatrian käsikirjojen ja käytännön välisestä ongelmasta on se, ettei mistään psykiatrian oppikirjasta löydy kuvausta psykiatrisesta työkyvynarviosta, vaikka se on yksi keskeisimmistä psykiatrin tehtävälajeista (Juha Kempainen ym. 2014). Akateemisen ja käytännön psykiatrian välillä on melkoinen aukko.

Palvelujen laadun kehittämisessä on yksinkertaisia matemaattisia lausekkeita, jotka voivat auttaa konkretisoimaan resurssi- ja jonokeskusteluja. Resurssi- ja jonokeskusteluun on kaikkien laatuihmisten tuntema yksinkertainen Littlen-laki (Michael L George, 2003, 26), joka on seuraava: Lämpimenoaika (LT, engl. lead time) = Keskenäinen tuotanto / potilas (WIP, engl. work in process) / keskimääräinen valmis tuotanto / loppuun hoidetut potilaat (aCR, engl. average completion rate). Jos terveystaloustieteen periaatteiden mukaan tullaan prosessin tuottavuudessa niin sanotulle rajahyötyalueelle, niin resurssien lisääminen huonosti toimivaan prosessiin ei tuota muuta kuin resurssien hukkaamista (Goldratt, 2010). Tai Kingmanin (1966) ajatukset jonoista voivat toimia yksinkertaisina laskutehtävinä, joilla kehittämispäätöksiä voidaan tehdä päättävissä elimissä paremmin kuin pelkkiin henkilökohtaisiin mielipiteisiin tai kokemuksiin perustuen.

Jos sosiaali- ja terveydenhuollon prosessit toimivat huonosti ja palveluprosessin läpimenoaika on pitkä (jonoja on paljon), niin resurssien lisääminen Littlen lausekkeen WIP:iin vaikkapa kahdeksankertaiseksi, tuottaa vain pidentynyttä läpimenoaika – ja lisää jonoja. Melkein aina on siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen jonotilanteessa ei ole puutetta resurssista, vaan että kyseinen prosessi on huonosti organisoitu ja että se tuhlaa käytössä olevat resurssit tehotomaan toimintaan. Jos joku meillä Eksoten mielenterveys- ja päihdepalveluissa pyytää lisää resursseja, niin kysymme, että mikä sinun prosessissasi on pielesä, koska tarvitset lisää resursseja.

Palveluprosessin läpimenoaika lyhenee olennaisesti, jos tulee kerralla valmista (Frank Price, 1989). Pyrimme siihen, että 80 prosenttia potilas/asiakastapaamisista saadaan kerralla päätökseen eli että ne eivät jää kesken tai odottamaan mitään, vaan virtaavat sujuvasti läpi prosessissa. Erikoissairaanhoidossa on tavallista, että potilaan sairaalakäynnin yhteydessä konsultoidaan monen erikoisalalan asiantuntijaa, mikä johtaa siihen, että potilaan hoito on yleensä aina kesken jonkin tutkittavan asian osalta. Kun kenelläkään ei ole kokonaisvastuuta potilaan koko palvelujen arvoketjusta (Michael E Porter ym. 2006), terveydenhuollosta tulee kokonaisuutena tehotonta ja kallista.

Eksoten mielenterveys- ja päihdepalvelujen (nykyisin Eksoten aikuisten psykososiaalisten palvelujen) toimintojen kehittäminen on hyvä esimerkki siitä, että jos sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosessit laitetaan kuntoon, niin siitä syntyy automaattisesti kustannussäästöjä, joita ei Eksotessa edes tavoiteltu. Erinomaisuus luodaan prosesseissa (Kai Laamanen, 2009; Michael E Hammer, 1993), mikä tuottaa nopeaa, tehokasta ja laadukasta palvelua, joka taas säästää resursseja. Eksoten mielenterveys- ja päihdepalveluissa noin 30 miljoonan euron vuosibudjetista ilman säästötavoitteita saatiin muutamassa vuodessa noin viiden miljoonan euron säästöt uudelleenjärjestämällä toiminnot ja tehostamalla palveluprosessit. Yksittäisen potilaan/asiakkaan hoitokustannukset alenivat 550 eurolla vuodesta 2010 vuoteen 2014. Aalto-yliopiston tekemän arvion mukaan, jos koko Suomi tekisi samanlaisen muutoksen, niin sosiaali- ja terveydenhuollon säästöt olisivat 5,5 miljardia euroa (Timo Salmisaari, henkilökohtainen tieto).

Kansallinen kuluttajaorganisaatio valitsi Eksoten mielenterveys- ja päihdepalvelut kahden parhaan mielenterveysorganisaation joukkoon vuonna 2013 (Länsi-Pohja oli se toinen). THL oli mukana useamman eurooppalaisen maan Refinement-tutkimuksessa, jossa Eksoten mielenterveys- ja päihdepalvelut todettiin suomalaisiksi edelläkävijäksi. Eksoten potilaiden palvelutyytyväisyyskyselyissä Eksoten mielenterveys- ja päihdepalvelut olivat Eksoten parhaita. Eksoten työntekijöiden työtyytyväisyysmittauksissa mielenterveys- ja päihdepalvelut olivat Eksoten kärkiluokkaa. Kaikki edellä mainitut tulokset ovat ajalta, jolloin Eksoten mielenterveys- ja päihdepalveluissa tehtiin erittäin suuria muutoksia.

Eksoten mielenterveys- ja päihdepalvelujen toiminnan tuottavuuden lisäys on mahdollistanut sen, että Eksote on pysynyt vuodesta 2010 lähtien kuntien antamassa budjettiraamissa. Kapitaatioperiaateen mukainen rahoitus on kunnille edullinen ja kannustava, koska kunnan ei ole tarvinnut tehostaa muita toimiaan eikä saada niitä tuottavammaksi. Kuntien suurin menoerä, sosiaali- ja terveydenhuolto, on mielenterveys- ja päihdepalvelujen ja nyt vuodesta 2015 alkaen myös aikuissosiaalityön osalta pysynyt sovitussa budjettiraamissa. Eksoten aikuissosiaalityön budjettikurin pitämisen myötä kunnilla on mahdollisuus maksaa pois budjettialijäämiä ja muutaman vuoden kuluttua jopa saada kuntaosuuksistaan palautusta.

Työntekijöille kapitaatioperustainen rahoitus on huono ratkaisu, sillä se ei mahdollista työntekijöiden heille ehdottomasti kuuluvaa kannustamista ja palkitsemista. Etulinjan työntekijät, jotka ovat pääasiallisesti hyvän budjettituloksen tehneet, eivät ole saaneet työstään heille ehdottomasti kuuluvaa taloudellista korvausta. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen prosessien jalkauttajana olemme tietyllä tavalla olleet myös tietyllä tavalla tyhmiä, koska kun olemme saanut toimintamme tuottavammaksi ja tehokkaammaksi, tuottamamme säästöt siirtyvät Eksoten tehotomimpien prosessien rahoitukseen.

Lisäksi, kun pystyimme alittamaan budjettimme vuonna 2014 yli miljoonalla eurolla, se tarkoittaa alkuvuonna 2015 sitä, että meidän pitää säästää muiden mukana, vaikka olemme koko ajan tehneet positiivista tulosta. Mitä enemmän teemme tulosta, sitä enemmän meiltä viedään, minkä ei luulisi kannustavan jatkaamaan, jos olisimme osaoptimoinnin kannalla. Tuskin kukaan olisi moittinut meitä, jos olisimme mielenterveys- ja päihdepalveluissa vain pysyneet budjetissa tai hieman sitä ylittäneet.

Kannustinjärjestelmien kehittäminen julkiseen palvelujärjestelmään on välttämätöntä. Ja kannustimet olisi kohdennettava ensisijaisesti niille etulinjan työntekijöille, jotka tekevät hyvää tulosta. Esimerkiksi joulukuun palkkaan 500–1000 euron ylimääräinen palkanlisä olisi sopiva kannustin loistavaa työtä sosiaali- ja terveydenhuollon etulinjassa vuoden tehneelle työntekijälle. Prosessien tilastollinen kontrolli (SPC, engl. statistical process control) mahdollistaisi kannustimien oikeudenmukaisen kohdentamisen.

Eksoten mielenterveys- ja päihdepalvelujen toimintojen uudelleenorganisointi (Juha Kempainen ym. 2014b) tarjoaa suomalaisen esimerkin siitä, että julkinen palvelujärjestelmä on mahdollista tehdä tuottavaksi, tehokkaaksi ja ehkä vaikuttavaksikin ilman ylimääräisiä resurssilisäyksiä, jos entisiä resursseja järjestetään uudella tavalla. Palvelujen uudelleenorganisoinnissa (engl. reengineering, japaniksi kaikaku) tiettyjä toimintoja ja työpaikkoja väistämättä häviää, minkä ei tarvitse tarkoittaa työntekijöiden irtisanomista, vaan heidän kouluttamistaan yhä monipuolisempiin ja ehkä uusiinkin työtehtäviin.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden eli Eksote antoi perinteiselle sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksen tekemiselle sopivan toimintaympäristön. On toivottavaa, että koko Suomeen saataisiin uuden hallituksen myötä mahdollisimman pian sote-ratkaisu, jossa palvelujen rahoitus olisi yksikanavainen ja toimintojen järjestämisestä päästäisiin nopeasti yksimielisyyteen. Varsinkin suurimpien kaupunkien sosiaali- ja terveydenhuollossa on erittäin runsaasti resursseja, mutta intressiristiriitojen vuoksi resursseilla ei ole ”isäntää” eli kukaan ei voi koordinoita valtavia resursseja, mikä väistämättä johtaa tehottomaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään ja resurssien tehottomaan käyttöön. Tehottomaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään meillä ei ole varaa, koska siitä loppujen lopuksi kärsivät kaikkein eniten juuri heikoimmassa asemassa olevat ihmiset eli juuri ne, joita varten koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä on alun perin perustettu.

Lähteet

- De Shazer Steve, Ratkaisevat erot, alkuperäinen Putting Difference to Work, suom. Mirja Makkonen, Jyväskylä: Vastapaino, 2009, 2.painos.
- Erhola Marina, Jonsson Pia Maria, Pekurinen Markku, Teperi Juha: Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi, 2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201401221209>
- George Michael L Lean Six Sigma for Service – How to Use Lean Speed and Six Sigma Quality to Improve Services and Transactions, New York: McGraw-Hill, 2003.
- Goldratt Eliyahu M, Introduction to TOC (theory of constraints) – My perspective. Kirjassa Cox James F. III and Schleier John G Jr (eds), Theory of Constraints Handbook, New York: McGraw-Hill, 2010.
- Goldratt Eliyahu M, Cox Jeff, The Goal – A Process of Ongoing Improvement, Great Barrington, MA: The North River Press Publishing Corporation, 2014, 4th edition.
- Hammer Michael, Champy James, Reengineering the Corporation – A Manifesto for Business Revolution, New York: Harper, 1993/2003.
- Harrington H J, Business Process Improvement – The Breakthrough Strategy for Total Quality, Productivity, and Competitiveness, New York: McGraw-Hill, 1991.
- Haverila Matti J, Uusi-Rauva Erkki, Kouri Ilkka, Miettinen Asko, Teollisuustalous, Tampere: Hämeen Kirjapaino Oy, 2009, 6. painos.
- Kearney A. T. Change management - An inside job, The Economist, July 13th 2000.
- Kempainen Juha, Korpela Jukka, Elfvingen Kalle, Polkko Jussi, Salmisaari Timo, Decision support in evaluating the impacts of mental disorders on work ability, 2014, 47th Hawaii International Conference on System Science.
- Kempainen Juha, Korpela Jukka, Elfvingen Kalle, Polkko Jussi, Increasing productivity in mental health care services with an integrated process and diagnostics support system, 2014 b, Society for Design and Process Science, SDPS.
- Kingman John Frank Charles, On the Algebra of Queues, Journal of Applied Probability, vol 3, nr 2, 285-326.
- Laamanen Kai, Johda liiketoimintaa prosessien verkkona – Ideasta käytäntöön, Espoo: Laatu keskus Excellence Finland, 2009, 8.painos.
- Laamanen Kai, Tinnilä Markku, Prosessijohtamisen käsitteet, Espoo: Teknologiateollisuus, 2009, 4.painos.
- Liker, Jeffrey K, The Toyota Way- 14 Management Principles from the World's Greatest Manufacturer, New York: McGraw-Hill, 2004.
- Lillrank Paul, Kujala Jaakko, Parviainen Petri, Keskenäinen potilas – Terveydenhuollon tuotannonohjaus, Helsinki: Talentum, 2004.
- Morgan Colin, Murgatroyd Stephen, Total Quality Management in the Public Sector, Buckingham: Open University Press, 1995.

- Nance John J, *Why Hospitals Should Fly – The Ultimate Flight Plan to Patient Safety and Quality Care*, Bozeman, MT: Second River Healthcare Press, 2008.
- Nelson Bob, Economy Peter, *Managing for Dummies*, Indianapolis, Indiana :Wiley Publishing, Inc. 2010.
- Oakland John, *Statistical Process Control*, New York: Routledge, 2008, 6 edition.
- Porter Michael E, Olmsted- Teisberg Elizabeth, *Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results*, Boston: Harvard Business Review Press, 2006.
- Price Frank, *Right First Time – Using Quality Control for Profit*, Southampton: The Camelot Press Ltd, 1989.
- Raisio Harri, *Pirulliset ongelmat terveydenhuollossa – esimerkkeinä Kansallinen terveyshanke ja hoitotakuu-uudistus*. Kirjassa: Vakkuri Jarmo (toim.). *Paras mahdollinen julkishallinto? – tehokkuuden monet tulkinnat*. Tallinna: Gaudeamus, 2009.
- Voehl Frank, H James Harrington, Chuck Mignosa, Rich Charron, *The Lean Six Sigma Black Belt Handbook – Tools and Methods for Process Acceleration*, Boca Raton: CRC Press, 2014
- Womack James P, Jones Daniel T, *Lean Thinking – Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*, New York: Free Press, 2003.
- Womack James P, Jones Daniel T, Roos Daniel, *The Machine that Changed the World- How Lean Production Revolutionized the Global Car Wars*, London: Simon & Schuster UK Ltd, 2007.

3.2 Länsi-Suomen mielenterveyskysely 2005–2014

Kristian Wahlbeck, Johanna Nordmyr, Kaarina Reini, Anna K. Forsman, Esa Aromaa, Fredrica Nyqvist, Kjell Herberts

Suomalaisten mielenterveys ei ole kehittynyt yhtä suotuisasti kuin fyysinen terveys. Lähes puolet työkyvyttömyyseläkkeistä on mielenterveysperusteisia. Yksi sairauslomapäivä neljästä johtuu mielenterveyden ongelmista. Mielenterveyden ongelmien kokonaiskustannukset ovat vuositasolla noin 5 miljardia euroa. Itsemurhaluvut ovat Suomessa muita pohjoismaita ja EU:n keskiarvoa selvästi korkeampia. Sosioekonomisten ryhmien välillä on kasvava mielenterveysero. Alemmissä tuloryhmissä ei ole havaittavissa vähenemistä itsemurhissa. Mielenterveyden ongelmat siirtyvät usein vanhemmilta lapsille, vaikka on tiedossa että vanhemmuuden tuella voidaan tehokkaasti ehkäistä ylisukupolvisuutta.

Lukujen valossa tarve väestötasoiseen mielenterveyden edistämiseen on ilmeinen. Mielenterveys muokautuu varhain ja siihen vaikuttavat monet yksilölliset ja yhteisölliset tekijät. Nykytiedon valossa mielenterveyttä voidaan tuloksellisesti ja kustannustehokkaasti edistää ja mielenterveyden häiriöitä ehkäistä. Väestön tasolla on tarvetta sekä mielenterveyttä edistävälle toiminnalle että ehkäisevälle työlle.

Sekä edistävän että ehkäisevän mielenterveystyön osalta hyvien käytänteiden ja toimintamallien levittäminen, jalkauttaminen ja paikallinen juurruttaminen ovat isoja haasteita. Vuonna 2005 käynnistetty Pohjanmaa-hanke pyrki vastaamaan väestötason mielenterveyshaasteisiin kolmen sairaanhoitopiirin, Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirin, alueella. Hankkeeseen sisältyi joukko toimia, kuten mielenterveys- ja päihdestrategioiden laatiminen yhdessä kuntien kanssa, kuntalaisten mielenterveyden edistäminen, mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisy, hoitoketjujen rakentamista ja työelämän hyvinvoinnin edistäminen (Vuorenmaa ja Löytty 2008). Pohjanmaa-hanketta edelsi Vaasan ja Etelä-Pohjanmaa sairaanhoitopiirien yhteishanke Pohjalaiset masennustalkoot.

Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät sijaitsevat usein terveydenhuollon välittömän vaikutuskentän ulkopuolella. Mielenterveyden edistäminen ei ensisijaisesti tarkoita panostamista mielenterveyspalveluihin, vaan mielenterveyden edistämistä neuvoloissa, perheissä, päivähoidossa, kouluissa, työpaikoilla ja vanhuspalveluissa. Vauvan ja vanhempien varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen, turvallinen lapsuus, mielenterveystaitojen opetus, työelämäosallisuus sekä köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäisy ovat tutkitusti tehokkaita keinoja kansalaisten mielenterveyden edistämiseksi. (Wahlbeck 2015.)

Länsi-Suomen mielenterveyskysely

Länsi-Suomen mielenterveyskysely käynnistettiin Pohjanmaa-hankkeen vaikutusten seuraamiseksi. Hankkeen jo toteutetun laadullisen prosessiarvioinnin (Vuorenmaa ja Löytty 2008, Seppälä ym. 2011) ja hyvien käytäntöjen kuvausten (Kuosmanen ym. 2010) lisänä tavoitteena on arvioida hankkeen vaikuttavuutta. Väestön mielenterveys, siihen vaikuttavat tekijät sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttö ovat oleellisia tuloksellisuusmittareita jotka eivät ole arvioitavissa ilman väestöltä kerättävää tietoa. Tämän takia hankkeen arvioinnin keskeinen osa on säännöllisesti toteutettava väestökysely. Kokeellisen asetelman vahvistamiseksi päädyttiin tiedon keräämiseen myös verrokialueelta, joksi sijaintinsa, väestöpohjansa ja kaksikielisyytensä takia valikoitui Varsinais-Suomi.

Pohjanmaa-hankkeen vaikuttavuusarviointi toteutetaan neljällä väestötason tuloksia mittaavalla vastemittarilla: masennustilan esiintyvyys; uudet mielenterveysperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet; itsemurhi- en määrä; ja alkoholikuolemien määrä. Masennustilan esiintyvyys mitataan Länsi-Suomen mielenterveyskyselyn avulla.

Länsi-Suomen mielenterveyskysely on toteutettu joka kolmas vuosi vuodesta 2005 lähtien. Vuoden 2005 mielenterveyden väestökyselyllä kartoitettiin lähtötilannetta ennen kehittämistoimia (Herberts ym. 2005). Kysely on toteutettu myös vuosina 2008 (Forsman ym. 2009), 2011 (Herberts ym. 2012) ja 2014 (Reini ym. 2014).

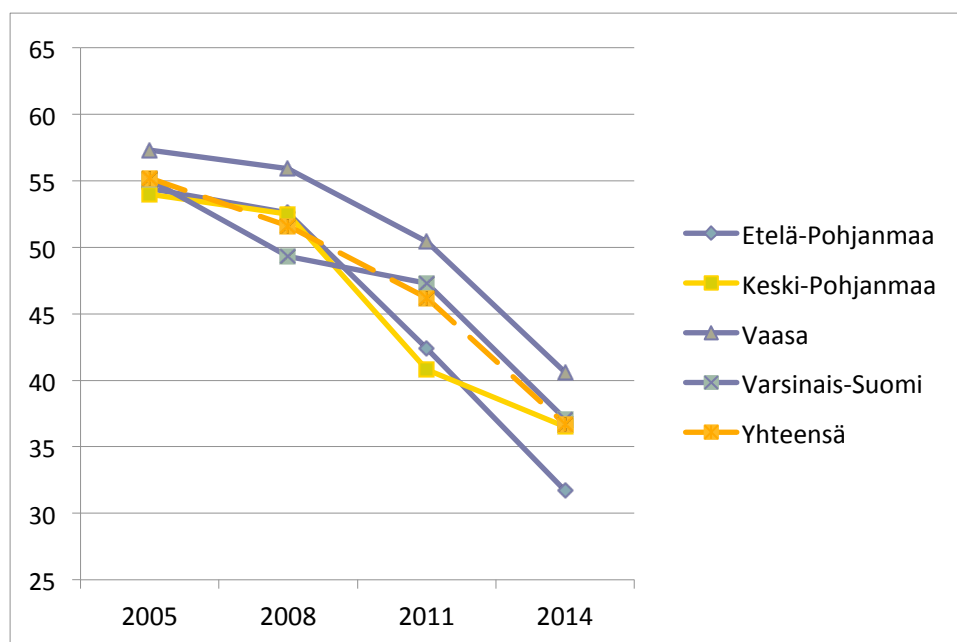
Kohderyhmä ja otos

Jokaisella kyselykierroksella väestörekisterikeskuksesta tilattiin 15–80-vuotiaista henkilöistä koostuva otos seuraavasti: Vaasan sairaanhoitopiiri 2 000, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2 000 ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 1 000. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä lomake lähetettiin 5 000 henkilölle. Kyselyn otanta vastasi sairaanhoitopiirien kielellistä jakaumaa ja kuntien väestöosuusia. Väestörekisteristä pyydetty tiedot olivat etu- ja sukunimi, syntymävuosi, äidinkieli, kotikunta sekä vakituinen osoite. Yhteensä nämä neljä sairaanhoitopiiriä edustavat lähes viidennestä Suomen väestömäärästä (920 000 asukasta, vuonna 2014). Otos edustaa hyvin suomalaisten kuntien laajaa kirjoa: pienistä muutaman sadan asukkaan saaristo- ja maalaiskunnista taajamiin ja keskikokoisiin sekä muutamiin suurempiin kaupunkeihin.

Vastaaminen

Ennen kyselyä vastaajille lähetettiin tiedotekortti ja lomakkeen lähetyksen jälkeen vielä muistutuskortti. Vuonna 2014 nuorille vastaajille lähetettiin kaksi muistutuskorttia, johtuen pienestä vastausprosentista tässä ikäryhmässä. Vuonna 2014 kyselyyn oli mahdollista vastata myös verkossa, mutta vain 6,2 % kaikista vastauksista annettiin verkkolomakkeen kautta. Kaikista aktiivisimmin verkkovastausmahdollisuutta hyödynsivät nuorimmat ikäryhmät.

Postitse tehtävien väestökyselyiden vastausprosentit ovat laskeneet viime vuosikymmenien aikana (Galea ym. 2007). Trendi on ollut samanlainen myös tässä hankkeessa: kokonaisvastausprosentti oli vuonna 2005 55 % ja vuonna 2014 vain 37 % (Kuva 1).



Kuvio 1. Kyselyn vastausprosentti sairaanhoitopiirien mukaan ja yhteensä vuosina 2005–2014

Vaikka vastausprosentti on trendinomaisesti jatkuvasti laskenut, on vastaajien sosiodemografinen rakenne pysynyt samanlaisena, sillä vastausaktiivisuus on laskenut tasaisesti kaikissa ryhmissä. Ikääntyneet, naiset ja ruotsinkieliset vastasivat aktiivisimmin jokaisella kierroksella. Analyysseissa on tarvittaessa käytetty painotuksia väestöedustavuuden parantamiseksi.

Kyselylomake

Kyselylomakkeessa oli jokaisella kyselykierroksella muuttujia yhteensä noin 140. Kyselyn taustamuuttujia olivat ikä, sukupuoli, kotikunta, siviilisääty, äidinkieli, korkein koulutus, pääasiallinen toiminta ja yhdistystoiminta.

Kyselylomakkeessa käytettiin standardoituja kyselymittareita, jotka kartoittavat mielenterveyttä ja mielenterveysongelmia eri näkökulmista. Esimerkiksi psyykkistä hyvinvointia kartoitettiin Pearlín's Sense of Mastery mittarilla (Pearlín & Schooler 1978) ja psyykkistä kuormittuneisuutta kartoitettiin General Health Questionnaire (GHQ-12) -mittarilla (Goldberg & Hillier 1979). Vuonna 2014 kyselyyn lisättiin positiivinen mielenterveyden mittari Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) (Stewart-Brown ym. 2009). Masennuksen esiintyvyyttä mitattiin Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF) -depressio-osiolla. Muut kysymykset kartoittivat erilaisia mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä, kuten esimerkiksi yksinäisyyden tunnetta tai kurituskokemuksia lapsuudessa. Mielenterveysongelmiin ja päihteisiin liittyvää sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä tutkittiin Terveys 2000 ja Terveys 2011 -tutkimusten kysymyksillä (Aromaa & Koskinen 2002, Koskinen ym. 2012). Kyselylomake sisälsi myös kysymyksiä, jotka koskivat vastaajien mielenterveysongelmiin liittyviä asenteita. Asenteita kartoittava kysymyssarja kehitettiin tämän kyselyn aikana (Aromaa ym. 2010). Kyselyssä käytettiin valmiiden mittarien ohella myös avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeet on julkaistu osoitteessa www.thl.fi/mtkysely.

Vaikka lomakkeen muuttajat ovat olleet aika samanlaisia koko hankkeen ajan, joitakin arviointitarpeista nousseita muutoksia on tehty jokaisella kyselykierroksella. Esimerkiksi vuonna 2014 alkoholiongelman mittarina käytettiin AUDIT-C (Bush ym. 1998), kun aikaisempina vuosina (2005–2011) käytettiin CAGE-mittaria (Ewing 1984). Ja lisäettiin internetin käyttöön liittyviä kysymyksiä.

Tulokset

Länsi-Suomen mielenterveyskyselyn tuloksia on koottu verkkosivulle www.thl.fi/mtkysely. Tässä artikkelissa esittelemme muutamia otteita tuloksista. Tulosten tulkinnaissa on syytä pitää mielessä, että vain noin puolet kyselyn saaneista palautti vastauksensa. On tiedossa, että vakavista mielenterveyden ongelmista kärsivät henkilöt vastaavat muuta väestöä heikommin lomakekyselyihin, joten he ovat aliedustettuina vastaajien joukossa.

Ikäihmisten mielenterveys ja sosiaalinen pääoma

Ikäihmisten mielenterveysongelmat ovat keskeisiä kansanterveysongelmia ja masennus on iäkkäiden yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä niin Pohjoismaissa kuin kaikkialla maailmassa. Anna K. Forsmanin väitöskirjan (Forsman 2012) päätavoitteena oli tutkia, miten iäkkäiden aikuisten mielenterveyshäiriöitä voidaan ehkäistä ja miten psyykkistä hyvinvointia voidaan edistää. Erityinen tavoite oli tarkastella ikäihmisten mielenterveyden ja sosiaalisen pääoman välistä suhdetta. Tutkimuksessa käytettiin muun muassa vuoden 2008 Länsi-Suomen mielenterveyskyselyn aineistoa, jolla tutkittiin yhteyksiä 1102 ikäihmisten (65+ v.) masennuksen ja psyykkisen kuormittuneisuuden ja sosiaalisen pääoman eri komponenttien (rakenteellinen ja kognitiivinen) välillä (Forsman ym. 2011). Tämän lisäksi käytettiin vuonna 2008 toteutetun mielenterveyskyselyn avointen kysymysten vastauksia (869 kommenttia) yhdessä ryhmähaastattelu-aineiston kanssa, minkä perusteella tunnistettiin sosiaalisen pääoman vaikutuksia mielenterveyteen vanhuusiässä (60+ v.) (Forsman ym. 2013).

Tulosten mukaan heikko rakenteellinen (vähäiset sosiaaliset kontaktit ystäviin ja naapureihin) ja kognitiivinen (koettu epäluottamus ystäviä kohtaan) sosiaalinen pääoma liittyvät molemmat merkittävästi ikäihmisten masennukseen. Tilastollisesti merkitsevää yhteyttä masennuksen ja naapureihin kohdistuvan epäluottamuksen välillä ei löytynyt. Sen sijaan vähäisen käytännössä saadun sosiaalisen tuen ja masennuksen välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys. Samoin psyykkinen kuormittuneisuus oli merkitsevästi yhteydessä sosiaalisen pääoman kognitiivisiin komponentteihin, kuten koettuun yleiseen epäluottamukseen ja vähäiseen määrään sellaisia ihmisiä, joihin voi luottaa ja jotka välittävät. Laadulliseen aineistoon perustuvien tulosten mukaan ikäihmisten mielenterveyden säilyttämiseksi sosiaaliset aktiviteetit ovat tehokkaita; ne luovat tunteen sosiaaliseen ryhmään kuulumisesta, jokapäiväisen elämän merkityksellisyydestä ja toiveikkaasta tulevaisuudesta.

Tulokset osoittavat, että ne iäkkäät, joilla on vähä sosiaalista pääomaa kärsivät muita todennäköisemmin mielenterveyden ongelmista. Mielenterveyden edistämiseksi ja mielenterveysongelmien ehkäisemiseksi on tarpeellista aktiivisesti ylläpitää ja vahvistaa ikäihmisten verkostoitumista ja rikastuttaa sosiaalista elämää.

Fredrica Nyqvist kollegoineen ovat tutkineet vanhempien työntekijöiden ja eläkeläisten (2 610 henkilöä, 50+ v.) sosiaalista pääomaa ja elämänhallintaa Länsi-Suomen mielenterveyskyselyn vuoden 2011 aineistosta (Nyqvist ym. 2013). Psyykkisen hyvinvoinnin mittarina käytettiin kyselyssä Pearlinin elämänhallintaa. Elämänhallinta voidaan nähdä tärkeänä resurssina henkilö siirtyessä työelämästä eläkeläiseksi. Tulokset osoittivat, että iäkkäämmillä työntekijöillä oli parempi elämänhallinta kuin eläkeläisillä. Tämä voi tarkoittaa, että työelämä edistää ja tukee elämänhallinnan tunnetta. Kognitiivisella sosiaalisella pääomalla, mitattuna luottamuksena ja yhteenkuuluvaisuuden tunteena naapureihin, oli yhteys elämänhallintaan sekä iäkkäämmillä työntekijöillä että eläkeläisillä. Tulokset osoittavat, että tietyt sosiaalisen pääoman osatekijät voidaan nähdä voimavarana psyykkiselle terveydelle. Johtopäätöksenä näistä tuloksista voidaan todeta, että aktiivista työelämäänsä lopettavat henkilöt voisivat hyötyä elämänhallintaa tukevista toimenpiteistä. Myös ympäristön suunnittelussa tulee panostaa ympäristöihin, jotka mahdollistavat ja tukevat iäkkäiden ihmisten sosiaalista osallisuutta.

Asenteet mielenterveyden häiriöistä kärsiviä kohtaan

Mielenterveyden häiriöistä kärsiviin henkilöihin kohdistuva häpeäleima (stigma) on yleistä. Väitöstutkimuksessaan Esa Aromaa selvitti Länsi-Suomen mielenterveyskyselyn vuosien 2005 ja 2008 aineistoihin perustuen mielenterveyden häiriöihin liittyvää leimaavaa asennoitumista väestössä sekä niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat leimaamiseen (Aromaa 2011a). Toinen väitöskirjan tavoite oli selvittää häpeäleiman yhteyttä mielenterveyspalveluiden käyttöön (Aromaa ym. 2011b).

Tulosten mukaan selvä enemmistö vastaajista ei pitänyt masennuksesta kärsiviä henkilöitä syyllisinä sairastumiseensa, mutta toisaalta enemmistö piti heitä vastuullisina omasta toipumisestaan. Mielenterveyden häiriöistä kärsiviin henkilöihin liitettiin monia kielteisiä ominaisuuksia (heitä pidetään usein esimerkiksi ”arvaamattomina” ja ”heidän kanssaan puhumista vaikeana”). Myös häiriöiden paljastumiseen liitettiin monia kielteisiä seuraamuksia, esimerkiksi ystävien kaikkoon ja syrjivä kohtelu terveyspalveluissa ja työpaikoilla.

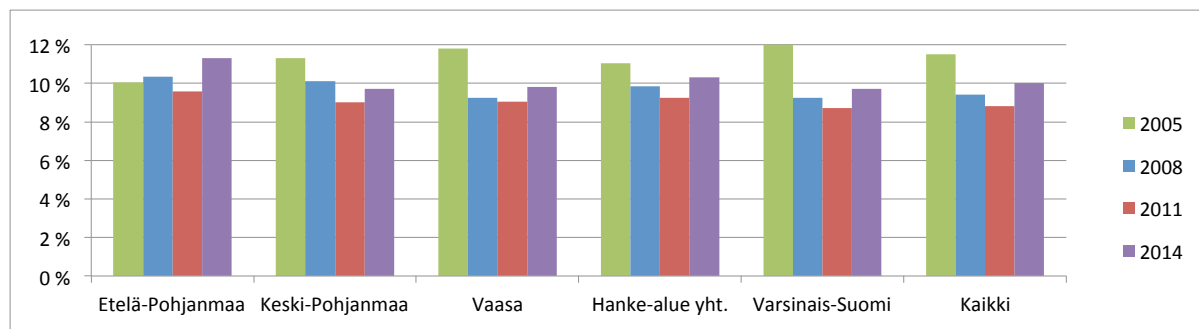
Naisilla, korkeammin koulutetuilla ja ruotsia äidinkielenään puhuvilla on vähemmän masennukseen liittyviä kielteisiä kaavamaisia ajatuksia. Vahvempi elämän hallinta ja mahdollisuus sosiaaliseen tukeen yhdistyy myönteisempään asennoitumiseen masentuneita kohtaan. Kokemus omasta masennuksesta ja mielenterveyden ongelmista kärsivän tunteminen näkyy myös myönteisempinä asenteina. Sosiaalista välttelyä ennustaa vastaajan korkeampi ikä, nais-sukupuoli, ruotsi äidinkielenä, heikompi elämänhallinnan kokemus, lievempi masennus ja vähäisempi kokemus läheisen mielenterveysongelmista, sekä kaikkein merkittävimmän kaavamaiset kielteiset ajatukset. (Aromaa 2011c)

Masentuneet henkilöt ovat suvaitsevaisempia mielenterveyden ongelmista kärsiviä kohtaan ja heidän suhtautumisensa masennuslääkkeisiin on myönteisempää. Toisaalta he ovat pessimistisempiä hoidon tulosten ja häiriöistä toipumisen suhteen. Masentuneet myös pelkäävät useammin terveydenhuollon henkilökunnan leimaavaa suhtautumista ja jakavat kaavamaisen käsityksen masennuksesta leimaavana ja häpeällisenä sairautena. Kuitenkin mitä vakavampi masennus, sitä aktiivisemmin hoitopalveluita käytetään. Palveluita käyttäneiden masentuneiden toiveikkuus toipumisesta on vähäisempää kuin hoitoon hakeutumattomien. Masennuksen pitäminen leimaavana ja häpeällisenä liittyy aktiivisempaan palveluiden käyttöön.

Tulosten perusteella viesti masennuksesta oikeana sairautena ei ole riittävä stigman vähentämiseen tähtävissä hankkeissa. Kannattaa korostaa, ettei masennus ole sairastuneen omaa syytä, eikä hänen tarvitse toipua siitä omin voimin. Ikäihmisiä ja ihmisiä, joilla ei ole omakohtaista kosketusta mielenterveyden ongelmiin, ovat otollisia kohderyhmiä stigman vastaisessa työssä. Pyrittäessä muuttamaan kaavamaisia kielteistä ajattelua toimenpiteet kannattaa suunnata miehiin, joiden elämänhallinta on puutteellista ja joiden sosiaaliset verkostot ovat heikkoja. Vaikka masentuneet henkilöt pelkäävätkin tulevansa leimatuiksi hoitojärjestelmässä ja leimaavat myös itseään herkästi, ei tämä välttämättä johda hoitopalveluiden vieroksumiseen, jos masennus on vakavaa ja masennuslääkkeitä koskevat käsitykset ovat realistisia.

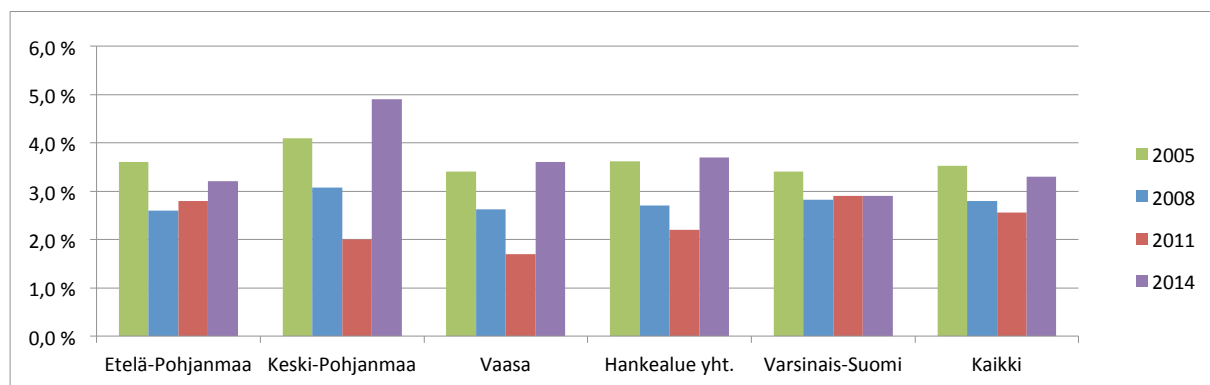
Palvelujen käyttö mielenterveys- ja päihdeongelmien takia

Palveluiden käyttö ja kokemus palveluista ovat Länsi-Suomen mielenterveyskyselyn teemoja. Ennen Pohjanmaa-hankkeen alkua terveyspalvelujen käyttö mielenterveysongelmien takia oli hankealueella hieman harvinaisempaa (11 % kuluneen vuoden aikana) kuin verrokkialueella Varsinais-Suomessa (12 %). Molemmilla alueilla terveyspalvelujen käyttö näyttää hieman heikentyneen (Kuvio 2), mutta Pohjanmaan hankealueella vähemmän kuin Varsinais-Suomessa. Palvelujen käytön väheneminen voi viitata ongelmiin mielenterveyspalvelujen saatavuudessa.



Kuvio 2. Terveyspalvelujen käyttö mielenterveysongelmien takia, 15-80 –vuotiaat, % vastanneista

Erikseen terveyskeskuspalvelujen käyttöä mielenterveysongelmiin kysyttäessä havaittiin palvelukäytön laskua 2000-luvulla, mutta nousua tarkastelujakson loppupuolella osuuden ollessa vuonna 2014 3,7 % vastaajista (Kuvio 3). Tulosten valossa 2010-luvulla mielenterveyspalveluiden saatavuus on kohentunut alueen terveyskeskuksissa hankkeen tavoitteiden mukaisesti ja viimeisenä mittausajankohtana 2014 terveyskeskusten mielenterveyspalveluja näyttää alueella olevan paremmin saatavilla kuin verokkialueella Varsinais-Suomessa.

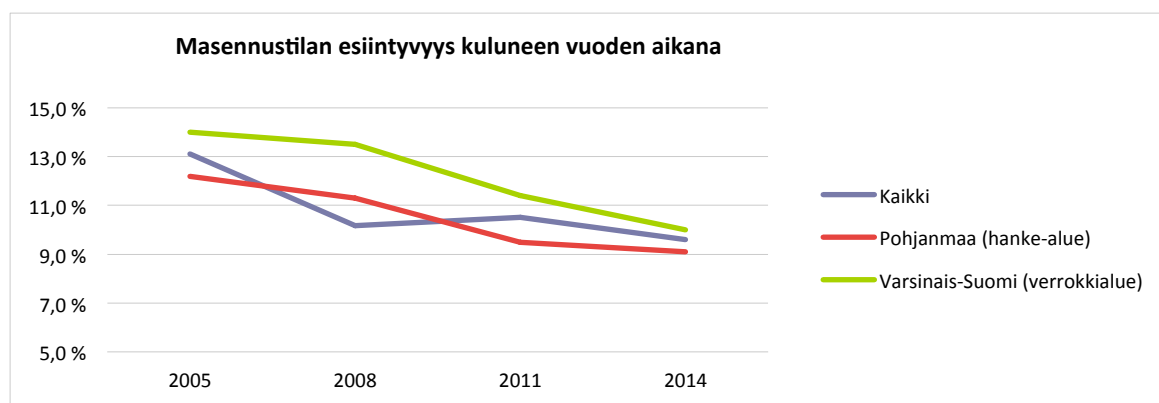


Kuvio 3. Terveyskeskuspalveluiden käyttö mielenterveysongelmien takia, 15-80 –vuotiaat, % vastanneista

Ilmeistä on, että palveluiden saatavuuden suhteen ei ole tapahtunut suurta edistymistä seurantajakson aikana. Vaikka terveyspalveluiden käyttö mielenterveysongelmien takia on hanke-alueella vähentynyt hieman vertailualueella vähemmän, näyttää siltä, että hankealueen kuntien strategiatyö ja muu hanketyö eivät ole väestötasolla johtaneet palveluiden suurempaan käyttöön. Tulosten valossa on edelleen syytä tehdä työtä perustason avun hakemisen lisäämiseksi ja mahdollisimman kynnyksettömien palveluiden kehittämiseksi.

Masennustilan esiintyvyys

Masennuksen esiintyvyys on eräs Pohjanmaa-hankkeen tulosmittareista. Kyselyn valossa masennustilan esiintyvyys on hankekauden aikana kyllä vähentynyt, mutta niin on tapahtunut myös jopa voimakkaammin verokkialueella Varsinais-Suomessa (Kuvio 4). Näiden lukujen perusteella hanketoimet eivät ole johtaneet itseraportoidun masennusoireilun vähenemiseen. On mahdollista, että väestökampanjat ja muut toimet hankealueella ovat lisänneet tietoisuutta masennustilasta, joka vuorostaan on saattanut vaikuttaa alttiuteen raportoida masennusoireita. Kyselyn kohdistuminen oireisiin lisää mittauksen luotettavuutta, ja kirjoittajat pitävät epätodennäköisenä että eron puuttuminen interventio- ja kontrollialueen välillä johtuisi tämän tyyppisestä mittaamisongelmasta.



Kuvio 4. Masennustilan esiintyvyys kuluneen vuoden aikana

Lopuksi

Mielenterveyden merkitys ja mielenterveyden edistämisen tarve nousee selkeästi esille monissa kansallisissa strategisissa dokumenteissa, esimerkiksi Juha Sipilän hallituksen ohjelmassa, sosiaali- ja terveysministeriön työn alla olevissa Terveyttä ja hyvinvointia kaikille vuoteen 2025 -linjauksissa ja Himasen tulevaisuusraportissa valtioneuvoston kansialle. Sekä OECD (Patana 2014) että EU-komissio (EU 2013) ovat maa-kohtaisissa arvioinneissaan todenneet tarvetta kehittää mielenterveyttä tukevia toimia Suomessa. Pohjanmaa-hankkeen arvioinnin tueksi toteutetun Länsi-Suomen mielenterveyskyselyn valossa tarvitaan voimape räisiä toimia vaikuttavien mielenterveyttä edistävien toimintamuotojen juurruttamiseksi kunnissa. Ilman kunnan kaikkia sektoreita läpäisevää toimintaa ja kaikkien päätösten mielenterveysvaikutusten arviointia on epätodennäköistä, että mielenterveys kehittyisi yhtä myönteiseen suuntaan kuin suomalaisten fyysinen terveys. Pohjanmaa-hanke on osoittanut tien ja kehittänyt uusia toimintamuotoja, mutta tulosten näkymiseksi väestön mielenterveydessä työtä on tehostettava ja toimintalinjoja tarkasteltava kriittisesti.

Lähteet

- Aromaa A, Koskinen S, toim. (2002). Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki 2002.
- Aromaa E (2011a). Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Tutkimus 69/2011. Helsinki, Finland 2011
- Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, Wahlbeck K. (2010). Attitudes towards people with mental disorders: The psychometric characteristics of a Finnish questionnaire. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 265-273
- Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, Wahlbeck K. (2011b). Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry* 11, 52
- Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, Wahlbeck K. (2011c). Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry* 65,125-132.
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Archives of Internal Medicine* 158, 1789-1795.
- European Commission (2013). *Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health*. Luxembourg: DG SANCO.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association* 252, 1905-1907.
- Forsman, A.K., Nyqvist, F. & Wahlbeck, K. (2011). Cognitive components of social capital and mental health status among older adults: A population-based cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health* 39, 757-65.

- Forsman, A.K. (2012). The importance of social capital in later life. Mental health promotion and mental disorder prevention among older adults. Väitöskirja, Nordic School of Public Health NHV, Göteborg, Ruotsi.
- Forsman A, Herberts C, Nyqvist F, Wahlbeck K, Schierenbeck I. (2013). Understanding the role of social capital for mental well-being among older adults. *Ageing & Society* 33, 804-825.
- Forsman, A., Herberts, K., Aromaa, E., Tuulari, J. & Wahlbeck, K. (2009). Kohti pohjalaista hyvinvointia: Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus 2008. Menetelmäraportti. Avauksia 3/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsinki, 2009. Saatavilla: urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085133
- Galea, S. & Tracy, M. (2007). Participation rates in epidemiologic studies. *Annals of Epidemiology* 17(9):643-653.
- Goldberg DP & Hillier VF (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 9, 139-145.
- Herberts, C., Aromaa, E., Björkqvist, K., Forsman, A., Herberts, K., Nordmyr, J., Nyqvist, F., Salokangas, R., Tuulari, J. & Wahlbeck, K. (2012). Western Finland Mental Health Survey 2011: Survey methods [Länsi-Suomen mielenterveyskysely 2011: Menetelmäraportti]. Raportti 39/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Tampere, 2012.
- Herberts K, Wahlbeck K, Aromaa E & Tuulari J (2006). Enkät om mental hälsa: Metodbeskrivning [Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus 2005. Menetelmäraportti.] Työpapereita 13/2006. Helsinki: Stakes 2006.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N, toim. (2012). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsinki 2012.
- Kuosmanen L, Vuorilehto M, Voipio-Pulkki L-M, Laitila M, Posio J, Partanen A (2010). Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä: Kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005–2009. Avauksia 5/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki, 2010. Saatavilla: urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085101
- Nyqvist F, Forsman A.K, Cattan M. (2013). A comparison of older workers' and retired older people's social capital and sense of mastery. *Scandinavian Journal of Public Health* 41(8): 792-798
- Patana P (2014). Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Finland, OECD Health Working Papers, No. 72, Paris: OECD Publishing.
- Pearlin, L., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior* 19, 2-21.
- Reini, K., Björkqvist, K., Forsman, A.K., Herberts, K., Nordmyr, J., Nyqvist, F., Österman, K., Aromaa, E., & Wahlbeck, K. (2014). Western Finland Mental Health Survey 2014: Survey methods [Länsi-Suomen mielenterveyskysely 2014: Menetelmäraportti]. Työpapereita 34/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki, 2014. Saatavilla: url.fi/URN:ISBN:978-952-302-347-5.
- Seppälä M, Uusitalo M, Vuorenmaa M (2011). Kohti pohjalaista hyvinvointia: Arviointinäkökulmia Pohjanmaa-hankkeen toiseen toimintakauteen 2007-2009. Raportti 32/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki, 2011. Saatavilla: urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085132
- Stewart-Brown S L, Tennant R, Tennant A, Platt S, Parkinson J & Weich, S (2009). Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and Quality of Life Outcomes* 7, 15.
- Wahlbeck K (2015). Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. *World Psychiatry* 2015;14:36–42. Saatavilla: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4329888.
- Vuorenmaa M, Löytty L (2008). Kohti pohjalaista hyvinvointia: Arviointinäkökulmia Pohjanmaa-hankkeen ensimmäiseen toimintakauteen vuosina 2005–2007. Työpapereita 13/2008. Helsinki: Stakes. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193820>.

3.3 Onnellisista lapsista terveiksi aikuisiksi – katsaus epidemiologiaan ja auttamiskeinoihin

Päivi Santalahti, Päivi Petrelius, Päivi Lindberg

Johdanto

Mitä tiedetään suomalaisten lasten mielenterveydestä ja häiriöistä ja mitkä tekijät vaikuttavat lapsen mielenterveyteen ja lapsen suotuisaan kehitykseen? Millaisia mahdollisuuksia lasten, nuorten ja perheiden palveluilla on lasten ja nuorten mielenterveyden ja hyvinvoinnin tukemiseksi? Tarkastelemme lasten mielenterveyden tukemista kolmen keskeisen toimijatahon, lasten terveystalouden, varhaiskasvatuksen ja lastensuojelun näkökulmista sekä näiden tahojen yhteistyön edellytyksiä. Palveluiden lisäksi lasten ja perheiden hyvinvointiin vaikuttaa harjoitettu muu yhteiskuntapolitiikka. Tässä artikkelissa ei kuitenkaan tarkastella lapsiperheiden toimeentuloa, työ- ja perhe-elämän yhteensovittamista ja vanhempien mielenterveyden ja alkoholinkäytön muutoksia, joita käsitellään Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tuoreessa julkaisussa Lapsiperheiden hyvinvointi 2014 (Lammi-Taskula ja Karvonen 2014).

Mitkä tekijät tukevat lasten mielenterveyttä?

Lasten ja nuorten mielenterveyden kehitys muotoutuu ympäristön ja kunkin lapsen omien ominaisuuksien yhteisvaikutuksena. Kehitys tapahtuu ekologisessa kontekstissa, jossa erilaiset ympäristöt, kuten perhe, koulu ja vapaa-ajan kehitysympäristöt vaikuttavat toisiinsa ja lapseen. (Bronfenbrenner & Cecci, 1994). Pikkulapsivaiheessa aivojen kehitys on kiivasta ja tutkimusten perusteella tiedämme, että jo sikiöaikaiset tekijät vaikuttavat voimakkaasti aivojen kehittymiseen. Aivojen ja mielenterveyden kehitys on yhteydessä myös lapsen fyysiseen terveyteen. Viime vuosikymmenten epidemiologisten tutkimusten perusteella tiedetään että yli puolet mielenterveyden häiriöistä alkaa lapsuus- ja nuoruusiässä (Kessler ym. 2005).

Lapsen mielenterveyden kehittymiseen vaikuttavat riski- ja suojaavat tekijät ja lapsen resilienssi, jolla tarkoitetaan yksilön palautumiskykyä ja kykyä kohdata traumoja ilman mielenterveyden häiriintymistä (Tamminen ym. 2015). Riskitekijöiden kasaantuminen ja suojaavien tekijöiden vähyys ovat oleellisempia lapsen kehityksen vaarantumisen kannalta kuin yksittäinen riskitekijä. Lasten terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä perustellaan, aivan oikein, sillä että se on halvempaa kuin korjaava työ ja että lapset ovat tulevaisuuden resurssi. Tulee kuitenkin aina muistaa, että lapsen hyvinvointi on itseisarvo sinänsä. Leikkivä lapsi on oleellinen osa hyvää yhteiskuntaa.

Riskitekijöitä lapsen mielenterveyden kehitykselle ovat mm. lapsen ympäristön kannalta haastava temperamentti, vammaisuus sekä oppimisen ja kielenkehityksen häiriöt. Perheeseen liittyvistä riskitekijöistä vakavampia ovat perheväkivalta sekä lapsen kaltoinkohtelu ja laiminlyönti, vanhempien psyykkiset sairaudet ja päihdehäiriöt sekä lapsen kehitystasoon ja temperamenttiin sopimattomat kasvatuskäytännöt. Monet yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat perheisiin. Tiedetään esimerkiksi että vanhempien taloudelliset vaikeudet ovat yhteydessä kasvatuskäytäntöihin ja välittyvät tätä kautta lasten mielenterveyteen (Solantaus ym. 2004). Myös varhaiskasvatus ja koulu sisältävät sekä suojaavia- että riskitekijöitä lapsen kehitykselle. Turvallinen ja ennakoitava, ryhmään kuulumisen mahdollistava, ikätasoisia haasteita ja onnistumisen ja ilyn kokemuksia mahdollistava varhaiskasvatus ja koulu luovat hyvän pohjan lapsen kehitykselle. Lapsi hyötyy myös varhaiskasvatuksen, koulun ja vanhempien välisestä hyvästä yhteistyöstä. Kodin suojaavista tekijöistä turvallinen kiintymyssuhde lähihoitajaan/hoitajiin on tärkein. Myös elämäntapahtumat voivat olla riskitekijöitä, erityisesti toistuvat erot ja menetykset.

Riski- ja suojaavia tekijöitä, lasten kehitystä ja erityisesti sen poikkeavuuksia tarkasteltaessa tulee aina huomioida lapsen kehityksen vaihe. Jos 2-vuotias lyö satunnaisesti hoitajaa pettymystilanteessa, ei hän ole väkivaltainen, vaan vasta opettelee vuorovaikutustaitoja, mutta 10-vuotiaan kohdalla tilanne olisi toinen. Jos 3-vuotias lapsi joutuu toistuvasti uuteen päivähoitoryhmään esimerkiksi lomajärjestelyjen vuoksi, on se hänen kehitykselleen riskitekijä, vaikka aikuinen selviäisikin vastaavasta tilanteesta ilman suurempaa stressiä.

Lasten mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys, jatkuvuus ja mielenterveyden edistäminen

Lasten mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyksistä Suomessa tehtiin kattava tutkimus, Lapset-tutkimus, vuonna 1989. Tutkimuksen otokseen kuului noin 6000 iältään 8-vuotiaasta lasta. Lapset täyttivät itse masennusoirekyselyn ja opettajat ja vanhemmat arvioivat lasta standardoidun kysymyssarjan avulla. Osalle lapsista tehtiin diagnostinen haastattelu ja myös vanhemmat osallistuivat diagnostiseen haastatteluun lapsen oireista. Näin saatiin paras mahdollinen tieto lasten mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyksistä. Lapset-tutkimuksen perusteella 7,5 prosentilla lapsista oli vakava ja pitkäkestoinen mielenterveyden häiriö, mutta vain 3,1 prosenttia kaikista lapsista oli ollut jonkun terveydenhoitoalan ammattilaisen vastaanotolla mielenterveysyryistä viimeisen kolmen kuukauden aikana. Yleisimpiä häiriöitä olivat masennus, ahdistuneisuushäiriöt, käytöshäiriöt sekä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (Almqvist ym. 1999). Häiriöiden esiintyvyys oli samaa luokkaa kuin muissakin maissa, joissa vastaavia tutkimuksia on tehty. Myös sukupuolijakauma oli vastaava kuin muissakin tutkimuksissa. Tytöillä oli enemmän ahdistuneisuushäiriötä ja pojilla käytösongelmia ja aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöitä.

Vastaavan laajuista tutkimusta ja tutkimusta, joka sisältäisi myös diagnostiset haastattelut, ei ole Suomessa sittemmin tehty. Jotta saataisiin jonkinlaista kuvaa siitä, onko lasten mielenterveyden häiriöiden oireiden määrässä tapahtunut muutoksia, mahdollisesti lisääntymistä, kuten julkisuudessa paljon esitetään, kerättiin Lounais-Suomessa vastaavat noin tuhannen 8-vuotiaan lapsen kyselylomakeaineistot vuosina 1999 ja 2005. Haastatteluihin ei tällöin ollut mahdollisuutta. Opettajien arvioissa yli normaalitason oireilevien lasten määrässä ei ollut tapahtunut merkittäviä muutoksia vuodesta 1989 vuoteen 1999 ja 2005. Vanhempien arvioissa poikien käytöshäiriöoireet olivat hieman vähentyneet. Lasten omien arvioiden mukaan tyttöjen masennusoireet olivat lisääntyneet selvästi. Lasten hoitoon ohjautuminen lisääntyi paljon vuodesta 1989 vuoteen 1999 ja edelleen vuoteen 2005 (Santalahti & Sourander 2008, Sourander ym. 2008, Santalahti ym. 2009)

Varhaiskasvatus lapsen kehitysympäristönä

Varhaiskasvatuksen ympäristöt ovat lapselle tärkeitä kehitysympäristöjä, joilla on suuri merkitys mielenterveyden edistämässä. Lähes kaikki lapset ovat jossain vaiheessa ennen kouluun menoaan varhaiskasvatuksen piirissä. Vuoden 2013 tilastojen mukaan (THL/Sotkanet) 1-6 vuotiaista lapsista oli päiväkodeissa tai perhepäivähoidossa noin 63 %. Tämän lisäksi kunnissa on erilaisia avoimia varhaiskasvatuspalveluita osaaikaisesti niille lapsille, jotka eivät ole päiväkodissa tai perhepäivähoidossa. Alle vuoden ikäiset lapset hoidetaan pääsääntöisesti kotona. Viimeistään vuotta ennen koulua lapsi tulee varhaiskasvatuksen piiriin, kun lapsi aloittaa esiopetuksen. Esiopetukseen on osallistunut vuosittain noin 98 % kuusivuotiaista. Suomalainen varhaiskasvatus on historiallisessa muutosvaiheessa. Lasten päivähoidon ja varhaiskasvatuksen valtakunnallinen hallinto siirrettiin vuoden 2013 alussa sosiaali- ja terveysministeriöstä opetus- ja kulttuuriministeriöön. Hallinnon siirtoa odotettiin ja valmisteltiin pitkään. Muutosta perusteltiin erityisesti koulutuspoliittisista syistä. Varhaiskasvatusta ei enää haluta nähdä osana sosiaalihuoltoa, vaan osana koulutusjärjestelmää ja siten lapsen oikeutena. Vuoden 2015 elokuuhun saakka voimassa ollutta lakia lasten päivähoidosta (36/1973) on kritisoitu erityisesti siitä, että se määrittelee vanhempien / huoltajien oikeuden päivähoidon, mutta ei lapsen oikeutta varhaiskasvatukseen.

Varhaiskasvatuksen kehittämiseksi on asetettu hallinnonsiirron myötä suuria odotuksia. Useissa keskusteluissa on nostettu esiin erityisesti pedagogisen toiminnan kehittämisen tarve. Tämä näkökulma tulee vahvasti esiin myös uudessa varhaiskasvatuslaissa, joka astui voimaan elokuussa 2015. Uuden lain lähtökohtana on tarkastella varhaiskasvatusta lapsen oikeutena ja osana koulutuspolitiikkaa.

Uuden lain velvoittamaa pedagogiikkaa ei lähdetä kehittämään tyhjästä. Vaikka päivähoitojärjestelmällä on sosiaalihuollollisia tehtäviä, on Suomessa koko päivähoidon historian ajan kehitetty myös tavoitteellista varhaiskasvatusta. Päivähoitoamme on ohjannut vuodesta 1973 laki ja asetus lasten päivähoitosta. Vuosien varrella kyseisiä säädöksiä on uudistettu yli viisikymmentä kertaa. Merkittävimpiä muutoksia ovat olleet subjektiivinen päivähoito-oikeus kahdessa vaiheessa 1990-luvulla sekä sisältöä ohjaavien kasvatustavoitteiden määrittely vuonna 1980. Normittavien säädösten lisäksi kehittämistyötä ovat ohjanneet Varhaiskasvatuksen valtakunnalliset linjaukset (STM 2002) sekä erityisesti Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet

(ns. VASU, Stakes 2005), jolla rakennettiin vahvaa pohjaa kokonaisvaltaiselle lapsen hyvinvointia edistävälle pedagogiikalle.

Pedagogisesti korkeatasoisen varhaiskasvatuksen on kansainvälisten tutkimusten mukaan osoitettu lisäävän lapsen kokonaisvaltaista hyvinvointia sekä myönteistä kehitystä ja oppimista (mm. Sylva ym. 2004). VASU, joka vielä jonkin aikaa toimii hyvän varhaiskasvatuksen valtakunnallisena suosituksena, määrittelee pedagogiikan hoidon, kasvatuksen ja opetuksen kokonaisuudeksi. Tämä, nk. ”educare” ajattelu, on pohjoismaisen varhaiskasvatuksen tunnusmerkki (esim. Dahlberg & Moss & Pence 2013) ja on mm. OECD:n arvioinneissa (2012, 2006, 2001) nähty laadukkaana mallina, johon myös muiden maiden tulisi pyrkiä.

Uuden varhaiskasvatuslain korostama lapsen edun periaate ja lapsen oikeus varhaiskasvatukseen ovat hyviä lähtökohtia lapsen hyvinvoinnin ja hyvän mielenterveyden edistämiseksi. Kuten lain tavoitepykälässä todetaan, jokaisella lapsella tulee olla mahdollisuus kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, vertaistoimintaan ja leikkiin muiden lasten kanssa, pysyviin vuorovaikutussuhteisiin aikuisten kanssa, tulla kohdelluksi kunnioittavasti, itsensä toteuttamiseen ja osallisuuteen, turvalliseen ympäristöön sekä oikeus yksilölliseen tukeen. Yksi lain tärkeimmistä tavoitteista on pedagogiikan tason nostaminen. Lain tavoitteet ovat laajoja ja viestivät educare -perinteen jatkumisesta varhaiskasvatuksessamme. Koulutuspoliittinen näkökulma yksin ei ole riittävä varhaiskasvatuksen kokonaisvaltaisten tavoitteiden toteutumiseksi. Varhaiskasvatuksen tärkeänä tehtävänä on edelleen toimia lasten kokonaisvaltaista hyvinvointia edistävänä, varhaista tukea tuottavana, sekä ehkäisevää lastensuojelua ja lastensuojelun avopalvelua toteuttavana tahona.

Vanhempien ja perheiden rooli pienten lasten hyvinvoinnissa on keskeinen. Varhaiskasvatuksella on suuri merkitys tukea perheitä työn ja perhe-elämän yhteensovittamisessa, sekä yhä kasvava tehtävä toimia osana muita lasten ja perheiden peruspalveluita perheiden kasvatus- ja huolenpitotehtävän tukemisessa. Yhtenä suurimmista huolista hallinnonsiirron ja uuden lain myötä uudistuvan varhaiskasvatuksen suhteen onkin ollut se, marginalisoituuko varhaiskasvatus omaksi saarekkeekseen irralleen muista palveluista. Tämä kysymys on entistä oleellisempi, kun maahamme rakennetaan uutta SOTE-palvelujärjestelmää.

Varhaiskasvatuksen moninaisia tehtäviä on perinteisesti toteuttanut moniammatillinen henkilöstö. Tälläkin hetkellä henkilöstö sisältää useita eri ammattinimikkeitä ja koulutustaustoja. Nykyisten henkilöstösäästöjen mukaisesti varhaiskasvatuksessa tulee yhdellä kolmesta kasvatushenkilöstöön kuuluvasta olla lastentarhanopettajan kelpoisuus, jonka voi saavuttaa yliopiston kasvatustieteen kandidaatin tutkinnolla (KK) tai ammattikorkeakoulun sosionomitutkinnolla. Esiopettajina voivat toimia vain yliopiston kasvatustieteen tutkinnon suorittaneet lastentarhanopettajat (KK) tai luokanopettajat (KM), sekä erityisin edellytyksin sosionomit. Kahdella kolmasosalla kasvatushenkilöstöstä tulee olla lähihoitajan tai lastenohjaajan ammatillinen perustutkinto. Lisäksi useilla perhepäivähoitajista on perhepäivähoitajan ammattitutkinto tai muu riittävän kelpoisuuden antama koulutus. Päiväkodeissa työskentelee myös laaja joukko vanhojen tutkinto-vaatimusten mukaisia henkilöitä, eli opistotasoisia lastentarhanopettajia ja sosiaalikasvattajia, sekä ammatillisia lastenhoitajia ja päivähoitajia.

Parhaimmillaan moniammatillisuus on yhteistä eri ammattitaustoista tulevan osaamisen jakamista ja hyödyntämistä arjen työssä lasten ja perheiden hyväksi. Moniammatillisuudessa on kuitenkin myös haasteensa, jotka voivat näyttäytyä erilaisten intressien kamppailuina ja eri ammattikuntien reviiiriritiriitoina. Moniammatillisuus voi huonosti toteutuessaan johtaa selkiytymättömiin tehtävänkuviiin ja rooleihin työyhteisössä. Moniammatillisuus voi lisäksi luoda tietyn tyypistä harhaa siitä, että myös varhaiskasvatuksen asiantuntijuuden ulkopuolella olevat asiat ovat ratkaistavissa oman henkilöstön voimin.

Osaamisen tarpeita varhaiskasvatuksessa on kartoitettu pariinkin otteeseen 2000-luvulla (STM 2008 ja Korkeakoulujen arviointineuvosto 2013). Kartoitusten perusteella on laadittu suosituksia varhaiskasvatuksen ammattilaisten koulutusten kehittämiseksi. Suositusten mukaan koulutusten tulisi sisältää perusteet lasten kehityksestä ja oppimisesta sekä niihin liittyvien prosessien ja riskien tunnistamisesta ja varhaisesta tukemisesta. Lisäksi koulutuksissa tulisi korostaa pedagogista osaamista sekä yhteiskunnallisen ja kulttuuristen muutosten ymmärtämistä. Moniammatillisen työn muutostarpeet tuodaan esiin osana kasvatusyhteisöjen toimintaa. Kummassakaan varhaiskasvatuksen osaamista arvioivassa raportissa ei nosteta esiin laajempaa, kunnan palvelurakenteisiin liittyvää yhteistyöosaamista. Osaamistarpeiden kartoituksessa tulisikin

paremmin ottaa huomioon miten varhaiskasvatuksessa havaittuun lapsen tuen tarpeen arviointiin ja tuen toteuttamiseen liitetään tarpeen vaatiessa monialainen yhteistyö kunnan muiden lapsi- ja perhepalvelujen kanssa. Kun havaitaan lapsen tuen tarve, tulisi arvioida myös mahdollinen vanhempien ja perheen tuen tarve, jotta lasta ja hänen erityisen tuen tarpeitaan ei kohdeltaisi irrallaan mahdollisista perheen tuen tarpeista. Tämä on lapsiperheiden sosiaalityön ammattiosaamisen ydintä.

Varhaiskasvatuksessa tarvitaan työyhteisöjen sisäisen moniammatillisuuden lisäksi vahvaa monialaista yhteistyötä muiden lasten ja perheiden palveluiden toimijoiden kanssa. Varhaiskasvattajien perustehtävänä on huolehtia lasten parhaista mahdollisista olosuhteista ja lapsen hyvinvointia, oppimista ja kehitystä edistävistä käytännöistä. Yhteistyö vanhempien kanssa, kasvatuskumppanuus, on oleellista kehityksen edistämiseksi ja jotta ei keskitytä ongelmatilanteissa pelkästään lapsen ongelmien tarkasteluun, vaan nähdään asiat osana perhe- ja varhaiskasvatusyhteisöä. Kun lapsella havaitaan esimerkiksi käyttäytymisen häiriö, on asiaan huomattavasti helpompaa tarttua silloin, kun henkilökunnalla ja vanhemmilla on luottamukselliset suhteet. Kasvatuskumppanuus mahdollistaa myös sen, että vanhemmat voivat tuoda esille mahdollisia huoliaan varhaiskasvatuksen toiminnasta ja varhaiskasvatus tarpeen tullen perheen tilanteesta. Asioiden puheeksi ottaminen heti on tärkeää ja ratkaisujen etsimiseen tarvitaan yhteistyötä. Varhaiskasvatuksen henkilöstön ei tarvitse astua lastensuojelun tai mielenterveyspalveluiden tontille, vaan se voi luottaa siihen asiantuntemukseen, joka näillä tahoilla on lapsen ja perheen tilanteeseen liittyen. Sen jälkeen voidaan pohtia, miten kunkin roolit asettuvat suhteessa käsillä olevan ongelmaan.

Holistinen ja lapsen edun huomioiva pedagogiikka on mielenterveyden edistämistä parhaimmillaan. Uuden varhaiskasvatuslain tavoitteet toteutuessaan luovat erinomaisen mahdollisuuden lapsen kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille. Lasten mielenterveyttä ja yleistä hyvinvointia edistävien työtapojen kehittämistarpeita on edelleen monella tasolla. Varhaiskasvatuksen henkilöstön osaamista tulisi kehittää tunne- ja vuorovaikutustaidoissa, erityisesti osaamisessa kohdata ja kuulla lapsia päivittäisessä toiminnassa ja lasten keskinäisen vuorovaikutuksen tukemisessa. Toinen keskeinen osaamisen kehittämisaikaa on monialaisen yhteistyön rakenteiden ja käytäntöjen kehittäminen ja toteuttaminen.

Terveyspalvelut lasten mielenterveyden edistäjänä ja ongelmien hoitamisessa

Raskaudenaikaiset ja lasten ehkäisevät terveystarkastukset ovat osaltaan vaikuttaneet siihen, että suomalaiset lapset ovat keskimäärin maailman terveimpiä. Viime vuosina äitiys- ja lastenneuvolaa sekä kouluterveydenhuoltoa on kehitetty, jotta ne huomioisivat aikaisempaa paremmin lapsen psykososiaalisen kehityksen, sen tukemisen ja perheen kokonaistilanteen. Vuodesta 2009 alkaen kunnat on velvoitettu järjestämään laajat terveystarkastukset osana neuvolatoimintaa. Laaja terveystarkastus tulee tehdä äitiysneuvolassa keskiraskaudessa, lastenneuvolassa lapsen ollessa neljän kuukauden, 18 kuukauden ja neljän vuoden ikäinen ja kouluterveydenhuollossa ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella luokalla. Laajoissa terveystarkastuksissa tulee huomioida koko perheen tilanne sikäli kun se vaikuttaa lapsen kehitykseen ja terveyteen. Tarkastuksista säättävän asetuksen mukaan (380/2009) tarkastusten avulla pyritään edistämään lasten, nuorten ja perheiden mielenterveyttä, tunnistamaan siihen liittyvät pulmat ja antamaan tarvittavaa tukea tai ohjaamaan jatkohoitoon. Asetus velvoittaa kiinnittämään huomiota myös kiusaamiseen, väkivaltaan ja muihin mielenterveyteen vaikuttaviin tekijöihin.

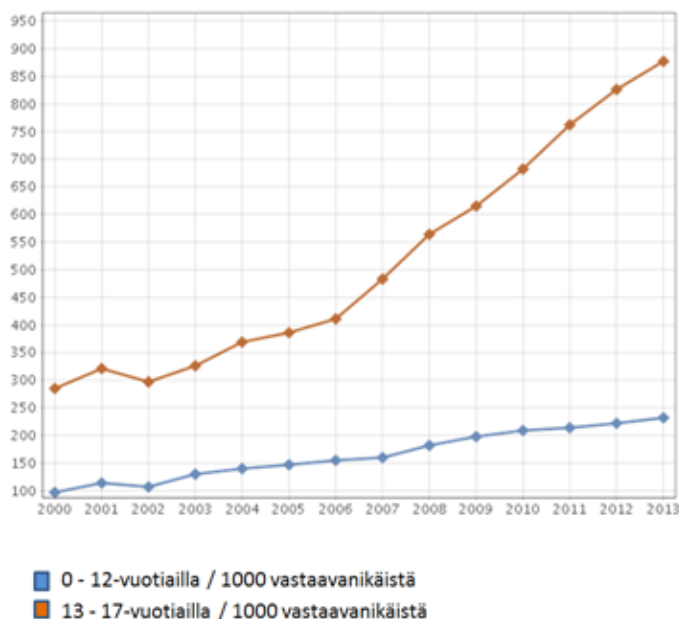
Lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon menetelmäkäsikirjassa on suosituksia eri-ikäisten lasten mielenterveyden ja vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksen arviointiin ja tukeen (Mäki ym. 2014). Varhaista vuorovaikutusta tukevan VaVu- haastattelumenetelmän tavoitteena on edistää lapsen ja vanhempien välisen varhaisen vuorovaikutuksen myönteistä sujumista. VaVu-haastattelu on tarkoitus tehdä viimeisen raskauskolmanneksen ja 4–8 viikon kuluttua synnytyksestä. VaVu on yleisesti käytössä neuvoloissa ja suuri osa terveydenhoitajista on saanut koulutuksen sen käyttöön. Neuvolaan on kehitetty arviointimenetelmä myös vanhemman ja isomman lapsen vuorovaikutuksen arvioon. Lapsen mahdollisia psyykkisiä oireita on ohjeistettu kartoittamaan vahvuudet ja vaikeudet -kyselyllä, LAPS-lomakkeella ja nuorisokäisillä mielialakysely RBDI:llä. Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen kartoitukseen suositellaan EPDS-mielialalomaketta. Terveystarkastusten menetelmäkäsikirja ohjeistaa myös miten kysyä lapselta kaverisuhteista ja kiusaamisesta ja miten tunnistaa lähisuhde- ja perheväkivaltaa ja lapsen kaltoinkohtelu.

Vuoden 2012 valtakunnallisen seurannan mukaan neuvolan ja kouluterveydenhuollon palvelut ovat kehittyneet säännösten suuntaisesti ja henkilöstöresurssit olivat parantuneet, mutta niitä on edelleen tarpeen vahvistaa. Erityisesti lääkäriresursseissa oli vajetta. Vain neljäsos terveyskeskuksista ylisi suositusten mukaiseen lääkärimitoitukseen lastenneuvoloissa ja kymmenesosa kouluterveydenhuollossa. (Hakulinen-Viitanen ym. seuranta 2012). Alle kouluikäisen lapsen keskeisiksi tuen tarpeiksi ilmoitettiin neurologisen ja psyykkisen kehityksen pulmat sekä käyttäytymishäiriöt. Kouluikäisten yleisimpiä tuen tarpeita olivat käyttäytymishäiriöt, ylipaino, epäterveelliset terveystottumukset ja oppimisvaikeudet.

Kouluissa terveydenhuolto on osa oppilashuoltoa. Vuonna 2014 voimaan tulleen oppilas- ja opiskeluhoitolain tavoitteena on siirtää opiskeluhoollon painopistettä ehkäisevään ja yhteisöllisempään suuntaan. Koululaisilla on subjektiivinen oikeus saada paitsi terveydenhoitajan ja lääkärin myös kuraattorin ja psykologin palveluja. Kunnilla on erilaisia ratkaisuja miten alle kouluikäisten lasten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja ennaltaehkäisevien palveluiden yhteistyö on organisoitu.

Sairaanhoitopiirit ja kunnat ovat luoneet hoitopolkuja, joiden mukaan tutkimuksen ja hoidon suhteen tulisi edetä silloin, kun lapsella havaitaan psyykkisen kehityksen ja mielenterveyden ongelmia. Käypähoitosuosituksia lasten mielenterveyteen liittyen on olemassa vähäisesti, vain lasten ja nuorten syömishäiriöistä, ADHD:sta sekä lapsen seksuaalisen hyväksikäytön epäilyn tutkimisesta. Sen sijaan Käypähoitosuosituksia ei ole olemassa käytöshäiriöistä, masennuksesta ja ahdistushäiriöistä, jotka ovat ADHD:n ohella lasten yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä.

Terveydenhuoltolain 53 § mukaan lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa ja hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä alle 23-vuotiaille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä. Hoitoon pääsyä koskevat aikarajat ovat lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa toteutuneet THL:n seurannan perusteella joitain poikkeuksia lukuunottamatta hyvin. Lasten ja nuorten ohjautuminen psykiatriseen erikoissairaanhoidon on lisääntynyt voimakkaasti. (Kuvio 1.). Hoitoon ohjautumisessa on suuria alueellisia eroja (Paananen ym. ja Lämsä ym. 2015). Koska hoitoon ohjautuminen on lisääntynyt voimakkaasti, on vaikea arvioida kuinka suuri osa merkittävästi oireilevista lapsista tällä hetkellä ohjautuu hoidon piiriin ja kuinka vaikuttavaa hoitoa he saavat. Kansainväliset ja suomalaiset tutkimukset ja selvitykset ovat päätelmässään toivoneet erityisesti sijoitettujen ja lastensuojelun avohuollon piirissä olevien, pakolaisten ja kehitysvammaisten lasten hoidon kehittämistä.



Kuvio 1. Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit / 1000 vastaavanikäistä (Sotkanet, THL)

Lapsen kannalta on oleellista, että vanhemmat, joilla on mielenterveys- ja/tai päihdeongelmia saavat tehokasta hoitoa. Sekä lastensuojelulaki että terveydenhuoltolaki velvoittavat, että lapsen hoidon ja tuen tarve on selvitettävä ja lapselle on turvattava riittävä hoito ja tuki, kun lapsen vanhempi, huoltaja tai muu lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaava henkilö saa päihdehuolto- tai mielenterveyspalveluja tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden aikana hänen kykynsä huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta arvioidaan heikentyneen. Toimiva lapsi ja perhe -hankkeessa on kehitetty menetelmiä perheen tukemiseksi ja lasten huomioimiseksi aikuispalveluissa silloin kun vanhemmalla on mielenterveyshäiriö tai muu vakava sairaus (Solantaus ym. 2011).

Lasten mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä, niitä tunnustetaan aikaisempaa paremmin ja erikoissairaanhoidon ohjautuminen on lisääntynyt paljon. Perustasolla, jossa ongelmat tunnustetaan, tulisi olla käytössä vaikuttavia menetelmiä ongelmien varhaiseen hoitoon. Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden varhaiseen hoitoon on kehitetty vaikuttavia menetelmiä ja näyttöä on olemassa myös menetelmien kustannusvaikuttavuudesta. Kuntien taholta on esitetty toiveita selkeistä kansallisista linjauksista, mitä menetelmiä kannattaisi mihinkin tarkoitukseen ottaa käyttöön. Kasvun tuki -hanke on lähtenyt vastaamaan kuntien toiveeseen ja on muiden pohjoismaiden mallin mukaan kehittämässä portaalialueita, jonne kerätään laadukkaita Suomessa jo käytössä olevia menetelmiä ja määritetään niiden tutkimusperustaisuus ja vaikuttavuus. Vaikuttavien psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto edellyttää paitsi johdon sitoutumista ja henkilöstön koulutusta myös keskitettyä menetelmien ylläpito-, koulutus- ja työnohjausjärjestelmää.

Lastensuojelu lasten ja perheiden tukena

Tilastolukujen valossa lastensuojelun tarve on kasvanut voimakkaasti useiden vuosien ajan erityisesti suurimmissa kaupungeissa. Kuuden suurimman kaupungin lastensuojeluilmoitusten määrä on vuodesta 2010 vuoteen 2014 kasvanut 16,5 % prosenttia, ja vastaavasti myös lastensuojelutarpeen selvitysten määrä on kasvanut. Lastensuojelutarpeen selvityksiä tehtiin vuonna 2014 kuusikkokunnissa peräti 60 prosenttia enemmän kuin vuonna 2010. Asiakkuus lastensuojelussa jatkuu noin 45 prosentilla selvityksen kohteena olleista lapsista. (Kuusikko-työryhmä 2015). Koko maassa lastensuojelun avohuollossa oli vuonna 2013 asiakkaana 88 795 lasta, joista uusien asiakkaiden osuus oli 43,3 %. Kodin ulkopuolelle oli sijoitettuna vuoden aikana 18 022 lasta. (Kuoppala & Säkkinen 2014.)

Lastensuojelun tarpeen kasvu on ollut pitkään voimakasta vuonna 2008 voimaan tulleen lastensuojelulain jälkeisinä vuosina. Kasvun syyksi on arvioitu lasten ja perheiden kohtaamia sosiaalisia ongelmia, mutta palvelurakenteella ja lainsäädännön muutoksilla on myös runsaasti merkitystä. Vuoden 2008 lastensuojelulaki madalsi lastensuojeluilmoituksen tekemisen kynnystä ja velvoitti lastensuojeluviranomaisia selvittämään ilmoituksen kohteena olevien lasten lastensuojelun tarpeen. Tämä on tuonut runsaasti asiakkaita lastensuojeluun. Toiseksi lasten ja erityisesti nuorten on ajateltu ajautuvan lastensuojelun asiakkaaksi osin palveluiden kokonaisuuden hallinnan heikkouden vuoksi (STM 2013). Kolmantena syynä lastensuojelun tarpeen kasvun syynä on pidetty myös lastensuojelun tarvetta ehkäisevien palvelujen, erityisesti perhetyön puutteita. Lastensuojelutarpeen ehkäisemiseksi tarvitaan paitsi lapsiperheiden kotipalvelua, myös psykososiaalisen tuen tarpeisiin vastaavaa perhetyötä, jonka tulisi kanavoitua perheille ilman lastensuojelun asiakkuutta lasten peruspalvelujen kuten neuvolan ja koulun ja lapsiperheiden vanhempia kohtaavien aikuisten palveluiden kautta. Tarvetta on myös lastensuojelun asiakkuudessa oleville perheille suunnattujen vaativamman perhetyön muotojen, kuten tehostetun perhetyön ja perhekuntoutuksen vahvistamiselle. Kunnat ovat viime vuosina lisänneetkin perhetyön palveluja, mutta vaihtelua palvelujen tarjonnassa on edelleen runsaasti ja vaikuttavia perhepalveluita puuttuu erityisesti kaikkein vaikeimmassa tilanteessa olevilta lastensuojelun asiakkailta. Esimerkiksi perheväkivallan tekijöitä ja uhreja ei valtiontalouden tarkastusviraston lastensuojelun tuloksellisuutta koskevan raportin mukaan kyetä riittävästi auttamaan lastensuojelun avohuollossa (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2012).

Lastensuojelutyön organisointiin kunnissa vaikuttaa parhaillaan vuonna 2015 voimaan tullut sosiaalihuoltolaki ja sosiaalihuoltolakia koskevien uudistusten myötä myös joiltakin osin uudistunut lastensuojelulaki. Lakimuutosten tavoitteena on lasten palveluissa ollut ehkäistä lasten ja perheiden voimakas ohjautuminen lastensuojelun piiriin siirtämällä tuen ja palvelujen tarjoamisen painopiste ehkäiseviin palveluihin.

Uuden sosiaalihuoltolain mukaan kunnilla on velvoite järjestää lapsiperheille välttämätön kotipalvelu. Muutosten tavoitteena on varmistaa kotipalvelun sekä eräiden muiden palvelujen kuten perhetyön, tukihenkilöiden ja -perheiden sekä vertaisryhmätoiminnan saanti ilman lastensuojelun asiakkuutta. Palveluja ja tukitoimia, joita voi jatkossa saada ainoastaan lastensuojelun kautta, ovat lastensuojelulain mukainen taloudellinen tuki, tehostettu perhetyö, perhekuntoutus sekä lapsen sijoittaminen kodin ulkopuolelle. Laki edellyttää myös että lapselle ja hänen perheelleen on järjestettävä viipymättä lapsen terveyden ja kehityksen kannalta välttämättömät terveydenhuollon palvelut, jos lastensuojelun tarve johtuu riittämättömistä terveydenhuollon palveluista. Uuden lainsäädännön tarkoituksena on mahdollistaa kunnille joustavasti toimiva, matalan kynnyksen lapsi- ja perhesosiaalityö.

Lastensuojelun kasvaneisiin asiakasmääriin on pyritty jo ennen lakiuudistuksia vaikuttamaan myös organisoimalla lastensuojelutyötä uudella tavalla. Lastensuojelun keskusliiton ja sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentian vuonna 2013 tekemässä, lastensuojelun työntekijöille suunnatussa kyselyssä jopa 73 % vastanneista ilmoitti, että heidän kunnassaan on tehty organisatorisia uudistuksia viimeisen kolmen vuoden aikana (Sinko & Muuronen 2013). Muutoksilla on pyritty tehostamaan lastensuojelutyötä ja edistämään esimerkiksi lastensuojelutarpeen selvityksiin liittyvien lakisääteisten aikarajojen toteutumista. Muutokset ovat kuitenkin saaneet aikaan myös ei-toivottuja seurauksia. Asiakasprosessien vaiheistaminen selvitysvaiheen työhön, avohuollon työhön, sijaishuoltoon ja jälkihuoltoon merkitsee usein myös lapselle nimetyn vastuusosiaalityöntekijän vaihtumista ja asiakas-työntekijä -suhteen katkeamista. Asiakas-työntekijä -suhteiden katkeamiset hidastavat luottamuksen rakentumista asiakkaiden ja työntekijän välille. Luottamus ja suhdeperustainen työskentely puolestaan ovat tutkimusten perusteella tärkeitä lähtökohta onnistuneelle lastensuojelun työskentelylle sekä lasten että vanhempien kanssa (esim. Cossar, Brandon & Jordan 2014, Turney 2012). Suhdeperustainen työskentely puolestaan edellyttää, että työntekijällä on aikaa työskentelylle yksittäisten lasten ja perheiden kanssa.

Edellä olevat lastensuojelun toimintaympäristön piirteet ja muutokset luovat reunaehdoja lastensuojelun työskentelylle ja lastensuojelun toimintamahdollisuuksille asiakastyössä. Asiakastyön onnistumiseen vaikuttavat keskeisesti työntekijöiden osaaminen sekä asiakastyön lähijohtaminen ja muu asiakastyön tuki. Lasten asiakasprosesseista vastaavat sosiaalityöntekijät ovat peruskoulutuksensa kautta perehtyneet erityisesti hyvinvointivaltion palvelujärjestelmään ja kunnalliseen sosiaalihuoltoon. Yliopistotasoinen sosiaalityön koulutus ei kuitenkaan tarjoa valmistuville työntekijöille riittävää lastensuojelun erityisosaamista, kuten ymmärrystä lasten kasvuun ja kehitykseen liittyvistä tarpeista, vanhemmuutta kuormittavista riskitekijöistä, kaltoinkohtelun ja laiminlyönnin tunnistamisesta ja niiden kanssa työskentelystä, lähisuhde- ja perheväkivaltatyöstä tai mielenterveyteen ja päihteisiin liittyvistä teemoista. Näiden osa-alueiden käsitteilyssä lastensuojelun sosiaalityöntekijät tarvitsevat muiden ammattikuntien osaamista, mutta aihepiirien perustuntemus olisi varmistettava myös lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden koulutuksessa nykyistä paremmin. Myös asiakassuhteissa tarvittava luottamusta rakentavan vuorovaikutustyön ja psykososiaalisen muutostyön menetelmien hallinta edellyttävät peruskoulutusta täydentävää lisä- ja täydennyskoulutusta. Näiden osaamisten varmistamiseksi lastensuojelun sosiaalityöntekijöille tulisi olla nykyistä laajemmin tarjolla lastensuojeluun perehdyttävää ja työskentelytaitoja vahvistavaa erikoistumis- ja täydennyskoulutusta.

Lastensuojelutyön ytimessä on pyrkimys ymmärtää, miten lapsen ja perheen vuorovaikutussuhteet sekä lapsen perhe-elämän ja muun arjen muodostama kokonaisuus vaikuttavat lapsen kokemuksiin, turvallisuuteen ja hyvinvointiin. Tämä ymmärrys luo perustan lastensuojelun interventioille. Lapsen ja perheen tukeminen avohuollon keinoin on aina ensisijainen tukimuoto, ja sijoitukseen kodin ulkopuolelle turvaututaan vain jos avohuollon tuki ei ole riittävää lapsen terveyden, kehityksen ja turvallisuuden varmistamiseksi. Lapsen hyvinvoinnin kokonaisuutta hahmotetaan lastensuojelun sosiaalityössä keskeisesti lapselle tärkeiden suhteiden ja lapsen kokeman arjen kautta. Työskentelyn keskiössä ovat lapsen tarpeet ja lapsen kokemus omasta arjestaan ja kasvuolosuhteistaan sekä vanhempien kyky ymmärtää lapsen kokemuksia ja vastata hänen tarpeisiinsa. Suomalaisessa lastensuojelussa on 2000-luvun aikana pidetty voimakkaasti esillä lapsen osallisuuden ja lapsikeskeisen lastensuojelutyön tarvetta (esim. Hurtig 2003; Ervast & Tulensalo 2006; Oranen 2006; Muukkonen 2008). Lapsikeskeisellä lastensuojelulla tarkoitetaan pyrkimystä kohdata

lapsi lastensuojelun työskentelyssä suoraan siten, että lapsen kokemukset ja toiveet tulevat kuulluksi ja ne voidaan ottaa huomioon kaikessa lastensuojelun työskentelyssä ja ratkaisuissa. Lapsen ja vanhempien suhteet, vanhempien tukeminen kasvatus- ja hoitotehtävässään sekä perheen arjen- ja elämänhallinnan tukeminen ovat työskentelyn keskiössä. Lapsen tilanteen mukaan työskentely voi kohdistua tämän lisäksi myös muihin lapsen elämään vaikuttaviin kasvuolosuhteisiin kuten asuinympäristössä vaikuttaviin tekijöihin, lasten ja nuorten vertaissuhteisiin, koulunkäyntiin tai perheiden taloudelliseen tilanteeseen tai asumiseen. Lastensuojelun työntekijöiden on myös kyettävä alustavasti arvioimaan lapsen tai vanhempien fyysiseen tai psyykkiseen terveyteen liittyvän hoidon tai kuntoutuksen tarvetta ja ohjattava lapsi ja vanhemmat tarvittavien muiden palvelujen piiriin.

Lastensuojelun asiakasperheissä perheiden elämään vaikuttavat usein useat samanaikaiset kuormittavat tekijät, kuten vanhempien toimeentulovaikeudet, vanhemman tai lapsen mielenterveysongelmat tai päihdeongelmat, ja kaikkein vaikeimmissa tilanteissa myös lähisuhde- ja perheväkivalta. Kun lapsen ja perheen hyvinvointia kuormittaa useampi samanaikainen ongelma, edellyttää onnistunut työskentely lapsen ja perheen kokonaistilanteen haltuunottoa ja suunnitelmallista työskentelyä lapsen ja perheen kanssa. Työntekijän on voitava työskennellä lapsen ja perheen ja läheisverkostojen kanssa riittävän intensiivisesti, jotta hän voi selvittää, millaista tukea tarvitaan ja mistä työskentely olisi aloitettava.

Palvelukokonaisuus lasten ja perheiden tukena

Sekä lainsäädäntö että ammattilaisten ymmärrys yhteistyön välttämättömyydestä ohjaavat eri sektoreiden työntekijöitä tekemään yhdessä töitä. Ruohonjuuritasolla tehdään verkostotyötä yksittäisten lasten ja perheiden asioiden käsittelemiseksi. Paikallishallinnossa ja valtionhallinnon tasolla toteutetaan yhteisiä kehittämishankkeita, suunnitelmia ja valmistellaan lainsäädäntöä.

Kokemustemme mukaan yhteisten asioiden käsittelyä voivat hankaloittaa yhteisen osaamispuheen ja käsitteiden puuttuminen. Eri alojen työntekijät on koulutettu erilaisten tieteenalojen piirissä ja kukin toimii yhteistyössä omasta roolistaan ja tehtävästään käsin. Sosiaalityöntekijöiden koulutus pohjaa yhteiskuntatieteeseen ja koulutuksessa korostuu ilmiöiden kriittinen ja reflektiivinen tarkastelu. Varhaiskasvatuksen perustana on pedagoginen tietämys ja terveydenhuollon pohjana puolestaan lääke- ja hoitotieteet, joissa keskeistä on perustella toimien vaikuttavuus.

Yhteisten käsitteiden, ammatillisten arvojen ja erilaisen tietoperustan seurauksena voi ammattilaisten kohtaamisissa syntyä hämmennystä ja tehottomuutta. Seurauksena voi olla tilanteita, joissa osapuolet voivat päätyä taistelemaan ammatillisesta määrittelyvallasta tai kokevat, etteivät tule arvostetuiksi muiden ammattikuntien taholta. Jotta todellinen yhteistyö lapsen ja perheiden parhaaksi toteutuisi, tulisi jokaisen ammattilaisen hallita hyvin oma alansa, minkä lisäksi jokaisen tulisi tietää perusasioita toisten sektoreiden työn tavoitteista, mahdollisuuksista ja organisaatiosta. Toisten ammattilaisten ja asiakkaiden näkemyksiä kunnioittava tutkiva työote ja pyrkimys dialogiin ovat keskeistä osaamista kaikessa suhdeperustaisessa työssä. Koulussa tapahtuvaa monitoimijaista yhteistyötä koskevan tutkimuksen mukaan monitoimijaisessa yhteistyössä tarvitaan tilaa eri toimijoiden erilaisille näkökulmille ja erilaisten tulkintojen ymmärtämiselle. Keskeisenä eettisenä periaatteena toimivassa yhteistyössä on oman aseman tiedostava ja toisten toimijoiden erilaisuutta kunnioittava sensitiivinen etiikka (Turunen ym. 2014).

Yhteistyön perustaksi kaikilla lasten, nuorten ja perheiden kanssa työskentelevillä tulisi olla samat perustiedot lapsen ja nuoren biopsykososiaalisesta kehityksestä ja vanhemmuudesta ja näihin liittyvistä tekijöistä. Tällainen tieto tulisi omaksua jo ammattiin kouluttautumisen perustutkintovaiheessa tai välittömästi sen jälkeen heti työuran alussa. Toimivan yhteistyön perustana on toimijoiden tasavertaisuus, niin asiakkaiden ja työntekijöiden välillä kuin eri ammattiryhmien kesken. Kullakin on jaettava ainoalta ja erilaista tietoa, joka pääsee parhaiten esiin tasavertaisuutta korostavassa ja luottamusta rakentavassa työskentelyilmapiirissä.

Tasavertaisen ja luottamukseen nojaavan työskentelyn edellytyksiä voidaan vahvistaa eri keinoin. Eri toimijoille voitaisiin suunnata yhteisiä, monialaisia koulutuksia, joissa perehdytään kunkin toimijan erityiseen rooliin ja joissa samalla etsitään yhteistä kieltä ja viitekehystä yhteiselle työskentelylle. Monialaisia koulutusmalleja on jo ryhdytty kehittämään, esimerkiksi sosiaalityön ja luokanopettajaopiskelijoiden yhteisharjoittelu perustutkintovaiheen opinnoissa Rovaniemen yliopistossa (Lakkala ym. 2014) sekä mielenterveyspalveluiden ja lastensuojelun sijaishuollon työntekijöiden yhteistä koulutusmallia rakentanut kansainvälinen Resme-projekti (Timonen-Kallio ym. 2015).

Tietopohja

Pienten lasten mielenterveyden ja hyvinvoinnin kehittymisestä väestötasolla ei ole kerätty systemaattista aikasarjatietoa Suomessa ja kansainvälisestikin hyvin vähän. Kouluterveyskyselyn perusteella on voitu seurata nuorten masennusoireiden kehittymistä. Emme tiedä voivatko suomalaiset lapset yhtä hyvin, huonommin tai paremmin kuin kymmenen tai kaksikymmentä vuotta sitten. Asia korjautunee tulevaisuudessa THL:n suunnitelmassa toistuvia väestötutkimuksia lasten terveydestä ja hyvinvoinnista. Lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja siihen vaikuttavien tekijöiden moniulotteisuus haastaa pohtimaan seurannan kehittämistä lasten ja nuorten hyvinvoinnin eri ulottuvuudet huomioon ottavaan suuntaan. Paitsi terveydestä ja hyvinvoinnista ja keskeisistä riski- ja suojaavista tekijöistä tulisi tietoa kerätä mm. osallisuuden toteutumisesta.

Lasten palveluista on saatavilla keskitetysti tietoa lähinnä palveluiden käyttömääristä ja terveyden osalta diagnooseista Hilmo-rekistereistä, vaikkakin työntekijöiden työajasta huomattavan suuri osa kuluu erilaisien kirjausten tekemiseen. Lasten palvelukokonaisuuksien kehittäminen niin, että ne entistä paremmin ja tasalaatuisemmin tukevat perheitä ja lasten kehitystä ja vastaavat lasten ja perheiden tarpeisiin, edellyttää vertailukelpoisen ja suhteellisen nopeasti saatavan tiedon organisointia. Kansalaisilla on myös oikeus tietää, mitä palveluilla on heille konkreettisesti tarjottavana.

Lopuksi

Hyvinvoiva lapsi on osa hyvää yhteiskuntaa. Kaikilla yhteiskuntapoliittisilla ratkaisuilla on joko suuremmat tai epäsuuremmat vaikutukset lapsiin. Hyvä arki on lapsen kehityksen kulmakivi. Pulmatilanteissa ja hädän hetkellä jokaisen suomalaisen lapsen tulisi saada viiveettä apua.

Olemme tarkastelleet edellä varhaiskasvatuksen, terveydenhuollon ja sosiaalitoimen ajankohtaista tilannetta. Ajankohtaista 2020-luvulla on lasten palvelukokonaisuuksien kehittäminen. Näkemyksemme mukaan yhteistyön edellytyksiä tulee vahvistaa pitämällä lasten ja nuorten hyvinvointi kaiken lainsäädännön lähtökohtana, vahvistamalla yhteen sovittavaa palvelukokonaisuuksien johtamista ja luomalla monialaisia perus- ja täydennyskoulutuksen rakenteita, jotka vahvistavat lapsiperheiden palveluissa toimivien yhteistä osaamis pohjaa. Paitsi lainsäädäntöä, palveluiden johtamista ja eri ammattiryhmien osaamista, myös lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin seuranta tulee koota kokonaisuuksiksi, joissa katsotaan, miten lasten hyvinvointi ja palvelut kehittyvät kokonaisuutena lasten näkökulmasta.

Lähteet

- Almqvist, Fredrik & Puura, Kaija & Kumpulainen, Kirsti & Tuompo-Johansson, Erja & Henttonen, Irmeli & Huikko, Eeva & Linna, Sirkka-Liisa & Ikäheimo Kaija & Aronen Eeva & Katainen, Saara & Piha, Jorma & Moilanen, Irma & Räsänen, Eila & Tamminen, Tuula (1999) Psychiatric disorders in 8-9-year-old children based on a diagnostic interview with the parents. *Eur Child Adolesc Psych* 8(4), 17-27.
- Cossar, Jeannette, Marian & Jordan Peter (2014) 'you've got to trust her and she's got to trust you': Children's views on participation in the child protection system. *Child & Family Social Work*, Jan 19, 2014.
- Dahlberg, G., Moss, P. & Pence, A. (2013). *Beyond quality in early childhood education and care: Languages of evaluation*. London: Routledge.
- Ervast Sari-Anne & Tulensalo, Hanna (2006) *Sosiaalityötä lapsen kanssa: Kokemuksia lapsikeskeisen tilannearvion kehittämisestä*. Helsinki : Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca.

- Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Bloigu A & Pelkonen M. 2014. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan sekä kouluterveydenhuollon valtakunnallinen seuranta 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 12/2014. Helsinki.
- Hurtig, Johanna (2003) Lasta suojelemassa. Etnografia lasten paikan rakentumisesta lastensuojelun perhetyön käytännöissä. Acta Universitatis Lapponiensis 60. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Kessler, Ronald & Berglund, Patricia & Demler, Olga & Jin, Robert & Merikangas, Kathleen & Walters, Ellen (2005) Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry ;62(6):593-602
- Korkeakoulujen arviointineuvosto (2013). Varhaiskasvatuksen koulutus Suomessa – arviointi koulutuksen tilasta ja kehittämissuhteista. Julkaisuja 7.
- Kuoppala, Tuula & Säkkinen, Salla (2014) Lastensuojelu 2013. Tilastoraportti 26. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuusikko-työryhmä (2014) Kuuden suurimman kaupungin lastensuojelun palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2013. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 2/2014.
- Lakkala, Suvi, Pulju, Marja & Kangas, Hennariikka (2014) Moniammatillinen yhteisharjoittelu – Sosiaalityön opiskelijat ja luokanopettajaopiskelijat pilottikokeilussa alakoulussa. Teoksessa Suvi Lakkala, Hennariikka Kangas ja Marja Pulju (2014) Yhdessä toimimalla kohti hyvinvoivaa koulua. Koulun toimintakulttuurin kehittäminen monitoimijuiden avulla.
- Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2014.
- Lastensuojelutuloksellisuustarkastuskertomus. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 6/2012. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto.
- Lämsä, Riika & Santalahti, Päivi & Haravuori, Henna & Penttimikko, Ada & Tuulio-Henriksson, Annamari & Huurre, Taina & Marttunen, Mauri. Nuorten ADHD-, autismin kirjo- ja kroonisten nykimishäiriöpotilaiden hoito- ja kuntoutuspolut Suomessa
- Muukkonen, Tiina (toim.) (2008) Suunnitelmallinen sosiaalityö lapsen kanssa. Helsinki: Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Soccan ja Heikki Waris-instituutin julkaisusarja nro 17/2008.
- Mäki, Päivi & Wikström, Katja & Hakulinen-Viitanen, Tuovi & Laatikainen, Tiina. Terveystarkastukset lastenneuvolassa & kouluterveydenhuollossa. Opas 14, THL, 2011.
- OECD (2001). Starting Strong. Early childhood education and care. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2006). Starting Strong II. Early childhood education and care. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2012). Starting Strong III. A quality toolbox for early childhood education and care. Paris: OECD Publishing.
- Oranen, Mikko (2006) Tutkimista ja tunnustelua – lastensuojelun alkuarvioinnin käytäntöjä, malleja ja kehittämissuhteita. Alkuarviointi- ja avohuoltotyöryhmän loppuraportti.
- Paananen, Reija & Santalahti, Päivi & Merikukka, Marko & Rämö, Antti & Wahlbeck, Kristian & Gissler, Mika (2013) Socio-economic and regional aspects in the use of specialized psychiatric care - a Finnish nationwide follow-up study. European Journal of Public Health, 23; 372-377.
- Perälä Marja-Leena, Halme Nina & Nykänen, Sirpa (2012) Lasten, nuorten ja perheiden palveluja yhteen sovittava johtaminen. Opas 19. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pulju, Marja (2014) Yhdessä toimimalla kohti hyvinvoivaa koulua. Koulun toimintakulttuurin kehittäminen monitoimijuiden avulla. Bronfenbrenner, Urie & Cecci, Stephen J. Nature-nature reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. Psychological Review, 101 (1994): 568 – 586.
- Santalahti, Päivi & Sourander, Andre & Piha, Jorma (2009) Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden käyttö. Duodecim 125, 27-32.
- Santalahti, Päivi & Sourander, Andre (2008) Onko lasten psykiatrisen sairastavuus lisääntynyt? Duodecim 124:1499-506.
- Sinko, Päivi & Muuronen, Kaisu (2013) Olisiko jo tekojen aika? Lastensuojelun asiakastyössä toimivien näkemyksiä lastensuojelun nykytilasta. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto ja Talentia.
- Sinko, Päivi & Muuronen, Kaisu (2013) Olisiko jo tekojen aika? Lastensuojelun asiakastyössä toimivien näkemyksiä lastensuojelun nykytilasta. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto ja Talentia.
- Solantausta, Tytti & Leinonen, Jenni & Punamäki Raija-Leena (2004) Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. Dev Psychol, May;40;412-29.
- Solantausta, Tytti & Leinonen, Jenni & Punamäki Raija-Leena (2004) Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. Dev Psychol, May;40;412-29.
- Solantausta, Tytti & Niemelä, Mika & Huilaja, Tiina & Räsänen, Sami. Mielenterveys ja päihdeongelmien sekä sosiaalisen syrjäytymisen ylisukupolvisen siirtymisen ehkäisy – Toimiva lapsi ja perhe Thl:n kärkihankkeena. Julkaisussa: Moring, Juha & Martins, Anne & Partanen, Airi & Bergman, Viveca & Nordling, Esa & Nevalainen, Veijo toim. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Raportti / Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) : 6/2011

- Solantaus, Tytti & Niemelä, Mika & Huilaja, Tiina & Räsänen, Sami. Mielenterveys ja päihdeongelmien sekä sosiaalisen syrjäytymisen ylisukupolvisen siirtymisen ehkäisy – Toimiva lapsi ja perhe THL:n kärkihankkeena. Julkaisussa: Moring, Juha & Martins, Anne & Partanen, Airi & Bergman, Viveca & Nordling, Esa & Nevalainen, Veijo toim. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Raportti / Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) : 6/2011
- Sourander, Andre & Niemelä, Solja & Santalahti, Päivi & Helenius, Hans & Piha Jorma (2008) Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children. A 16-year population-based time-trend study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 47, 317-327.
- Sourander, Andre & Niemelä, Solja & Santalahti, Päivi & Helenius, Hans & Piha Jorma (2008) Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children. A 16-year population-based time-trend study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 47, 317-327.
- Stakes (2005). Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. Oppaita 56. Helsinki.
- Stakes (2005). Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. Oppaita 56. Helsinki.
- STM (2002). Valtioneuvoston periaatepäätös varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista. Julkaisuja 9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2002). Valtioneuvoston periaatepäätös varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista. Julkaisuja 9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2008). Varhaiskasvatus vuoteen 2020. Varhaiskasvatuksen neuvottelukunnan loppuraportti. Selvityksiä 72. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2008). Varhaiskasvatus vuoteen 2020. Varhaiskasvatuksen neuvottelukunnan loppuraportti. Selvityksiä 72. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sylva, K., Melhuish, E.C., Sammons, P., Siraj-Blatchford, I. & Taggart, B. (2004). The Effective Provision of Pre-School Education (EPPE) Project: Technical Paper 12 – The Final Report: Effective Pre-School Education. London: DfES / Institute of Education, University of London.
- Sylva, K., Melhuish, E.C., Sammons, P., Siraj-Blatchford, I. & Taggart, B. (2004). The Effective Provision of Pre-School Education (EPPE) Project: Technical Paper 12 – The Final Report: Effective Pre-School Education. London: DfES / Institute of Education, University of London.
- Tamminen, Tuula & Haarasilta, Linnea & Santalahti, Päivi. Mielenterveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy kirjassa: Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Kustannus Oy Duodecim 2015, painossa.
- Tamminen, Tuula & Haarasilta, Linnea & Santalahti, Päivi. Mielenterveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy kirjassa: Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Kustannus Oy Duodecim 2015, painossa.
- THL/Sotkanet. [<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>]
- Timonen-Kallio, Eeva, Pivoriene, Jolanta, Smith, Mark & Fernandez del Valle, Jorge (toim.) (2015) On the Borders between Residential Child Care and Mental Health Treatment in Europe. Reports from Turku University of Applied Sciences 209. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Timonen-Kallio, Eeva, Pivoriene, Jolanta, Smith, Mark & Fernandez del Valle, Jorge (toim.) (2015) On the Borders between Residential Child Care and Mental Health Treatment in Europe. Reports from Turku University of Applied Sciences 209. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Toimiva lastensuojelu – selvitysryhmän loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:19.
- Toimiva lastensuojelu – selvitysryhmän loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:19.
- Turney, Danielle (2012) A relationship-based approach to engaging involuntary clients: the contribution of recognition theory. *Child and Family Social Work* 2012, 17.
- Turney, Danielle (2012) A relationship-based approach to engaging involuntary clients: the contribution of recognition theory. *Child and Family Social Work* 2012, 17.
- Turunen, Tuija, Laitinen, Merja, Lakkala Suvi, Kangas, Hennariikka, Pulju, Marja ja Valanne, Eija (2014) Monitoimisuus-malli – Kuvaus yhteistyön rakentumisesta. Teoksessa Suvi Lakkala, Hennariikka Kangas ja
- Turunen, Tuija, Laitinen, Merja, Lakkala Suvi, Kangas, Hennariikka, Pulju, Marja ja Valanne, Eija (2014) Monitoimisuus-malli – Kuvaus yhteistyön rakentumisesta. Teoksessa Suvi Lakkala, Hennariikka Kangas ja Marja Pulju (2014) Yhdessä toimimalla kohti hyvinvoivaa koulua. Koulun toimintakulttuurin kehittämisen monitoimisuuden avulla.

3.4 Nuorison tilanne – miksi nuoret syrjäytyvät vai syrjäytyvätkö?

Mauri Marttunen, Henna Haravuori

Johdanto

Syrjäytymisen määritelmä on monimuotoinen ja sillä tarkoitetaan taloudellisten resurssien puutteen, yhteiskunnasta eristymisen/eristämisen sekä sosiaali- ja kansalaisoikeuksien rajallisuuden yhdistelmää. Siihen liittyy erilaisina yhdistelminä esimerkiksi koulutuksen ongelmat, huono osaamistaso, epävaka työura, pienituloisuus, huonot asuinolot, heikko terveys ja perheen hajoaminen (Morgan ym. 2007). Syrjäytyminen ymmärretään prosessina, joka tuottaa yhteiskunnallista huono-osaisuutta.

Osallisuus on sosiaalisen syrjäytymisen vastakohta. Osallisuudella tarkoitetaan yhteisöön liittymistä, kuulumista ja siihen vaikuttamista sekä kokemuksen myötä syntyvää sitoutumista. Osallisuus tuottaa terveyttä ja hyvinvointia.

Nuorten ja nuorten aikuisten kohdalla tarkastellaan usein koulutuksen ja työelämän ulkopuolelle jäämistä sekä toimeentulo-ongelmia merkittävinä syrjäytymisen riskitekijöinä. Lisäksi syrjäytymisen riskitekijät liittyvät monesti jo lapsuuden perheen tilanteeseen, vanhempien työttömyyteen, perheen toimeentulon niukkuuteen ja vanhempien terveysongelmiin. Toisin sanoen syrjäytyminen ja sen riskitekijät voivat välittyä ylisukupolisesti.

Kaikki koulutuksen ja työelämän ulkopuolelle jäävät nuoret ja nuoret aikuiset eivät ole syrjäytyneitä. Esimerkiksi vanhempainvapaalla olevat, varusmiespalvelusta suorittavat tai vapaaehtoistyötä tekevät sekä opiskelupaikan hakuun valmistautuvat eivät sinällään ole ulkopuolisia. Kuitenkin työmarkkinoilla on tapahtunut merkittävä muutos, jonka vuoksi uusien sukupolvien on ollut vaikeampaa sijoittua työelämään. Eri-tyisesti heikosti koulutetun työvoiman kysyntä on romahtanut ja ne yksilöt, jotka eivät pysty vastaamaan nykyisen työelämän tehokkuusvaatimuksiin, ovat vaarassa jäädä työmarkkinoiden ulkopuolelle.

Muita merkittäviä tarkasteltavia osa-alueita ovat esimerkiksi elämänhallintaan liittyvät ja terveydelliset ongelmat sekä sosiaalisten suhteiden vähyys, ystävien puute. Erilaisten tekijöiden linkittymisen ja kasautumisen tutkiminen on tärkeää syrjäytymisen prosessin ymmärtämiseksi.

Syrjäytyneiden nuorten määrän arviointi on hankalaa muun muassa erilaisten määritelmien vuoksi. EVA:n vuonna 2012 julkaiseman raportin mukaan arvioitiin, että Suomessa on noin 51 300 syrjäytynyttä, joka koostuu 15–29-vuotiaista vain perusasteen koulutuksen suorittaneista työttömistä työnhakijoista (18 800) sekä työvoiman ja koulutuksen ulkopuolisista nuorista (32 500) vuonna 2010 (Myrskylä 2012).

Suomalaisessa keskustelussa on korostunut koulutuksen, työllisyyden ja niihin liittyvien politiikkatoimien merkitys nuorten syrjäytymisen ehkäisyssä. Valtioneuvoston kanslian selvitys arvioi politiikkatoimien vaikuttavuutta lasten ja nuorten syrjäytymisen ja hyvinvointierojen vähentämisessä. Selvityksen mukaan syrjäytymistä ehkäisevien toimenpiteiden ja palveluiden vaikuttavuudesta on niukasti tutkimus- ja arviointitietoa. Toisaalta keskustelua on käyty mielenterveysperusteisesti työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden nuorten suuresta määrästä. Nämä eri näkökulmat koulutukseen ja työllisyyteen sekä mielenterveyteen ovat kohdanneet melko pinnallisella tasolla ja eri näkökulmat laaja-alaisesti huomioivat toimenpiteet olleet vähäisiä. Mielenterveys- ja päihdehäiriöt kuitenkin lisäävät merkittävästi nuorten syrjäytymisriskiä. Poliittikatoimet eivät ota huomioon sitä, että nuorten koulutuksen ja työelämän ulkopuolelle jäämisen syynä ovat usein mielenterveysongelmat (Marttunen ym. 2014).

Yleiskuva nuorten mielenterveys- ja päihdehäiriöistä

Seuraavassa tarkastellaan mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyyttä nuorilla, häiriöiden yleisiä riskitekijöitä, erityisesti traumaattisia kokemuksia riskitekijöinä, oireilun ja mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyyden trendejä, nuorten itsemurhia ja itsemurhayrityksiä sekä mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyttä nuorilla aikuisilla.

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyys nuorilla

Nuoruusikä on elämänsäkaressa lapsuudesta aikuisuuteen siirtymisen vaihe, joka alkaa fyysisestä murrosiästä (puberteetista) ja päättyy vähitellen nuoreen aikuisuuteen. Nuoruusikä ajoitetaan yleensä ikävuosiin 13–22. Nuoruuskehityksen keskeinen päämäärä on autonomian saavuttaminen. Keskushermoston kannalta tärkeät kehitykselliset herkkyyskaudet ovat vauvaikä ja varhaislapsuus sekä varhaisnuoruusikä. Herkkyyskausien aikana aivot ovat erityisen alttiita ympäristötekijöiden, esimerkiksi päihteiden, vaikutuksille.

Jokin mielenterveyden häiriö on 20–25 prosentilla nuorista. Tavallisimpia häiriöitä nuoruusiässä ovat mielialahäiriöt (esiintyvyys vuositasonalla 10–15 %), ahdistuneisuushäiriöt (5–15 %), käytöshäiriöt (5–10 %) ja päihdehäiriöt (5–10 %). Nuoruudessa mielenterveyden häiriöt yleistyvät lapsuuteen verrattuna. Varhaisnuoruudessa yleisimpiä ovat käytös- ja tarkkaavuushäiriöt, kun taas keskinuoruusiästä lähtien varhaisaikuisuuteen asti ahdistuneisuus-, mieliala- ja päihdehäiriöt ovat tavallisimpia (taulukko 1). Psykoosisairaudet puhkeavat keskimäärin myöhäisestä nuoruudesta nuoreen aikuisuuteen mennessä. Lapsuudessa mielenterveyden häiriöt ovat hiukan yleisempiä pojilla, mutta nuoruudessa mielenterveyden häiriöt ovat tytöillä yleisempiä. Tätä selittää tytöillä voimakkaasti lisääntyvät ahdistus- ja masennustilat. Mielenterveyden häiriöt ovat alemmissa sosiaaliryhmissä yleisempiä kuin ylemmissä ja niitä on kaupunkilaisnuorilla maaseudulla asuvia nuoriin nähden enemmän. Edelleen terveystietoisuudessa, hyvinvoinnissa ja mielenterveysoireissa sekä päihteiden käytössä on merkittävät erot koulutustaustan mukaan lukiossa opiskelevien hyväksi ammattikoululaisiin nähden.

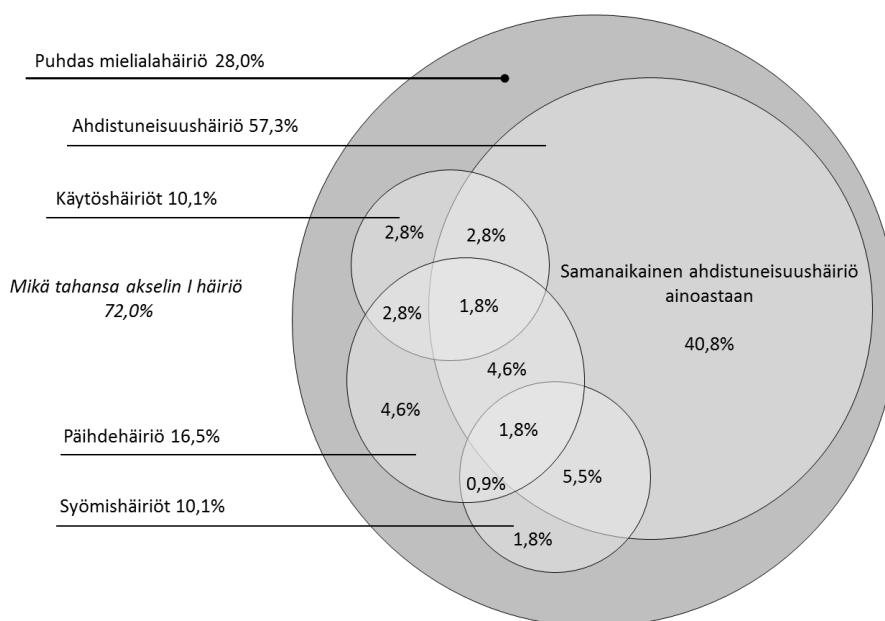
Taulukko 1. Eri mielenterveyden häiriöiden arvioitu esiintyvyys nuorilla vuositasonalla

	esiintyvyys	sukupuolipainotus	heritabiliteetti*
Jokin mielenterveyden häiriö	20–25 %	N>M	
Mielialahäiriöt	10–15 %	N>M	
Vakava masennustila	5–8 %	N>M	35–45 %
Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt	< 1 %	N=M	85 %
Ahdistuneisuushäiriöt	5–15 %	N>M	
Paniikkihäiriö	< 1 %	N>M	30–45 %
Sosiaalisten tilanteiden pelko	3 %	N>M	25 %
Pakko-oireinen häiriö	1–2 %	N=M	45 %
Sopeutumishäiriöt	5 %	N=M	
Päihdehäiriö	5–10 %	N<M	50– % (alkoholiriippuvuus)
Käytöshäiriö	5–10 %	N<M	40–70 %
Tarkkaavuushäiriöt	3–6 %	N<M	60–90 %
Laihuushäiriö	<1 %	N>M	60–75 %
Ahmimishäiriö	2–5 %	N>M	55 %
Psykoosit	1–2 %	N<M	80– % (skitsofrenia)
Autismi	<0.1 %	N<M	90– %

*Heritabiliteetti tarkoittaa sitä, kuinka suuren osuuden perinnölliset tekijät selittävät sairastavuudesta väestössä.

Keskimäärin puolet elämänaikaisista mielenterveyden häiriöistä puhkeaa keskinuoruuteen mennessä ja kolme neljästä ennen 25 vuoden ikää (Coughlan ym. 2013). Vaikeita häiriöitä edeltävät usein lievemmat häiriöt, joita on kuitenkin vain harvoin hoidettu (Kessler ym. 2007). Yleensä häiriön jatkuvuus aikuisikään on sitä todennäköisempää, mitä vakavamman häiriöstä on kysymys. Häiriöt eivät välttämättä siirry suoraviivaisesti ikävaiheesta toiseen vaan voivat muuntua ja diagnoosit voivat vaihtua.

Niillä nuorilla, joilla on todettavissa mielenterveyden häiriö, noin 40 prosentilla on todettavissa myös jokin muu mielenterveyden häiriö (kuva 1). Samanaikaissairastavuudella on huomattava merkitys, se on yhteydessä vaikeampaan oirekuvaan, suurempaan toiminnalliseen haittaan sekä häiriön pidempään keston.



Kuva 1. Masennuksen kanssa ilmenevä samanaikaissairastavuus masennuksen vuoksi hoidossa olevilla nuorilla (N=218) (Karlsson ym. 2006).

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt aiheuttavat pääosan (60–70 %) nuorten ja nuorten aikuisten terveyshaitasta (Whiteford ym. 2013). Toisin kuin somaattisissa (ruumiillisissa) sairauksissa, mielenterveyden häiriöiden aiheuttama työkyvyttömyys kohdistuu nuoriin ikäluokkiin (Raitasalo ja Maaniemi 2011).

Nuorten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden yleiset riskitekijät

Riskitekijät nuorten mielenterveyden häiriöille ovat pitkälti samoja kuin lapsilla. Suurimman uhkan nuorten hyvinvoinnille muodostavat katkokset hoivasuhteissa, perheväkivalta, vanhempien mielenterveyden häiriöt ja päihdeongelmat sekä perheiden köyhyys. Mielenterveysongelmat ovat osa ylisukupolisesti siirtyvää huono-osaisuutta (Solantausta ja Paavonen 2009). Erityistä huomiota pitäisi kiinnittää yhden vanhemman perheiden tukemiseen. Vanhemman työttömyys on riskitekijä myös nuoren työttömyydelle. Sosiaaliseen ympäristöön liittyviä riskitekijöitä ovat muun muassa kiusaaminen ja päihdekokeiluille altistava ystäväpiiri sekä esimerkiksi painonhallintaa vaativa kilpaurheilu. Nuoren kannalta syrjäytymiselle riskialttiimpia tilanteita ovat nivelvaiheet, joissa siirrytään esimerkiksi perusopetuksesta jatko-opintoihin, opinnoista työelämään, päätetään varusmies- tai siviilipalvelus tai kun tarjottu tukitoimi keskeytyy tai päättyy.

Perinnöllisillä tekijöillä on mielenterveyden häiriöistä suurin selitysosuus autismin kirjon häiriöiden, kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja skitsofrenian sairastavuuksissa (>80 %). Seuraavaksi suurin selitysosuus perinnöllisillä tekijöillä on anoreksiassa, alkoholiriippuvuudessa, muissa päihdehäiriöissä ja paniikkihäiriöissä. Vähiten perinnölliset tekijät selittävät masennuksen ja yleistyneen ahdistuneisuuden sairastavuutta, näissä ”kansantaudeissa” painottuu ympäristötekijöiden merkitys.

Traumaattiset kokemukset riskitekijöinä

Erilaiset psyykkisesti traumaattiset kokemukset ovat lähes kaikkien mielenterveyden häiriöiden yleinen riskitekijä. Vakava traumakokemus muodostaa riskin erityisesti traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) mutta myös muiden ahdistusoireiden ja mielialahäiriöiden synnylle tai aktivoitumiselle.

Nuorille tyypillisiä traumaattisia kokemuksia ovat erilaiset onnettomuudet (erityisesti liikenneonnettomuudet), läheisen itsemurha sekä fyysinen ja seksuaalinen väkivalta. Vaarojen ja traumojen ajoittumisen nuoruuteen oletetaan liittyvän ikäkaudelle luonteenomaiseen kokeilunhaluun ja riskinottoon. Miehet ja pojat altistuvat useammin fyysiselle väkivallalle ja naiset ja tytöt seksuaaliselle väkivallalle. Kouluterveys-tutkimuksen mukaan viisi prosenttia tytöistä ja 13 prosenttia pojista kokee vuosittain fyysistä väkivaltaa (taulukko 2). Väestöliiton tutkimuksessa vuonna 2006 kehon intiimialueiden koskettelun vasten tahtaan ilmoitti kokeneensa kuusi prosenttia pojista ja yhdeksän prosenttia tytöistä. Yhdyntään tai muuhun seksiin pakotettuja oli noin neljä prosenttia pojista ja noin kaksi prosenttia tytöistä (Kontula ja Meriläinen 2007).

Taulukko 2. Altistuminen erilaisille potentiaalisesti traumaattisille kokemuksille yläasteikäisten ja toisen asteen opiskelijoiden keskuudessa. Lähde: THL, Kouluterveyskysely 2013.

Kokenut fyysistä uhkaa vuoden aikana	%
Peruskoululaiset	19
Lukiolaiset	13
Ammatillisten oppilaitosten opiskelijat	23
Kokenut seksuaalista väkivaltaa joskus tai toistuvasti	
Peruskoululaiset	14
Lukiolaiset	14
Ammatillisten oppilaitosten opiskelijat	22
Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa	
Peruskoululaiset	7
Lukiolaiset	1
Ammatillisten oppilaitosten opiskelijat	4
Väkivalatilanteet haittaavat opiskelua	
Peruskoululaiset	15
Lukiolaiset	7
Ammatillisten oppilaitosten opiskelijat	8

Vaikka aikuisikään mennessä potentiaalisesti traumaattisen tapahtuman kokee jopa kaksi kolmasosaa nuorista, PTSD näyttäisi kehittyvän alle prosentille nuoruusikäisistä väestöseurannoista. Vaikean traumaattisen tapahtuman kokeneiden lasten ja nuorten tutkimuksissa PTSD:n esiintymisluvut vaihtelevat 30–40 prosentin välillä. Tytöt oireilevat enemmän kuin pojat.

Oireilun ja mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyyden trendit

Nuorten mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden oletetaan lisääntyneen kahden viime vuosikymmenen aikana. Tutkimustieto häiriöiden mahdollisesta lisääntymisestä on puutteellista ja osin ristiriitaista. Suomalaisilla nuorilla ei ole toteutettu laajoja ja toistettuja tutkimuksia, jossa olisi arvioitu haastatteluun perustuen mielenterveyden häiriöitä ja niiden esiintyvyyttä. Mielenterveys- ja käytösoireita on sen sijaan kartoitettu muutamissa kyselytutkimuksissa, joiden tulokset eivät viittaa jatkuvaan oireilun lisääntymiseen (Kaltiala-Heino ym. 2015).

Nuorten mielenterveys 10 vuoden toistotutkimuksessa havaittiin tamperelaisten 9-luokkalaisten mielenterveydessä jopa suotuisaa kehitystä vuosien 2002 ja 2013 välillä, etenkin pojilla. Tutkimuksen perusteella masennus- ja ahdistusoireilussa ei tapahtunut muutosta (Kaltiala-Heino ym. 2014). Kouluterveyskyselyn tulosten perusteella nuorten masennusoireilussa ei myöskään yleisesti ole tapahtunut merkittäviä muutoksia

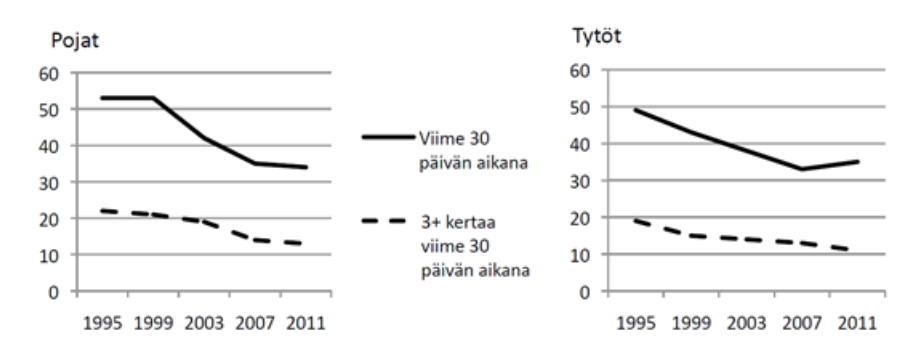
2000-luvulla. Kuitenkin merkittävät masennusoireet ovat lisääntyneet, lähes kaksinkertaistuneet nuorilla joiden vanhemmat ovat työttömiä tai matalammin koulutettuja (Torikka ym. 2014).

Sourander ym. (2012) ovat tutkineet väestötöksellä 7- ja 9-luokkalaisten psykososiaalista oireilua kymmenen vuoden välein SDQ-mittarilla (Strengths and Difficulties Questionnaire). Tulosten perusteella hyperaktiivisuus- tai käytösoireilussa ei ole tapahtunut muutosta.

Vakavampaa käytösoireilua voidaan arvioida myös esimerkiksi Nuorisorikollisuuskyselyn perusteella. Vahingonteko- ja omaisuusrikoksien osalta kehityskulku on ollut osin U:n muotoinen. Vahingonteko- ja omaisuusrikokset vähenivät ensin 1990-luvulta 2000-luvulle, mutta vahingontekorikokset ovat viimeisimmässä kyselyssä 2012 jälleen lisääntyneet. Väkivaltarikosten esiintyvyydessä ei ole tapahtunut muutoksia (Salmi 2012). Pojilla rikoskäyttäytyminen on tyttöjä yleisempää ja näissä eroissa ei ole tapahtunut muutosta. Edelleen Nuorten terveystapatutkimuksessa ei ole havaittu osallisuuden väkivallantekoihin (tekijänä tai uhrina) lisääntyneen vuosien 1999–2009 välillä (Lindfors ym. 2013). Tamperealaisten nuorten mielenterveys 10 vuoden toistoaineistossa sekä tytöt että pojat saivat keskimäärin merkitsevästi pienempiä pisteitä uudemmassa kyselyssä rike- ja aggressiivisen käyttäytymisen oirepisteissä sekä ylipäättään ulkoistavissa (eksternalisoivissa) oireissa YSR-lomakkeen (Youth Self Report) perusteella (Kaltiala-Heino ym. 2014).

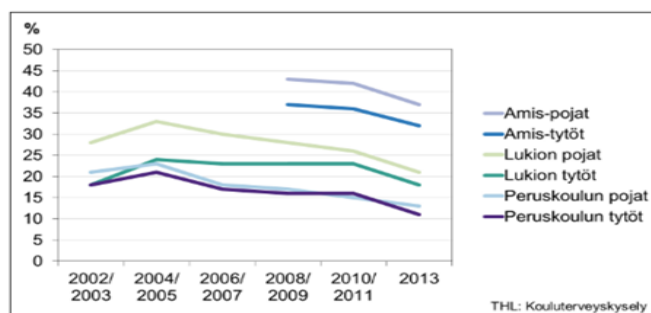
Nuorten päihteenkäytön trendejä voidaan arvioida Nuorten terveystapatutkimuksen, Kouluterveyskyselyn ja Eurooppalaisen ESPAD-tutkimuksen (the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) perusteella. Sen lisäksi että nuorten tupakoiminen on vähentynyt, kaikkien kolmen tutkimuksen perusteella suomalaisten nuorten humalajuominen (kuvio 2 ja kuvio 3) on vähentynyt ja täysin raittiiden nuorten osuudet (kuvio 4) ovat kasvaneet 90-luvulta 2010-luvulle (Luopa ym. 2014, Raitasalo ym. 2012). Alkoholin käyttö on harvinaista 12-vuotiaiden keskuudessa mutta 18-vuotiaiden alkoholin käyttö on lisääntynyt. 14–16-vuotiaiden alkoholin käyttö lisääntyi 80-luvulta 90-luvulle ja kääntyi sen jälkeen laskuun.

Monessa länsimaassa jopa 50 prosentilla aikuisista on käyttökokemusta kannabistuotteista (marihuana, hashis). Suomessa noin 20 prosenttia nuorista aikuisista on joskus käyttänyt ja noin viisi prosenttia nuorista aikuisista on käyttänyt viimeisten 12 kuukauden aikana kannabista. Nuorten kannabiskokeilut lisääntyivät 1990-luvulta 2000-luvun alkuun tultaessa: 9.-luokkalaisten joukossa kannabiksen kokeilu lisääntyi 5 prosentista noin 10 prosenttiin. Tämän jälkeen ei ole ollut selkeää trendiä, vuoden 2011 ESPAD-tutkimuksessa pojista 12 prosenttia ja tytöistä 10 prosenttia oli ainakin kerran kokeillut kannabista. Edelleen 22 prosenttia ammattiin opiskelevista ja 16 prosenttia lukiolaisista oli kokeillut kannabista ainakin kerran vuonna 2010. Kannabiksen kokeilu on yleisintä pääkaupunkiseudulla, poikien kokeilut ovat tyttöjä hieman yleisempiä sekä peruskoulussa, lukiossa että ammatillisissa oppilaitoksissa.

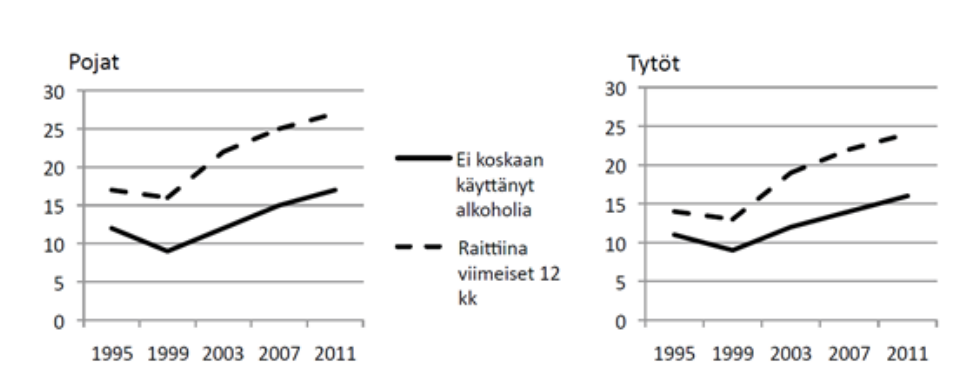


Kuvio 1. Kuusi annosta tai enemmän juoneiden osuus, %. ESPAD -tutkimusten tulokset 1995–2011¹ (ESPAD raportti 2011, Raitasalo ym. 2012).

¹ Humalajuomisen yleisyys: Noin puolet nuorista oli juonut vähintään kuusi annosta kerralla viimeisen kuukauden aikana vuonna 1999, ja vuonna 2011 enää kolmannes sekä pojista että tytöistä.



Kuvio 2. Tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa. Kouluterveyskyselyn tulokset 2002–2013².



Kuvio 3. Raittiiden osuudet, %. ESPAD -tutkimusten tulokset 1995–2011³. (ESPAD raportti 2011, Raitasalo ym. 2012)

Nuorten itsemurhat ja itsemurhayritykset

Seuraavassa löytyy tietoa nuorten itsemurhien ja itsemurhayritysten yleisyydestä, niiden riskitekijöistä sekä ehkäisystä.

Yleisyys

Itsemurhat ja itsemurhayritykset ovat harvinaisia ennen puberteettia, mutta yleistyvät nuoruusiässä. Myös itsemurha-ajatukset ovat lapsuudessa harvinaisia. Väestötutkimusten mukaan jopa 20 prosenttia nuorista on ajatellut itsemurhaa ja 3–4 prosenttia on tehnyt ainakin yhden itsemurhayrityksen 18 vuoden ikään mennessä. Itsemurha-ajatusten vuosiesiintyvyydeksi on arvioitu nuoruudessa 10–15 prosenttia, itsemurhayritysten vuosittainen esiintyvyys on tutkimuksissa vaihdellut 0,2–7,5 prosentin välillä itsemurhayrityksen määritelmästä riippuen (Nock ym. 2013). 16-vuotiaita suomalaisnuoria koskeneessa tutkimuksessa itsemurha-ajatuksia esiintyi 16 prosentilla tytöistä ja seitsemällä prosentilla pojista (Laukkanen ym. 2009). Sekä itsemurha-ajatukset että -yritykset ovat nuoruudessa tytöillä yleisempiä kuin pojilla.

² Kouluterveyskyselyyn vastaa noin 200 000 peruskoulujen 8. ja 9. luokkien oppilasta sekä lukioiden ja ammattilisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijaa joka toinen vuosi. Humalajuomisessa on merkittävä ero ammattikoululaisten ja lukiolaisten, sekä tyttöjen että poikien, välillä ammattikoululaisten humalajuomisen ollessa yleisempää. (<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely>)

³ Tutkittavien joukko on peruskoulun 9.-luokkalaiset eli 16 vuotta täyttävät ja otos on ollut 5 000–6 000 välillä.

Nuorisopsykiatriseen hoitoon hakeutuneilla itsetuhoisuus on yleistä: avohoitoon tulleita nuoria koskeissa suomalaistutkimuksissa itsemurha-ajatuksia on ollut noin puolella, itsemurhayrityksen on tehnyt noin viidennes (Pelkonen ym. 2011).

Lasten ja varhaisnuorten itsemurhat ovat harvinaisia. Suomalaisnuorten itsemurhakuolleisuus kolminkertaistui Suomessa 1960-luvun puolivälistä 1970-luvun loppupuolelle ja pysyi suurena vuoteen 1990 asti. Sen jälkeen suomalaisten nuorten itsemurhakuolleisuus on vähentynyt runsaan kolmanneksen, mutta on edelleen kansainvälisten vertailujen mukaan suuri. Viime vuosina noin 40 15–19-vuotiaasta on kuollut vuosittain itsemurhaan, 20–24-vuotiaiden ikäryhmässä vastaavasti yli 70. Noin 80 prosenttia nuorten itsemurhasta on poikien kuolemia. Tämä sukupuoliero selittyy ainakin osittain poikien tyttöjä väkivaltaisempien itsemurhamenetelmien valinnasta (Tilastokeskus 2014). Koska nuorten tautikuolleisuus on vähäistä, ovat itsemurhat nuorilla keskeinen kuolemansyy. 15–24-vuotiaana kuolleista itsemurhan tehneitä oli yli kolmannes.

Riskitekijät

Aiempi itsemurhayritys ja itsensä tahallinen vahingoittaminen ovat vahvoja itsemurhayrityksen ja itsemurhan riskitekijöitä. Noin kolmasosa itsemurhaan kuolleista nuorista on tehnyt aiemmin itsemurhayrityksen ja noin kaksi kolmasosaa on tuonut esille itsetuhoiset aikeet. Aiemmin itsemurhaa yrittäneillä nuorilla on jopa 30-kertainen itsemurhan riski verrattuna nuoriin, joilla ei ole aiempaa itsemurhayritystä taustalla.

Nuoren lähiympäristöön liittyviä riskitekijöitä ovat esimerkiksi vanhempien ero, perheenjäsenen itsemurha tai itsemurhayritys, vanhempien mielenterveys- ja päihdehäiriöt, huono perheen sisäinen kommunikatio nuoren ja vanhempien välillä, heikko vanhempien tuki ja vanhempien rikollisuus. Myös itsemurhalle altistuminen ystäväpiirissä tai median kautta lisää itsetuhoikäytymisen riskiä, koska aiempi itsemurha voi toimia mallina alttiille nuorelle.

Psyykinen sairastaminen ja negatiivisten elämäkokemusten kumuloituminen liittyvät vahvasti itsemurhariskiin. Mielenterveyden häiriö on todettu 81–95 prosentilla itsemurhan tehneistä nuorista, 50–75 prosentilla mielialahäiriö, joka on yleensä vakava masennusjakso. Eri tutkimuksissa 25–65 prosentilla itsemurhan tehneistä nuorista on ollut päihdehäiriö, lisäksi muu päihteiden ongelmallinen käyttö on yhteydessä riskiin. Käyttöoireilu on liittynyt 43–73 prosentilla oirekuvaan, useimmiten samanaikaisesti muun häiriön kanssa. Osalla on todettu lyhytkestoiseen stressiin liittyvä sopeutumishäiriö, johon on liittynyt suhteellisen nopea itsemurhaprosessin eteneminen.

Nuoren itsemurhayritystä tai itsemurhaa edeltää lähes aina jokin ajankohtainen kuormitustekijä. Tutkimuksissa toistuvasti todettuja laukaisevia tekijöitä ovat esimerkiksi viimeaikaiset kurinpidolliset ongelmat, ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat, menetykset tai erot ja kouluvaikeudet.

Ehkäisy

Itsemurhien ehkäisyssä sovelletaan eritasoisia toimia. Koko väestöön kohdistuvia toimenpiteitä ovat esimerkiksi päihteiden kokonaiskulutuksen vähentämiseen liittyvät toimet ja päihteisiin liittyvä terveyskasvatus, aseiden hallussapidon valvonta, lääketurvallisuus, liikenneturvallisuus, työllistäminen, yhteiskunnallisen syrjäytymisen estäminen ja lapsiperheiden tukeminen tai yleisen tietoisuuden lisääminen itsemurhaongelmaan (Lönnqvist ym. 2014).

Riskiryhmiin kohdennettavia ehkäiseviä toimia on Suomessa kehitetty erikseen nuorille, masennukseen, päihdeongelmiin, kriisitilanteisiin, vanhuksiin ja somaattisiin sairauksiin. Korkeassa riskissä oleviin kohdennettavia ehkäisykeinoja ovat esimerkiksi itsemurhaa yrittäneisiin tai itsetuhoisten ajatusten vuoksi hoitoon otettuihin potilaisiin kohdennetut interventiot.

Koko väestön kattavat kansalliset itsemurhien ehkäisystrategiat ovat osoittautuneet vaikuttaviksi, myös Suomessa (Beskow ym. 1999). Yksilötasolla hyvä kliininen hoito on aina myös merkittävä tapa vähentää itsemurhan vaaraa. Itsemurhariskissä olevien nuorten tunnistaminen ja hoitoon ohjaaminen sekä mielenterveyden häiriöiden, erityisesti masennuksen tunnistaminen ja hyvä hoito vaikuttavat selvästi nuorten itsemurhien määrään.

Nykyisellään itsemurhayrityksiä ja itsemurhariskissä olevia ei tunnisteta terveydenhuollon palveluissa riittävän hyvin. Merkittävä osa itsemurhan tehneistä nuorista, joilla on jälkeensä arvioiden mielenterveyden häiriö, ei ole ollut hoidon piirissä. Kaikkia itsemurhaa yrittäneitä, jotka on tunnistettu, ei ohjata hoidon piiriin.

Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys nuorilla aikuisilla

Terveys 2000 -tutkimuksessa oli mukana lähes 1900 nuoren aikuisen (18–29 vuotta) edustava otos, joista vajaa 1300 palautti terveystarkastuslomakkeen ja 543 haastateltiin psykiatrisin menetelmin. Naisista 14 prosentilla ja miehistä 10 prosentilla arvioitiin olevan vuonna 2001 psyykkisiä oireita (General Health Questionnaire -12 mittari). Seurantalomakkeen palautti runsaat 1 000 osallistujaa vuosina 2003–2005 ja tässä vaiheessa psyykkisesti oireilevien osuudet olivat 21 prosenttia ja 13 prosenttia. Seurannan aikana oireita ilmaantui 18 prosentille naisista ja 11 prosentille miehistä. Tutkimuksessa edelleen havaittiin, että psyykkisesti oireilevat käyttivät paljon terveystarkastuksia mutta oireilevista vain vähemmistö käytti terveystarkastuksia mielenterveyteen liittyvästä syystä (18 % oireilevista naisista ja 11 % oireilevista miehistä) (Kestilä ym. 2007). Erilaiset lapsuusympäristön psykososiaaliset vaikeudet, taloudelliset vaikeudet, sosiaalisen tuen puute sekä alkoholin suurkulutus olivat yhteydessä psyykkiseen oireiluun.

Terveys 2000 -tutkimuksen nuorten aikuisten haastattelujen perusteella arvioitiin lähes 40 prosentilla oleen jokin elämänaikainen psykiatrinen häiriö. Yleisin todettu häiriö oli masennus (18 %), päihdehäiriö toiseksi yleisin (14 %) ja kolmanneksi yleisimpänä ahdistuneisuushäiriö (13 %) (Suvisaari ym. 2009). Niistä, joilla oli yksi psykiatrinen häiriö todettavissa, 41 prosentilla oli yksi, 35 prosentilla kaksi ja 24 prosentilla kolme tai useampia muuta samanaikaista psykiatrista häiriötä. Persoonallisuushäiriöiden esiintyvyydeksi arvioitiin hiukan alle seitsemän prosenttia ja persoonallisuushäiriöiden esiintyvyyden ajatellaan ylipäättään olevan suurin nuorena aikuisuudessa. Kun arvioitiin viimeaikaista psykiatrista sairastavuutta eli viimeisintä kuukautta, yleisin häiriö oli päihdehäiriö (6 %), toiseksi yleisin ahdistuneisuushäiriö vajaalla 6 prosentilla ja masennus vajaalla kahdella prosentilla ja ylipäättään psykiatrinen sairastavuus oli 15 prosenttia. Mielenterveyshäiriöt liittyivät alempaan koulutustasoon ja työttömyyteen (Suvisaari ym. 2009). Poikkeus mielenterveyshäiriöissä tässä suhteessa ovat syömishäiriöt, jotka liittyvät korkeaan koulutustasoon (Lähtemäki ym. 2014).

Terveys 2000 ja 2011 -aineistoihin perustuvan tutkimuksen mukaan masennushäiriöt ovat yleistyneet 30 vuotta täyttäneillä. Tutkimuksen vuonna 2000 kerätyssä aineistossa masennushäiriö todettiin 7,3 prosentilla väestöstä, kun vuonna 2011 kerätyssä aineistossa esiintyvyys oli 9,6 prosenttia. Masennushäiriöt yleistyivät erityisesti naisilla. Tutkijat pohtivat tutkimuksesta poisjäännin merkitystä tuloksiin ja pyrkivät huomioimaan sen analysoissaan (Markkula ym. 2015).

Palvelujärjestelmä ja sen tasot

Tässä luvussa tarkastellaan nuorten psykososiaalisen tuen ja psykiatrisen hoidon käyttöä ja saatavuutta, nuorten ja palvelujärjestelmän kohtaamattomuutta sekä kuvataan päihdehäiriöiden osalta esimerkiksi ehkäisystä Psykososiaalisen tuen ja psykiatrisen hoidon käyttö ja saatavuus – hoitoon -ketjua.

Psykososiaalisen tuen ja psykiatrisen hoidon käyttö ja saatavuus

Kansainvälisesti nähdään siirtymävaihe aikuisten palveluihin erityisen ongelmallisena sairastumisiän näkökulmasta. Mielenterveyshäiriöiden hoito on epäjatkuvaa ja heikoimmillaan silloin kun sen pitäisi olla pysyvää ja vahvaa, mielenterveyshäiriöiden ilmaantumishuipun ja suuren terveyshaitan aikaan nuoruudessa ja varhaisessa aikuisuudessa (McGorry 2007).

On arvioitu, että ainakin 10–13 %:lla nuoruusikäisistä on psykiatrisen hoidon tarve. Vuositasolla perustason mielenterveyspalvelujen tulisi tavoittaa ainakin viisi prosenttia nuorista ja erikoistason/erikoissairaanhoidon noin viisi prosenttia nuorista. Palvelujen käyttöön oikeuttavat ikäraajat vaihtelevat sairaanhoidopiireittäin. Vuonna 2009 nuorisopsykiatristen avohoidon palvelujen käyttöoikeus oli 70 prosentilla 13–22-vuotiaista ja 4,3 prosenttia heistä käytti palveluja (Pylkkänen ja Laukkanen 2011). Eniten potilaita on 15–19-vuotiaiden naisten ikäryhmässä. Noin 20–30 prosentilla nuorisopsykiatriseen erikoissairaanhoidon hoitoon tulevista nuorista on aiempi lastenpsykiatrisen hoitotausta.

Mielenterveyspalvelujen käyttöä koskeneissa tutkimuksissa on todettu, että vain noin 20–40 prosenttia mielenterveyden häiriöistä kärsivistä nuorista on ollut avun piirissä. 2000-luvulla on kuitenkin tapahtunut myönteistä kehitystä ja Suomessa arvioitiin 60 prosenttia apua tarvitsevista nuorista saavan sitä ja hoito on tyydyttävää – hyvää (Pylkkänen ja Laukkanen 2013). Tytöt hakevat mielenterveyspalveluista apua poikia useammin, ja poikien ohjautuminen avun piiriin näyttää viivästyvän tyttöjä pitempään. Suomalaisissa lastenpsykiatrisen epidemiologian tutkimuksissa on todettu, että edelleen osa kliinisesti merkittävällä tasolla oireilevista lapsista ei ole hoidon piirissä (Santalahahti ym. 2009). Toisaalta viimeaikaiset arviot viittaavat siihen, että erikoissairaanhoidon avohoidon palvelujen kysyntä on lähentynyt nuoruusikäisten väestön sairastavuudella mitattua tarvetta. Kasvava kysyntä ylittää ajankohtaisesti palvelujen tarjonnan (Pylkkänen 2011). Nuorten päihdehäiriöiden hoidon ongelmana on hoitojärjestelmän pirstaleisuus, osa hoidosta on psykiatristen palveluiden alla ja osa kuuluu lastensuojelun ja sosiaalihuollon palvelujen piiriin. (taulukko 3)

Taulukko 3. Yleisimpiä päädiagnooseja psykiatrisessa avohoidossa vuonna 2013.⁴

Lähde: THL Hoitoilmoitusrekisteri.

	13–17-vuotiaat		18–22-vuotiaat	
	potilaita	käyntejä	potilaita	käyntejä
Z00 Terveen henk.yleistarkastus	4 791	20 756	1 972	7 227
Z03 Epäilt.sairauks.tarkk/arvioint	494	2 484	229	811
F32 Masennustila	4 712	46 659	5 286	38 365
F33 Toistuva masennus	262	2 022	1 785	13 219
F34 Pitkäaikaiset mielialahäiriöt	144	1 107	324	1 929
F41 Muut ahdistuneisuushäiriöt	2 805	22 185	3 151	17 757
F40 Foobiset.ahdistuneis.häiriöt	724	5 920	880	6 167
F93 Laps.alkav.tunne-elämän häiriö	1 848	13 020	332	1 950
F43 Vakav.stressireakt./sopeutumish.	1 551	10 593	1 093	5 446
F90 Hyperkineettiset häiriöt	1 667	9 391	524	2 121
F91 Käytöshäiriöt	631	3 180	0	0
F92 Samanaik.käytös- ja tunnehäiriö	1 312	9 451	106	549
F50 Syömishäiriöt	1 096	15 667	849	8 739
F20 Skitsofrenia	36	594	323	5 882
F29 Ei-elimell.psykoott.häiriö NAS	444	4 156	1 018	10 043
F31 Kaksisuuntainen mielialahäiriö	217	2 168	789	7 845
F84 Laaja-alaiset kehityshäiriöt	931	7 451	461	2 840
F42 Pakko-oireinen häiriö	505	4 732	454	3 271
F10 Alkoh.org.aivo-oire/käytt.häiriö	106	290	313	1 043
F12 Kannab.org.aivo-oir/käyt.häiriö	77	341	125	437

Kaikki vuonna 1987 Suomessa syntyneet henkilöt ovat mukana Kansallinen syntymäkohortti 1987 - tutkimusaineistossa. Rekisteritutkimuksen keinoin on seurattu muun muassa heidän mielenterveyttään lapsuudesta nuoreen aikuisuuteen eli vuoteen 2008 saakka (Paananen ym. 2012). Kohortista oli seuranta-ajan loppuun mennessä noin viidenneksellä ollut kontakti psykiatriseen erikoissairaanhoidon tai psykiatrien lääkärin osto, tytöillä (23,9 %) useammin kuin pojilla (16,5 %). Noin viidellä prosentilla oli ollut psykiatrisen osastohoito, eikä tässä ollut merkittävää sukupuolieroja, vaikkakin pojat tulevat hoitoon nuorempina. Sen sijaan tytöt käyttivät merkittävästi enemmän psykiatrian polikliinisiä palveluja (tytöt 15,8 %, pojat 10,2 %). Yleisimmät mielenterveyden häiriön diagnoosit olivat mielialahäiriöt (5,1 % kohortin jäsenistä), neurootti-

⁴ Masennustilat ja ahdistuneisuushäiriöt ovat suurimmat ryhmät. Päihdehäiriöiden vähäinen osuus kiinnittää huomiota.

set, stressiin liittyvät tai somatoformiset häiriöt (4,3 %), sekä tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkava käytös- ja tunnehäiriödiagnoosi (3,4 %). Psykykenlääkkeistä käytetyimpiä olivat masennuslääkkeet, joita noin joka kymmenes oli ostanut seuranta-aikana, tytöt lähes kaksi kertaa poikia useammin. Lastensuojelun kodin ulkopuolelle sijoittamina tästä kohortista oli ollut 3,2 % (Paananen ym. 2012). Noin puolet ensimmäisistä sijoituksista kohdistui nuoriin 13 ja 16 ikävuoden välille, iän keskiarvo ensimmäisessä sijoituksessa oli 10,7 vuotta. Sijoitetuista nuorista oli huomattavalla osalla ollut psykiatrista erikoissairaanhoidoa tai psykykenlääkeostoa (tytöt 71,5 %, pojat 67,3 %).

Nuoret luukulla, palvelut mäellä

Nuorisotutkimusseuran ja THL:n yhteistyönä toteuttamassa Nuoret luukulla -tutkimuksessa arvioitiin sekä nuorten että työntekijöiden näkökulmia ja rekisteritietoja (Aaltonen ym. 2015). Tutkimuksessa todettiin, että syrjäytyneet nuoret ovat hyvin monimuotoinen joukko. He ovat muita nuoria sairaampia. Kuitenkin palvelut kohtaavat huonosti niiden nuorten tarpeet, joiden toimintakyky on alentunut. Palveluita kuitenkin käytetään ja esimerkiksi terveystalujen kokonaiskustannukset ovat huomattavasti suuremmat syrjäytyneillä nuorilla verrattuna niihin nuoriin, jotka eivät ole syrjäytymisvaarassa. Tutkimuksessa todettiin syrjässä olevilla nuorilla olevan erityisesti enemmän mielenterveyden häiriöitä, vammoja, myrkytyksiä ja infektioita. Terveystila nähtiin tärkeänä asiana, johon toivottiin muutosta ja hoitoa niin nuorten kuin työntekijöidenkin vastauksissa. Haasteena nähtiin pitkät jonot erilaisiin hoitoihin tai palveluihin ja toisaalta päivystysluontoisten palvelujen puute. Myös työllisyyspalveluissa havaittiin ongelmia, myös näissä palveluissa kaivattiin nopeaa tavoitettavuutta ja henkilökohtaista palvelua. Yhden henkilön vastaaminen nuoren palvelukokonaisuudesta ja palveluiden saatavuus yhdestä paikasta nousivat merkittävinä haasteina ja toiveina esiin. Nuoria pyritään ja vaaditaan aktivoimaan, mutta juuri syrjäytyneillä nuorilla oli heikosti aineellisia, sosiaalisia tai mielenterveydellisiä voimavaroja olla aktiivinen tai saada aikaan muutoksia oman toiminnan kautta. Oman aktiivisuuden vaatimus voi nousta merkittäväksi esteeksi asianmukaiseen psykiatriseen hoitoon pääsemiseksi ja hoidon toteutumiseksi.

Lappeenrannassa on keskitetty lasten ja nuorten palveluita niin sanottuun Rakuunamäen Lasten taloon. Rakuunamäelle on sijoitettu lastensuojelun avo- ja lähipalvelut, lastensuojelun perhetyö, perheneuvola, perheasioiden yksikkö, lapsi- ja nuorisovastaanotto, lastenpsykiatrian poliklinikka, varhaisen vuorovaikutuksen yksikkö, lastenpsykiatrian kotihoito, nuorisopsykiatrian poliklinikka, nuorisopsykiatrian päiväyksikkö ja nuorten vastaanotto Sihti. Edelleen uusimpia saman katon alle tulijoita ovat muun muassa opiskeluterveyden työntekijät, joille ei löydy tiloja oppilaitoksissa, lastenpsykiatrian päiväosasto, nuorisopsykiatrian viikko-osasto ja sairaalakoulu. Tällaisen keskittämisen toivotaan helpottavan päällekkäisyyksien purkamista ja palveluiden parantamista (Kotiharju 2015).

Esimerkki ehkäisystä hoitoon – päihdehäiriöt

Nuorten päihteen käyttöä arvioitaessa, niin kokeilukäyttöä kuin päihdeongelmia, on huomioitava, että kypsyvä keskushermosto on erityisen altis päihteen haitoille (Kekkonen ym. 2014). Esimerkiksi varhainen alkoholille altistuminen saattaa herkistää riippuvuuden säätelyyn osallistuvia hermoverkkoja ja tutkimusten mukaan runsaasti alkoholia käyttävillä nuorilla on raittiita nuoria enemmän mm. neurokognitiivisia ongelmia.

Esiintyvyys ja sairastumisikä

Ensihumala koetaan keskimäärin 13–14 vuoden iässä. Yläkouluikäisistä noin joka viides tupakoi. 15–16 -vuotiaista nuorista vajaa kaksi kolmasosaa on ollut humalassa joskus elämänsä aikana ja noin joka kymmenes nuorista humaltuu viikoittain. Huumeista kannabista on kokeillut noin kymmenen prosenttia, jotain muuta huumetta neljä prosenttia, alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttöä pojista kuusi ja tytöistä 14 prosenttia ja imppaamista noin joka kymmenes yläkouluikäisistä. Pääsääntöisesti pojat käyttävät enemmän päihkeitä kuin tytöt, mutta 12–17-vuotiaat tytöt ovat päihteen käytössä poikien tasalla. Päihdehäiriön, joko haitallisen käytön tai riippuvuuden, kriteerit täyttää 5–10 prosenttia nuorista. Vuonna 2004 internetriippuvaisia arvioitiin olevan 12–18-vuotiaissa alle kaksi prosenttia, mutta päivittäin käyttävien joukossa noin viisi prosenttia.

Päihdehäiriön tyypipiirteitä nuorilla

Päihteitä runsaasti käyttävät nuoret ovat usein moniongelmaisia ja ongelmat ovat voineet alkaa jo lapsuusiässä. Päihdehäiriöisistä nuorista 60–80 prosentilla on samanaikainen muu mielenterveyden häiriö. Yleisimpiä ovat käytös- ja uhmakkuushäiriöt, ADHD, masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt. Masennuksen kanssa samanaikaisen päihdehäiriön on todettu nuorilla heikentävän masennuksesta toipumisen ennustetta ja lisäävän itsetuhoisuuden riskiä. Nuoruuden päihdehäiriöt ennustavat voimakkaasti nuoren aikuisuuden päihdehäiriöitä sekä myös muita mielenterveyden häiriöitä, kuten mieliala- ja persoonallisuushäiriöitä. Nuorilla tyypillisiä päihdehaittoja ovat sosiaalisiin suhteisiin ja koulunkäyntiin liittyvät ongelmat sekä usean päihteen samanaikainen käyttö. Päihteitä runsaasti käyttävillä nuorilla myös muut ongelmat, kuten riskikäyttäytyminen, rikokset, sosiaalisen tuen puute, tapaturmat ja epäterveelliset elämäntavat, ovat muita yleisempiä. Päihdeongelmat kasautuvat erityisesti niille, jotka eivät jatka kouluttautumista peruskoulun jälkeen. Kaveripiirin merkitys korostuu nuoruusiän päihdekokeiluissa ja käytön säännöllistymisessä. Toisaalta puutteelliset vanhemmuustaidot voivat lisätä päihteidenkäytön riskiä. Kasvuympäristöön liittyvät riskitekijät tyypillisesti kasautuvat erityisesti päihdeongelmaisten vanhempien lapsilla.

Ehkäisy ja hoito

Nuorten päihdeongelmien vähentämiseen tavoitteina on: 1) vähentää uusien käyttäjien ilmaantumista, 2) lykätä päihteidenkäytön aloitusikää ja puuttua muihin riskitekijöihin, 3) puuttua päihdekokeiluihin ja säännöllistyvään käyttöön ja pysäyttää käytön eteneminen päihdehäiriöksi sekä 4) hoitaa päihdehäiriöitä ja ehkäistä päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien uusiutumista (Niemelä 2010).

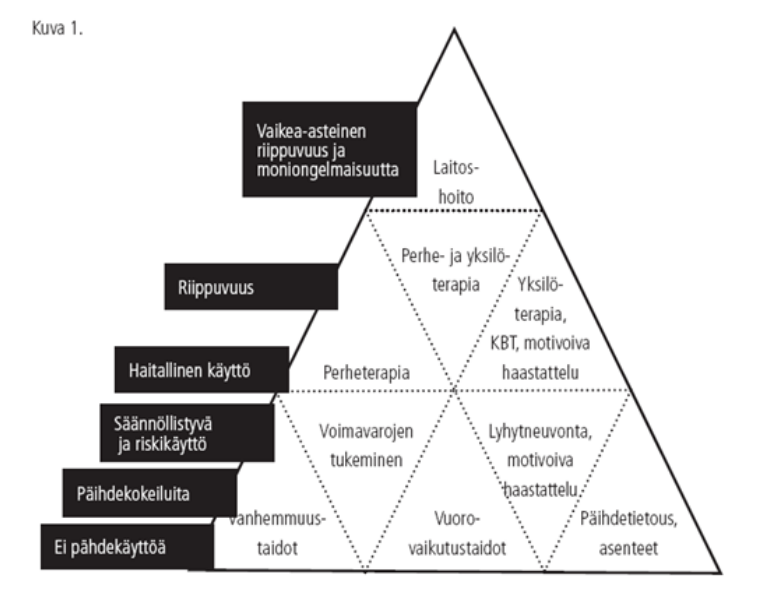
Lapsuusiän mielenterveyshäiriöiden kuten ADHD:n ja käytöshäiriön hoito todennäköisesti vähentää päihdehäiriön kehittymisen todennäköisyyttä. Vanhemmuutta tukevien interventioiden on todettu parhaiten vähentävän sekä nuorten päihteidenkäytön aloittamista että niiden käyttöä myöhemmin seuranta-aikana (esim. Ihmeelliset Vuodet menetelmä pienten ja alakouluikäisten lasten vanhemmille). Taitojen oppimista painottavat interventiot (esim. koulussa toteutettuna) toimivat muun muassa päihdevalistusta paremmin, kun ne ajoitetaan ennen käytön aloittamista tai säännöllistymistä

Nuorten päihdehäiriöiden hoidossa tulokselliset hoitomallit sisältävät elementtejä motivoivasta haastattelusta, kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta, yhteisö vahvistushoitomallista sekä perheterapiasta. Perhekeskeisistä hoitomalleista on eniten tutkimusnäyttöä. Perhenäkökulma on sitä tärkeämpää, mitä nuoremasta lapsesta on kyse. Eri perhe/verkostoterapiamenetelmistä on näyttöä nuorten päihdehäiriöiden hoidossa (monimuotoinen perheterapia MDFT, multisysteeminen terapia MST). Nämä menetelmät ovat myös samanaikaisen käytöshäiriön näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä (Lindberg ym. 2015). Nuorten päihdeongelmien laitoshoidossa yhteisöhoitomallit ovat yleisiä, mutta niiden tuloksellisuutta on tutkittu erittäin vähän.

16-vuotiaiden seurantatutkimuksen mukaan nuoruusiän runsas humalajuominen ei välttämättä johda huono-osaisuuteen varhaisessa keski-ikässä, mikäli humalajuominen vähenee nuoruusiän jälkeen (Berg ym., 2013). Tämä korostaa varhaisen puuttumisen ja hoidon tarjoamisen tärkeyttä nuorissa ikäryhmissä, vaikka lähtötilanne näyttäisi hankalalta.

Palvelujärjestelmän tulisi olla monitasoinen. Esimerkiksi oppilaitoksissa ja perustasolla ehkäisevät ja taitoja korostavat menetelmät ovat ensisijaisia. Mitä vaikeammasta tilanteesta on kysymys, sitä erikoistuneempia ja intensiivisempiä menetelmiä käytetään erikoistason yksiköissä (kuva 2, Niemelä 2010). Kuten aikuisilla, nuorillakin päihdeongelmien hoito on jakaantunut sosiaali- ja terveystoimeen (sisältäen lastensuojelun) ollen pirstaleista. Palvelujen kokonaisuuden koordinaatio on hankalaa ja käyttäjän kannalta palvelujen saatavuus on ollut vaihtelevaa erilaisten hoidon perusteiden vuoksi. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma on linjannut, että mielenterveys- ja päihdepalvelut tulisi tarjota integroiduissa yksiköissä perustasolla. Nuorille on vaihtelevasti erilaisia nuorisoneuvola-, nuorisoasema- ja (päihde)pysäkki-palveluita kunnissa tarjolla, mutta niiden kattavuudesta, palvelujen piirissä olevien osuudesta ja käytetyistä interventioista ei ole olemassa kansallista tietoa.

Kuva 1.



Kuva 2. Päihdehäiriöiden ehkäisyn ja hoidon eri tasot. Lähde: Solja Niemelä 2010.

Kouluterveydenhuollon käyttöön on kehitetty Nuorten päihdemittari ja varhaisen puuttumisen malli, joka sisältää myös hoitoketjun suunnittelun (ADSUME, Pirskanen 2011). Päihdemittarin perusteella arvioidaan huolen vakavuus, muttei tehdä päihdehäiriön diagnoosia. Nuoren vastausten perusteella käydään dialogia nuoren ja yleensä terveydenhoitajan välillä. Tavoitteena on arvioida ja tukea nuoren hyvinvointiin vaikuttavia voimavaroja (perheen tuki, ystävyysuhteet, vapaa-aika ja harrastukset, koulumotivaatio, itsetunto, mieliala, tieto päihdeistä) sekä tarpeen mukaan tehdä preventiivinen mini-interventio päihdeistä toistuvasti käyttäville. Riskikäyttäjille malli sisältää mini-interventio ja jatkohoidon tarpeen arvion tarvittaessa.

Opiskeluterveydenhuolto sisältää myös sairauksien hoidon. Opiskeluterveydenhuollossa tulee toteuttaa perusterveydenhuollon tasoinen päihdehäiriöiden tunnistaminen ja hoito. Menetelmät ovat yllä mainitut puheeksi ottaminen, oman huolen ja muutostoiveen herättely, preventiivinen mini-interventio, mini-interventio sekä saattaen jatkohoidon järjestäminen päihdeongelmallisille nuorille.

Työkyvyttömyys ja syrjäytyminen mielenterveyssyistä

Tässä aluvuossa tarkastellaan ensin mielenterveyden häiriöiden aiheuttaman työkyvyttömyyden laajuutta nuorilla. Sen jälkeen kuvataan oppimisvaikeuksia sekä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöitä syrjäytymisen riskitekijöinä. Viimeisenä kuvataan käytöshäiriöitä ja vaikeinta antisosiaalista syrjäytymistä.

Mielenterveyden häiriöiden aiheuttaman työkyvyttömyyden laajuus nuorilla

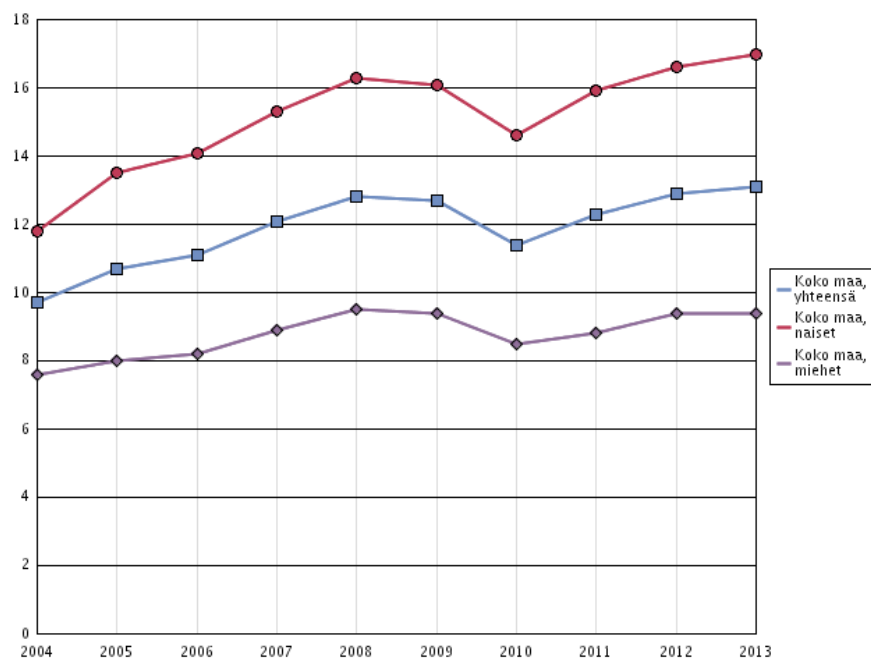
Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat yleisimpiä suomalaisten työkyvyttömyyteen johtavia sairauksia, erityisesti nuorissa ikäryhmissä. Mielenterveyden häiriöiden vuoksi sairauspäivärahaa saaneiden 16–24-vuotiaiden määrä kasvoi vuodesta 2004 vuoteen 2008, kääntyi sen jälkeen laskuun, mutta on taas vuodesta 2010 lisääntynyt (kuva 10). Mielialahäiriöt ovat suurin mielenterveyden häiriöiden ryhmä, jonka vuoksi sairauspäivärahaa on myönnetty, niidenkin määrä on lisääntynyt vuosien 2004 ja 2014 välisenä aikana (Heilä ym. 2015)

Kokonaisuudessaan Kelalta työkyvyttömyyseläkkeen saajien määrä on vähentynyt 12 prosenttia vuodesta 2008 vuoden 2014 loppuun. Tuolloin yleisin sairausperuste työkyvyttömyyseläkkeen saajilla oli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. Lähes 60 prosenttia sai eläkettä näiden häiriöiden perusteella 2014, kun vuonna 2008 vastaava osuus oli 53 prosenttia (Kela 2015). Työkyvyttömyyseläkkeellä mielenterveys- tai päihdehäiriöiden vuoksi olevien osuus 16–24-vuotiaista on lisääntynyt merkittävästi vuosien 1996–2013 aikana, jonkin verran myös 2009–2013 aikana, kun taas 25-vuotiailla ja sitä vanhemmilla mielenterveys- tai

päihdehäiriöiden osuus on vuoden 2010 jälkeen laskenut jonkin verran (Suvisaari, tässä raportissa luku 1.1). Vuonna 2013 mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt olivat työkyvyttömyyseläkkeelle tai kuntoutustuelle siirtymisen syynä 80 prosentilla 16–24-vuotiaista, sitä vanhemmilla 40 prosentilla (Heilä ym. 2015).

Mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyvien nuorten eläkkeen perusteena olevat mielenterveyshäiriöt ovat erilaisia eri ikäryhmissä. Älyllinen kehitysvammaisuus työkyvyttömyyseläkkeen perusteena on yleisin nuorimmissa ikäryhmissä ja mielialahäiriöiden osuus kasvaa nuoreen aikuisuuteen tultaessa. Esimerkiksi vuonna 2009 16–19-vuotiaista työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä yli 60 prosentilla oli diagnoosina älyllinen kehitysvammaisuus tai psyykkisen kehityksen häiriö, noin 15 prosentilla skitsofrenia ja noin 16 prosentilla mielialahäiriö. Vastaavasti 20–24 vuotiaista mielenterveyssyistä eläkkeelle siirtyneistä henkilöistä noin 25 prosentilla diagnoosina oli älyllinen kehitysvammaisuus tai psyykkisen kehityksen häiriö, 26 prosentilla skitsofreniaan viittaava häiriö ja 35 prosentilla mielialahäiriö (Raitasalo ja Maaniemi 2011). Mielialahäiriöiden merkityksen on arvioitu kasvavan vasta lähestyttäessä 30 ikävuotta (Koskenvuo ym. 2014). Vuosittain työkyvyttömyyseläkkeelle mielialahäiriöiden vuoksi siirtyneiden 16–24-vuotiaiden määrä kasvoi 2000-luvun alusta vuoteen 2009, sen jälkeen se hiukan laski vuoteen 2012 ja jälleen hiukan nousi vuoteen 2014 (Heilä ym. 2015).

Eräässä tutkimuksessa on pyritty selvittämään mielenterveyssyistä työkyvyttömiä nuorten aikuisten taustoja. Vuonna 2008 alkoi määräaikainen kuntoutustuki vajaalla 1200:lla 18–34 -vuotiaalla mielenterveyshäiriön perusteella ja tätä Eläketurvakeskuksen rekisteristä poimittua ryhmää tutkittiin heistä laadittujen lausuntojen perusteella (Ahola ym. 2014). Tästä joukosta kuntoutustuki myönnettiin 39 prosentille masennuksen, 34 prosentille skitsofrenian, 14 prosentille manian tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja 12 prosentille muun mielenterveyden häiriön perusteella. Edeltävä sairastaminen oli pitkäkestoista, 62 prosentilla vähintään kaksi vuotta, puolella oli vaikeita lapsuuden ajan elinolosuhteita ja puolella oireilu oli alkanut jo kouluiässä. Samanaikaissairastavuus oli yleistä. Päihteiden käyttöä oli kuvattu kolmanneksella ja itsemurhayritys viidenneksellä. Psykyllinen hoito oli pääsääntö mutta säännöllistä psykoterapeuttista hoitoa arviointiin olleen vain kolmanneksella lausuntoihin perustuen. Edelleen tässä ryhmässä todettiin kolmanneksen olevan vailla ammatillista koulutusta ja työhistoria oli heillä niukka (Ahola ym. 2012).



Kuvio 4. Mielenterveyden häiriöiden vuoksi sairauspäivärahaa saaneet 16–24-vuotiaat / 1 000 vastaavan ikäistä. Lähde: Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet

Terveydenhuollolla on mahdollisuus vaikuttaa osaan nuorten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden aiheuttamasta työkyvyttömyydestä. Häiriöiden varhainen tunnistaminen ja tehokas hoito ovat keskeisiä. Tällöin tulee olla myös riittävät mahdollisuudet hoitaa jo häiriön alkuvaiheessa. Perustason, etenkin koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sekä opiskeluhoillon mahdollisuudet tukea ja hoitaa on turvattava. Vaikuttavia hoitomenetelmiä tulee implementoida sekä perus- että erityistasolla. Nuorten mielenterveys- ja päihdehäiriöissä on aloitettava sekä lääkinnällinen että ammatillinen kuntoutus riittävän ajoissa, jotta normatiivisen kehityksen sujuminen turvataan mahdollisimman hyvin. Tässä mielessä myönteistä on, että esimerkiksi Kelan myönteiset kuntoutuspsykoterapiapäätökset nuorille ovat yli kaksinkertaistuneet kymmenessä vuodessa (Heilä ym. 2015). Kehitysvammaisten nuorten mahdollisuuksia osallistua työelämään tukee asiallinen lääkinnällinen ja ammatillinen kuntoutus, mutta merkittävässä roolissa ovat kouluttajatahot kuten esimerkiksi erityisammattioppilaitokset sekä työnantajien ja työelämän halu ja mahdollisuus järjestää joustavia ja räätälöityjä työtehtäviä.

Oppimisvaikeudet ja aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö syrjäytymisen riskitekijöinä

Nuorilla, joilla on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD), on usein myös jokin muu samanaikainen psykiatrinen sairaus, tavallisimmin käytös-, mieliala- tai ahdistuneisuushäiriö (Smalley ym. 2007). Suomalaisen seurantatutkimuksen mukaan myös oppimisen erityisvaikeudet (lukemisen ja kirjoittamisen sekä matematiikan erityisvaikeus) liittyvät usein ADHD:hen (Taanila ym. 2014). ADHD edellyttää usein koulun tukitoimia, on yhteydessä koulun kesken jäämiseen ja vähäisempään jatkokoulutukseen (Loe ja Feldman 2007). Erilaiset koulun kurinpidolliset toimet ovat myös tavallisempia. Ruotsalaisessa lasten seurantatutkimuksessa 6. luokalla todetut ADHD-oireet ennustivat huonompia arvosanoja 12. eli päättöluokalle asti (Scholtens ym. 2013). Vaikka lääkehoito ja erilaiset käyttäytymisterapeuttiset menetelmät vähentävät ADHD-oireita merkittävästi, nämä eivät kuitenkaan näyttäisi olevan riittäviä lopullisen hyvän koulutustason saavuttamiseksi (Loe ja Feldman 2007).

Pohjois-Suomen syntymäkohortti -86 tutkimuksen perusteella jokin oppimisen erityisvaikeus todettiin 20 prosentilla 8-vuotiaista, ADHD 15/16-vuotiaista 8 prosentilla ja komorbidi elämänaikainen oppimisen erityisvaikeus ja ADHD kolmella prosentilla (Taanila ym. 2014). ADHD tai komorbidi tilanne olivat yhteydessä merkittävästi matalampiin kouluarvosanoihin niin sanotuissa lukuaineissa. Lisäksi nuoret, joilla oli sekä ADHD että oppimisvaikeuksia, joutuvat kertaaman luokan muita useammin ja heidän ammatilliset tavoitteensa ovat muita nuoria alhaisempia. Pelkkä ADHD johti heikompaan suoriutumiseen matematiikassa ja äidinkielessä kuin oppimisen erityisvaikeus yksinään (Taanila ym. 2014).

Aikuisikäisten tutkimuksissa ADHD on myös yhteydessä samanaikaissairastavuuteen, päihdekäyttöön ja heikompaan koulutustason saavuttamiseen ja työssä suoriutumiseen. Prospektiivisessä seurantatutkimuksessa 14 vuoden iässä todettu ADHD lisäsi merkittävästi riskiä 37-vuotiaana todettaviin huonompaan yleiseen terveyteen, huonompaan mielenterveyteen, ja antisosiaaliseen käytökseen (tappeluihin osallistuminen) (Brooks ym. 2013). Lisäksi todettiin yhteys heikentyneeseen työsuoriutumiseen, kun arvioitavia asioita olivat työttömyysjaksojen esiintyvyys, töistä pois jääminen ja positiivisen esimiespalautteen saaminen. Lisäksi nuoruusiässä todettu ADHD oli yhteydessä taloudelliseen stressiin eli oman taloudellisen tilanteen murehtimiseen (Brooks ym. 2013).

Pohjois-Suomen syntymäkohortti -86 aineistossa on myös tarkasteltu 17–19-vuotiaana rikoksesta tuomittuja suhteessa 15-vuotiaana arvioituihin koulumenestykseen, kouluun kiinnittymiseen sekä päihdekäyttöön ja 8-vuotiaana arvioituihin käytös- ja hyperaktiivisuusoireisiin sekä oppimisvaikeuksiin. 15-vuotiaana todettu heikompi koulumenestys ja kouluun kiinnittymättömyys olivat yhteydessä rikostuomioihin (Savolainen ym. 2011). Lisäksi tutkitussa mallissa koulutilanne 15-vuotiaana medioi lapsuuden käytös-, hyperaktiivisuus- ja oppimisvaikeuksien vaikutusta rikostuomioihin. Tutkijat totesivat tämän löydöksen painottavan muun muassa koulussa toteutettavien ja tehokkaiksi todettujen interventioiden merkitystä, jos halutaan vaikuttaa estää lapsuuden riskitilojen muokkautuminen aikuisuuden antisosiaalisuudeksi (Savolainen ym. 2011). Myös toisessa suomalaisessa aineistossa on hyperaktiivisuuden todettu olevan yhteydessä myöhemmän rike- tai rikolliseen toimintaan (Sourander ym. 2006).

Oppimisvaikeuksien varhainen tunnistaminen lapsuudessa ja perustasolla tapahtuva tukeminen ovat merkittäviä ongelman laajenemisen ehkäisemiseksi. Pääpaino tulisi olla koulun eritasoisilla pedagogisilla tukitoimilla lapsuudessa ja nuoruudessa. Opiskeluhuollon (koulu)psykologeilla sekä kouluterveydenhuollolla tulisi olla mahdollisuus tutkia ja arvioida oppimisen vaikeuksien laajuus ja mahdolliset yhtäaikaiset muut neuropsykiatriset häiriöt sekä tarvittaessa ohjata vaikeimmat oppimishäiriöt erikoistason palveluihin (Mikkonen ym. 2015).

Käytöshäiriö ja vaikein antisosiaalinen syrjäytyminen

Suomalaisia vankeja koskevissa tutkimuksissa heistä valtaosalla on ollut jokin elämänaikainen mielenterveyden häiriön diagnoosi, päihdediagnoosi on ainakin neljällä viidestä. Rikosten teko keskittyy pienelle osalle väestöä ja taustalla on monesti varhainen vakava käytösoireilu, kouluvaikeudet, työttömyyttä ja antisosiaalinen persoonallisuushäiriö.

Manninen tutki väitöskirjassaan koulukotiin sijoitettujen nuorten mielenterveyttä ja ennustetta (2013). Koulukotiin sijoitetuilla nuorilla esiintyi merkittävästi samanikäisiä nuoria enemmän monenlaisia psykiatrisia oireita. Sinällään oletettavasti erilaiset ulospäin suuntautuvat oireet, kuten käytöshäiriöoireet, olivat yleisiä mutta myös niin sanottuja sisäänpäin suuntautuvia oireita oli enemmän. Poikien masennusoireet, psykoosiriskioireet ja vaikeudet sosiaalisissa suhteissa jäivät helposti huomiotta ja tytöt tunnistivat itse huonosti masennusoireitaan. Koulukotiin sijoitettujen nuorten kognitiivinen suoriutumisen oli verrokkeja heikompaa erityisesti kielellisen suoriutumisen alueella. Nuoria seurattiin viiden vuoden ajan, jolloin pojista 75 prosenttia sai uuden merkinnän rikosrekisteriin ja erityisenä huolena nostettiin esille pojista 50 prosentin syyllistyneen väkivaltarikokseen. Tytöt syyllistyivät rikoksiin vähemmän. Käytösoireisten poikien myöhempää rikollisuutta ja väkivaltarikollisuutta ennusti heikko kielellinen suoriutuminen (Manninen ym. 2013).

Koulukodin jälkeen -tutkimus on rekisteri- ja yksilötutkimuksena toteutettava vuosina 1991, 1996, 2001, 2006 ja 2011 kaikkia koulukoteihin sijoitettuja nuoria sekä heille koottuja kaltaistettuja verrokkeja koskeva tutkimus. Alustavissa tuloksissa on havaittavissa koulukotitaustaisilla nuorilla aikuisilla huomattavasti kohonnut ennenaikaisen kuoleman riski. Koulukotitaustaisilla naisilla on enemmän raskauden keskeytyksiä ja he synnyttävät nuorempina kuin verrokkit, osa ennen täysi-ikäisyyttä (Lehti ym. 2015). Koulukotiin nuorena sijoitettujen naisten raskauteen ja synnytykseen liittyy myös enemmän komplisoivia tekijöitä kuten raskauden aikainen tupakointi, ennenaikainen synnytys ja syntyneiden lasten matala syntymäpaino. Tämän erityisryhmän lisääntymisterveyteen tulisi tutkijoiden mukaan kiinnittää huomiota.

Vakavin, jo lapsuudessa alkava väkivaltaista ja muuta antisosiaalista käytöstä sisältävä käytöshäiriö voidaan nähdä merkittävimmäksi lasten ja nuorten psykiatriseksi ongelmaksi (Eme 2010). Tämän häiriön hoito vaatii laajaa ja tiivistä yhteistyötä kasvatusvastuussa olevien, koulun ja sosiaalitoimen toimijoiden kanssa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat yksilö- tai ryhmämuotoisina ovat toimivia käytöshäiriöisten nuorten hoidossa (Lindberg ym. 2015). Vaikeiden käytöshäiriöiden hoidossa suositeltavampia taas ovat useita terapeuttisia lähestymistapoja yhdistelevät perheterapeuttiset interventiot, kuten monimuotoinen perheterapia MDFT. Muualla kehitettyjen menetelmien soveltaminen ja soveltuvuus suomalaisiin olosuhteisiin arvioitiin vaativan kuitenkin kehittämisen- ja tutkimustyötä. Erityisen ongelmallista on, että suomalaisessa terveydenhuollossa ei juuri tarjota tutkimustietoon perustuvia käytöshäiriöiden hoitoja (Lindberg ym. 2015).

Hyvä mielenterveys tukee sopeutumiskykyä

Hyvä mielenterveys on muutakin kuin sairauden poissaoloa. Se sisältää psyykkisen hyvinvoinnin ja sosiaalisen toimintakyvyn. Myös mielenterveyden häiriötä sairastava henkilö voi kokea positiivista mielenterveyttä tai sen elementtejä.

Positiivinen nuoruuskehitys (positive youth development) käsitteenä pitää sisällään sen että kaikissa nuorissa on vahvuuksia ja sopeutumiskykyä. Tätä käsitettä on pyritty operationalisoimaan ja edelleen tunnistamaan indikaattoreita, jotka määrittelevät kukoistavaa nuorta. Eräs tutkittu viitekehys rakentuu viiden ominaisuuden tai piirteen varaan, jotka ovat pätevyys/kyvykyys (competence; kognitiivinen, sosiaalinen,

akateeminen ja ammatillinen), positiivinen minäkäsitys ja omanarvontunto (confidence), positiiviset sidokset ja molemminpuolinen vuorovaikutus ihmisten ja instituutioiden kanssa (connection), yhteisten sääntöjen kunnioittaminen, moraalisuus ja integriteetti (character) sekä empatia muita kohtaan (caring) (Lerner ym. 2010, Bowers ym. 2010). Jos nuorella on näitä ominaisuuksia pidempikestoisesti, hän on kukoistava. Aikuisuutta kohti tulee onnistuneessa nuoruuskehityksessä yksi ”C” lisää listaan: nuoren osallistuminen ja panos yhteisen hyväksi (contribution).

Positiivinen mielenterveys voidaan määritellä monin eri tavoin, mutta yhteisinä piirteinä määritelmille on muun muassa hyvät psyykkiset voimavarat, vaikuttamismahdollisuus omaan elämään, toiveikkaus, tyydytystä tuovat sosiaaliset suhteet, myönteinen käsitys itsestä ja omista kehittymismahdollisuuksista, kiitollisuus ja tyytyväisyys siihen mitä itsellä on (esim. Keyes 2005). ”Täydellinen mielenterveys” eli kukoistaminen on hyvinvointia ja toimintakykyä sekä omien potentiaalien täyttä hyödyntämistä. Esimerkiksi mielenterveyden häiriöistä vapailla opiskelijoilla kukoistuksen tunnusmerkistön täyttyminen liittyy monella tavalla korkeampaan hyvinvoinnin ja suoriutumisen tasoon verrattuna opiskelijoihin, jotka eivät kukoista (Keyes ym. 2012, Suldo ja Shaffer 2008).

Yksi positiivisen mielenterveyden ulottuvuus on resilienssi. Se on yksilön kykyä toimia pätevästi ja tehokkaasti vastoinkäymisissä ja kuormitettuna. Edelleen resilienssi on psyykkistä joustavuutta, toipumiskykyä, valmiutta muutokseen ja kykyä käsitellä kuormitusta positiivisella ja auttavalla tavalla. Parhaimmillaan resilienssi nuori kehittyy sopeutumiskykyiseksi aikuiseksi, vaikka hänen elämässään olisi ollut erilaisia vaikeuksia. Tunnusomaisia piirteitä resilienteille nuorille ovat muun muassa huolehtiva ja tukea antava aikuinen taustalla, miellyttävyys, älykkyys (sisältäen sosiaaliset taidot), jokin lahjakkuus, itseluottamus ja usko omaan pärjäämiseen, hengellisyys tai uskonnollisuus (Masten ja Coatsworth 1998). Resilienssi ei siis ole pelkistettävissä mielenterveyden häiriöiden riski- ja suojaavien tekijöiden summaksi. Resilienssistä puhutaan myös yhteisöjen ja yhteiskunnan ominaisuutena.

Olisi tärkeä tunnistaa niitä tekijöitä ja erilaisia prosesseja, jotka edistävät yksilön, perheiden ja yhteisöjen sopeutumiskykyä ja ehkäisevät esimerkiksi yksilön sairastumista mielenterveyden häiriöön kuormittavissa elämäntilanteissa (Fergus ja Zimmerman 2005). Mihin tekijöihin voidaan merkittävästi vaikuttaa ja miten sopeutumiskykyä voitaisiin tällöin parantaa? Joka tapauksessa positiiviseen mielenterveyteen liittyviä taitoja voi oppia ja harjoitella ja niitä voi opettaa nuorille (esim. Murphey ym. 2013, Weare ja Nind 2011).

Mitä pitäisi tehdä?

Mitä siis pitäisi tehdä? Ensimmäisenä esitellään tutkimushaasteita niin ongelmien esiintyvyyden kuin myös palvelujärjestelmän osalta. Lopussa kuvataan palvelujärjestelmän kehittämisen haasteita.

Haasteita tutkimukselle

Nuorten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ja niiden hoidon osalta on useita ajankohtaisia tutkimushaasteita. Tarvitaan päivitettyä tietoa ongelmien esiintyvyydestä, niin hoidon ulkopuolella olevista kuin hoidon piirissä olevista sekä hoidossa käytettävistä menetelmistä.

- Mielenterveyden- ja päihdehäiriöiden epidemiologia suomalaisilla nuorilla
Jotta mielenterveyden- ja päihdehäiriöitä voitaisiin asianmukaisesti ehkäistä ja sovittaa palvelujärjestelmä vastaamaan tarvetta tulee selvittää mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys ja hoidon tarve suomalaisilla nuorilla. Tätä ei ole toistaiseksi tutkittu asianmukaisin diagnostisin haastattelumenetelmin. Nuorten mielenterveyden häiriöissä tapahtuvia ajallisia muutoksia tulee seurata.
- Ketkä jäävät palveluiden ja tukitoimien ulkopuolelle?
Tulisi tutkia miten eri tukitoimet kohdentuvat, ketkä jäävät niiden ulkopuolelle ja mikä on nuorten oma näkemys palveluiden riittävydestä ja laadusta. Tilastot, kuten Hoitoilmoitusrekisteri ja lastensuojelun tilastot kertovat vain niistä, jotka ovat hoidon ja tukitoimien piirissä. Tarvitaan tietoa eritasoisissa palve-

luissa olevien nuorten osuuksista ja esimerkiksi perusterveydenhuollon sisältäen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tilastointia tulee terävöittää.

- Menetelmien implementointi ja kehittäminen

Muulla kehitetyistä mielenterveyttä edistävästä, häiriöitä ehkäisevistä ja hoidollisista menetelmistä tulee arvioida, miten ne soveltuvat Suomen olosuhteisiin, ilman että tutkimusprosesseista tulee liian raskaita ja pitkäkestoisia. Haasteena on myös, miten levittää ja koordinoita vaikuttavia menetelmiä suomalaisessa palvelujärjestelmässä. Uusia innovatiivisia menetelmiä tulee myös kehittää, esimerkiksi internetsovelluksiin ja sosiaaliseen mediaan pohjautuvia yhteisöllisiä menetelmiä ja esimerkiksi ns. nettiterapioita.

- Positiivisen mielenterveyden tutkiminen

Tulisi ratkaista miten nuorten positiivista mielenterveyttä ja voimavaroja arvioitaisiin yhtenäisin psykometrisesti toimivien menetelmin. Tarvitaan tutkimustietoa siitä, mitkä tekijät puskuroivat syrjäytymistä, vaikka nuoren elinoloissa olisi kuormittavia tekijöitä tai hänellä olisi jokin mielenterveyden häiriö.

Haasteita palvelujärjestelmälle

Palvelujärjestelmän osalta haasteena on samanaikaisesti integroidun että tarkoituksenmukaisesti porrastetun palvelujärjestelmän kehittäminen, nuorten elämän nivelvaiheisiin huomion kiinnittäminen palveluita suunniteltaessa, sekä riittävän hyvin resursoitun koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon mahdollisuuksien hyödyntäminen.

- Asianmukaisesti porrastetut ja integroidut palvelut

Mielenterveyden ongelmat tulee nähdä jatkumolla, jossa ensimmäisenä kohdennetun intervention aiheena on tunnistettu riski sairastua tai lievä oireilu. Tällöin hoito ja tukitoimet voivat olla eri ammattikuntien toteuttamaa mutta aina ammatillista ja muutokseen tähtäävää.

Häiriötason psykiatrisen oireilun oikean hoidon tason, soveltuvien psykososiaalisten hoitojen ja lääkehoidon valintaan vaikuttavat todettu sairaus, samanaikaissairastavuus, oireiden laaja-alaisuus ja vaikeusaste, toimintakyky elämän eri alueilla, elämänlaatu, komplisoivat yksilöön ja lähipiiriin liittyvät tekijät, nuoren oma käsitys, mitkä tekijät aiheuttavat hänelle kärsimystä ja toimintakyvyn laskua sekä nuoren ja hänen perheensä toiveet hoidolle. Varhaisen tunnistamisen ja varhaisen tehokkaan/ intensiivisen hoidon merkitys nousee keskeiseksi nuorisopsykiatristen tutkimusten valossa.

Perustason palveluissa (nykyisin perusterveydenhuolto) tulee olla mahdollista hoitaa nuorten lievät ja keskivaikeat komplisoitumattomat mielenterveyden häiriöt. Erikoistasolle, eli nykyiseen nuorisopsykiatrieseen ja psykiatriseen erikoissairaanhoidon, sijoittuvat vaativampi arviointi ja erityistutkimukset, vaikeiden ja komplisoituneiden häiriöiden hoito ja spesifit psykopatologian mukaiset hoito- ja kuntoutusmenetelmät tai niihin ohjaaminen (esimerkiksi Kelan tukemat kuntoutukset). Käytöshäiriöiden hoitamiseksi tarkoitettujen tehokkaiden menetelmien puute tulee korjata kaikilla tasoilla. Päihdehäiriöiden näkeminen erillisenä muusta mielenterveydestä on erityisen hankalaa nuorissa ikäryhmissä ja nuorten päihdepalvelujen tulisi olla selkeästi integroituna osaksi nuorten mielenterveyden palvelujärjestelmää. Sosiaalitoimen / lastensuojelun ja mielenterveyspalvelujen yhteistyö on ensiarvoista, kun kyseessä on nuoren vaikea käytös- ja/tai päihdehäiriö. Alaikäisille päihdehäiriöisille on tarjolla niukasti vieroitushoitoa, jossa olisi riittävä lääketieteellinen asiantuntemus mukana.

Nuorten mielenterveyspalvelujen tulisi koskea kaikkia alle 23-vuotiaita, ja palvelujen tarjoajasta riippumatta kehitysvaiheen erityispiirteet esimerkiksi opiskelukykyisyys ja opiskelukyvyn tukeminen tulisi pystyä huomioimaan.

- Huomio nivelvaiheisiin

Erilaiset siirtymä-/nivelvaiheet ovat riskikohtia, jolloin nuori voi pudota palvelujärjestelmän ulkopuolelle. Tällaisessa vaarassa ovat esimerkiksi peruskoulun päättävät nuoret, jotka eivät jatka toisen asteen opintoja tai opinnoista pois putoavat, varusmiespalvelukseen astuvat ja sen päättävät, työelämään integroitumisen vaiheessa olevat. Tässä putoamisriskissä olevien tunnistamisessa ja hyödyllisimpiin palveluihin ohjaami-

seen tarvitaan terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyön lisäksi laajaa yhteistyötä oppilaitosten, työvoimapolitiittisten palveluiden ja esim. nuorisotoimen kanssa. Pääsy palveluihin tulisi olla tarjolla niin sanotusti yhdeltä luukulta.

Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -toimintamalli (Appelqvist-Schmidlechner 2011) on yksi onnistunut esimerkki syrjäytymisuhan tunnistamiseksi ja siihen vaikuttamiseksi pyrkivistä menetelmistä. Kaikille kutsunnan alaisille miehille tarjotaan tilaisuus hakeutua tukipalveluun, ja lisäksi varusmies- tai siviilipalveluksen keskeyttäneet ohjataan kotikunnan ohjaajalle. Ohjaaja selvittää yhdessä asianosaisen kanssa elämäntilannetta, tukitarpeita, voimavaroja ja toimintamahdollisuuksia, pyrkii aktivoimaan omaa toimintaa ja palveluiden käyttöä sekä seuraa selviytymistä.

- **Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon potentiaali**

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto yhdistettynä opiskelijahuollon palveluihin tarjoaa erinomaisen alustan nuorten ikä- ja kehitysvaihespesifille perustasoiselle mielenterveys- ja päihdetyölle, oireilun tunnistamiselle ja varhaisten-lievien häiriötilojen hoidolle. Tämä edellyttää riittävää henkilöstön resursointia eli aikaa nuorten kohtaamiseen ja sitä, että työntekijöillä on asianmukaiset menetelmät ja työvälineet käytettävissä.

Lisätietoa THL:n verkkosivuilla

Nuorten mielenterveys: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/lasten-ja-nuorten-mielenterveys/nuorten-mielenterveys>

Kouluterveyskysely: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely>

Nuorten syrjäytyminen: <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointipolitiikka/elinolot-ja-hyvinvointi/syrjaytyminen-ja-osallisuus/nuorten-syrjaytyminen>

Lähteet

- Aaltonen S, Berg P, Ikäheimo S. Nuoret luukulla - Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Tutkimuksesta tiiviisti 3. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, helmikuu 2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-442-7>
- Ahola K, Joensuu M, Mattila-Holappa P, Tuisku K, Vahtera J, Virtanen M. Mielenterveyssyistä työkyvyttömiä nuorten aikuisten tausta. *Suom Lääkäril* 2014;69:3441–8.
- Appelqvist-Schmidlechner K. Time Out! Getting Life Back on Track. A psychosocial support programme targeted at young men exempted from compulsory military or civil service (Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen. Psykososiaalinen tukipalvelu varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle määrättyille miehille). Väitöskirja. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print: Tampere 2011.
- Berg N, Kiviruusu O, Karvonen S, Kestilä L, Lintonen T, Rahkonen O, ym. 26-year follow-up study of heavy drinking trajectories from adolescence to mid-adulthood and adult disadvantage. *Alcohol and Alcoholism* 2013;48:452–7.
- Beskow J, Kerkhof A, Kokkola A, Uutela A. Suicide prevention in Finland 1986–1996: External evaluation by an international peer group. 1999. Sosiaali- ja Terveysministeriö. Monisteita 1999:2.
- Bowers EP, Li Y, Megan K, Kiely MK, Brittian A, Lerner JV, Lerner RM. The five Cs model of positive youth development: A longitudinal analysis of confirmatory factor structure and measurement invariance. *J Youth Adolescence* 2010;39:720–35. doi:10.1007/s10964-010-9530-9
- Brook JS, Brook DW, Zhang C, Seltzer Nm, Finch SJ. Adolescent ADHD and adult physical and mental health, work performance, and financial stress. *Pediatrics* 2013;131:5–13.
- Coughlan H, Cannon M, Shiers D, Power P, Barry C, Bates T, ym. Towards a new paradigm of care: the International Declaration on Youth Mental Health. *Early Interv Psychiatry* 2013;7:103–8.
- Eme, R. Male life-course-persistent antisocial behavior: the most important pediatric mental health problem. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164:486–7. doi:10.1001/archpediatrics.2010.44
- Fergus S, Zimmerman MA. Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu Rev Public Health* 2005;26:399–419. doi:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357

- Heilä H, Laukkala T, Vanhanen H, Blomgren J. Nuorten psykiatrien työkyvyttömyys: Kelan mielenterveyskuntoutuksen näkökulma. *Työterveyslääkäri* 2015;2:66–71.
- Kaltiala-Heino R, Marttunen M, Fröjd S. Lisääntyvätkö nuorten mielenterveyden ongelmat? *Suom Lääkäril* 2015;70:1908–12.
- Kaltiala-Heino R, Welling J, Fröjd S. Tamperelaisten 9-luokkalaisten mielenterveys lukuvuosina 2002-3 ja 2012-13. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisusarjan julkaisu 1/2014. <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=36894>.
- Karlsson L, Ruutu T, Kiviruusu O, Heilä H, Holi M, Kettunen K, et al. Current comorbidity among consecutive adolescent psychiatric outpatients with DSM-IV mood disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15:220–31.
- Kekkonen V, Kivimäki P, Laukkanen E. Vaikuttaako alkoholi nuorten aivojen kehitykseen? *Suom Lääkäril* 2014;69:549–54.
- Kela/tilastoryhmä. Kelan eläke-etuuksien saajien määrä vähenee. Tilastokatsaus, 25.02.2015. www.kela.fi/tilastot. Kela, 2015. http://www.kela.fi/documents/10180/1630864/Kelan_eläke_etuuksien_maara_vahenee.pdf/32e5ea4-b2dd-4bee-b2c5-3687c09f2a3f
- Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso S, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:359–64.
- Kestilä LK, Koskinen S, Kestilä L, Suvisaari J, Aalto-Setälä T, Aro H. Nuorten aikuisten psyykinen oireilu: Riskitekijät ja terveyspalvelujen käyttö. *Suom Lääkäril* 2007;62:3979–86.
- Keyes C, Eisenberg D, Perry G, Dube S, Kroenke K, Dhingra S. The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *J Am Coll Health* 2012;60:126–33.
- Kontula O, Meriläinen H. Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa. Väestö-tutkimuskeskus. Katsauksia E 26. Helsinki 2007: Väestöliitto.
- Koskenvuo K, Kempainen H, Pösö R. Nuoret eläkkeensaajat. Kela Työpapereita 60/2014. www.kela.fi/tutkimus. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/135525/Tyopapereita60.pdf?sequence=1>
- Kotiharju A. Rakuunamäen Lasten talo kasvaa. *Etelä-Saimaa* 24.6.2015, s. 6.
- Laukkanen E, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylmä J, Tolmunen T, Hintikka J. The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44: 23–8.
- Lehti V, Gissler M, Suvisaari J, Manninen M. Induced abortions and birth outcomes of women with a history of severe psychosocial problems in adolescence. *Eur Psychiatry* 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.05.005>
- Lerner RM, Alexander von Eye A, Lerner JV, Lewin-Bizan S, Bowers EP. Special issue introduction: The meaning and measurement of thriving: A view of the issues. *J Youth Adolescence* (2010) 39:707–719. doi:10.1007/s10964-010-9531-8
- Lindberg N, Ranta K, Gergov V, Strandholm T, Tainio V-M, Ehrling L, Marttunen M. Nuorten käytöshäiriön ja antisosiaalisen käyttäytymisen psykososiaaliset hoitomuodot. Systemaattiseen hakuun perustuva kirjallisuuskatsaus. *Suom Lääkäril* 2015;70:1913–8.
- Lindfors P, Kivivuori J, Mattila V, Rimpelä A. Occurrence of violence among 12-18-year-old adolescents in 1999 and 2009 in Finland. *Eur J Public Health* 2013;23:699-700. doi:10.1093/eurpub/ckt050
- Loe IM, Feldman HM. Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology* 2007;32:643–54.
- Luopa P, Kivimäki H, Matikka A, Vilkki Suvi, Jokela J, Laukkari-Enssi, Paananen Reija. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-2013 - Kouluterveyskyselyn tulokset. THL Raportti: 2014_025. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-280-5>
- Lähtenmäki S, Saarni S, Suokas J, Saarni S, Perälä J, Lönnqvist J, Suvisaari J. Prevalence and correlates of eating disorders among young adults in Finland. *Nord J Psychiatry*. 2014;68:196-203. doi: 10.3109/08039488.2013.797021.
- Lönnqvist J, Henriksson M, Isometsä E, Marttunen M. Itsetuhokäyttäytyminen. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.). *Psykiatria*. 11. uudistettu painos. Keuruu: Kustannus Oy Duodecim, 2014:578-597. ISBN978-951-656-490-9
- Manninen M. Koulukotiin sijoitettujen nuorten psykiatrinen oirekuva ja ennuste. Väitöskirja, Helsingin yliopisto ja THL. THL Tutkimus 112. Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere 2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-968-8>
- Manninen M, Lindgren M, Huttunen M, Ebeling H, Moilanen I, Kalska H, Suvisaari J, Therman S. Low verbal ability predicts later violence in adolescent boys with serious conduct problems. *Nord J Psychiatry* 2013;67:289-97. doi:10.3109/08039488.2012.738245
- Markkula N, Suvisaari J, Saarni SI, Pirkola S, Peña S, Saarni S, ym. Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up – Results from the Finnish Health 2011 Survey. *J Affect Disord* 2015;173:73–80. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.015
- Marttunen M, Haravuori H, Santalahti P. Lasten ja nuorten mielenterveys ja syrjäytyminen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2014;51:143–5.
- Masten AS, Coatsworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *Am Psychol* 1998;53:205-20.
- McGorry P. The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. *Med J Aust* 2007;187(7Suppl):S53–6.
- Mikkonen K, Nikander K, Voutilainen A. Koulun ja terveydenhuollon keinot oppimisvaikeuksien tunnistamisessa ja hoidossa. *Suom Lääkäril* 2015;70:801–7.

- Morgan C, Burn T, Fitzpatrick R, Pinfold V, Priebe S. Social exclusion and mental health: Conceptual and methodological review. *Br J Psychiatry* 2007;191:477–83.
- Murphey D, Barry M, Vaughn B. Positive Mental Health: Resilience. *Child Trends*. Publication # 2013-3. http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/03/Child_Trends-2013_11_01_AHH_Resilience.pdf
- Myrskylä P. Hukassa – Keitä ovat syrjäytyneet nuoret? Eva analyysi No 19. 1.2.2012. www.eva.fi
- Niemelä S. Nuorten päihdehäiriöiden hoito ja päihdepalveluiden kehittäminen. Nuorten hyvin- ja pahoinvointi, Konsensuskokoos 2010. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia. Vammalan kirjapaino 2010, s. 110–8. <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/fl1595320904/konsensus2010/artikkelikirja.pdf>
- Nock MK, Green MG, Hwang I. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behaviour among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry* 2013; 70:300–10.
- Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A, Gissler M. Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 – tutkimusaineiston valossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 52/2012. Helsinki, 2012. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-696-0>
- Pelkonen M, Karlsson L, Marttunen, M. Adolescent suicide: epidemiology, psychological theories, risk factors and prevention. *Curr Pediatr Rev* 2011;7:52–67.
- Pirkanen M. Varhaisen puuttumisen malli nuorten päihteettömyyden edistämiseksi - toimintaohjeita 2011. https://www.thl.fi/documents/605877/747474/varh_puutt_malli_toimintaohj_AD_SUME.pdf
- Pylkkänen K. Nuorisopsykiatrian avohoidon tarpeeseen ja kysyntään perustuvat palvelujen saatavuuden laatu- ja kysyntäsuositukset – Tiivistelmä Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen laatuprojektista, Osa I. 2011.
- Pylkkänen K ja Laukkanen E. Nuoret eivät pelkää hakeutua mielenterveyspalveluihin. *Suom Lääkäril* 2011;66:2316–7.
- Pylkkänen K ja Laukkanen E. Nuorisopsykiatrisen avohoito toteutuu kohtalaisesti. *Näkökulma*. *Suom Lääkäril* 2013;68:1164–65.
- Raitasalo K, Huhtanen P, Miekka M, Ahlström S. Nuorten päihdeiden käyttö Suomessa 1995–2011. ESPAD -tutkimusten tulokset. THL Raportti 59/2012. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90828/URN_ISBN_978-952-245-735-6.pdf?sequence=1
- Raitasalo R Maaniemi K. Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys vuosina 2004–2009. Kela Nettityöpapereita 23/2011. Helsinki 2011. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/25936/Nettityopapereita23.pdf>
- Salmi V. Nuorten rikoskäyttäytyminen ja uhrikokemukset 2012. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 113. <http://www.optula.om.fi/1347273618100>
- Santalahti P, Sourander, A Piha J. Lasten mielenterveyspalveluiden käyttö. *Duodecim* 2009;125:959–64.
- Savolainen J, Hugher LA, Mason WQ, Hurtig TM, Taanila AM, Ebeling H, Moilanen IK, Kivivuori J. Antisocial propensity, adolescent school outcomes, and the risk of criminal conviction. *J Res Adolesc* 2011;22:54–64.
- Scholtens S, Rydell A-M, Yang-Wallentin F. ADHD symptoms, academic achievement, self-perception of academic competence and future orientation. A longitudinal study. *Scand J Psychol* 2013;54:2015-212.
- Smalley SL, McGough JJ, Moilanen IK, ym. Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46:1575–83.
- Solantaus T, Paavonen J. Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. *Duodecim* 2009;125:1839–44.
- Sourander A, Elonheimo H, Niemelä S, ym. Childhood predictors of male criminality: a prospective, population-based follow-up study from age 8 to late adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:578–86.
- Suldo S, Shaffer E. Looking beyond psychopathology: the dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review* 2008;37:52–68.
- Suvisaari J, Aalto-Setälä T, Tuulio-Henriksson A, Härkänen T, Saarni SI, Perälä J, ym. Mental disorders in young adulthood. *Psychol Med* 2009;39:287-9999. doi:10.1017/S0033291708003632
- Suvisaari J. Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyyden ja sairastuvuuden kehitys Suomessa. Tämä raportti
- Taanila A, Ebeling H, Tiihala M, Kaakinen M, Moilanen I, Hurtig T, Yliherva A. Association between childhood specific learning difficulties and school performance in adolescents with and without ADHD symptoms: A 16-year follow-up. *Journal of Attention Disorders* 2014;18:61–72.
- Tilastokeskus. Kuolemansyyt 2013. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2014, Helsinki 30.12.2014. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_fi.pdf
- Torikka A, Kaltiala-Heino R, Rimpelä A, Marttunen M, Luukkaala T, Rimpelä M. Self-reported depression is increasing among socio-economically disadvantaged adolescents - repeated cross-sectional surveys from Finland from 2000 to 2011. *BMC Public Health* 2014;14:408-18. doi:10.1186/1471-2458-14-408
- Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International*, Vol. 26 No. S1 doi:10.1093/heapro/dar075
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, ym. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013;382:1575–1586.

3.5 Kannabis ja päihdepalvelujärjestelmä

Christoffer Tigerstedt & Karoliina Karjalainen & Kristiina Kuussaari

Johdanto

Kannabis on ajankohtainen aihe monesta syystä. Kannabiksen lääkkeellinen käyttö on runsaassa 10 vuodessa levinnyt lähes puoleen USA:n osavaltioista. Coloradon ja Washingtonin osavaltiot laillistivat kannabismarkkinat vuonna 2014 (ja ensimmäisenä valtiona Uruguay vuonna 2013) ja useat muut osavaltiot saattavat piakkoin seurata perässä. Euroopassa kannabismarkkinoita ei ole laillistettu samalla tapaa, mutta tosiasiallisesti kannabiksen käytön kontrollia on alettu löysentää monessa Euroopan maassa (esim. Alice Rap, 2014; Balotta ym. 2008; Coombes 2014; Room ym. 2010). Toinen markkinoita perusteellisesti mullistava seikka on uuden teknologian mahdollistama kannabiksen kotikasvatuksen nopea leviäminen. Näiden muutosten keskellä Yhdistyneiden Kansakuntien huumausainesopimusten sisältämä kannabiksen täyskielto on joutunut yhä vakavamman arvostelun kohteeksi (Room 2013, 346).

Myös Suomessa toimintaympäristö ja keskusteluilmapiiri ovat muuttuneet: kannabiksen käyttö on lisääntynyt tasaisen varmasti tietyissä ikäluokissa (Hakkarainen ym. 2015), kotikasvatus on yleistynyt huomattavasti (Hakkarainen ym. 2011) ja keväällä 2014 vaadittiin kansalaisaloitteessa kannabiksen käytön, hallussapidon ja kasvatuksen rangaistuksetta jättämistä – tosin huonolla menestyksellä.

Kannabiksesta siis puhutaan, eikä vain sen käytöstä, kasvatuksesta ja kontrollista. Myös kannabiksen aiheuttamista haitoista puhutaan enemmän (Hakkarainen ym. 2014). Haittojen hoitamisesta, sen sijaan, on vain vähän keskustelua. Euroopan huumausaineiden seurantakeskus (EMCDDA) julkaisi keväällä 2015 raportin kannabiksen käyttöön liittyvistä haitoista ja hoidosta. Siinä arvioidaan, että noin 10 prosenttia kannabiksen käyttäjistä hakeutuu hoitoon kannabiksen käytön takia. (Schettino ym. 2015, 14.) Raportissa Suomi luokitellaan maaksi, jossa kannabisongelmiin ei ole erityistä hoitoa tarjolla, vaan hoidon tarpeessa olevat kannabiksen käyttäjät saavat hoitoa yleisen päihdepalvelujärjestelmän piiristä (mt., 48). Raportissa todetaan, että nuorilla perheterapeuttiset hoitomallit (multidimensional family therapy) näyttävät toimivan, kun taas aikuisilla kognitiivisen käyttäytymisterapian, motivoivan haastattelun ja palkkiohoidon (contingency management) menetelmien yhdistelmä on todettu tehokkaaksi (mt., 7–8). Samat psykososiaaliset menetelmät on kannabiksen käyttäjien hoidon osalta mainittu myös Suomen huumeongelman hoidon käypä hoito -suosituksissa (Huumeongelman hoito, 2012).

Meillä on hyvin vähän tietoa siitä, kuinka laajaa kannabiksen käytöstä aiheutuvien haittojen hoitaminen on Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä ja mitä tällä järjestelmällä on tarjottavana näistä haitoista kärsiville. Näitä tiedon aukkoja tuskin täytetään hetkessä. Seuraavassa kannamme kortemme kekoon ja toivomme samalla, että keskustelu asiasta vilkastuu. Pohjustamme hoidon kysyntää ja tarjontaa koskevaa pääaihetamme kertomalla miten kannabiksen käyttö ja asenteet sitä kohtaan ovat kehittyneet viime vuosina Suomessa.

Kannabiksen käytön yleisyys

Suomalaisten 15–69-vuotiaiden kannabiksen käytön yleisyyttä on vuodesta 1992 vuoteen 2014 seurattu muutaman vuoden välein suoritettulla vertailukelpoisella Päihdetutkimuksella. Koko sinä aikana käyttö on lisääntynyt. Kun vuonna 1992 viisi prosenttia ilmoitti käyttäneensä kannabista vähintään kerran/joskus elämässään, vastaava luku vuonna 2014 oli 19 prosenttia. Haittojen kannalta tätä elinikäisprevalenssia kiinnostavampi osoitin on vuosiprevalenssi ja kuukausiprevalenssi. Myös näissä kasvusuunta on ilmeinen, joskin on muistettava, että lähtötaso oli hyvin matala. Vuonna 1992 vain yksi prosentti kertoi käyttäneensä kannabista viime vuoden aikana kun vuonna 2014 näiden käyttäjien osuus oli noussut kuuteen prosenttiin. (Hakkarainen ym. 2015.) Vertailu alkoholiin on valaiseva: noin 9/10 suomalaisista ei ole viime vuoden aikana käyttänyt kannabista, kun puolestaan 9/10 suomalaisista on käyttänyt alkoholia.

Säännöllisempää kannabiksen käyttöä edustavat ne, jotka ovat käyttäneet kannabista vähintään kerran kuukaudessa. Näitä henkilöitä löytyy eniten nuorimmista ikäryhmistä eli 15–24- ja 25–34-vuotiaista, joskin viime aikoina on saatu pieniä viitteitä myös siitä, että kannabiksen käyttö olisi lisääntymässä vanhemmissakin ikäryhmissä. Vuonna 1992 vain yksi prosentti alle 24-vuotiaista oli käyttänyt kannabista viime kuukauden aikana ja puhtaat nolla prosenttia 25–34-vuotiaista. Vuonna 2014 kummankin ikäluokan osuudet olivat nousseet viiteen prosenttiin, mikä tarkoittaa yhteensä noin 65 000 15–34-vuotiaasta henkilöä. (Hakkarainen ym. 2015.) Näiden ahkerimpien käyttäjien joukosta löytyvät ne käyttäjät, jotka ovat hoidon ja tuen tarpeen näkökulmasta varsinainen kiinnostuksemme kohde.

Samalla kun kannabiksen käyttö on lisääntynyt, asenteet sitä kohtaan ovat lientyneet. Vuonna 2014 puolet suomalaisista piti kannabiksen kokeilua kerran tai pari vain vähäisenä terveydellisenä tai muuna riskinä, kun vastaava osuus vuonna 1996 oli neljännes. Myös säännöllistä kannabiksen käyttöä kohtaan suhtaudutaan myönteisemmin: vuonna 1996 vain neljä prosenttia piti säännöllistä käyttöä vähäisenä riskinä, mutta vuonna 2014 heitä oli jo 13 prosenttia. (Hakkarainen ym. 2015.)

Seuraavaksi tarkastelemme niitä kannabiksen käyttäjiä, joilla käyttö on aiheuttanut ongelmia, ja vieläpä niin paljon ongelmia, että he ovat katsoneet parhaaksi hakea sosiaalista tai lääketieteellistä apua. Puhumme siis hyvin pienestä osasta kaikista kannabiksen käyttäjistä.

Kannabiksen käyttäjät päihdehuollon asiakkaina

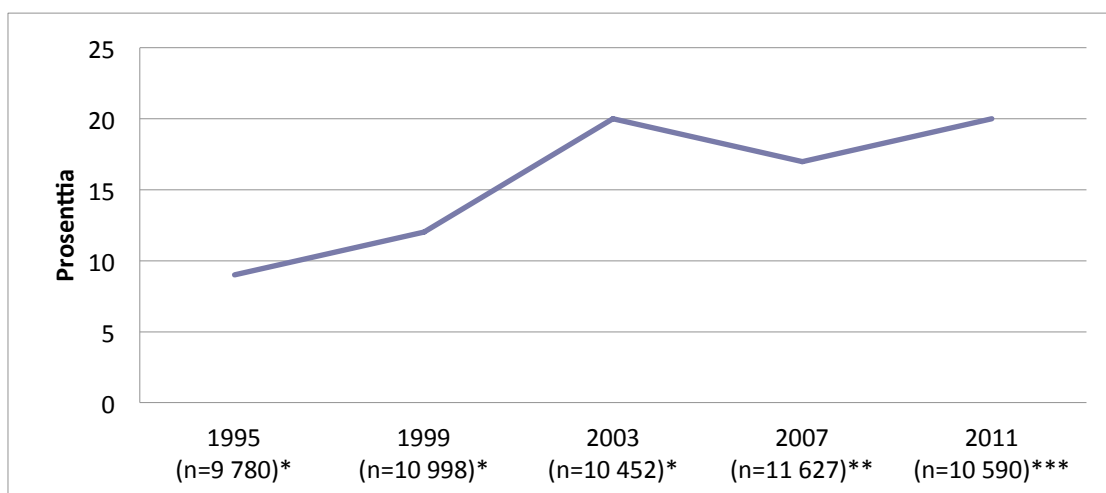
Tiedot hoidoista ja tukipalveluista, joita on kehitetty ongelmia kohdanneille kannabiksen käyttäjille, ovat erittäin puutteellisia. Tämä koskee sekä palveluiden kysyntää että tarjontaa. Yksi syy tietojen heikkoon tasoon voi olla se, että hoitoon hakeutuvia, pelkästään kannabista käyttäviä henkilöitä on hyvin vähän, jolloin heistä ei välttämättä tehdä systemaattisia merkintöjä. Jos asiakas käyttää kannabiksen lisäksi muita aineita, on myös mahdollista, että kannabista pidetään muita aineita vaarattomampana. Tällöin saatetaan herkästi ilmoittaa jokin muu huume ensisijaiseksi aineeksi.

Päihdetapauslaskennan, huumehoidon tietojärjestelmän ja hoitoilmoitusrekisterin avulla pyrimme ensin luomaan edes alustavaa kuvaa kannabiksen käyttöön liittyvästä hoidon ja palveluiden kysynnästä. Toiseksi käsittelemme kannabiksen käytön ongelmiin kehitettyjen hoitokäytäntöjen ja palveluiden tarjontaa, josta tietomme ovat vieläkin heikkommat. Hankkiaksemme perustietoa asiasta lähestyimme kuuden suurimman kaupungin päihde- ja mielenterveyspalveluja tarjoavien tahojen edustajia.

Kannabis liittyy joka viidenteen päihde-ehdoiseen asiointiin

Päihdetapauslaskenta suoritetaan joka neljäs vuosi. Tuorein raportoitu keruu tehtiin vuonna 2011 (syksyllä 2015 kerättiin uusi aineisto). Laskennoissa kerätään yhden vuorokauden aikana tietoja päihde-ehdoisesta asiointista kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköistä lukuun ottamatta päivähoitoa. Päihdeasioinnilla tarkoitetaan kaikkia niitä asiointeja, joissa henkilökunta arvioi, että asiakas on päihtynyt tai päihteiden ongelmakäyttäjä, tai että hän käyttää palvelua päihteiden kertakäyttöön liittyvän haitan, kuten tapaturman vuoksi. Tarkkaan ottaen laskennan kohteena on siis asiointien eikä asiakkaiden määrä.

Vuosina 1995–2011 päihde-ehdoisia asiointeja oli noin 10 000–12 000 keruuta kohti. Kuvio 1 näyttää niiden asiointien osuuden, joissa asiakas ilmoitti käyttäneensä kannabista. Vuodesta 1995 vuoteen 2003 tämä osuus yli kaksinkertaistui vajaan 10 prosentista 20 prosenttiin. Sitten kannabiksen käytön osuus asiointeissa on tasaantunut. On huomattava, etteivät nämä luvut kerro mitään siitä, oliko kannabiksen käytöllä suuri, pieni tai olematon merkitys sille, että asiakas hakeutui sosiaali- ja terveyspalveluihin. Ne kertovat ainoastaan, kuinka yleistä on että sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä asioi henkilöitä, jotka ovat käyttäneet kannabista.



* Nuorvala ym. 2004, 611.

** Prosenttiosuus (julkaisematon) perustuu vuoden 2007 Päihdetapauskantaan.

*** Vuoden 2011 Päihdetapauskanta muuttui siten, että kysyttiin viimeisen 12 kk:n aikaista päihteiden käyttöä.

Kuvio 1. Kannabiksen käyttö päihdetapauskannan aineistossa 1995–2011 (prosenttiosuudet on laskettu niille asioinneille, joille on merkitty vähintään yksi päihde)

Aikasarja on hieman ongelmallinen, koska vuosina 1995–2007 kysyttiin, onko kannabista käytetty ylipäänsä, kun puolestaan vuonna 2011 tiedusteltiin käyttöä viimeisen 12 kuukauden ajalta. Oletamme siksi, että vuoden 2011 luku, 20 prosenttia, on liian alhainen, kun sitä vertaa aikaisempien vuosien lukuihin, mutta kuinka paljon alhaisempi on mahdotonta sanoa. Tämä luku tarkoittaa sitä, että yhden vuorokauden aikana sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä asioi yli 2 000 asiakasta, jotka olivat käyttäneet kannabista kuluneen vuoden aikana. Jos tämä määrä muunnetaan vuositason ja varovaisesti käytetään kertoimena 250 arkipäivää (vaikka asiointeja voi olla myös viikonloppuisin), voimme sanoa, että näitä asiointeja on vuosittain noin 500 000.

Kolme kannabista käyttävää ryhmää

Kuvan tarkentamiseksi kohdistimme katsemme vuoden 2011 päihdetapauskantaan. Siinä kaikkiaan 11 738 päihde-ehdoisesta asiointista 2 151 asiointissa asiakas oli käyttänyt kannabista. Joillekin näistä asiakkaista kannabiksen rooli painottuu vahvemmin, toisille lievemmin. Koska halusimme päästä käsiksi sellaiseen ”kannabiksen käyttöön keskittyvään joukkoon”, jolla mahdollisesti olisi erityisiä tästä käytöstä johtuvia palvelutarpeita, jaoinme nämä 2 151 asiointia kolmeen ryhmään.

Ensimmäinen ryhmä koostuu asioinneista, joissa asiakas kertoi käyttäneensä kannabista, mutta sen lisäksi myös muita laillisia tai laittomia päihteitä (n=1 772). Tätä ryhmää kutsumme moniaineryhmäksi. Sen osuus koko aineistosta on 15 prosenttia (1 772/11 738).

Moniaineryhmä poikkesi olennaisesti Päihdetapauskannan muusta aineistosta (n = 11 738 - 1 772 = 9 966) muutoin kuin alkoholin käytön osalta. Niin moniaineryhmässä kuin muussa aineistossa 83 prosenttiin asioinneista kuului alkoholi¹. Sitä vastoin yli kolme neljäsosaa moniaineryhmästä oli käyttänyt lääkkeitä, kun vastaava osuus muussa aineistossa oli yksi seitsemäsosa. Yli kaksi kolmasosaa moniaineryhmästä ilmoitti käyttäneensä amfetamiinia, kun se muussa aineistossa oli neljä prosenttia. Ekstaasia (14 %), LSD:tä (10 %) ja kokaiinia (7 %) käytettiin moniaineryhmässä vähemmän, mutta ero muuhun aineistoon

¹ Alkoholin käytön osuus päihdeasioinneissa on yllättäen hieman pienempi kuin alkoholinkäyttäjien osuus aikuisväestössä. Tämä johtuu siitä, että päihde-ehdoiset asiointit kattavat myös henkilöitä, jotka ovat lopettaneet päihteiden käytön, mutta tarvitsevat yhä hoitopalveluita raittiina pysymisen tueksi.

oli edelleen erittäin suuri. Sama koski buprenorfiinia, joka esiintyi yli puolessa moniaineryhmän asioinneissa ja 13 prosentissa muussa aineistossa.

Toinen ryhmä (n=312) koostuu asioinneista, joissa asiakas ilmoitti käyttäneensä kannabista ja alkoholia muttei muita laillisia tai laittomia päihteitä. Tätä ryhmää kutsumme kannabis- ja alkoholiryhmäksi. Tämän ryhmän muodostamisen perusteluna on se, että kannabiksen käyttäjien suuri enemmistö on myös alkoholin käyttäjiä (Hakkarainen & Metso 2005 ja 2009). Voidaan olettaa, että kannabiksen ja alkoholin käyttö on yleistä myös hoitopalveluihin hakeutuvien joukossa. Tämä ryhmä muodostaa vajaat kolme prosenttia koko Päihdetapauslaskennan aineistosta (312/11 738).

Kolmas ryhmä koostuu niistä 67 asioinnista, joissa asiakas oli käyttänyt ainoastaan kannabista. Tätä ryhmää kutsumme kannabisryhmäksi ja sen osuus koko aineistosta on vain puoli prosenttia.

Seuraavaksi tarkastelemme, poikkeako moniaineryhmä, kannabis- ja alkoholiryhmä ja kannabisryhmä toisistaan erilaisilla sosiodemografisilla muuttujilla (taulukko 1).

Taulukko 1. Moniaineryhmän, kannabis- ja alkoholiryhmän sekä kannabisryhmän asiakkaiden sosiodemografisia ja muita tietoja vuonna 2011 (muut tiedot kuin ikä on mainittu prosentteissa).

	MONIAINERYHMÄ (kannabis, alkoholi ja muut laittomat huumeet; n=1 772)	KANNABIS- JA ALKOHOLIRYHMÄ (n=312)	KANNABISRYHMÄ (n=67)
Naisia	26	25	19
Iän keskiarvo	32	31	32
Ei parisuhteessa	81	83	89
Alle 18-v. lapsia	29	22	21
Työssä	4	10	4
Työttömänä	63	43	55
Eläkkeellä	16	20	16
Oma- tai vuokra-asunto	61	56	67
Tukiasunto yms.	9	9	4
Kokonaan vailla asuntoa	13	7	3
Asuu vanhempiensa luona	7	17	16
Muita kuin päihteiden käyttöön liittyviä mielenterveyden häiriöitä	58	60	54
Käyttänyt huumeita pistämällä joskus elämänsä aikana	78	25	54

Yllättävin tulos on se, että kolme ryhmää poikkeavat monelta osin niin vähän toisistaan. Tärkeä yhdistävä piirre on se, että hoitoon hakeutuvien laittomien huumeiden käyttäjien keski-ikä on niinkin alhainen kuin 31–32 vuotta. Tältä osin nämä ryhmät poikkeavat selvästi muusta aineistosta (n=9 966), jonka keski-ikä on 47 vuotta. Työttömyys, yksin asuminen ja mielenterveydelliset ongelmat ovat erittäin yleisiä jokaisessa ryhmässä. Ottaen huomioon ryhmien matalan keski-ian, myös eläkkeellä olevien osuus (16–20 %) on suhteellisen iso.

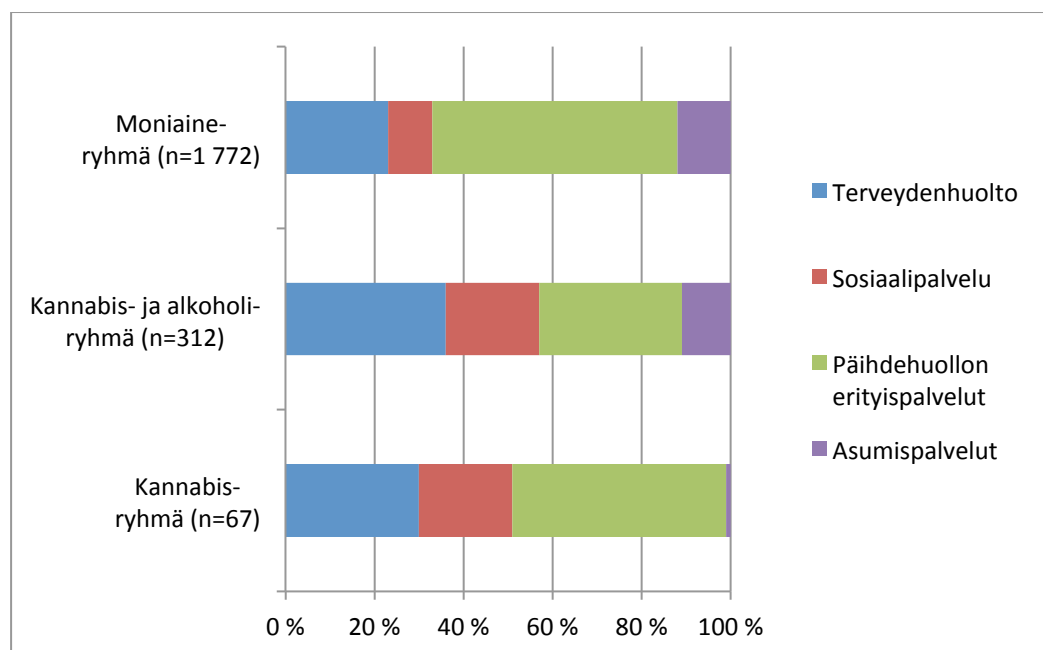
Ryhmien välillä on myös joitakin eroja. Moniaineryhmässä sekä kannabis- ja alkoholiryhmässä on enemmän naisia kuin kannabisryhmässä. Asumistilanne vaikuttaa heikoimmalta moniaineryhmässä ja parhaimmalla kannabisryhmältä. Moniaineryhmässä 78 prosenttia oli vähintään kerran elämässään käyttänyt huumeita pistämällä, mutta kenties yllättävämpää oli se, että yli puolet kannabisryhmästä oli tehnyt samoin. Tämä voi viitata siihen, että kannabisryhmässä oli henkilöitä, jotka olivat kokeilleet muita aineita ennen kuin he päättivät rajata käyttönsä yksinomaan kannabikseen.

On ilmeistä, että kolmesta analysoidusta ryhmästä moniaineryhmä on sosiaalisesti kaikkein heikoimmassa asemassa. Tarkastelumme puhuu kuitenkin sen puolesta, että myös kannabiksen ja alkoholin käyttönsä tai yksinomaan kannabiksen käyttönsä takia asioivat ovat monelta osin heikossa sosiaalisessa asemassa (ks. Nuorvala ym. 2008; Kuussaari ym. 2014).

Mihin palvelujärjestelmän osaan kolmen ryhmän asioinnit suuntautuvat?

Siirrymme nyt katsomaan, mihin sosiaali- ja terveyspalveluihin moniaineryhmän, kannabis- ja alkoholiryhmän sekä kannabisryhmän asioinnit kohdistuvat. Kuvion 2 sisältämät palvelujärjestelmän luokat voidaan määrittellä seuraavasti:

- terveydenhuolto viittaa lähinnä psykiatriseen ja somaattiseen avo- ja laitoshoittoon,
- sosiaalipalveluilla tarkoitetaan kotihoitoa, sosiaalitoimistoja sekä lasten ja nuorten laitoksia ja ammatillista perhehoitoa sekä kirkon diakonia- tai perhetyötä,
- päihdehuollon erityispalvelut kattavat A-klinikat, nuorisoasemat, huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteet, katkaisu- ja kuntoutuslaitokset, päiväkeskukset sekä ensisuoajat ja selviämisasemat,
- asumispalvelut koostuvat päihdehuollon asumispalveluista, psykiatrisista asumispalveluista ja muista asumispalveluista.



Kuvio 2. Palvelut, joihin moniaineryhmän, kannabis- ja alkoholiryhmän sekä kannabisryhmän asioinnit kohdistuivat vuonna 2011 (%).

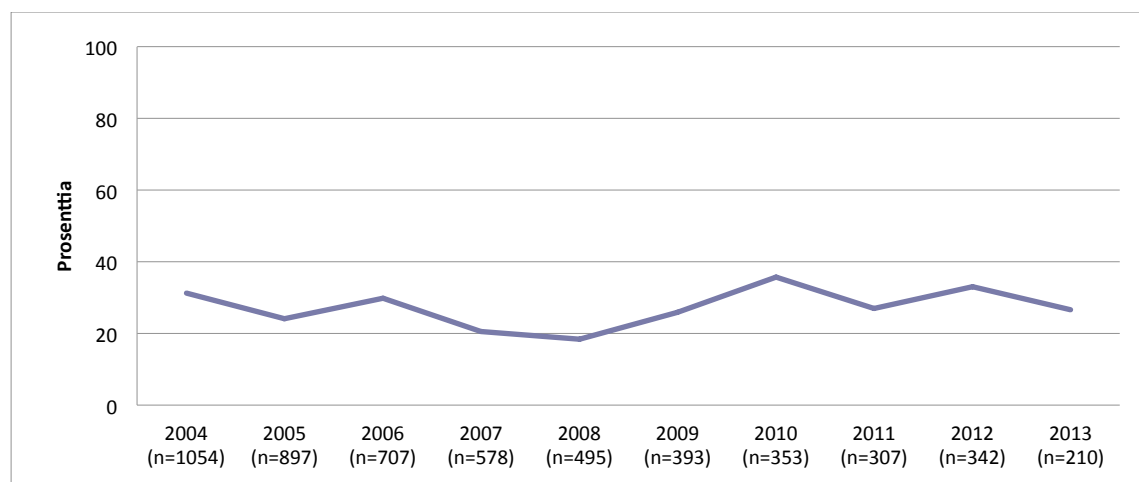
Kuvio 2 kertoo, että kolmen eri ryhmän asioinnit suuntautuivat osittain palvelujärjestelmän eri osiin. Kannabis- ja alkoholiryhmän sekä kannabisryhmän asioinnit kohdistuivat moniaineryhmää useammin terveydenhuoltoon ja sosiaalipalveluihin (yhteensä 57 % edellisessä ja 51 % jälkimmäisessä ryhmässä) eli yleispalveluihin. Kaksi kolmasosaa moniaineryhmän asioinneista tapahtui puolestaan asumispalveluissa ja päihdehuollon erityispalveluissa, mikä voi olla merkki siitä, että moniaineryhmän asioinnit olivat laadul-

taan vakavampia ja vaikeammin hoidettavia. Huomionarvoista on se, että lähes puolet kannabisryhmän asioinneista suuntautui päihdehuollon erityispalveluihin. Tämän voi tulkita niin, että on olemassa pieni kannabiksen käyttöön keskittyvä joukko, joka on erityispalveluiden tarpeessa. Se, että kannabis- ja alkoholi-ryhmän asioinneista jopa runsas kymmenes osui asumispalveluihin, selittyy ehkä pikemmin alkoholin käytön kuin kannabiksen käytön ongelmista.

Ensikertalaisissa kannabis on yleinen hoitoon hakeutumisen syy

Yksi Päihdetapauskannan puute on se, ettei se kerro juuri mitään kannabiksen käytön roolista hoitoon hakeutumisessa verrattuna muiden aineiden käytön rooliin. THL:n vuosittain suorittama Huumehoidon tiedonkeruu voi hieman valaista kannabiksen keskeisyyttä, koska siinä kysytään onko hoitoon hakeuduttu ensisijaisesti kannabiksen takia. Keruu kohdistetaan päihdehoitoon hakeutuneisiin asiakkaisiin. Keruuseen osallistuminen on hoitoyksiköille vapaaehtoista. Viimeisen 10 vuoden aikana tiedonkeruuseen osallistuvien yksiköiden määrä on laskenut vuoden 2004 huippulukemasta 166 vuoden 2013 lukemaan 66. Asiakkaita oli vuonna 2004 yli 5 500, kun niitä vuonna 2013 oli 2 089. (Forsell & Nurmi 2014; ks. myös Varjonen 2015, 56–57 ja 86.)

Kuviossa 3 on mukana vain ne ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneet, jotka ilmoittivat kannabiksen ensisijaiseksi päihdeekseen. Tiedonkeruun supistuessa vuosi vuodelta näiden asiakkaiden määrä on vähentynyt yli 1 000:sta vuonna 2004 runsaaseen 200:een vuonna 2013. Tärkeämpää on kuitenkin katsoa asiakkaiden suhteellisia osuuksia. Kymmenvuotiskautena 2004–2013 kannabis oli ensisijainen päihde vähimmillään 18 prosentissa (2008) ja enimmillään 36 prosentissa (2010) niistä asiakkaista, jotka hakeutuivat ensimmäistä kertaa hoitoon. Yleensä osuus vaihteli 25 ja 35 prosentin välillä. Nämä luvut puhuvat puolestaan näiden ensikertalaisten joukossa kannabiksesta juontuvat ongelmat ovat merkittävä hoitoon hakeutumisen syy (vrt. Schettino ym. 2015, 14). Kyse on nuorista asiakkaista. Kannabiksen käytön vuoksi hakeuduttiin ensimmäistä kertaa hoitoon keskimäärin 20-vuotiaana. Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneiden kannabiksen käyttö oli alkanut noin 17-vuotiaana ja muuttunut säännölliseksi hyvin nopeasti. (Forsell & Nurmi 2014, liitetaulukot 2a ja 3a.)



Kuvio 3. Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneet asiakkaat, jotka ilmoittivat kannabiksen ensimmäiseksi päihdeekseen vuosina 2004–2013, %. Lähde: Huumehoidon tietojärjestelmä.

Kevyt kannabiskysely kuusikkokunnille

EMCDDA:n kannabiksen aiheuttamia haittoja ja hoitoa käsittelevässä raportissa on arvioitu Euroopan maiden kannabiksen käyttöön liittyvän hoidon tarvetta ja sen suhdetta tarjolla oleviin palveluihin. Arvion mukaan monessa maassa hoitoa on tarjolla kohtuullisesti tarpeeseen nähden. Näissä maissa (Irlanti, Itävalta, Iso-Britannia, Belgia, Tanska, Norja ja Saksa) hoidossa arvioidaan olevan 5–10 kannabiksen käyttäjää sataa päivittäin (tai melkein päivittäin) kannabista käyttävää kohden. Espanjassa, Italiassa ja Ranskassa, missä

kannabiksen päivittäinen käyttö väestötasolla on melko yleistä, hoidon tarjonta on alhaisemmalla tasolla kuin Euroopassa keskimäärin. Suomessa hoidossa arvioidaan olevan noin kaksi kannabiksen käyttäjää sataa päivittäin kannabista käyttävää kohden. Tämäkin jää alle eurooppalaisen keskiarvon, joskin myös kannabiksen päivittäinen käyttö on Suomessa keskimäärin muuta Eurooppaa alhaisemmalla tasolla. (Schettino ym., 2015, 57–58, 61.)

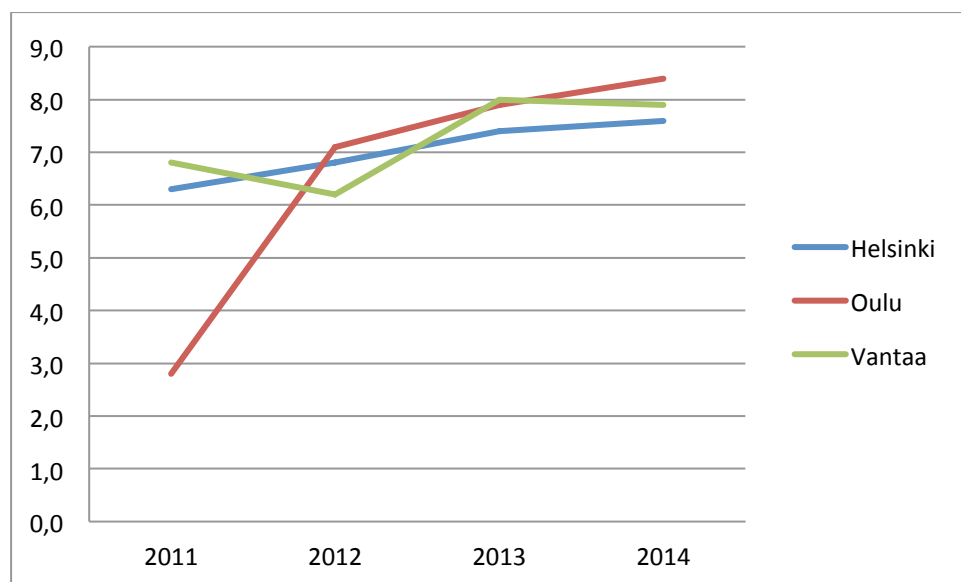
Tarkentaaksemme kannabiksen hoitoon liittyvien palvelujen sisältöä ja määrää Suomessa, teimme pienimuotoisen sähköpostikyselyn, joka suunnattiin niin sanottujen kuusikkokuntien (Espoo, Helsinki, Oulu, Tampere, Turku, Vantaa) keskeisten päihde- ja mielenterveyspalvelujen edustajille. Kysely toteutettiin maaliskuussa 2015 ja se kohdistettiin yhdelle A-klinikalle, yhdelle nuorisoasemalle sekä yhdelle mielenterveysyksikölle kussakin kaupungissa. Kunkin kaupungin päihdepalveluista vastaava esimies valitsi yksiköt, joihin kysely lähetettiin.

Kyselyn tavoitteena oli lisätä ymmärrystä ensinnäkin siitä, onko päihde- ja mielenterveyspalveluissa ylipäättään asiakkaita, jotka hakeutuvat hoitoon ensisijaisesti kannabiksen käytön takia. Toiseksi halusimme tietää, miten kannabiksen käyttöön liittyvien asiointien määrä on vaihdellut viime vuosien aikana. Lopuksi halusimme selvittää, tarjoavatko yksiköt erityisiä hoitokäytäntöjä kannabista käyttäville asiakkaille. Eli onko totta, kuten tuoreessa EMCDDA:n raportissa todetaan, että ”Suomi ei tarjoa kannabikseen erikoistuneita hoito-ohjelmia” (Schettino ym., 2015, 48)?

Vastauksia saimme ennen kaikkea A-klinikoilta ja nuorisoasemilta mutta myös mielenterveyspalveluyksiköistä. Kahdessa kunnassa esimiehet kokosivat vastaukset itse.

Kannabisasiakkaiden osuus palvelujärjestelmässä on nousussa

Seuraava kuvio antaa vastauksia kahteen ensimmäiseen kysymykseen. Kuvion tiedot ensisijaisesti kannabiksen käytön takia avohoitoon tulleiden asiakkaiden määrästä perustuvat Helsingin, Oulun ja Vantaan raportteihin vuosilta 2011–2014 (Vartiainen 2012, 2013, 2014 ja 2015). Espoosta, Tampereelta ja Turusta nämä tiedot avopalveluista puuttuvat. Kuviossa kannabista käyttävien asiakkaiden määrä on suhteutettu avopalveluiden asiakkaiden kokonaismäärään. Näin saamme kuvan kannabista käyttävien osuudesta ja sen kehityksestä sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmän avopalveluissa (kuvio 4).



Kuvio 4. Cannabis ensisijaisena päihteenä päihdehuollon avopalveluissa (% kaikista avopalveluiden asiakkaista)

Kuvio osoittaa, että kannabiksen käyttäjien osuus avopalveluihin hakeutuneista kasvoi vuodesta 2011 vuoteen 2014 kaikissa kolmessa kunnassa. Helsingissä ja Vantaalla kasvu oli hitaampaa, mutta Oulussa osuus kolminkertaistui. Voidaan myös panna merkille, että Oulussa tapahtuneen kasvun seurauksena kannabiksen käyttäjien osuudet ovat suurin piirtein samalla tasolla kaikissa kolmessa kaupungissa.

Absoluuttisina lukuina tämä tarkoittaa sitä, että vuonna 2014 Helsingissä tarjottiin avohoitoa ja -palvelua 429:lle ensisijaisesti kannabiksen takia vastaanotolle tulleelle henkilölle. Vantaalla vastaava luku oli 120 ja Oulussa 72.

Sekä suhteellisiin että absoluuttisiin lukuihin on suhtauduttava varovasti, koska kirjaamiskäytännöt vaihtelevat eri kaupungeissa. Muistutuksena tästä voidaan mainita, että vuonna 2014 ja aina maaliskuuhun asti vuonna 2015 kannabista ei kirjattu kertaakaan Espoossa hoitoon hakeutuneen ensisijaiseksi päihteeksi. Yksi mahdollisuus on, että henkilökunta kirjaa kannabiksen oheispäihteeksi, jos asiakas ilmoittaa käyttävänsä myös muita (laittomia) päihteitä.

Kun kysymme päihde- ja mielenterveyspalvelujen edustajilta, olivatko kannabiksen käyttöön liittyvät asiointit lisääntyneet kahden viimeisen vuoden aikana, he vastasivat kahdella tavalla. Asiointien määrä oli joko pysynyt kutakuinkin ennallaan tai se oli lisääntynyt. Vantaalta kerrottiin yhdestä paikasta, että ”kannabiksen käyttäjien osuus on selvästi kasvanut” ja toisesta paikasta, että ”kannabiksen käyttäjät ovat lisääntyvä asiakaskunta”. Turusta ilmoitettiin, että ”[p]uhtaasti kannabiksen vuoksi hoitoon ohjautuneiden nuorten määrä on ollut hienoisessa kasvussa viime vuosina”. Helsingissä tilanne oli työntekijöiden mukaan pysynyt jokseenkin ennallaan ja Oulussa katsottiin, että kannabisasiakkaiden määrä ei ollut kasvanut kahden viimeisen vuoden aikana.

Kysymme myös kannabispsykoosien esiintymisestä hoitotyössä, mutta ilmeni, ettei asiasta ollut tarkkaa tietoa. Vastauksissa arvioitiin, että psykoosit ovat joko lisääntyneet jonkin verran tai pysyneet jotakuinkin samalla tasolla. Vantaan päihdepalveluista todettiin täsmällisesti, että kannabiksesta johtuvia psykooseja on vuositasolla kaksi tai kolme.

Suurten kuntien palvelutarjonta kannabisasiakkaille vaihtelee merkittävästi

Sähköpostikyselymme viimeisellä kysymyksellä tiedustelimme, tarjoavatko kohdeyksiköt erityisiä hoitopalveluja kannabiksen käytöstä kärsiville asiakkailleen. Joissakin yksiköissä näitä erityispalveluja ei ole. Espoosta mielenterveys- ja päihdepalveluista kerrottiin, että siellä puhutaan mieluummin ”riippuvuuden hoidosta ylipäätään” ja että ”Käypä hoito -suositus linjaa työskentelyämme”. Helsingissä (Eteläinen alue) todettiin, että kannabiksen käyttäjiä ”hoidetaan ja kuntoutetaan yksilöllisesti kuten muitakin asiakkaita”. Tampereella toinen mielenterveys- ja päihdepalveluyksikkö ilmoitti, että ”A-klinikka on vastannut kannabiksen avohoidosta osana [muuta] päihdehoitoa”, mikä ei sisällä polikliinistä päihdehoitoa. Toinen Tampereella sijaitseva mielenterveys- ja päihdepalveluyksikkö mainitsi, että ”kannabiksen käytöstä kysytään aktiivisesti osana [päihdeongelmien] hoitoa ja kannabista käyttäviä on psykiatrisilla poliklinikoilla hoidossa”. Turun A-klinikka vastasi, ettei heillä ole erikseen kannabiksen käyttäjille räätälöityjä hoitokäytäntöjä.

Toiset yksiköt ovat sen sijaan kehittäneet juuri kannabiksen käyttäjille sovitettuja hoitomuotoja. Näitä yksiköitä oli neljä, kolme niistä nuorisoasemia. Helsingin pohjoinen nuorisoasema on vuodesta 2010 soveltanut kannabiksen kokeilijoiden ja käyttäjien hoitopolkua. Polku alkaa nuorisotyöntekijöiden yhteydenotosta käyttäjään ja keskustelusta hänen kanssaan. Se etenee neuvotteluun, jossa nuori, huoltaja(t) ja aseman työntekijät (joista toinen on perheterapeutti) ovat läsnä. Näiden keskustelujen perusteella laaditaan hoitosuunnitelma, jossa sovitaan seuloista sekä nuoren omista käynneistä, vanhempien käynneistä tai perhetapaamisista. Seuranta kestää noin kolme kuukautta ja päättyy kontrollikäyntiin seuloineen.

Turun nuorisoasemalla on käytössä päihdearviointimalli, joka hyödyntää muun muassa Omin jaloin -menetelmää. Tavoitteena on käydä läpi nuoren elämäntilannetta sekä lisätä nuoren tietoisuutta omista voimavaroistaan ja mahdollisista riskitekijöistä. Kognitiiviset päihderiippuvuuden hoitomallit ovat käytössä myös kannabisongelmien hoidossa, samaten kuin motivoiva haastattelu. Myös lievää uni- ja rauhoittavaa lääkitystä voidaan lyhytaikaisesti käyttää vieroitusoireiden hoidossa. Varsinkin jos kyse on alaikäisistä, pyritään siihen, että perheen muut jäsenet ovat paikalla. Hoitokontaktin pituus vaihtelee tapauksen mukaan muutamasta viikosta yhteen tai kahteen vuoteen.

Vantaan nuorisoasema on soveltanut amerikkalaista Cannabis Youth Treatment -kirjasarjan oppaita, joiden perusteella on luotu viiden tapaamiskerran kannabisryhmä. Lisäksi aseman työntekijät ovat kokeilleet samasta kirjasarjasta lainattua hoitomallia, joka sisältää 12 käynnin yhteisövahvistushoidon. Muutoin kannabiksen käyttäjiä hoidetaan samalla tavalla kuin muitakin päihteitä käyttäviä nuoria.

Oulun yksikkö on käyttänyt Ruotsista peräsin olevaa ja Helsingin yliopiston keskussairaalan huumevieroitusyksikön henkilökunnan suomentamaa ”Opas Sinulle, joka haluat lopettaa kannabiksen käytön” (Opas..., 2014). Oppaaseen on kerätty hyödyllistä tietoa kannabiksen vaikutuksista ajatustoimintaan ja käytännön neuvoja kannabiksen lopettamiseen ja sen eri vaiheisiin.

Minkä sitten voi sanoa toimivan? Siitä kyselymme ei tuottanut kovin täsmällistä tulosta. Vastauksista käy ilmi, että kannabisasiakkaat ovat pääosin nuoria ja nuoria aikuisia. Vaikeimpia asiakkaita ovat joidenkin työntekijöiden mukaan alle 18-vuotiaat nuoret, jotka saapuvat hoitoon muiden ohjaamina. Hoitomotiivaatio on heikkoa muun muassa siksi, että kannabiksen käytöstä ei vielä ole syntynyt ainakaan mainittavaa sosiaalista haittaa tai terveysongelmia. Työntekijöiden mukaan asiakkaan motivointi ja voimavarojen valjastaminen kuntoutuksen käyttöön onkin kaiken hoidon ja tuen a ja o. Eritoten nuorten parissa lyhyt, viiden käyntikerran hoito saattaa riittää. Nuorten kohdalla myös perhetapaamisia ja nuorten omia vertaisryhmiä pidetään tehokkaina keinoina.

Seuolojen ottaminen on tärkeätä sekä nuorilla että (nuorilla) aikuisilla. Aikuisilla pitkä, esimerkiksi kuuden kuukauden hoitokontakti lienee tehokas ja monilla heistä on myös kärsivällisyyttä osallistua kognitiiviseen terapiaan tai motivoivaan haastatteluun.

Johtopäätöksiä

Suurin osa kannabiksen käyttäjistä ei tunnu kokevan mitään sosiaalisia tai terveydellisiä ongelmia käytössään. Tarkastelumme osoittaa kuitenkin, että kannabis esiintyy sosiaali- ja terveydenhuollossa melko usein oheispäihteenä ja harvemmin ensisijaisena päihteenä. Koska kannabiksen käyttö on yleistymässä, on todennäköistä että hoidon ja tuen tarve tulee lisääntymään lähivuosina.

Yleiskuvan tarkentaminen hoidon ja tuen kysynnästä ja tarjonnasta edellyttää, että hoitoyksiköt yhdenmukaistavat kannabiksen käyttäjien kirjaamiskäytäntöjään. Nyt käytännöt ovat kovin kirjavia ja näyttää siltä, että kannabis usein merkitään oheispäihteeksi.

Kuusikkokuntien tiedustelu osoittaa, että joitakin kannabisongelmien hoitoon erikoistuneita ohjelmia on sentään olemassa Suomessa. Yleiskuva on kuitenkin, ettei kannabiksesta aiheutuvien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen hoitamiseen ole kiinnitetty paljoa huomiota. Yksi syy tähän lienee se, että huumehoito on keskitetty paljon resursseja vaativaan opioidikäyttäjien korvaushoitoon (esim. Kuljukka 2013). Kannabiksen käyttäjien hoidontarpeet ovat yleensä erilaisia kuin muiden huumeiden käyttäjien tarpeet. Usein avohoitto on riittävä kannabisriippuvuuden hoitamiseksi (Saarnio 2000, 163).

Kannabiksen käyttäjien hoitomuotojen sisällöistä ja hoitokäytännöistä meillä on vain vähän tietoa. Asiaa pitää tutkia systemaattisemmin. Siinä yhteydessä on syytä kartoittaa kannabishaitoista kärsivien asiakkaiden ja potilaiden näkemyksiä tarjolla olevista hoitokäytännöistä.

Lähteet

- Alice Rap Policy Paper Series. Policy Brief 5. Cannabis – from prohibition to regulation. ”When the music changes so does the dance”. [2014]
- Balotta, Danilo, Bergeron, Henri & Hughes, Brendan: Cannabis control in Europe. In: Sharon Rödner Sznitman, Börje Olsson & Robin Room, eds.: A cannabis reader: global issues and local experiences. Perspective on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe. Monograph series 8, Volume 1, EMCDDA, Lisbon 2008.
- Coombes, Rebecca: Cannabis regulation: high time for change? *British Medical Journal* 2014;348:g3382.
- Forsell, Martta & Nurmi, Tuula: Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 21, Helsinki 2014.
- Hakkarainen, Pekka, Kaprio, Jaakko, Pirkola, Sami, Seppälä, Timo, Soikkeli, Markku & Suvisaari, Jaana: Kannabis ja terveys. Tutkimuksesta tiiviisti 17, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2014.
- Hakkarainen, Pekka, Karjalainen, Karoliina, Ojajarvi, Anni & Salasuo, Mikko: Huumeainesten ja kuntodopingin käyttö ja niitä koskevat mielipiteet Suomessa vuonna 2014. *Yhteiskuntapolitiikka* 80(2015): 319–332.
- Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena: Märkä pilvi ja vuosi 2004. *Yhteiskuntapolitiikka* 68(2005): 244–256.
- Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena: Joint use of drugs and alcohol. *European Addiction Research* 15(2009): 113–120.
- Hakkarainen, Pekka, Perälä, Jussi & Metso, Leena: Kukkaa pukkaa – kannabiksen kotikasvatus Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 76(2011): 157–176.
- Huumeongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus. 5.9.2012. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus.jsessionid=FAA810F7F957E2BCA6B385DD854F155C?id=hoi50041>
- Kuljukka, Leena, Niskala, Maija, Partanen, Airi, Kuussaari, Kristiina & Vormaa, Helena: Päihdepalveluihin pääsy suurissa kunnissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Työpaperi 38, Tampere 2013.
- Kuussaari, Kristiina, Kaukonen, Olavi, Partanen, Airi, Vormaa, Helena & Ronkainen, Jenni-Emilia: Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 79(2014): 264–277.
- Opas Sinulle, joka haluat lopettaa kannabiksen käytön. Päihdeneuvola, Lundin kaupunki, 2014. http://www.paihdelinkki.fi/sites/default/files/opas_kannabiksen_kayton_lopettamiseksi.pdf
- Nuorvala, Yrjö, Huhtanen, Petri, Ahtola, Raija & Metso, Leena: Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauskasvu 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73(2008): 659–670.
- Room, Robin (2013): Legalizing a market for cannabis for pleasure: Colorado, Washington, Uruguay and beyond. *Addiction*, 109, 345–351.
- Room, Robin, Fischer, Benedikt, Hall, Wayne, Lenton, Simon & Reuter, Peter: Cannabis policy: Moving beyond the stalemate. Oxford, Oxford University Press, 2010.
- Saarnio, Pekka: Alkoholien ja kannabiksen haittavaikutusten kautta suomalaisen huumeainepolitiikkaan. *Yhteiskuntapolitiikka* 65(2000): 159–165.
- Schettino, Jonathan, Leuschner, Fabian, Kasten, Lorenz, Tossmann, Peter & Hoch, Eva: Treatment of cannabis-related disorders in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon 2015.
- Varjonen, Vili: Huumeiden tilanne Suomessa 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 1, Tampere 2015.
- Vartiainen, Anssi: Kuuden suurimman kaupungin päihdehuollon palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2011. Kuusikko-työryhmä, Päihdehuolto, 9.10.2012.
- Vartiainen, Anssi: Kuuden suurimman kaupungin päihdehuollon palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2012. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 3/2013.
- Vartiainen, Anssi: Kuuden suurimman kaupungin päihdehuollon palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2013. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 4/2014.
- Vartiainen, Anssi: Kuuden suurimman kaupungin päihdehuollon palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2014. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 1/2015.

3.6 Työterveyshuolto mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien työntekijöiden hyvinvoinnin ja työkyvyn tukena

Teija Kivekäs, Leena Hirvonen ja Maire Laaksonen

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteet työterveyshuollolle

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) asetti vuonna 2007 työryhmän valmistelemaan kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Mieli) linjasi mielenterveys- ja päihdetyön tulevaisuuden keskeiset periaatteet ja painotukset vuoteen 2015 (STM 2009). Suunnitelmaan kirjattiin kaikkiaan 18 ehdotusta, joista yksi (Ehdotus 11) koski työterveyshuollon roolia työikäisten mielenterveys- ja päihdeongelmissa.

Ehdotuksen mukaisesti ”Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ehkäisyä ja varhaista puuttumista niihin edistetään työterveyshenkilöstön täydennyskoulutuksella ja kehittämällä Kelan korvauskäytäntöjä. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten työssä jatkamista ja työhön paluuta edistetään vahvistamalla työterveyshuollon koordinaattoroolia työpaikan, muun terveydenhuollon ja kuntoutuksen välillä.”

Edellytykseksi tavoitteisiin pääsemiseksi asetettiin työterveyshuollon kehittämistä koskevat lainsäädännön muutosehdotukset, Kelan korvauskäytäntöjen kehittäminen ja täydennyskoulutuksen sisällön kehittäminen. Seurantaindikaattoreiksi asetettiin mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvien sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden sekä alkoholikuolemien määrän muutokset.

Ehdotuksen mukaiset teemat olivat vahvasti esillä myös vuonna 2011 päättyneessä STM:n koordinoimassa masennusperusteisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähdänneessä Masto-hankkeessa (STM 2011) sekä ”Alkoholihaitat hallintaan” (AHA) -hankkeessa (2011–2013). STM:n ”Osatyökykyiset työssä” -ohjelmassa (2013–2015) on puolestaan nostettu esiin osatyökykyisten työllistymistä ja työssä jatkamista helpottavia lainsäädännöllisiä muutoksia (STM 2013).

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt edelleen yleisin työkyvyttömyyden peruste

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat yleisin työkyvyttömyyseläkkeiden perusteena oleva sairausryhmä Suomessa. Myös maailmanlaajuisesti ne ovat keskeinen toimintakyvyn heikkenemistä aiheuttava sairausryhmä (Vos ym. 2012). Tavallisimpia työikäisillä esiintyviä mielenterveyden häiriöitä ovat eriasetuiset masennustilat sekä ahdistuneisuus- ja päihdehäiriöt (Honkonen ym. 2007).

Vuoden 2013 lopussa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön vuoksi oli eläkkeellä runsaat 111 000 suomalaista, mikä vastaa 47 prosenttia kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi mielenterveyssyistä samana vuonna noin 7 400 henkilöä. Heidän osuutensa kaikista uusista alkaneista työkyvyttömyyseläkkeistä oli 33 prosenttia. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen merkitsee työelämästä syrjäytymistä ja sosiaalisen osallisuuden vähenemistä. Eläkkeelle siirtyminen merkitsee yleensä myös tulotason heikkenemistä; työkyvyttömyyseläkeläisten köyhyysriski on huomattavasti suurempi kuin työssäkäyvän väestön (Rantala & Suoniemi 2007).

Alle 25-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkkeistä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden osuus on lähes 80 prosenttia; 25 vuotta täyttäneillä osuus on enää 30 prosenttia (Gould & Nyman 2010). Älyllinen kehitysvammaisuus on yleisin yksittäinen alle 25-vuotiaiden työkyvyttömyyden aiheuttaja. Muita keskeisiä työkyvyttömyyseläkkeiden syitä ovat mielialahäiriöt ja niistä erityisesti masennustilat sekä skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt (Kivekäs 2013). Iän myötä masennustilojen osuus työkyvyttömyyseläkkeiden perusteena lisääntyy.

Masennusperusteinen työkyvyttömyys vähentynyt

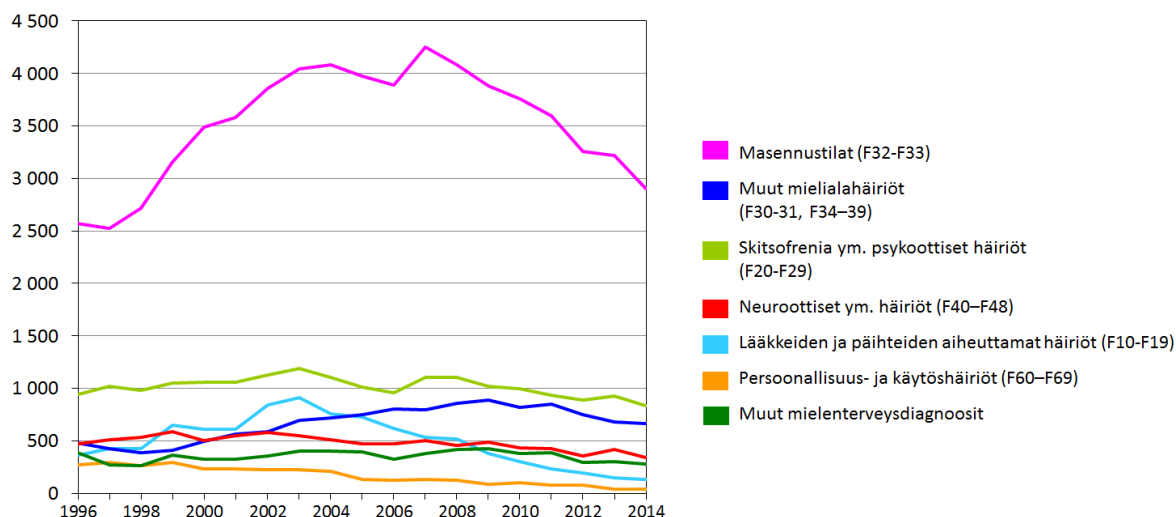
Noin puolet uusista alkaneista mielenterveysperusteisista eläkkeistä johtuu masennustiloista. Suomessa masennusperusteisten sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrä kaksinkertaistui 1990-luvun lopulta alkaen, mutta pitkään jatkunut kasvu on viime vuosina kääntynyt laskuun, selvimmin vanhimmissa ikäryhmissä (Honkonen & Gould 2011).

Vuosina 2007–2014 masennusperusteisten sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrä väheni runsaasta 31 500 sairauspäiväkaudesta noin 24 500:een kauteen. Vuonna 2014 sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrä näyttäisi kuitenkin jonkin verran lisääntyneen edelliseen vuoteen verrattuna. Osasairauspäivärahan käyttö masennustoitilaiden työhön paluun tukemisessa sen sijaan lähes kaksinkertaistui kyseisenä ajanjaksona (Taulukko 1).

Taulukko 1. Masennuksen (F32–F33) perusteella alkaneet sairauspäivä- ja osasairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkkeet vuosina 2007–2014. Lähde: Kansaneläkelaitos.

Vuosi	Sairauspäivä- ja osasairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkkeet yhteensä	Sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkkeet	Osasairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkkeet
2007	32 151	31 676	475
2008	32 238	31 705	533
2009	29 640	29 048	592
2010	29 799	28 484	1315
2011	28 649	26 956	1693
2012	28 689	26 709	1980
2013	26 317	24 115	2202
2014	27 386	24 588	2790

Vuonna 2014 siirtyi masennuksen perusteella eläkkeelle työeläkejärjestelmästä 2 906 henkilöä, kun vuonna 2007 vastaava luku oli 4 256 henkilöä (Kuva 1). Vuosina 2007–2014 masennusperusteisten uusien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä **työeläkejärjestelmässä** on siis vähentynyt 32 prosenttia.



Lähde Eläketurvakeskus

Kuva 1. Työeläkejärjestelmästä 1996–2014 mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet.

Miten myönteisiä tuloksia on saatu aikaan?

Mitään yhtä ainoaa selitystä ei masennusperusteisen työkyvyttömyyden vähenemiselle ole olemassa. Yksittäisistä sairauksista masennus on edelleen yleisin työkyvyttömyyseläkkeen peruste Suomessa. Monia toimenpiteitä työkyvyttömyyden vähentämiseksi on 2010-luvulla käynnistetty kuitenkin niin työpaikoilla, terveydenhuollossa kuin sosiaalivakuutuksenkin alueella, ja tämä on alkanut tuottaa tulosta.

Monilla työpaikoilla on viime vuosina lisääntyvästi sovittu yhteisistä pelisäännöistä, joiden avulla työkykyongelmiin tartutaan ajoissa. Myös työhön paluun käytäntöjä on kehitetty. Lisäksi on tehty useita lain-säädännöllisiä muutoksia, joiden tavoitteena on työssä jatkamisen ja työhön paluun tukeminen. Myös työterveyshuollon rooli työntekijöiden työkyvyn tukemisessa on entisestään korostunut.

Työterveyshuollon koordinaattorooli työkyvyn tukena vahvistunut

Työkyvyn ylläpito on yhteiskunnan työterveyshuollolle tällä hetkellä asettama tärkeä tehtävä pyrittäessä pidentämään työuria (VNK 2011). Työterveyshuollon rooli siltana työpaikan ja erikoissairaanhoidon välillä työssä jatkamisen ja työhön paluun tukemiseksi on tässä yhteydessä myös korostunut. Yhteistyön kannalta tärkeitä asioita ovat esimerkiksi tiedon kulku ja sen parantaminen: sähköisen lähete-palauke järjestelmän toimivuus, toinen toisensa työn tunteminen. Alueellisia hyviä yhteistyökäytäntöjä on syntynyt erityisesti mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden hoidossa ja työkyvyn tuessa, vaikka työterveyshuolto on ollut mukana alueellisten hoitoketjujen rakentamisessa vain harvoin.

Työterveyshuollon tehtäviin kuuluu keskeisesti työkyvyn tukeminen, työhön liittyvien sairauksien varhainen tunnistaminen sekä toimenpiteiden käynnistäminen terveyden ja työkyvyn turvaamiseksi yhteistyössä työpaikan kanssa. Työterveyshuolto on avainasemassa työssäkäyvien masennuksen ja muiden mielenterveyden häiriöiden varhaisessa tunnistamisessa, hoidon aloituksessa ja näihin liittyen myös työssä jatkamisen tukemisessa (Honkonen ym. 2012a).

Hyvän työterveyshuoltokäytännön mukainen työterveyspainotteinen sairaanhoito on osa työkyvyttömyyden ehkäisyä. Työterveyshuollossa toteutettavan sairaanhoidon sisältöön vaikuttaa kuitenkin työpaikan ja työterveyshuollon välisen työterveyshuoltosopimuksen sisältö; tämä on huomioitava, kun suunnitellaan mielenterveyshäiriöstä kärsivän potilaan kokonaisvaltaista hoitoa (Kivekäs ym. 2015). Hoidon asianmukainen toteutus edellyttää usein yhteistyötä perusterveydenhuollon ja/tai psykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa. Yhteistyö työterveyshuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon välillä masennuspotilaiden hoidon ja työkyvyn tuen suhteen näyttäisi tiivistyneen (Honkonen ym. 2012b).

Työterveyslaitoksen mielenterveys- ja päihdekoulutusten sisältöä kehitetty

Työterveyslaitos on kehittänyt ja toteuttanut viime vuosina aktiivisesti sekä mielenterveys ja työelämä -aihealueen koulutuksia että koulutuksia alkoholihaittojen ehkäisyyn. Uusia käytäntöjä on viety työterveyshuollon kentälle ja työpaikoille osana Työterveyslaitoksen järjestämää pätevöittävää ja täydennyskoulutusta.

Mielenterveys ja työelämä -aihealueen koulutuksia

Työterveyshuollon valmiuksia masennuksen ehkäisyyn ja masennukseen sairastuneiden työkyvyn tukemiseen on pyritty parantamaan julkaisemalla vuonna 2008 osana Masto-hanketta (STM 2011) Terveysportin Työterveys/Kuntoutus -tietokannassa tutkimusnäyttöön perustuva suositus masennuksen ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta ja jalkauttamalla sitä kentälle Työterveyslaitoksen järjestämällä alueellisilla koulutuskierroilla (STM 2011).

”Työterveyshuollon hyvät käytännöt: Depressio” -suositus päivitettiin keväällä 2015 (Kivekäs ym. 2015). Terveysportissa julkaistu sähköinen suositus näytönastekatsauksineen on tarkoitettu masennustilojen ehkäisyyn ja depressiopotilaiden hoitoon ja/tai kuntoutukseen osallistuville työterveyshuollon ammattihenkilöille ja asiantuntijoille. Osaltaan suosituksen perustana on syksyllä 2014 päivitetty Depression Käypä hoito -suositus (www.kaypahoito.fi).

Masto-hankkeen yhteydessä Työterveyslaitos kehitti depressiosuosituksen pohjalta myös uusia tutkimusnäyttöön pohjautuvia käytäntöjä työterveyshuoltoa varten (www.ttl.fi/masennusjatyo, www.ttl.fi/tomahok) ja järjesti niihin liittyvää koulutusta. Työterveyslaitos on järjestänyt työterveyshenkilöstölle eri paikkakunnilla täydennyskoulutuspäiviä, joiden teemoina ovat olleet muun muassa ”Varhainen vuorovaikutuksellinen tuki työterveyshuollossa”, ”Toimintakyvyn arviointi” ja ”Tue työkykyä työpaikalla – henkisen hyvinvoinnin edellytykset”. Myös koulutusmateriaalia täydennyskoulutuksen tueksi on tuotettu (Tuisku & Rossi 2010, Ahola 2011, Kuikka ym. 2014). Työkyvyn tuki -teema on ollut esillä myös esimiehille, työsuojeluhenkilöstölle ja henkilöstöhallinnon edustajille suunnatuissa koulutuksissa. Vuonna 2011 julkaistu Tue työkykyä -käsikirja (Ahola 2011) oli suunnattu esimiehille ja se sisältää seuraavat moduulit:

- Mitä masennus oikein on?
- Työkyvyn ongelmiin on tartuttava ripeästi (varhainen tuki)
- Miten työkyvyn edellytyksiä edistetään käytännössä?
- Työhön paluu onnistuu parhaiten tuettuna (paluun tuki)
- Työkyvyn edellytyksistä huolehtiminen on osa hyvää johtamista.

Täydennyskoulutuksen sisällön kehittämisessä on hyödynnetty myös Työterveyslaitoksen tekemien tutkimus- ja kehittämishankkeiden tuloksia. Työterveyslaitoksen kehittämishankkeissa on rakennettu mm. toimivia malleja masennuspotilaan työkyvyn tukemiseksi (Hakulinen ym. 2012, Kaila ym. 2012, Rossi ym. 2012). Keskeistä niissä on selkeä vastuunjako työterveyshuollon toimijoiden kesken, työterveyshuollon yhteistyö työpaikan kanssa sekä oikein ajoitettu psykiatrinen konsultaatio sairauspoissaolojen ja työkyvyn tuen koordinaatiovastuun säilyessä työterveyshuollossa.

Osatyökykyisten työssä jatkamisen tukemiseen liittyen Työterveyslaitoksella on tehty myös useita tutkimuksia. Teemoina ovat olleet muun muassa osasairauspäivärahaajärjestelmän vaikutukset työhön osallistumiseen (Kausto ym. 2014), työkykyjohtaminen kunnallisessa liikelaitoksessa (Juvonen-Posti ym. 2014a) ja selvitys ns. 90 päivän säännön perusteella laadittujen lääkärinlausuntojen sisällöstä (Juvonen-Posti ym. 2014b).

Työterveyslaitos on myös jatkanut Pohjois-Suomen Lapponia-Seitin, Savo-Seitin ja Botnia-Seitin puitteissa toimintaa, johon sisältyy muun muassa yhteistyön kehittäminen työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon välillä sekä työterveyshuollon huomioiminen terveydenhuoltolain edellyttämässä terveydenhuollon järjestämisen suunnitelmissa kunnissa. Seitti-hankkeiden kärki on ollut työterveysyhteistyössä ja erityisesti työkykyyn ja sen tukeen liittyvien yhteistyökäytäntöjen rakentamisessa työterveyshuollon ja työpaikkojen välille ja siinä yhteydessä roolien ja vastuiden selkiyttämässä (Hakulinen ym. 2012). Työterveyshuollon oman roolin ja tehtäväkuvan vahvistuminen luo edellytyksiä nähdä konkreettiset yhteistyön kohteet muun terveydenhuollon kanssa, helpottaa yhteistyötä ja toimintamallien rakentamista.

Koulutuksia alkoholihaittojen ehkäisyyn

Työterveyslaitos on kehittänyt ”Alkoholihaitat hallintaan” -hankkeessa (2011–2013) AHA-koulutukset työterveyshuoltoon ja työterveysyhteistyöhön (Kivistö ym. 2014). AHA-koulutukset noudattavat opetusministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön kokoamia, päihdeongelmien ehkäisyyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän (Opetusministeriö 2007) laatimia suosituksia päihdetyön koulutuksen minimisisällöistä. Työhyvinvointia edistävää ja päihdehaittoja ehkäisevää AHA-toimintatapaa alettiin kehittää Työterveyslaitoksessa vuosina 2008–2010 ”Alkoholihaittojen ehkäisyyn vakiinnuttaminen työpaikoilla” -hankkeessa (Kivistö ym. 2010).

AHA-toimintatapaan on seuraavia työkaluja ja menetelmiä (www.ttl.fi/alkoholijatyo):

- A-Step alkoholihaittojen ehkäisyyn työpaikoilla
- Päihdeohjelmaopas – malli päihdeohjelman tekemiseen työpaikalla
- Juomapäiväkirja
- AHA-lyhytkysely työpaikkojen alkoholiasioiden kartoittamiseen ja alkoholihaittoja ehkäisevän toiminnan kehittämiseen
- Tee se näin – ohjeita päihdeohjelman kehittäjälle
- Päihdeohjelman kehittäjän opas (Diasarja: osat 1–3).

Työterveyshuollon koulutuksen tavoite on vahvistaa työterveyshuollon mini-interventiotoimintaa ja roolia työpaikkojen päihdehaittojen ehkäisyssä sekä lisätä työterveyshuollon ammattihenkilöiden päihdeasioiden puheeksiottovalmiuksia työterveyshuollossa ja työpaikalla. Koulutusprosessi sisältää valmennusta asiakkaan muutosvaiheen tunnistamiseen sekä motivoivaan haastatteluun. Koulutuksessa huomioidaan sekä yksilövastaanotolla tapahtuva työskentely että työyhteisöjen kanssa tapahtuva työskentely.

Työpaikan päihderiskien kartoitus ja arviointi sisältyvät hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaiseen työn ja työolosuhteiden terveellisyys- ja turvallisuuden selvittämiseen. Koulutukset sisältävät työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyötä, jonka tavoitteena on tukea ja ylläpitää työkykyä. Yhteisöllisellä päihdehaittojen ehkäisyllä tarkoitetaan koko työyhteisöön suunnattavaa toimintaa, jonka tavoitteena on vähentää päihdehaittoja työpaikalla. Työpaikan yhteisillä normeilla ja johdonmukaisilla käytännöillä voidaan vahvistaa hallittua alkoholinkäyttöä ja päihdeetöntä elämäntapaa.

Työterveyshuollon koulutus sisältää seuraavia asioita:

- päihdeilmiö
- asenteet
- haitat päihdeongelmaisen oman työkyvyn ja hänen läheistensä sekä työyhteisön näkökulmasta
- päihdeongelman tunnistaminen
- puheeksiottaminen ja hoitoonohjaus
- päihdeongelmaisen kuntoutuksen ja työhön paluun tukeminen.

Päihdetyöryhmän koulutuksen tavoitteena on kehittää ryhmäläisistä oman työpaikkansa päihdehaittojen ehkäisyä asiantuntijoita ja kykeneviä toimimaan esimiesten ja muun henkilöstön tukena päihdehaittoja ehkäisevän kulttuurin kehittämisessä. Koulutuksessa on mukana työterveyshuollon ammattihenkilö. Päihdetyöryhmien valmennusohjelmassa on kehitetty yhteistoiminnallisten oppimismenetelmien avulla:

- työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä hyviä käytäntöjä alkoholihaittojen ehkäisyyn työpaikalla kehitettyjä työkaluja hyödyntämällä
- työpaikan päihdetyön toimijoiden (työsuojeluryhmä/ TYKY-/TYHY-ryhmä) ehkäisevään päihdetyöhön liittyvää asiantuntemusta ja yhteistyötä
- työyhteisöjen toimintaa päihdehaittojen ehkäisemiseksi.

Esimiesten koulutuksen tavoitteena on antaa esimiehille työroolinsa vaatimusten mukaisia valmiuksia kehittää työpaikan kulttuuria päihdehaittoja ehkäisevään suuntaan. Esimiesten ja työnjohtajien puheeksiottovalmennuksessa osallistujat oppivat taitoja:

- ohjata keskustelua alkoholiasioista työpaikalla avoimeen ja asialliseen suuntaan
- puuttua työpaikan päihdeongelmatilanteeseen
- toimia yhteistyössä päihdetyöryhmän ja työterveyshuollon kanssa
- tukea työntekijöiden työkyvyn ylläpitämistä.

Lainsäädännön muutoksilla tehostettu työkyvyn ja työhön paluun tukemista

2010-luvulla on tehty useita työterveyshuoltoa koskevia lainmuutoksia, joiden tavoitteena on ollut tukea työntekijöiden työssä jatkamista ja työhön paluuta (Taulukko 2). Muutoksia on tehty myös Kelan työterveyshuoltoa koskeviin korvauskäytäntöihin.

Taulukko 2. Lainsäädännön muutoksia

Ehkäisevän työterveyshuollon korvauksiin muutoksia	Vuosi 2011
Asetus hyvästä työterveyshuoltokäytännöstä	Vuosi 2014
Työkyvyn arviointi pitkittyvissä työkyvyttömyystapauksissa	Vuosi 2012
Osasairauspäivärahan karenssin lyhentäminen	Vuosi 2010
Osasairauspäivärahan maksamisen enimmäisajan pidentäminen	Vuosi 2014
Opiskelu sairauspäivärahaudella	Vuosi 2015
Kuntoutuspsykoterapia lakisääteiseksi	Vuosi 2011
Kelan ammatillisen kuntoutuksen myöntämisedellytysten muuttaminen	Vuosi 2014
Työkyvyttömyyseläkkeen jättäminen lepäämään tilapäisen työn vuoksi	Vuosi 2014
Kelan osakuntoutusraha	10/2015

Ehkäisevän työterveyshuollon korvauksiin tehtiin muutoksia vuonna 2011. Kela tukee hyvän työterveyshuoltokäytännön toteutumista työpaikoilla korvaamalla työnantajille yrityksen tarpeista lähtevän ehkäisevän työterveyshuollon ja sen yhteydessä järjestetyn sairaanhoidon hyväksyttävistä kustannuksista 50 prosenttia laskennalliseen enimmäismäärään asti. Korvaus ehkäisevästä työterveyshuollosta on kuitenkin 60 prosenttia silloin, kun työnantaja on sopinut työterveyshuollon palveluntuottajan kanssa työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen toimintakäytännöistä.

Korvausjärjestelmän muutos aktivoi työterveyshuoltoja ottamaan työkyvyn tuen toimintakäytännöt puheeksi yritysten kanssa ja malleja on rakennettukin. Käytännössä kuitenkin vain osalla työpaikoista varhaisen tuen ja työkyvyn tuen mallit ovat jäsentyneet arkitoiminnan osaksi. Toiminnan seuranta aktivoi **asetus hyvästä työterveyshuoltokäytännöstä** (HTTHK asetus 708/2013), joka tuli voimaan vuonna 2014. Uusi asetus edellyttää työnantajalta, työntekijöiltä ja työterveyshuollolta entistä tiiviimpää yhteistyötä.

Työkyvyn arviointiin pitkittyvissä työkyvyttömyystapauksissa liittyvä lakimuutos (ns. 30–60–90 päivän sääntö) tuli voimaan vuonna 2012. Lakimuutoksen mukaan pitkittyvissä työkyvyttömyystapauksissa työterveyslääkäri on arvioitava työntekijän jäljellä oleva työkyky. Lausuntoon tulee sisältyä työpaikan, työntekijän ja työterveyshuollon yhdessä tekemä suunnitelma työhön paluun mahdollisuuksista. Tavoitteena on ollut parantaa mahdollisuuksia puuttua pitkittyviin työkyvyttömyyksiin riittävän varhain. Yhteistyötä niin työpaikan ja työterveyshuollon kuin työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa on pyritty tehostamaan.

Työnantajan on ilmoitettava työntekijän sairauspoissaolosta työterveyshuoltoon viimeistään siinä vaiheessa, kun poissaolo on jatkunut kuukauden (30 päivää). Työnantajan on tehtävä sairauspäiväraha hakemus kahden kuukauden sisällä (60 päivää). Työntekijän on toimitettava Kelaan työterveyslääkäriin lausunto työssä jatkamismahdollisuuksista viimeistään silloin, kun sairauspäivärahaa on maksettu 90 päivää. Tavoite on, että työpaikan kanssa toimenpiteistä sovitaan ja ratkaisut työhön paluuseen löydetään jo hyvissä ajoin ennen 90 päivää. Työnantajan on selvitettävä yhdessä työntekijän ja työterveyshuollon kanssa työntekijän mahdollisuudet jatkaa työssä. Työterveyshuolto arvioi työntekijän jäljellä oleva työkyvyn, tätä varten voidaan tarvita psykiatrin lausunto potilaan toimintakyvystä, sairauden ennusteesta sekä hoidon ja kuntoutuksen mahdollisuuksista.

Osasairauspäivärahaetus tuli voimaan vuonna 2007. Etuuden tarkoituksena on edistää työkyvyn palautumista, työssä jaksamista ja työuralla pysymistä. Osa-aikatyö ei saa vaarantaa työntekijän terveyttä ja toipumista. Osasairauspäivärahaetuuden kehittämiseksi on tehty sittemmin lainmuutoksia koskien muun muassa **karenssin lyhentämistä ja enimmäiskeston pidentämistä**. Osasairauspäivärahaa on voinut saada vuodesta 2010 alkaen saman omavastuuajan (sairastumispäivä ja yhdeksän seuraavaa arkipäivää) jälkeen kuin Kelan täyttä sairauspäivärahaa. Karenssin lyhentämisen jälkeen osasairauspäivärahan käyttö masennustoipilaiden työhön paluun tukemisessa lisääntyi selvästi (Taulukko 1).

Vuoden 2014 alusta alkaen osasairauspäivärahan enimmäisaika piteni 72 arkipäivästä 120 arkipäivään. Työaika voi vähentää 40–60 prosenttia työehtosopimuksen tai työaikalain mukaisesta kokoaikatyöstä. Myös useaa osa-aikatyötä samanaikaisesti tekevä on voinut vuonna 2014 voimaan tulleen lakimuutoksen jälkeen sopia työajan vähentämisestä, jos hänen normaali viikoittainen työaikansa on yhteensä vähintään 35 tuntia.

Kelan kuntoutuspsykoterapia muuttui lakisääteiseksi vuonna 2011. Sen saamisen edellytyksenä on, että työ- tai opiskelukyky on mielenterveyden häiriön vuoksi uhattuna ja että kuntoutuja on ollut vähintään kolmen kuukauden ajan asianmukaisessa hoidossa joko julkisessa tai yksityisessä terveydenhuollon yksikössä ja että hänen arvioidaan hyötyvän terapiasta sen tavoitteiden mukaisesti (www.kela.fi). Kuntoutuspsykoterapian siirryttyä lakisääteiseksi sen käyttö on jatkuvasti lisääntynyt, ja vuonna 2014 se oli Kelan toiseksi käytetyin kuntoutusmuoto. Kaikkiaan vuonna 2014 kuntoutuspsykoterapiaa sai yli 25 000 henkilöä.

Kelan ammatillisen kuntoutuksen myöntämisperusteet muuttuivat vuonna 2014. Tarkoitus on ehkäistä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä sekä pidentää työuria mahdollisemman varhaisella kuntoutuksella. Lakimuutos lievensi ammatillisen kuntoutuksen myöntämisperusteita. Kuntoutusta myönnettäessä huomioidaan aikaisempaa laajemmin sairauden lisäksi myös muut henkilön elämäntilanteeseen vaikuttavat asiat, kuten fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Myöntämisedellytykset painottavat työkyvyttömyyden uhan sijasta opiskelu- tai työkyvyn olennaista heikentymistä. Kela järjestää ammatillisena kuntoutuksena kuntoutusmahdollisuuksia selvittäviä tutkimuksia, koulutusta, työ- ja koulutuskokeiluja ja työhönvalmennusta, ammatillisia kuntoutuskursseja ja Tyk-kuntoutusta (työkykyä ylläpitävä kuntoutus).

Opiskelu sairauspäivärahakaudella tuli mahdolliseksi vuonna 2015. Vuoden 2015 alusta päätoiminen opiskelija on voinut sairaudesta toipuessaan opiskella jonkin verran menettämättä sairauspäivärahaansa. Kun opiskelijalle maksetaan opintotuen sijaan sairauspäivärahaa, hän voi opiskella enintään 40 prosenttia ohjeellisesta lukukauden, tai lukuvuoden tavoitteesta. Opiskelijan tulee itse arvioida, milloin opiskelun määrä täytyy, ja ilmoittaa siitä Kelaan.

Muutoksen taustalla on ajatus, että osa opiskelijoista pystyisi toipumisen edetessä opiskelemaan hieman sairauspäivärahakaudella, ja sillä saattaisi olla myönteinen vaikutus toipumiseen. Pitkäaikainen poissaolo opinnoista voi myös hankaloittaa opintojen jatkamista ja jopa edistää niiden keskeyttämistä.

Työkyvyttömyyseläkkeen voi jättää lepäämään tilapäisen työn vuoksi (vähintään 3 kuukautta, enintään 2 vuotta). Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työhön paluuta pyritään edistämään myös määräaikaisella lailla (lepäämäänjättämislaki), jota jatkettiin vuonna 2014. Lain mukaan työkyvyttömyyseläkkeellä oleva voi ansaita eläkkeensä rinnalla tekemästään työstä enintään 743,80 euroa kuukaudessa (vuoden 2014 tasossa) sen vaikuttamatta hänen työkyvyttömyyseläkkeensä maksamiseen. Jos eläkkeensaajan tulot ylittävät laissa säädetyt rajat, eläkkeen maksaminen keskeytetään ja eläke jätetään lepäämään vähintään kolmeksi kuukaudeksi ja enintään kahdeksi vuodeksi. Jos eläkkeen lepäämään jättäneen työhön paluu ei onnistu, työkyvyttömyyseläkkeen saa takaisin ilman uutta hakemusta. Työkyvyttömyyseläkkeen lepäämään jättämismahdollisuus tukee työssäkäynnin kokeilemistä ilman pelkoa eläkkeen menettämisestä. Laki edistää työkyvyttömyyseläkkeellä olevien ihmisten palaamista heille sopivaan työhön sekä helpottaa heidän mahdollisuuttaan vastaanottaa satunnaisia ja lyhytaikaisia töitä.

Kela voi jatkossa maksaa osakuntoutusrahaa. Lokakuun alusta 2015 alkaen Kela voi maksaa päivärahana myös osakuntoutusrahaa. Tämä mahdollistaa kuntoutuksen ja työn nykyistä joustavamman yhdistämisen. Lainmuutoksen yhteydessä kuntoutuspäivän kestoja koskeva vähimmäisvaatimus lyhenee kuudesta neljään tuntiin. Kuntoutusrahaa ja osakuntoutusrahaa maksetaan kuntoutuksen ajalta, kun sen tavoitteena on henkilön työssä jatkaminen, sinne palaaminen tai työelämään pääsy.

Osatyökykyisten nuorten työllistymisen ja työssä pysymisen edistäminen tavoitteeksi

Monilla työpaikoilla on jo sovittu pelisäännöistä, joiden avulla työkykyongelmiin tartutaan ajoissa, ja myös työhön paluun toimintamalleja on kehitetty. Työterveyshuoltoa varten on olemassa toimivia käytäntöjä masennusta sairastavien työssä jatkamisen ja työhön paluun tukemiseksi. Masennustoipilaiden asteittaisen työhön paluun helpottamiseksi on lisääntyvästi hyödynnetty osasairauspäivärahaetuutta sekä ammatillisena kuntoutuksena toteutettavaa työkokeilua. Kaikki edellä mainitut asiat ovat tuoneet työterveyshuollolle uusia välineitä yhteistyöhön työpaikkojen kanssa.

Tulevaisuuden haasteena on löytää uusia yhteistyömuotoja huonosti työelämään kiinnittyneiden mielen-terveyden häiriöistä kärsivien nuorten työllistymisen ja työssä pysymisen tukemiseksi (Liukko & Kuuva 2015). Tähän tarvitaan työn räätälöintiä ja sujuvaa verkostoyhteistyötä työpaikkojen, työterveyshuollon, muun terveydenhuollon sekä kuntoutuksen välillä (Kivekäs 2013).

Haasteena on myös kasvava pitkän työuran jälkeen työttömäksi jäävien ryhmä, joille kehittyi mielen-terveysongelmia työttömyyden myötä (Kerätär & Karjalainen 2010). Miten heidän työkykyään voidaan ajoissa ja oikealla tavalla tukea?

Lähteet

- Ahola, Kirsi: Tue työkykyä - käsikirja esimiestyöhön. Helsinki: Työterveyslaitos, 2011.
- Depressio (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 19.3.2015). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi
- Gould, Raija & Nyman, Heidi: Nuorena työkyvyttömyyseläkkeelle. Työeläke 2010; 5.
- Hakulinen, Hanna, Pesonen, Sanna, Laaksonen, Maire, ym.: Verkostosta vaikuttavuutta työterveyshuollon kehittämiseen. Seitti – alueellisella yhteistyöllä kohti parempaa työterveyttä -hankkeen loppuraportti. Tietoa työstä. Helsinki: Työterveyslaitos, 2012.
- Honkonen, Teija, Virtanen, Marianna, Ahola, Kirsi, ym.: Employment status, mental disorders and service use in the working-age population. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 1 (2007): 29–36.
- Honkonen, Teija & Gould, Raija: Masennusperusteisen työkyvyttömyyden määrä on taittunut. *Suomen Lääkärilehti* 66 (2011): 3296–3297.
- Honkonen, Teija, Virtanen, Marianna & Husman, Kaj: Depressio ja preventio: Minkälaisia toimia tarvitaan työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi? *Työterveyslääkäri* 1 (2012a): 82–87.
- Honkonen, Teija, Tuisku, Katinka & Joensuu, Matti: Masennuspotilaan hoito ja työkyvyn tuki: Psykiatreilla myönteisiä odotuksia yhteistyöstä työterveyshuollon kanssa. *Erikoislääkäri* 22 (2012b): 73–77.
- Juvonen-Posti, Pirjo, Joensuu, Matti, Reiman Arto, ym.: Työkykyjohtaminen – johdettua yhdessä tekemistä. Tapaustutkimus käytännön johtamisenmetodyistä ja taloudellisesta vaikuttavuudesta kunnallisessa liikelaitoksessa. Helsinki: Työterveyslaitos, 2014a.
- Juvonen-Posti, Pirjo, Pesonen, Sanna, Toivio, Pauliina, ym.: Työssä jatkamisen tuki pitkittyvässä työkyvyttömyydessä. Tietoa työstä. Helsinki: Työterveyslaitos, 2014b.
- Kaila, Erkki, Väisänen, Anne, Leino Timo, ym.: ToMaHok – Toimiva masennuksen hoitokäytäntö työterveyshuollossa. Tietoa työstä. Helsinki: Työterveyslaitos, 2012.
- Kausto, Johanna, Viikari-Juntura, Eira, Virta, Lauri J, Gould, Raija, Koskinen, Aki, Solovieva, Svetlana: Effectiveness of new legislation on partial sickness benefit on work participation: a quasi-experiment in Finland. *BMJ Open* 4 (2014): e006685. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006685.
- Kerätär, Raija & Karjalainen, Vappu: Pitkäaikaistyöttömällä on runsaasti hoitamattomia mielen-terveyshäiriöitä. *Suomen Lääkärilehti* 65 (2010): 3683–3690.
- Kivekäs, Teija: Osatyökykyiset mielen-terveyskuntoutujat avoimille työmarkkinoille. *Erikoislääkäri* 2 (2013): 39–43.
- Kivekäs, Teija, Haakana, Leena, Hannonen, Heli, Kinnunen, Elina, Sauni, Riitta, Vuokko, Aki: Työterveyshuollon hyvät käytännöt: Depressio. Terveysportti, Työterveys ja kuntoutus -tietokanta. Artikkelin tunnus ttk00100 (000.001). Työterveyslaitos, 2015. suora linkki: <http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/ttk00100> (vaatii lisenssin)
- Kivistö, Marketta, Jurvansuu, Hanna & Hirvonen, Leena: Alkoholi ja työpaikka – alkoholihaittojen ehkäisyn vakiinnuttaminen työpaikalla. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 28. Työterveyslaitos, 2010.
- Kivistö, Marketta, Logren, Aija, Kujasalo, Anne, Luurila, Katrimaija & Hirvonen, Leena: Työhyvinvointia edistävien toimintatapojen implementointi työpaikalla – esimerkkinä AHA-toimintatapa. Alkoholihaitat hallintaan -hanke 2011–2013. Tietoa työstä. Helsinki: Työterveyslaitos, 2014.

- Kuikka, Pekka, Paananen, Teemu, Kivekäs, Teija, Vuokko, Aki & Sainio, Markku: Työkäisten kognitiivisen toimintakyvyn hyvä arviointikäytäntö. Toimia-tietokanta, 7.4.2014 (www.toimia.fi).
- Liukko, Jyri & Kuuva, Niina: Toimijoiden yhteistyö työkykyongelmien hallinnassa. Ammattilaisten haastatteluihin perustuva tutkimus. Eläketurvakeskuksen raportteja 2015; 3. Helsinki: Eläketurvakeskus 2015.
- Opetusministeriö: Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2007; 17.
- Rantala, Juha & Suoniemi, Ilpo: Eläkeläisen toimeentulo tulonjaon kokonaisuudessa. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2007; 2. Helsinki: Eläketurvakeskus 2007.
- Rossi, Helena, Virtanen, Marianna, Joensuu, Matti, Honkonen, Teija & Tuisku, Katinka: Kuinka sujuu masennuksen hoito työterveyshuollossa valtakunnallisten hankkeiden jälkeen? Työterveyslääkäri 3 (2012): 81–85.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Masto-hankkeen (2008-2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011: 15.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Osatyökykyiset työssä ohjelma. Osatyökykyisten työllistymistä edistävien säädosmuutostarpeiden ja palvelujen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013: 37.
- Tuisku, Katinka, Rossi, Helena: Masennuksen ehkäisy ja hoito – työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon. Helsinki: Työterveyslaitos 2010.
- Valtioneuvoston kanslia: Työurat pidemmiksi – työeläkejärjestelmän kehittämisvaihtoehtojen tarkastelua. Työurien pidentämistä selvittävän työryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 2011: 4.
- Vos, Theo, Flaxman, Abraham D, Naghavi, Mohsen ym.: Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 380 (2012): 2163–2196.

3.7 Rahapeliongelmat työterveyshuollon haasteena

Tapio Jaakkola

Rahapelihaitat ja työelämä

Miksi rahapelihaitat pitäisi ottaa huomioon työelämässä ja sen rakenteissa? Vastaus on, että kohtaamme ongelmapelaajia työelämässä ja usein tietämättämme. Yli puolet pääkaupunkiseudulla toimivan Peliklinikan avohoidon asiakkaista on työssä käyviä kansalaisia. Heitä kohdataan myös työterveyshuollossa, monesti silloin kun he hakevat apua peliongelmansa oireisiin: unettomuuteen, stressiin tai jopa masennukseen. Oireiden hoito ei kuitenkaan auta, vaan meidän tulisi kyetä vaikuttamaan syyhyn, rahapeliongelmaan. Mielenterveyden häiriöt ovat yleisin rahapeliongelman kanssa esiintyvä ongelma. Peliklinikan avohoidon asiakkaista noin 40 prosentilla oli myös mielenterveysongelmia rahapeliriippuvuuden ohella.

Rahapeliongelma voi vaikuttaa työkykyyn ja työpanokseen

Rahapelihaitat ovat edelleen huonosti tunnettu ja tiedostettu asia. Vielä vähemmän meillä on puhuttu siitä, miten rahapeliongelma voi näkyä työpaikoilla. Asiaa on tutkittu kansainvälisestikin vähän ja Suomessa ei ole tehty yhtään tutkimusta. Tutkimustuloksissa voidaan viitata norjalaisiin työelämään liittyvien päihde- ja riippuvuuskyymysten osaamiskeskuksen AKAN:in tutkimuksiin ja julkaisuihin.

Rahapelaaminen tapahtuu yleensä vapaa-ajalla ja on siksi vaikea tunnistaa työpaikalla. Ongelmallisen pelaamisella voi kuitenkin olla monia vaikutuksia työpaikoilla. Ne voivat näkyä esimerkiksi töiden laiminlyöntinä, työkyvyn ja -tehon heikentymisenä, ärtyisyytenä ja keskittymisvaikeuksina sekä poissaoloina. Lisäksi ongelmapelaajan käyttäytyminen voi heikentää työilmapiiriä tai aiheuttaa taloudellisen riskin työnantajalle.

Norjalaistutkimuksen mukaan noin viidesosalla ongelmapelaajista oli poissaoloja ja neljäsosalla keskittymisvaikeuksia. Palkkaennakkoja heistä oli hakenut 26 prosenttia, kun muista työntekijöistä vain 0,3 prosenttia. Peli poikki -ohjelmaan hakeutuneista pelaajista 36 prosenttia ilmoitti syyllistyneensä rikokseen pelaamisensa rahoittamiseksi. EHYT ry:n ja Sisäiset tarkastajat ry:n yhteisessä selvityksessä noin puolet tarkastustoiminnassa mukana olevista vastaajista oli havainnut työssään väärinkäytöksiä pelaamiseen liittyen.

Miten ehkäistä rahapelihaittoja työpaikoilla?

Työturvallisuus- ja työterveystoiminnan tavoitteena on ehkäistä työtaturmia ja ammattitauteja sekä torjua muita työstä ja työympäristöstä johtuvia terveystaittoja, jotka uhkaavat työntekijän terveyttä. Rahapelaamisesta voi aiheutua haittoja työelämässä, joita tulisi pyrkiä vähentämään ja ehkäisemään. Se edellyttää työnantajan linjausta rahapelihaittojen ehkäisemisestä ja pelaamisesta työpaikalla sekä esimiesten ja työterveyshuollon mukana oloa toiminnassa.

Ehkäisevä työ tehdään yhteistyössä työelämän eri osapuolten kesken ja se ulottuu kaikkiin työntekijöihin. Siinä on suuri rooli työnantajalla ja esimiehillä. Työterveyshuollolla voisi olla rooli varhaisen tunnistamisessa ja hoitoon ohjauksessa.

Työelämässä on rajoitetut mahdollisuudet ehkäisevään työhön asiassa, joka pääsääntöisesti on yksityinen ja tapahtuu vapaa-ajalla. Työpaikka voi kuitenkin toimia alustana valistukselle sekä avoimelle keskustelulle rahapeleistä ja niiden seurauksista. Rahapelihaittojen ehkäisy voidaan ottaa osaksi työpaikan päihdeohjelmaa ja näin käsitellä työpaikan eri osapuolten kesken yhteistoiminnassa.

Haittojen ehkäisyä pohdittaessa on syytä huomata, että joihinkin ammatteihin liittyy kohonnut riski rahapeliongelman kehittymiselle. Töitä tai ammattialoja, jotka kuuluvat riskiryhmään ovat norjalaisten tutkimusten mukaan:

- vuorotyö,
- kuljetusala,
- rahapelien parissa työskentelevät,
- rahapelejä työpaikallaan kohtaavat ja
- yli 100 päivää vuodessa matkustavat.

Työterveyshuolto ja rahapeliongelma

Rahapeliongelma ja sen seuraukset eivät samalla tavoin näy työntekijän toiminnassa työpaikalla kuin esimerkiksi päihteiden käyttö. Päihtyneenä esiintyminen työpaikalla on aina haitallista ja voi olla jopa työsuhteen päättämisen peruste. Sen sijaan vaikka työntekijä olisi edellisenä päivänä pelannut paljonkin, ei siitä välttämättä ole mitään näkyvää haittaa työpaikalla.

Työnantajilla on työterveyslainsäädännön ja alakohtaisten sopimusten nojalla velvollisuus järjestää työterveyshuollon palvelut työntekijöilleen. Työpaikan päihdeohjelma on luontevin tapa käsitellä rahapeliongelmaa.

Työterveyshuolto toimii yhteistyössä työnantajan ja työntekijöiden kanssa. Tiedossa on kuitenkin tällä hetkellä vain yhden suomalaisen työpaikan työsuojelu-, työturvallisuus- tai työterveysohjelma, jossa rahapeliongelman ehkäisy on otettu huomioon.

Työterveyshuollon rutiinitarkastuksissa rahapeliongelma voidaan tunnistaa, mutta se vaatii sekä tietoa rahapeliongelma- että keinoja ottaa asia luontevalla tavalla puheeksi. Rahapeliongelman tunnistamiseen voidaan työterveyshuollossa soveltaa esimerkiksi kahden kysymyksen Lie/Bet-seulaa tai kolmen kysymyksen BBSG-seulaa. Nämä löytyvät esimerkiksi THL:n verkkosivuilta (www.thl.fi, ks. Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet -aihesivusto Rahapelaaminen).

Hoitoonohjauksen kannalta työterveyshuollon ammattilaisten olisi tärkeä tuntea rahapeliongelman hoitovaihtoehdot. Tietoa hoitopaikoista ja -mahdollisuuksista löytyy THL:n verkkosivuilta ja Peluurin auttavasta puhelimesta sekä verkkosivuilta (www.peluuri.fi).

Rahapeliongelmaan puuttuminen työpaikalla

Meillä ei ole vielä kehitetty erikseen mini-interventiomallia rahapeliongelmaan liittyen. Siihen voidaan kuitenkin soveltaa päihdeongelmiin kehitettyjä malleja. Työpaikan rahapelihojelmassa on tärkeää ohjeistaa esimiehet sekä antaa puheeksiottamisen malli ja määritellä hoitoon ohjaus.

Rahapeliongelmaan liittyy työpaikalla myös mahdollinen taloudellisen väärinkäytösten riski. Siksi työnantajan on syytä kiinnittää huomiota rakenteisiin, joilla näitä voidaan ehkäistä:

- vastuunjakoon
- vaarallisten työyhdistelmien estämiseen
- esimiesten ja työyhteisön vastuullisuuteen
- ohjeistukseen
- varhaiseen puuttumiseen.

Rahapelaamista ei tulisi sallia työajalla. Samoin työnantajan laitteiden käyttäminen rahapelaamiseen kannattaa estää. Osa verkkorahapelisivustoista on IT-turvallisuuden näkökulmasta enemmän kuin epäilyttäviä.

Rahapelihaittojen ehkäisy tulisi ottaa osaksi työpaikan työterveys- ja työturvallisuusohjelmaa. Toivottavaa olisi, että myös työmarkkinoiden keskusjärjestöt huomioisivat jatkossa rahapelihaittojen ehkäisyn osana työelämän rakenteiden kehittämistä ja näistä tehtäviä sopimuksia.

Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry:n uuden Arpa-projektin tavoitteena on aikuisten rahapelihaittojen ehkäisy riskiryhmien parissa. Projektin osatavoitteita ovat työelämään sopivien ehkäisevien mallien kehittäminen, rahapelaamisen tuominen osaksi ehkäisevän päihdetyön rakenteita sekä kansalaisviestinnän ja kansalaisjärjestötoiminnan kehittäminen. Projekti toteutetaan vuosina 2015–2017.

3.8 Unohdetut työttömät

Jouko Karjalainen

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, joista päihdeongelmat tavallisimpia, ovat yleisin syy (yli 40 %) työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiseen. Toisaalta työttömien ja työkyvyttömyyseläkeläisten osuus itsemurhaan kuolleiden keskuudessa on suuri, mikä viittaa siihen, että syrjäytyminen on suuri itsemurhan riskitekijä. (Partonen 2012.) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (Kaste 2012–2015) yhden osaohjelman tavoitteena on ollut edistää ”pitkäaikaistyöttömien ja vaikeasti työllistyvien työelämäosallisuutta uudistamalla aikuissosiaalityön menetelmiä, tehostamalla sosiaalista työllistämistä ja kuntouttavaa työtoimintaa... Lisäksi erityistä huomiota kiinnitetään ... mielenterveys- ja päihdekuntoutujien koulutusmahdollisuuksiin ja työllistymiseen.” (Kaste 2012).

EU- maissa tehdyn selvityksen mukaan työelämässä toteutettuun mielenterveyden edistämiseen sijoitetun pääoman palautuu jo vuodessa, ja tuotto on ollut viisi kertaa suurempi kuin sijoitettu pääoma. Myös työttömien tai työttömyysvaarassa olevien mielenterveyden edistämiseen sijoitetun pääoman tuotto on ollut jopa viisi kertaa suurempi kuin sijoitettu pääoma kahden vuoden seurannassa. (McDaid 2011.) Ylipäänsä syrjäytymisen ehkäisyä pidetään taloudellisten mittarienkin mukaan hyödyllisenä, vaikka toteutettujen politiikkojen kohdalla näkökulma on jäänyt yleensä vain puheiden tasolle.

Edellä sanotusta johtuen olikin hiukan hämmentävää yrittää löytää hankkeita, joissa juuri työttömien päihde- ja mielenterveysongelmat olisivat lähtökohtana, ja työttömyys otettaisiin erityisenä riskitekijänä huomioon. Saman ihmettelyn voi toki suunnata myös Mieli 2015- hankkeeseen, sillä täälläkin herättiin asiaan vasta tämän loppuraportin kokoamisen yhteydessä. Ensimmäinen johtopäätös, myös vastauksena raportissa läpikäynnä olevaan ”miten tästä eteenpäin”- kysymykseen, onkin työttömien näkökulmien parempi huomioiminen jatkotyössä. Katsausta varten olen kysellyt tietoja lukuisten yhteyksieni kautta, mutta siitä huolimatta tulos on melko laiha. En toki kuvittelekaan saaneeni tietoa kaikista olemassa olevista hankkeista. Niiden lisäksi miltei minkä tahansa ”kaikille kuntalaisille” tarkoitettun toiminnanhan voi sanoa koskevan myös työttömiä, mutta sellainen selitys ei kuitenkaan riitä kuittaamaan tätä ilmeistä aukkoa.

Työ- ja päivätoiminta

Avoin päivätoiminta on yleisin matalan kynnyksen toimintamuoto, joka on etenkin pienemmillä paikkakunnilla tarkoitettu ”vähän kaikille” työelämän ulkopuolella oleville. Kansalaisareenan Olotilan Kohtaamispaikkarekisterissä on yhteensä 220 paikan tiedot. Listaus ei kuitenkaan ole täysin kattava, eikä välttämättä ole aivan ajan tasallakaan. Suurin osa on avoin ”kaikille”, ja toisaalta aika moni on suunnattu päih-teistä irtaantuville ja osa joillekin muille erikseen nimetyille kohderyhmille. Työttömät mainittiin erityisenä kohderyhmänä noin kolmessakymmenessä kohtaamispaikassa. Merkittävä osa näistä oli työttömien yhdis-tysten ylläpitämiä paikkoja.

Suuremmilla paikkakunnilla ”kaikille” tarkoitettu olotiloissa tapahtuu enemmän tai vähemmän tie-toista valikointia elämänkaaren, sosiaalisen aseman tai toimintaa järjestävän organisaation perusteella. Seuraavassa joitakin esimerkkejä toimivista päihdeettömyyttä tukevista työ- tai päivätoiminnan hankkeista, joissa työttömien tilanteet on yritetty ottaa lähtökohdaksi tai ainakin jollain erityisellä tavalla huomioon.

Lapissa kolmen vuoden mittainen ”Hyvinvointi hakusessa – riippuvuus riskinä” -hanke päättyi vuoden 2014 lopussa. Kevään 2015 mittaan toteutetut päivätoimintojen kokeilut päättyivät hankkeen myötä muun muassa Posiolla ja Ranualla. Molemmilla paikkakunnilla jatketaan ensi sijassa työttömille suunnattua toimintaa kerran viikossa sosiaalitoimen ja vapaaehtoisten voimin. Kemijärvellä taas aloitettiin kokemus-asiantuntijavalmennus maaliskuussa 2015. Toiminnan suunnittelua toteuttaa moniammatillinen työryhmä, jota koordinoi alueen kehittäjätyöntekijä. Myös Ranualla toimii kerran viikossa päihdeetön päivätoiminta. Suunnittelussa oli mukana moniammatillinen päihdetiimi sekä Ranuan perusturvajohtaja ja muut yhteistyö-kumppanit (seurakunta, vapaaehtoistoimijat). Kaste-hanke on siis ainakin näillä paikkakunnilla jättänyt pysyvemmän jäljen.

Keminmaassa kokoonnuttiin myös kerran viikossa keskustelukahviloiden merkeissä. Myös Tervolassa kokeiltiin keskustelukahvila-toimintaa kolmena toukokuuisena tiistai-iltana keväällä 2015. Tavoitteena oli avata keskustelu kunnan peruspalveluista ja saada palautetta kuntalaisilta niiden toimivuudesta. Palautetta saatiin muun muassa asiointikuljetusten toimivuudesta, nuorten harrastus- ja ajanviettomahdollisuuksien parantamisesta sekä ehkä hiukan yllättäen päihdepalveluista. Tervolan sabluunalla kokeillaan vastaavaa toimintaa myös Keminmaassa tulevan syksyn aikana. Työttömät ovat sielläkin keskeinen kohderyhmä.

Äänekoskella toteutetun ”osallistavan sosiaaliturvan” kokeilun osallistajat olivat pitkäaikaisia työttö-miä, ja joillakin heistä työttömyys oli alkanut jo 1990-luvun alun lamassa. ”Ryhmätoiminnassa mukana olleet kokivat, että ryhmä tuki heitä monella tapaa päihdeiden käyttöä vähentävästi. Ei haluttu pettää ryh-mää jäämällä pois juomisen vuoksi. Ryhmäpäivät auttoivat siten olemaan juomatta.” Hankkeessa oli moti-voinut työhön tai muuhun toimintaan sekin, että siinä oli mahdollisuus vaikuttaa siihen mitä teki. Niinpä juominen ei pilotin aikana noussut niin tärkeään osaan arkielämää. Osa asiakkaista kertoi, että kun on työ-tön, ei ole ketään, jolle puhuisi ongelmistaan. Työtoiminnassa asioista pystyi puhumaan sekä ohjaajan että ryhmäläisten kanssa. (Savolainen 2015, Karjalainen & Saikku 2015.)

Varsinais-Suomen hankekuntien ”Palvelumuotoilulla parempia palveluja riskiryhmille”- osahankkeessa erityistä huomiota kiinnitetään pitkäaikaistyöttömiin ja pitkäaikaisiin sosiaali- ja työvoimahallinnon asiak-kuuksiin. Heidän lisäksi hankkeen kohteena ovat nuorten aikuisten palvelutarpeet ja palvelut. Tavoitteena on kehittää asiakaslähtöisesti aikuissosiaalityön, perusterveystuon ja erikoissairaanhoidon palvelu-kokonaisuutta, jolla haetaan ”sote-ehyettä” sekä suunnitelmallista ja moniammatillista yhteistyötä päihde- ja mielenterveyspalveluissa ja aikuissosiaalityössä. Hanke on käynnissä ja sen tuloksista ei ole vielä suu-remmin raportoitu, mutta hanke näyttäisi sitoutuneen melko vahvasti uudessa sosiaalihuoltolain keskeisen käsitteeseen eli sosiaalisen kuntoutuksen toteuttamiseen.

Kuntouttava työtoiminta

Kuntouttavan työtoiminnan tavoitteena on parantaa henkilön elämänhallintaa ja toimintakykyä, jotta hän voisi työllistyä, hakeutua koulutukseen tai osallistua TE-hallinnon työllistymistä edistäviin palveluihin. Kuntouttavan työtoiminnan sisältöä ei ole laissa määritelty. Oleellista on se, että palvelu edistää asiakkaan elämänhallintaa ja työelämävalmiuksia. Kuntouttavaa työtoimintaa järjestetään esimerkiksi työtoimintana, ryhmätoimintana, yksilövalmennuksena sekä toimintakyvyn arviointina. Kuntouttavalla työtoiminnalla halutaan vahvistaa asiakkaan elämän- ja arjenhallintaa sekä työ- ja toimintakykyä. Siihen voidaan ja on usein välttämätöntäkin yhdistää muita palveluita, jos ja kun se nähdään sosiaalipalveluna. Asiakkaille se ei kovin usein sellaisena avaudu vaan suhtautuminen on hyvinkin ristiriitaista. Toiminnalla pyritään myös ehkäisemään syrjäytymistä tarjoamalla mahdollisuus työtoimintaan ja muihin palveluihin. Palveluiden suunnittelussa tulisi huomioida kokonaisvaltaisesti asiakkaan henkilökohtainen tilanne.

Kuntouttava työtoiminta on lain mukaan sovitettava henkilön työ- ja toimintakyvyn sekä osaamisen mukaan niin, että se parhaalla mahdollisella tavalla edistäisi hänen elämänhallintaansa ja toimintakykyään. Koska kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien toimintakyky voi vaihdella suuresti, on tärkeää, että kuntouttava työtoiminta räätälöidään asiakkaan tarpeen mukaan. Osalle asiakkaista kuntouttavan työtoiminnan sisältö on totuttautumista säännönmukaiseen päivärytmiin ja johonkin ohjattuun toimintaan. Lakia kuntouttavasta työtoiminnasta sovelletaan niihin työttömiin henkilöihin, jotka saavat työttömyyden perusteella työmarkkinatukea tai toimeentulotukea. Sen käyttö ”aktiivoinnin” välineenä on kasvanut vuosi vuodelta ja isohko hyppäys tapahtui työmarkkinatuen rahoituksen muuttuessa vuonna 2006, jolloin kunnille syntyi merkittävä kannustin kuntouttavan työtoiminnan lisääntyvän käyttöön.

Työvoiman palvelukeskuksiin ohjataan vaikeasti työllistyviä, joilla on paljon työllistymisen esteitä. Osatyökykyisiksi tai vajaakuntoisiksi arvioitujen osuus onkin työvoiman palvelukeskuksissa suurempi kuin työ- ja elinkeinotoimistoissa. Työvoiman palvelukeskusten asiakkaista vuonna 2008 tehdyn arvioinnin mukaan vajaakuntoisia tai osatyökykyisiä oli kolmannes, kun te-toimistoissa osuus oli vain noin 15 prosenttia asiakkaista. Heidän suuri määränsä voi myös kertoa työvoiman palvelukeskusten tehokkuudesta työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa ja työkyvyn puutteiden todentamisessa. Lisäpalvelujen tarvetta oli erityisesti päihdehoitoon, terveydentilan arviointiin ja mielenterveyspalvelujen saannissa. (Karjalainen ym. 2008.)

Tutkimuksen (Karjalainen ym. 2008) mukaan kuntouttavassa työtoiminnassa oli vähemmän vajaakuntoisia asiakkaita kuin heitä oli pääkaupunkiseudun työvoiman palvelukeskusten asiakkaissa keskimäärin. Vuonna 2009 Helsingin työvoiman palvelukeskuksen asiakkaista oli 25 prosenttia osatyökykyisiä, Espoon asiakkaista 30 prosenttia ja Vantaan asiakkaista 42 prosenttia. Valtakunnallisesti työvoiman palvelukeskuksissa oli osatyökykyisiä keskimäärin 34 prosenttia kyseisenä vuonna. Kuntouttavan työtoiminnan tehtävät keskittyvät pääsääntöisesti jonkinasteista fyysistä kuntoa vaativiin tehtäviin, joten työkyvyn pitää olla tehtävissä kohtuullisen hyvä.

Monien kuntouttavan työtoiminnan asiakkaiden elämäntilanne oli vaikea ja päihdeongelmat olivat yleisimpiä ongelmia. Velkaongelmat olivat myös tavallisia. Asiakkailla saattoi olla paljonkin poissaoloja työtoiminnasta ja käyttämättömiä aikoja eri palveluihin. Päihdehoitoa, kuntoutusta tai korvaushoitoa oli saanut 16 prosenttia ja mielenterveyshoitoa tai kuntoutusta seitsemän prosenttia pääkaupunkiseudun kuntouttavan työtoiminnan asiakkaista. Psykologin palveluja oli saanut neljä prosenttia asiakkaista. Työ- ja toimintakyvyn virallinen arviointi oli erittäin harvinaista (vain 1 %), mikä ei anna erityisen hyvää kuvaa kuntouttavan näkökulman tärkeydestä kunnissa. Muita kuin hoitopalveluja jakson aikana olivat sosiaaliohjaajan palvelut, työvoiman palvelukeskuksen terveydenhoitajan palvelut, tukihenkilöpalvelu sekä asumispalvelu. Asiakas-työntekijöiden mukaan kuntouttavan työtoiminnan asiakkailla oli jonkin verran enemmän päihdehoidon, terveydentilan arvioinnin ja mielenterveyspalvelujen tarvetta, mitä heille pystyttiin järjestämään. (Karjalainen & Karjalainen 2013.)

Lansi-Pohjan alueella toteutetaan edelleen pilotointia, jossa tavoitellaan toimintamallia, jossa kuntouttava työtoiminta on yhdistetty päiväkeskustoimintaan. Tavoitteet ovat tutut: elämähallintataitojen lisääminen, aktiivointi avoimille työmarkkinoille (lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteellinen toiminta). Asiakkaiden hen-

kilokohtaisten tavoitteiden huomiointi sanotaan olevan tärkeää, mutta myös ristiriitaisesti ”Kela-listalla” olevien asiakkaiden määrän vähentäminen on tavoitteena. Länsi-Pohjan pilotit ovat toistaiseksi kuntakoh- taisia (Tornio, Keminmaa, Tervola). Pyrkimyksenä on avata pitkään työttömänä olleille päihdekuntoutujille väyliä ensisijaisesti työllistämistä edistäviin toimenpiteisiin ja sitä kautta työelämään. Tavoitteena on myös parantaa päihdekuntoutujan elämänhallintakykyä sekä estää pitkään jatkuneen työttömyyden (ja päihdeon- gelman) kielteisiä vaikutuksia. Kuntouttavan työtoiminnan ja työvoiman palvelukeskuksen kanssa on ollut ryhmätoimintaa Tornion Väylän valon päiväkeskuksessa ja Oma väylä -ryhmä kokoontui esimerkiksi ke- vään 2015 aikana 13 kertaa hyvinvoinnin ja elämänhallinnan teemoihin liittyen. Tervolassa vastaava toi- mintaa toteutetaan Taukotuvalla kerran viikossa. Keminmaan oma kuntouttavan työtoiminnan ryhmä aloitti 2015 toimintansa ja kokoontuu päiväkeskuksen tiloissa kerran viikossa. Länsi-Lapin alueella taas on etsitty kokemusasiantuntijoita kevään 2015 aikana käynnistyvään valmennukseen. Hankkeen toiminta-alueella on aloitettu myös kaksi hankekuntien yhteistä pilottia. Nämä liittyvät päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kuntouttavan työtoiminnan käytäntöjen yhtenäistämiseen ja kehittämiseen sekä tukiasumisen henkilöstön konsultointi- ja koulutustilaisuuksiin. haluaa hankkeen avulla edistää myös alueellisten ja paikallisten yh- teistyömallien kehittämistä ja moniammatillista työtä toimijoiden kanssa niin perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa kuin alueen eri yksiköissäkinman) kielteisiä vaikutuksia asiakkaan toimintakykyyn.

Osana Lapissa toteutettua ”Hyvinvointi hakusessa – riippuvuus riskinä”- hanketta myös Posiolla ja Ra- nualla muodostettiin moniammatillinen työryhmä laatimaan toimintamallia kuntouttavassa työtoiminnassa ja palkkatukityössä olevien asiakkaiden tukemiseen. Tavoitteena on löytää oikeat toimet tilanteissa, joissa tukityö/työtoiminta keskeytyy asiakkaan päihteidenkäytön vuoksi. Tavoitteena on yhteistyön lisääminen eri ammattiryhmien välillä, jotta asiakkaan palvelupolku ei katkea ja asiakas saadaan tarkoituksenmukaisen palvelun piiriin. Työryhmään kuuluvat sosiaalityöntekijä, työterveyshoitaja, kuntouttavan työtoiminnan suunnittelija ja työpajan esimies sekä kehittäjätyöntekijä koordinoijana.

Pohdintaa

Alussa tuli jo todettua erityisesti työttömille räätälöityjen Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan liittyvien hankkeiden vähäisyys, ainakin jos arvoimme sitä yhdessä työttömyysongelman esillä oloon nähden. Tut- kimustietohan myös viittaa etenkin pitkittyneen työttömyyden johtavan mielenterveyden ongelmien ja myös päihteiden käytön lisääntymiseen.

Kuntouttava työtoiminta on yhä useamman aktivointisuunnitelman osa, mikä ei kerro niinkään toimin- nan monipuolistumisesta vaan enemmänkin valtion ja kuntien suhteiden muuttumisesta työmarkkinatuen rahoitussuhteissa. Ainakin pääkaupunkiseudulla tehdyn arvioinnin mukaan juuri päihde- ja mielenterveys- palveluja olisi tarvittu näille asiakkaille enemmän kuin on ollut tarjolla.

Päivä- tai toimintakeskustoiminta on nähtävästi yleisin eri puolilla maata toteutettu työttömille suunnat- tu toiminta, vaikka useimmiten ne ja niissä toteutettava toiminta onkin tarkoitettu kaikille työelämän ulko- puolella oleville. Vuonna 2014 toteutetut ”Osallistavan sosiaaliturvan” -työryhmän pilotit osoittivat, että erityisesti työttömille suunnattua ryhmä- tai muuta ohjattua toimintaa kaivataan, ja usein juuri set ”olohuoneet” tai toimintakeskukset tarjoavat sellaiseen luontevan ympäristön. Pilotit myös osoittivat, että toiminnan halutaan olevan tavoitteellista eikä vain pelkkää oleilua. Tärkeää on myös se, että asianosai- set itse pääsevät määrittelemään tavoitteita ja luomaan toiminnan sisältöjä. Osallistavan sosiaaliturvan osanottajien palautteen perusteella juuri tämä oli monelle osallistujalle antanut vahvan kokemuksen kuul- luksi tulemisesta ja sosiaalisesta osallisuudesta. Havainto ei toki ole mitenkään uusi vaan lukuisten mui- denkin osallisuushankkeiden vahvistama. (Karjalainen & Saikku 2015; Osallistava... 2015.)

Perinteiset toimintakeskustoimijat, työttömien yhdistykset, ovat eri syistä vähentäneet tai joutuneet vä- hentämään toimipaikkojaan, ja varsinkin harvoin niiden tilalle on tullut mitään. Muut kolmannen sektorin toimijat kuten seurakunnat ja urheiluseurat järjestävät jonkin verran säännöllistä, joskin harvemmin päivi- täin auki olevaa avointa toimintaa. Yhtä kaikki kyse on melko pienilläkin määrärahoilla toteutettavasta toiminnasta, jonka avulla moni työtön saattaa löytää kannattelevan yhteisön – ja väylän mahdollisten päih- de- ja mielenterveysongelmien hallintaan. Niitä tarvitsevia ihmisiä on myös työttömien joukossa.

Linkkejä

Kansalaisareena Olotilan Kohtaamispaikkarekisteri: <http://www.kansalaisareena.fi/index.php?sivu=kohtaamispaikat>
 Parempia palveluja riskiryhmille -hanke: www.innokyla.fi => Hanke => Parempia palveluja riskiryhmille
 Olotiloja Suomessa paikkakunnittain: <http://www.kansalaisareena.fi/Olotilat.pdf>

Lähteet

- McDaid, David (2011) Making The Long-Term Economic Case For Investing In Mental Health To Contribute To Sustainability http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/long_term_sustainability_en.pdf
- Karjalainen, Jarno & Karjalainen, Vappu. 2010. Kuntouttava työtoiminta – aktiivista sosiaalipolitiikkaa vai työllisyyspolitiikkaa? Empiirinen tutkimus pääkaupunkiseudulta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 38/2010. Saatavissa verkossa (3.11.2015): <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085148>.
- Karjalainen, Jouko & Saikku, Peppi. 2015. Selvitys osallistavan sosiaaliturvan pilotointien kokemuksista. STM:n julkaisu.
- Kaste-ohjelma. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2012:1. Saatavissa verkossa (3.11.2015): <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3358-3>.
- Osallistava sosiaaliturva. Työryhmän loppuraportti. 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:20. Saatavilla verkossa (3.11.2015): <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3581-5>.
- Saikku, Peppi & Karjalainen Vappu. 2008. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Saikku, Peppi & Pasuri, Auvo & Seppälä, Anja. Stakes raportteja. Mitä on aktiivinen sosiaalipolitiikka kunnassa? Näköalapaikkana työvoiman palvelukeskukset. Saatavissa verkossa (3.11.2015): <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R20-2008-VERKKO.pdf>.

3.9 Iäkkäiden ihmisten alkoholinkäyttö ja palvelujärjestelmä

Anni Vilkkö, Riitta Koivula

Lisääntyvä alkoholinkäyttö – hiljainen epidemiako?

Vanhuusikää elävän väestön määrä Suomessa kasvaa. Kun yli 65-vuotiaita on nyt noin viidennes koko väestöstä, vuoteen 2030 mennessä jo yli neljänneksen väestöstä arvioidaan kuuluvan tähän ikäryhmään (Tilastokeskus, väestöennuste 2012). Keskimääräisen eliniän pitenemisen sekä toimintakyvyn paranemisen tuloksena eläkeikään syntyy myös lisää vuosia. Vanhuspoliittisissa tavoitteissa tähdätään siihen, että eläkeiän vaihetta voitaisiin elää toiminnallisesti aktiivisina ja mahdollisimman hyväkuntoisina omissa kodeissa asuen. Myös arjen toiminnoista suoriutumiseen ja terveyden ylläpitoon iän karttuessa tarvittavan avun ja tuen ajatellaan toteutuvan parhaiten kotoisessa ympäristössä tai sieltä käsin apua hakien, on avun antaja sitten omainen tai muu läheinen henkilö tai palvelujärjestelmän ammattilainen. (STM 2013a; STM ja Kuntaliitto 2013.)

Iäkkäiden ihmisten lisääntyvää alkoholinkäyttöä on kutsuttu ”hiljaiseksi epidemiaksi” (Wallace ym. 2010, 51), joka vaikuttaa seurauksillaan paljon – ja osin ennalta arvaamattomasti – niin yksilön kuin yhteiskunnan tasolla siihen, millaisena vanheneminen ja vanhuus toteutuvat. Alkoholien kulutuksessa on tapahtunut suuria kulttuurisia muutoksia 1960-luvun lopulta lähtien. Tätä muutosta ovat kantaneet ennen muuta suuret ikäluokat, jotka ovat osin jo siirtyneet eläkkeelle tai juuri siirtymässä, mutta siitä ovat saaneet osansa vanhemmatkin eläkeläisikäryhmät. Eläkeikäisen väestön, yli 65-vuotiaiden, joukossa alkoholin käyttö on yleistynyt tasaisesti koko 2000-luvun ajan, ja raittius on puolestaan harvinaistunut. Erityisesti on havaittavissa, että nimenomaan alkoholin säännöllinen käyttö on lisääntynyt ja vakiinnuttanut paikkansa myös vanhimpien sukupolvien arjessa, niin naisilla kuin miehillä. Alkoholien saatavuuden helpottuminen on puolestaan edesauttanut käytön yleistymistä. (Vilkkö ym. 2010.)

Käytön arkistuminen ei suoraan merkitse, että käyttö olisi runsasta ja usein tapahtuvaa. Vain vähän kerrallaan, mutta säännöllisesti käytäviä iäkkäitä ihmisiä on paljon. Joka tapauksessa humalajuomisen osalta uusimmat tulokset kertovat joidenkin käyttäjäryhmien varsin reippaasta juomiskulttuurista. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen mukaan (Murto ym. 2014, 104) humalahakuinen juominen vähintään viikoittain on verrattain yleistä 63–69-vuotiaiden suomalaisten miesten joukossa (30 %), joskin selvästi harvinaisempaa jo 70–79-vuotiailla (15 %) ja etenkin 80 vuotta täyttäneillä miehillä (6 %). Naisilla humalajuomisen yhteys ikään on yhtäläillä selvä, mutta sen yleisyys on kaikissa ikäryhmissä selvästi alhaisempi kuin miehillä.

Yleistyneellä alkoholinkäytöllä on monia seuraus- ja yhteisvaikutuksia, joita ilmenee myös osin riippumatta siitä, onko käyttö runsasta vai tiheydeltään tai määrältään kohtuullista. Alkoholinkäyttävillä iäkkäillä henkilöillä on usein mielenterveysongelmia, kuten ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta (Forlani ym. 2014, 5), ja käytöllä on havaittu olevan yhteys itsemurhan ja taloudellisen hyväksikäytön riskiin (Morin ym. 2013, 200; Rao 2014, 83). Alkoholinkäytön haitalliset vaikutukset kroonisten sairauksien hoitoon on todettu useissa tutkimuksissa (esim. Ryan ym. 2013, 1330), ja lääkkeiden käytön yhteydessä syntyvät interaktiot ovat yleisiä (Immonen ym. 2013, 76). Alkoholinkäyttävillä on myös suurentunut tapaturmariski (Cawthon ym. 2006, 1653).

Moni näistä seikoista viittaa siihen, että alkoholinkäyttö saa aikaan merkittävää hoidon ja palveluiden tarvetta ja käyttöä. Vain osa tarpeesta suuntautuu nimenomaisesti päihdepalveluihin. Pikemminkin kyse on varsin monimuotoisista tarpeista ja moniasiakkuuksista ylipäätään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Osalla iäkkäistä kyse saattaa olla lyhytaikaisesta palvelukäytöstä, mutta myös alkoholisoituneet, runsaasti koko ikänsä alkoholia käyttäneet iäkkäät ihmiset elävät aiempaa pidempään ja tarvitsevat monenlaista hoitoa ja hoivaa (Gunnarsson 2013, 228). Ammatillisilta puuttuu usein koulutusta ja ohjeita alkoholinkäyttävien iäkkäiden kohtaamiseen ja alkoholinkäytön puheeksi ottamiseen (Gunnarsson 2013; Ignaczak 2001, 214). Hoitomuotojen ja saatavilla olevien palveluiden kehittämiseen onkin paneuduttava monilla rintamilla niin päihde- kuin sosiaali- ja terveyspalveluissa ja osin myös riippumatta siitä, onko kyse erityisesti ikäsidonnoista palveluista. Esimerkkinä palveluihin kohdistuvasta paineesta mainittakoon, että vuoden 2011 päihdetapauskannan mukaan iäkkäiden asumispalveluissa päihde-ehdoisten asiakkuuksien määrä yli kaksinkertaistui edelliseen laskentaan verrattuna (Kuussaari ym. 2012, 654).

Tässä artikkelissa tarkastellaan kotona asuvien iäkkäiden alkoholinkäyttöön liittyviä kysymyksiä palvelujärjestelmän ja siellä nimenomaan kotihoidon näkökulmasta. Artikkelin pohdinnat nojautuvat osin Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksella (THL) toteutettavan ”Ikääntyminen, alkoholi ja palvelutarpeet kotihoidossa” -pilottitutkimuksen (2014–2015) ensivaiheen alustaviin havaintoihin, osin jo aiemmin Suomessa tai muualla tehtyyn tutkimukseen. Raportointivaiheessa oleva hanke on osa laajempaa Suomen Akatemian vuosille 2013–2016 rahoittamaa tutkimusprojektia ”Alkoholinkäytön haitat muille: vaikutukset terveyteen, hyvinvointiin ja kestävyysvajeeseen” (no. 259289), jossa on tuotettu tietoa käytön haitoista muille kuin juojalle itselleen (Warpenius ym. 2013; Koivula ym. 2015). Laadullisessa esitutkimuksessa haastateltiin kotihoidon työntekijöitä ja heidän esimiehiään. Tutkimuksessa kysyttiin, mistä arkitilanteet koostuvat ja miten kotihoidon työntekijät toimivat alkoholia käyttävän iäkkään kotona sekä millaisia haasteita alkoholinkäytöstä syntyy palvelujärjestelmälle. Aineisto sisältää kolmetoista yksilöteemahaastattelua.

Haasteita kotihoidossa

Tutkimuksessa (Vilko ym. 2013), jossa tarkasteltiin iäkkäitä alkoholia käyttäviä kotihoidon asiakkaita ja verrattiin heitä muihin kotihoidon asiakkaisiin, havaittiin että kohtuutta runsaammin alkoholia käyttävä eläkeikäinen oli yleensä kalenteri-ikänsä nuorempi kuin kotihoidon asiakas keskimäärin. Toisin sanoen hän oli joiltakin osin ikään kuin varhemmin vanhentunut siinä mielessä, että tarvitsi apua arjen toiminnoista suoriutumiseen ja terveydestä huolehtimiseen nuoremmassa iässä kuin muut kotihoidon palveluita saavat. Kyseessä oli myös useammin mieshenkilö kuin nainen. Hänen kognitiotasonsa oli alentunut aika lailla samalla tavoin kuin vertailuryhmän iäkkäiden ihmisten, mutta mm. vaara kaatuilla oli suurempi ja hänellä

saattoi usein olla jokin psykiatrinen sairaus. Hän oli myös vertailuryhmää yleisemmin taipuvainen tinkimään välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuteen vedoten, saattoi suhtautua vastustellen tarjottuun apuun sekä olla mm. sanallisesti aggressiivinen auttajiaan kohtaan. Sosiaaliseen taustaan liittyi vertailuryhmää useammin perhesuhteiden rikkonaisuutta, kuten avioeroja. Jos apuaan antavia omaisia – kuten puoliso, sukulaisia tai muita läheisiä – oli, näillä havaittiin kuormittuneisuutta ja uupumista avun antamiseen useammin kuin alkoholia kohtuudella käyttävien iäkkäiden hoivaajilla. Runsas tai hallitsematon alkoholin käyttö näytti haittaavan ja heikentävän omaisten ja läheisten sitoutumista osavastuuseen avusta ja hoivasta ja läheisauttaja oli vertailuryhmän läheisauttaja useammin taipuvainen toivomaan, että hänen hoivattavansa sijoitettaisiin johonkin muuhun hoitomuotoon kuin kotihoitoon.

Yllä esitelty runsaasti juovan iäkkään profiili perustui kotihoiton iäkkäiden asiakkaiden palvelutarpeen arvioinnissa käytettävän RAI-järjestelmän tietoihin (THL:n RAI-tietokanta), ja siihen sisällytettiin suurimmissa kaupungeissa tehdyt arvoinnit puolen vuoden ajalta (Vilkko ym. 2013, 65-66). Keskimääräisiin, tyypillisiin ominaisuuksiin keskittyvä analyysi jättää kuitenkin varjoon kohtuutta runsaammin alkoholia käyttävien eläkeikäisten yksilöllisen variaation. Avun ja tuen tarve on moninaista, ja erilaisten asiakkaiden tarpeiden ja niistä aiheutuvien työtehtävien tarkempaan erittelyyn on tutkimuksessa keskitytty vielä varsin vähän. Tähän pyritään luomaan syvempää näkökulmaa meneillään olevassa ”Ikääntyminen, alkoholi ja palvelutarpeet kotihoitossa” -pilottitutkimuksessa ja sen jatkohankkeissa.

Kotihoiton työntekijöiden työ on monipuolista tukitoimintaa, jota toimintakyvyltään heikentyneet iäkkäät ihmiset tarvitsevat pärjätäkseen kotona. Koska monilla alkoholisoituneilla iäkkäillä henkilöillä ei ole jäljellä omaisia ja läheisiä, jotka auttaisivat heitä normaaleissa kodin hankinnoissa tai taloudenhoidossa, kotihoiton työntekijät auttavat esimerkiksi kodin materiaalisissa hankinnoissa, kuten vaikkapa uusien vuodevaatteiden ostamisessa. Edunvalvontaan liittyvät juridiset kysymykset aktualisoituvat puolestaan silloin, kun alkoholisoituneen ikäihmisen kyky hoitaa talousasioitaan heikentyy. Kotihoiton työntekijän tuki erilaisissa elämänhallintaan liittyvissä kysymyksissä, kuten asioinnissa viranomaisten kanssa, on ylipäättään suurta.

Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja työntekijöiden työnkuvaan kuuluvat ammatilliset pyrkimykset törmäävät paikoitellen siitä huolimatta, että alkoholia käyttävien iäkkäiden henkilöiden itsemääräämisoikeus kotihoitossa tunnustetaan ja tunnustetaan. Kotihoitotyössä erityisesti erilaiset turvallisuuskysymykset muodostavat esteen toiminnalle. Humaltunutta ihmistä ei esimerkiksi voida viedä suihkuun kaatumisvaaran vuoksi tai hänelle ei voida antaa perussairauksien hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutusten vuoksi. Työntekijä joutuu sopeuttamaan kotikäyntinsä ja kotona tehtävät toimet iäkkään asiakkaan tilanne ja turvallisuus huomioiden. Runsaamman juomisen kausina kotona tehdään usein vain pakolliset hoitotoimenpiteet. Silti kotikäynnit saattavat venyä aiottua pidemmiksi ja katkaista päivän työsuunnitelman toteutumisen (Karlsson 2014).

Kotihoiton henkilöstön tietotaito ja työvälineet alkoholikysymyksissä ovat olleet jo pitkään puutteellisia (esim. Aalto & Holopainen 2008; Herring & Thom 1997). Nykyisin kotihoiton työntekijöille opetetut päihdehoitokäytännöt – puheeksiotto ja hoitoon ohjaus (Schonfeld ym. 2014) – eivät aina johda iäkkään ihmisen motivaatioon raitistua tai vähentää alkoholinkäyttöönsä. Alkoholinkäyttöön puuttumisessa on myös ikäerityisiä haasteita. Yhtäältä pitkän alkoholinkäytön historian omaavilla iäkkäillä alkoholisteilla ei useinkaan ole motivaatiota tai voimavaroja lähteä mukaan ikäihmisille suunnattuun (päihde)toimintaan, kuten päiväkeskustoimintaan tai vertaistukiryhmiin. Toisaalta alle 65-vuotiaat kokevat olevansa iäkkäille ihmisille suunnattuihin palveluihin liian nuoria. On myös mahdollista, että iäkkäät naiset, jotka ovat alkoholiongelmaisten joukossa vielä selvästi vähemmistöä, saattavat kokea miesporukoiden keskustelunaiheet itselleen vieraina, mikä puoltaisi jonkinasteista sukupuolierityisyyden ottamista huomioon. On kuitenkin myös vastakkaisia havaintoja siitä, että puheeksi ottamisella on suotuisia seurauksia, etenkin naisille ja niissä tilanteissa, joissa runsas alkoholinkäyttö ei ole ollut pitkäaikaista. Yhtäältä on myös haaste erottaa toisistaan satunnainen liikakäyttö ja kohtuukäyttö, jolla voi olla pikemmin myönteisiä kuin kielteisiä seurauksia yksilön kokemukselle itsestään toimivana, sosiaalisen kanssakäymiseen kykenevänä ja siihen osallistuvana henkilönä (esim. Zimmerman ym. 2004).

Suuren haasteen hoivatyön eettiselle kestävyydelle muodostaa osaltaan asia, josta kotihoidon työntekijät puhuvat keskenään paljon ja johon he joutuvat kulloisessakin tilanteessa hakemaan oikealta tuntuvaa ratkaisua. Kysymys on siitä, että kotihoidon työntekijät paikoitellen ja ei-aiotusti mahdollistavat, ylläpitävät ja uusintavat iäkkäiden henkilöiden haitallista alkoholinkäyttöä omalla arkisella työllään hoitaessaan ja hoivattaessaan heitä (Törrönen ym. 2015, 33). Pitkään jatkuvana ja toistuvana tilanne johtaa työntekijöiden turhautumiseen ja eettiseen kuormittumiseen. Tässä työntekijät tarvitsevat runsaasti tukea työlleen kollegoiltaan ja esimiehiltään. Organisaation valmiudet työhohjaukseen ja työterveyshuoltoon mahdollistavat osaltaan työntekijöiden työssä jaksamista.

Koska runsaasti alkoholia käyttävän iäkkään henkilön riski päätyä käyttämään päivystys- ja sairaalapalveluita on suuri, on kotihoidon onnistumiselle tärkeää, että tällaisen monisairaahan asiakkaan alkoholinkäyttö ei jää näissäkään yhteyksissä tunnistamatta ja ottamatta puheeksi (Draper ym. 2015, 164). Alkoholinkäyttöä syntyy huomattavia lisäpalvelutarpeita ja -kustannuksia paitsi kotihoidon työntekijöiden työaikaresurssien näkökulmasta myös lisääntyneiden sairaala- ja päivystyskäyntien vuoksi (Levy Merrick ym. 2014, 105; Mäkelä ym. 2014). Kustannusten hillitsemiseksi päihdepolun tulisi olla katkeamaton. Esimerkiksi kaatumisten riskitekijät, joista alkoholinkäyttö on yksi osatekijöistä, tulisi aina kartoittaa paitsi kotihoidossa myös sairaalakäyntien yhteydessä (Wallace ym. 2010, 52). On hyvä muistaa, että tapaturman vuoksi tapahtuva päivystys- tai sairaalakäynti luo joidenkin tutkijoiden (esim. Marna R. Greenberg ym. 2015) mukaan otollisen tilaisuuden, ”opettavaisen hetken”, alkoholinkäyttöön puuttumisen. Tällä hetkellä kaatumistapaturmat eivät akuuttihoidossa määriä riittävän usein ongelmaksi, jonka taustalla olevat syyt pitäisi selvittää. Myös kroonisten sairauksien hoidon yhteydessä tulisi alkoholinkäyttö osata ottaa puheeksi (Ryan ym. 2013). Tämän lisäksi akuuttisairaanhoidossa työntekijöiden tulee osata tunnistaa ja hoitaa vierotusoireet, jotka syntyvät juomisen äkillisestä loppumisesta (Letizia & Reinbolz 2005, 176; Donnelly ym. 2012, 12).

Päätelmiä

Tutkimuksessa on nostettu yhtäältä esiin ajatus, että kenties päihdehoitopolut tulisi rakentaa erilaisiksi niille iäkkäille, joilla on takanaan elinikäinen alkoholinkäytön historia ja riippuvuus (early onset alcohol misuse) kuin niille, joiden alkoholinkäyttö on alkanut eläkeiässä stressaavan elämäntilanteen, kuten leskeytymisen, seurauksena (late onset alcohol misuse) (Rakshi ym. 2011, 18–19). Tiedetään toisaalta, että muuttuvat elämäntilanteet, kuten eläkkeelle siirtyminen ja leskeytyminen, altistavat iäkkäät lisääntyvälle alkoholinkäytölle. Esimerkiksi eläkkeelle siirtyville suunnatun informaation pitäisikin sisältää tietoa alkoholinkäytön haitoista ikääntyessä (Wang ym. 2014). Myös monitekijäisen intervention, joka sisältää henkilökohtaisen palautteen, koulutusmateriaalin, juomispäiväkirjan, lääkärissä käynnin ja puhelinneuvonnan, on todettu vähentävän alkoholinkäyttöä, lääkärissä käyntejä, päivystyskäyntejä sekä läheisiltä tarvittavaa tukea (Ettner ym. 2013, 454). Lienee todennäköistä, että toimivat keinot päihdekäytön vähentämiseen ovat erilaisia eri elämäntilanteissa oleville iäkkäiden ihmisten ryhmille. Suomessa on luotu monia hyviä toimintamalleja, kuten esimerkiksi vertaistukeen perustuva ryhmämuotoinen, asemansa tuloksiensa nojalla jo vakiinnuttanut Pilke-toiminta (Pajunen & Laapio 2015) ja erilaiset itsearvioinnin samoin kuin työntekijän käytössä olevat mittarit (A-klinikkasäätiön Päihdelinkki.fi -sivusto). Näiden soveltuvuutta ja vaikuttavuutta käytön vähentämiseen ei ole vertailtu tai selvitetty lähemmin juuri eri kohderyhmien näkökulmasta.

Hyvästä kehityksestä huolimatta on kuitenkin yhä tarvetta kiinnittää huomiota päihdepalveluiden kehittämiseen nimenomaan iäkkäiden ihmisten erityistarpeet huomioiden. Vanhuspalvelulain seuranta tutkimuksessa (Noro ym. 2014) kuntatyöntekijät kertovat, että valmiudet vastata niiden iäkkäiden ihmisten tuen ja hoidon tarpeisiin, jotka painivat alkoholin käytön ongelmien – ja näihin usein yhteydessä olevien mielen-terveyden ongelmien – kanssa, koetaan edelleen riittämättömiksi.

Erytisryhmien, kuten mielen-terveys- ja päihdeongelmaisten, kotona asumisen turvallisuuteen tulisi kiinnittää erityistä huomiota (STM 2013b). Kotihoidon saannin perustana olevassa palvelutarpeen arvioinnissa ja iäkkäiden ihmisten alkoholinkäyttöä ja siihen liittyvää avun tarvetta selvittelevässä moniammatillisessa arvioinnissa lähtökohdan tulisi olla iäkkään ihmisen persoonan tunnistava ja hänen itsenäisyyttään ja positiivista identiteettiään vahvistava (Wallace ym. 2010, 53; Wilson ym. 2013). Kotihoidon esimiehet tunnistavat, että alkoholia käyttävät iäkkäät tarvitsevat laajan koteihin jalkautuvan ammattilaisten verkoston

kotona asumisensa tueksi. Sosiaali-, mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden työn lisäksi palvelurakennetta tulisi uudistaa entistä poikkisektorisemmaksi, sillä turvallisen ja arvokkaan kotona asumisen kysymykset ovat moninaiset. Päihteiden käytön yhteydessä aktualisoituvat usein myös esimerkiksi perheväkivaltaan, hyväksikäyttöön ja paloturvallisuuteen liittyvät kysymykset (Tredal ym. 2013, 101; Rao 2014, 83; SM 2012). Työmuotojen tulisi toimintatavoiltaan olla kestoltaan riittävän pitkiä, sillä runsaasti alkoholia käyttävät iäkkäät tarvitsevat kotihoidon henkilöstön kokemusten mukaan tuekseen pitkäjänteistä läsnäoloa.

Kuntatoimijoiden, kolmannen sektorin järjestöjen, seurakuntien ja yksityisyriyten iäkkäille ihmisille suunnatuissa ennalta ehkäisevissä palveluissa turvallisen alkoholinkäytön kysymysten esillä pitäminen tulisi olla osa normaaleja toimintakäytäntöjä. Näin toimien edistettäisiin iäkkäiden ihmisten toimijuutta sekä vältettäisiin tarpeetonta ja mahdollisesti lisäkustannuksia synnyttävien uusien palvelutarpeiden luomista. Alkoholia käyttävien iäkkäiden ihmisten stigmatisointi, eristäminen ja toiseuttaminen eivät kuulu arvokkaaseen vanhenemiseen eivätkä eriarvoisuutta vähentävään yhteiskuntaan.

Lähteet

- Aalto, Mauri & Holopainen, Antti: Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim* 124 (2008), 1492–1498.
- Cawthon, Peggy M., Harrison, Stephanie L., Barrett-Connor, Elizabeth, Fink, Howard A., Cauley, Jane A., Lewis, Cora E., Orwoll, Eric S. & Cummings, Steven R.: Alcohol intake and its relationship with bone mineral density, falls, and fracture risk in older men. *JAGS* 54 (2006):1649–1657.
- Donnelly, Glenn, Kent-Wilkinson, Arlene & Rush, Alecia: The alcohol-dependent patient in hospital: challenges for nursing. *MEDSURGNursing* 21 (2012): 9-36.
- Draper, Brian, Ridley, Nicole, Johnco, Carly, Withall, Adrienne, Welke, Sim, Freeman, Matilda, Contini, Erika & Lintzeris, Nicholas. Screening for alcohol and substance use for older people in geriatric hospital and community health settings: *International Psychogeriatrics* 27 (2015): 157-166.
- Ettner, Susan L., Xu, Haiyong, Duru, Kenrik O., Ang, Alfonso, Tseng, Chi-Hong, Tallen, Louise, Barnes, Andrew, Mirkin, Michelle, Ransohoff, Kurt & Moore Alison A: The effect of an educational intervention on alcohol consumption, at-risk drinking, and health care utilization in older adults: The project SHARE study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 75 (2014): 447-457.
- Forlani, Martina, Morri, Monica, Murri, Martino Belvederi, Bernabei, Virginia, Moretti, Francesca, Attili, Tobias, Biondini, Anna, De Ronchi, Diana & Atti, Anna Rita: Anxiety symptoms in 74+ community-dwelling elderly: associations with physical morbidity, depression and alcohol consumption. *PLoS ONE* 9 (2014): e89859.
- Greenberg, M. R., Nquyen, M.C. Stello, B., Goldberg, A.R., Barraco, R.D., Porter, B.G., Kurt A., Dusza, S.W. & Kane, B.G.: Mechanical falls: Are patients willing to discuss their risk with a health care provider? *The Journal of Emergency Medicine* 48 (2015): 108–104. doi:10.1016/j.jemermed.2014.07.037.
- Gunnarsson, Evy: Alkoholmissbruk och självbestämmande – en kartläggning av den svenska hemtjänstens förutsättningar att arbeta med äldre personer med alkoholproblem. *Nordic studies on alcohol and drugs* 30 (2013): 227-242.
- Herring, Rachel & Thom, Betsy: Alcohol misuse in older people: the role of home carers. *Health and Social Care in the Community* 5 (1997): 237-245.
- Ignaczak, Carol Ann: Community health nurses' ability to identify and intervene with elderly who are depressed and/or abuse alcohol. *Dissertation Abstracts International, Volume: 62-09, Section: B, page: 3989*. Thesis (Dr.P.H.). University of Pittsburgh, 2001.
- Immonen, Sirpa, Valvanne, Jaakko & Pitkälä, Kaisu H.: The prevalence of potential alcohol-drug interactions in older adults. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 31 (2013): 73–78.
- Karlsson, Lis Bodil: Squalor, disgust and chaos – caregivers talking about old people with alcohol problems. *The 8th International Conference on Cultural Gerontology, Galway, Ireland 10-12.4.2014. Abstract, 2014.*
- Koivula, Riitta, Tigerstedt, Christoffer, Vilkkö, Anni, Kuussaari, Kristiina & Pajala, Satu: Iäkkäiden alkoholinkäyttö ja kotihoidon työntekijöiden toimijuus. Ehdollinen ja moniselitteinen toimijuus –työryhmä. *Sosiologipäivät 2015, Abstraktikirja*, 14.
- Kuussaari, Kristiina, Ronkainen, Jenni-Emilia, Partanen, Airi, Kaukonen, Olavi & Vormaa, Helena: Kuntoutuksesta katkaisuun. Päihdetapauslaskenta palvelujärjestelmän kuvaajana. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (2012): 640–655.
- Letizia, MariJo & Reinbolz, Magan: Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly. *Geriatric Nursing* 26 (2005): 176-183.
- Levy Merrick, Elizabeth S., Hodgkin, Dominic, Garnick, Deborah W., Horgan, Constance M., Panas, Lee, Ryan, Marian, Blow, Frederic C. & Saitz, Richard: Older adults' inpatient and emergency department utilization for ambulatory-care-sensitive conditions: relationship with alcohol consumption. *Journal of Aging and Health* 23 (2011): 86-111.
- Morin, Johanna, Wiktorsson, Stefan, Marlow, Thomas, Olesen, Pernille J., Skoog, Ingmar & Waern, Margda: Alcohol use di-

- sorder in elderly suicide attempters: a comparison study. *Am J Geriatric Psychiatry* 21 (2013): 196–203.
- Murto, Jukka, Sainio, Päivi, Pentala, Oona, Koskela, Timo, Luoma, Minna-Liisa, Koponen, Päivikki, Kaikkonen, Risto & Koskinen, Seppo: Ikääntyneen väestön hyvinvointi, terveys, toimintakyky ja palveluiden saanti – ATH -tutkimuksen tuloksia. Kirjassa: Noro, Anja & Alastalo, Hanna (toim.): Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Raportti 2013:13. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2013: 86–118.
- Mäkelä, Matti, Finne-Soveri Harriet & Noro Anja: Iäkkäiden kotona asumista suosivissa kunnissa kotihoidon asiakkaiden on suurempi palvelutarve, mutta ei enempää psykososiaalisia ongelmia tai sairaalapaalvelujen käyttöä. THL. Tutkimuksesta tiiviisti 2014: 022. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-375-8>
- Noro, Anja, Alastalo, Hanna & Finne-Soveri, Harriet: Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta 2013 – 2014. Kunnat ja ympäristöministeriön hoidon toimintayksiköt. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Esitys SlideShare -palvelussa, julkaistu 4.12.2014. <http://www.slideshare.net/THLfi/vanhuspalvelulain-toimeenpanon-seuranta-20132014>
- Pajunen Terhi & Laapio Marja-Liisa: Ihminen kelpaa sellaisenaan kuin on: Pilkeohjauksen käsikirja. Helsinki: Helsingin Diakonissalaitos, 2015. https://www.hdl.fi/images/stories/liitteet/HDL_Pilke_ksikirja_web.pdf
- Rao, Tony: The role of community nursing in providing integrated care for older people with alcohol misuse. *British Journal of Community Nursing* 19 (2014): 80-84.
- Rakshi, Maureen, Wilson, Ian, Burrow, Simon & Holland, Mark: How can older peoples' mental health services in the UK respond to the escalating prevalence of alcohol misuse among older adults. *Advances in Dual Diagnosis* 1 (2011): 17–27.
- Ryan, Marian, Merrick, Elizabeth L., Hodgkin, Dominic, Horgan, Constance M., Garnick, Deborah W., Panas, Lee, Ritter, Grant, Blow, Frederic C. & Saitz, Richard: Drinking patterns of older adults with chronic medical conditions. *J Gen Intern Med* 28 (2013): 1326-32.
- Schonfeld, Lawrence, Hazlett, Robert W., Hedgecock, Deborah K., Duchene, Darran M., Burns, Vance L. & Gum, Amber M: Screening, brief intervention, and referral to treatment for older adults with substance misuse. *American Journal of Public Health* 15 (2014): e1-e7.
- SM 2012. Turvallisia vuosia ikääntyneille. Selvitys ikääntyneiden turvallisuustilanteesta Suomessa. Julkaisuja (SM): 2012:17. http://www.intermin.fi/download/34419_272012.pdf
- STM 2013a. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalousta (Vanhuspalvelulaki 980/2012): <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120980>
- STM 2013b. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma vuosille 2014–2020. Julkaisuja (STM): 2013:16. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3431-3>
- STM ja Kuntaliitto 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, julkaisu 2013:11. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3> Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkköjulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus 2012. [viitattu: 7.5.2015]. http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html
- Tredal, Ingrid, Soares Joaquim J. F., Sundin, Örjan, Viitasara, Eija, Melchiorre, Maria Gabriella, Torres-Gonzales, Francisco, Stanekunas, Mindaugas, Lindert, Jutta, Ionnani-Kapoulou, Elisabeth & Barros, Henrique: Alcohol use among abused and non-abused older persons aged 60–84 years: An European study. *Drugs: education, prevention and policy* 20 (2013): 96–109.
- Törrönen, Jukka, Tigerstedt, Christoffer & Vismanen, Elina: Mitä annettavaa toimijaverkostoteoriasta on riippuvuuksien tutkimiselle? Omaelämäkerrat latourlaisen analyysin koetinkivenä. *Sociologia* 1 (2015): 19–37.
- Vilkko, Anni, Sulander, Tommi, Laitalainen, Elina & Finne-Soveri, Harriet: Miten iäkkäät suomalaiset juovat? Kirjassa: Pia Mäkelä, Heli Mustonen & Christoffer Tigerstedt (toim.): Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2010: 142–153.
- Vilkko, Anni, Finne-Soveri, Harriet, Sohlman, Britta, Noro, Anja & Jokinen, Sari: Kotona asuvan ikäihmisen kohtuutta runsaampi alkoholinkäyttö ja omaisen hoivavastuu. Teoksessa Warpenius, Katariina, Holmila, Marja & Tigerstedt, Christoffer (toim.): Alkoholit ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2013: 63–77.
- Wallace, Carolyn, Black, Damien & Fothergill, Anne: Integrated assessment of older adults who misuse alcohol. *Nursing Standard* 24 (2010): 33, 51-57.
- Wang, Xu, Steier, Jessica B. & Gallo, William T.: The effect of retirement on alcohol consumption: results from the US Health and Retirement Study. *European Journal of Public Health* 24 (2014): 485-489.
- Warpenius Katariina, Holmila, Marja & Tigerstedt, Christoffer (toim.): Alkoholit ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2013.
- Wilson, Graeme B., Kaner, Eileen F.S., Crosland, Ann, Ling, Jonathan & McCabe, Karen, Haighton, Catherine A.: A qualitative study of alcohol, health and identities among UK adults in later life. *PLOS ONE* 8 (2013): e71792.
- Zimmerman, Teena, McDougall Jr, Graham J. & Becker, Heather (2004) Older women's cognitive and affective response to moderate drinking. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 19(2004): 1095-1102.

3.10 Toipumisorientaatio hoidon ja kuntoutuksen viitekehyksenä

Esa Nordling, Matti Järvinen, Yrjö Lähteenlahti

Psykiatristen potilaiden kuntoutus alkoi Suomessa 1960-luvulla ja se tapahtui pääasiassa mielisairaaloissa. Mielisairaanhoidon tarjontaan tarjosivat mahdollisuuksia erilaisiin maa-, metsä- ja karjataloustöihin, joihin potilaat olivat tottuneet jo kotioloissa. B-mielisairaaloissa virisi myös työ- ja askartelutoimintaa lähinnä potilaiden ajankuluksi. Näillä toiminnoilla oli potilaiden toimintakykyä ylläpitävää vaikutusta.

1970-luvulla kuntouttava toiminta kuihtui. Mielisairaanhoidon piirit luopuivat vähitellen työtoiminnasta. Potilaiden käyttöä työvoimana ei pidetty eettisesti suotavana ja kuntouttavien toimien puute johti laitostumiseen. 1980-luvun alussa psykiatriin sairaaloihin oli kertynyt massiivinen joukko potilaita, joiden psyykinen sairaus oli kroonistunut. Laitoskeskeisyyden purkamista varten perustettiin vuonna 1981 Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämissuunnitelma, Skitsofreniaprojekti. Projektin aikana kuntoutusta kehitettiin sekä rakenteellisesti että sisällöllisesti. Suomeen luotiin porrasteinen kuntoutusjärjestelmä pitkälti Sopimusvuori ry:n mallin mukaisesti sekä kehitettiin erilaisia kuntouttavan toiminnan muotoja. Sosiaalipsykiatrisilla yhdistyksillä oli merkittävä tehtävä sairaalakuntoutuksen jälkeen kuntoutuksen jatkuvuutta ylläpitävinä rakenteina. Skitsofreniaprojektin aikana vähennettiin tuhansia sairaalapaikkoja ja psykososiaalisen kuntoutuksen painopiste siirtyi avohoitoon.

Vuonna 1991 voimaantulleen erikoissairaanhoidon tavoitteena oli psykiatrian tasa-arvoistaminen muiden lääketieteen erikoisalojen kanssa, mutta vuosikymmenen alun taloudellinen tilanne vaikeutti sairaalapaikkojen vähentämistä vapautuneiden resurssien siirtymistä avohoitoon. 1990-luvun alkupuolta voidaan pitää myös psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen alennustilana, jolloin osa hoitoa ja kuntoutusta tarvitsivista potilaista jäi tilapäisesti palveluiden ulkopuolelle. Tilanne korjaantui vasta vuosikymmenen loppupuolella, jolloin avohoitoa viimeinkin alettiin kehittää määrätietoisesti (Stengård & Nordling, 2011).

1990-luvun alussa Länsi-Pohjan sairaanhoidopiirissä aloitettiin verkostokeskeinen työskentely. Malli osoittautui tutkimusten perusteella tulokselliseksi ja herätti suurta kiinnostusta. Vaikka verkostokeskeisen työskentelyotteen hyödyt yleisesti tunnustettiin, ei mallin soveltamista käytäntöön koko Suomessa lasten ja nuorten psykiatrista hoitoa lukuun ottamatta juurikaan tapahtunut.

Mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnallisissa kärkihankkeissa, Pohjanmaa-hankkeessa, Lapin hankkeessa ja Vantaan Sateenvarjo-hankkeessa, tehtiin 2000-luvun alkuvuosikymmenenä ansiokasta työtä asiakaskeskeisyyden vahvistamiseksi, mutta vasta kansallisen mielenterveys- päihdesuunnitelman kokemusasiantuntijuutta ja vertaistoimijuutta koskevan ehdotuksen pääosin myönteinen vastaanotto käytännön työssä muutti asiakkaiden mahdollisuuksia osallistua paitsi oman hoitonsa suunnitteluun, niin paikoitellen myös hoito-organisaatioiden kehittämistoimintaan. KASTE-rahoitteisilla mielenterveys- ja päihdehankkeilla oli tässä muutoksessa erittäin keskeinen rooli. Ilman tätä toiminnallista ja asenteellista muutosta ei toipumisorientaation rantaautuminen Suomeen olisi ollut mahdollista.

Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa?

Toipumisorientaatio lähtee hoidon ja kuntoutuksen rakenteiden ja sisällön kritiikistä. Hoitojärjestelmä vaikeuttaa usein toipumisprosessin etenemistä: byrokraattiset rajat ja ohjeet, vääränlaiset käytännöt, palveluiden huono laatu ja palveluihin pääsyn vaikeudet ovat usein esteinä. Hoidon fokuksittuminen bio-psykiatriseen orientaatioon jättää huomiotta inhimillisyyden sekä ihmisen psykologiset, sosiaaliset ja henkisen tarpeet sekä arkielämässä vaadittavan tuen (Onken ym. 2002)

Toipuminen kliinisenä käsitteenä tarkoittaa sairauden oireiden vähenemistä tai oireiden loppumista, mutta toipumisorientaatio on huomattavasti laaja-alaisempi käsite. Sen laaja-alaisuus tulee esille käsitettä kuvaavissa sisällöissä ja painotuksissa. Toipumisorientaation yksiselitteinen määrittely on vaikeaa. Pilgrim ja McCrannie (2013) kuvaavat toipumisorientaatiota metaforan avulla henkilökohtaisena matkana, jossa painottuu yksilön elämän tarkoituksellisuus ja terapeuttinen optimismi. Terapeuttinen optimismi edellyttää siirtymistä holhoavasta lääketieteellisestä otteesta aitoon kumppanuuteen, jossa sosiaalisilla tekijöillä on merkittävä osuus. Toipumisorientaation mukainen ajattelu perustuu siihen, että päinvastoin kuin patologi-

nen ja tautikeskeinen ajattelu, pääpaino on yksilöllisen kasvun mahdollisuudessa. Tätä mahdollisuutta tuetaan integroiduilla interventioilla, joissa yhdistyvät lääketieteellinen, psykologinen ja sosiaalinen näkemys.

Toipumisorientaatioon liittyvä voimavarakeskeisyys tulee esille Pandyan ja Myrickin (2013) määritelmässä. He kuvaavat vaikeista mielenterveyden häiriöistä ja päihdeongelmista toipumista muutosprosessina, jossa henkilön terveys ja hyvinvointi kohentuvat, henkilö ohjaa elämäänsä mahdollisimman itsenäisesti ja pyrkii löytämään piileviä resurssejaan ja käyttämään niitä mahdollisimman täysimääräisinä. Sladen, Ameringin ja Oadesin (2008) mukaan toipuminen on syvästi henkilökohtainen ja ainutlaatuinen asenteiden, arvojen, tunteiden, päämäärien, taitojen ja roolien muutosprosessi. Se on tapa elää tyydytystä tuovaa ja toivorikasta elämää sairauden aiheuttamista rajoituksista huolimatta.

Toipumisprosessille on luonteenomaista henkilön vahvuuksien ja voimavarojen, tyydytystä tuovien ja mielekkäiden sosiaalisten roolien etsiminen sekä virallisten ja epävirallisten sosiaalisten tukijärjestelmien mobilisointi (Thornton & Lucas 2011).

Toipumisorientaatioon liittyvillä käsityksillä on yhteys kokonaisvaltaiseen näkemykseen terveydestä, minkä mukaan terveys on ihmisten kykyä sopeutua, kykyä tulla itsenäisesti toimeen arjessa ja ohjata itse elämäänsä erilaisten haasteiden keskellä (Koivuniemi ym. 2014).

Toipumisorientaation toteutumisen edellytykset

Jacobsonin ja Greenleyn (2001) mukaan toipumisprosessi näkyy yksilön kokemusmaailman positiivisena muutoksena, jota palvelut edistävät ja jonka järjestelmä mahdollistaa. Käytännössä toipumisorientaation toteutuminen edellyttää muutoksia rakenteissa, käytännöissä ja asenteissa eli juuri niissä asioissa, joita kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman painottaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Palveluntuottajien ja avainhenkilöiden on mietittävä uudelleen sitä roolia, mikä heillä on palvelujen käyttäjien toipumisen tukijoina ja minkälaisia välttämättömiä taitoja ja osaamista se heiltä edellyttää (Vanderplasschen ym. 2013). Ammattihenkilöstö toimii toipumisorientaation mukaisesti palvelu- ja vuorovaikutusprosesseissa silloin, kun se tukee ja edistää kuntoutujan toiveikkuutta, elämän tarkoituksellisuuden kokemusta ja elämän mielekkyyttä. Lähtökohtana ja tärkeimpänä tavoitteena on asiakkaan auttaminen kohti oman elämän hallintaa niin, että päätäntävalta on tämän hallussa prosessin joka vaiheessa.

Koska psyykkisiin sairauksiin liittyy stigmakokemuksia, toipuminen mielen sairaudesta on erilainen prosessi kuin toipuminen somaattisesta sairaudesta. Palvelujärjestelmälle tämä asettaa haasteen vastata muuhunkin kuin vain diagnosoidun sairauden hoitoon (Anthony 2013). Toipumisorientaatio edellyttää ihmisen kokonaisvaltaista kohtaamista, jossa käsitellään myös tunteita, asenteita ja arvoja.

Käytännössä toipumisorientaatio edellyttää

- luottamuksellisen terapeutin suhteen luomista ja ylläpitämistä
- kuntoutujan tukemista hänen omien tarpeidensa, päämääriensä, unelmiensa ja tulevaisuuden suunnitelmien löytämisessä ja niiden huomioimista hoidon ja kuntoutuksen sisällöissä
- toipumisorientaatiota tukevan ja rakentavan organisaatiokulttuurin olemassa oloa
- kansalaisoikeuksien ja sosiaalisen inklusion edistämistä eli mahdollisuutta osallistua ja kuulua erilaisiin yhteisöihin.

Aaronsin ym. (2011) mukaan uusien menetelmien ja toimintatapojen implementoinnin onnistuminen riippuu siitä, miten ne sopivat organisaation ja sen työntekijöiden arvomaailmaan ja työskentelyyn. Hoito-ohjelmien juurruttamista koskevat tutkimukset osoittavat, että huomion kiinnittäminen organisaatiokulttuuriin ja organisaatioilmastoon ovat avaintekijöitä onnistumisen kannalta. Kuklan, Salyersin ja Lysakerin (2013) tutkimuksessa työntekijöiden toipumismyönteiset asenteet olivat vahvimmin yhteydessä myös kuntoutujan aktivoitumiseen. Työntekijöiden, kuntoutujien ja verkostoon kuuluvien asenteilla on suuri merkitys kuntoutujan aktivoitumisen kannalta.

Arvot ja arvostukset ovat yhteisössä ja organisaatiossa omaksuttuja hyvinä ja tärkeinä pidettyjä toimintaperiaatteita, jotka viestivät toiminnan tarkoituksesta ja joiden tehtävänä on auttaa ja tukea yksilöiden ja ryhmien yhteistyötä perustehtävän suorittamisessa. Koska arvot ovat periaatteellisia, on ne kuntoutustyössä konkretisoitava sellaiseksi, että kaikki ymmärtävät, mitä ne tarkoittavat kuntoutujien keskinäisessä sekä kuntoutujien ja henkilöstön vuorovaikutuksessa. Hyödyllisiä kysymyksiä ovat, miten arvot näkyvät toimin-

nan tasolla tai miten ne ovat havaittavissa arkipäivän toiminnassa. Kuntoutuksessa arvot esitetään usein terapeutin yhteisön periaatteina, joita on vaikea realisoida (demokraattinen päätöksenteko, sallivuus, tasa-arvo). Näiden arvojen toteutuminen yhteisössä edellyttää usein vastuullista käyttäytymistä, itsekontrollia, sosiaalisia taitoja ja toisten huomioon ottamista eli asioita, joita kuntoutuksessa vasta harjoitellaan. Tämän vuoksi yhteisön toiminnan pitää rakentua niin, että kuntoutujilla on mahdollisuus opetella näitä asioita.

Palveluohjauksellinen työote täydentää hyvin toipumisorientaation mukaista työskentelytapaa. Palveluohjaus on työmenetelmä, jolla kootaan palvelut asiakkaan tueksi ja lievennetään palvelujärjestelmän hajanaisuuden haittoja (Hänninen 2007). Palveluohjauksen pitää olla asiakaslähtöistä ja sen tarkoituksena on saada määriteltyä asiakkaiden yksilölliset palvelutarpeet ja löytää niiden kanssa parhaiten yhteensopivat palvelut, sekä koordinoita asiakkaan kulkua palveluissa. Perusajatuksena on se, että asiakas saa tarvitsemansa avun oikea-aikaisesti ja oikeasta paikasta.

Toipumisorientaation teoriatausta

Toipumisorientaatiolle ei ole löydettävissä yksittäistä teoriataustaa. Siinä integroituvat monet teoriat. Toipumisorientaatioissa korostuu yksilön toiminnan tarvelähtöisyys sekä elämyksellisellä että palvelusisältöjen tarjoamien mahdollisuuksien realisoitumisen tasolla. Elämän olosuhteiden pitää olla sellaiset, että sekä perustarpeiden että ylempien tarpeiden tyydyttyminen on pääosin mahdollista. Palvelusisältöjen pitää kattaa tarpeiden kirjo niin, että tarveohjautuvien valintojen teko on mahdollista. Näitä asioita korostaessaan toipumisorientaatio rakentuu Maslowin tarveteorian (1954) elementtien varaan ja sen kautta myös humanistisen psykologian perinteeseen.

Keskeisen näkökulman toipumisorientaation perustaksi tarjoavat monet kognitiivisen psykologian teoriat. Julian Rotterin kontrolliodotus -teoria (1966) käsittelee ihmisen kokemuksia ja käsityksiä vaikuttamis- ja mahdollisuuksistaan. Teorian mukaan ihmisille syntyy yleistyneitä odotuksia elämänhallinnasta. Jos sisäisen hallinnan tunne on suuri, niin henkilö kokee voivansa vaikuttaa elämänsä kulkuun joka käänneessä. Ulkoiseen hallintaan perustuvissa tulkinnoissa sattumilla tai muilla ihmisillä koetaan olevan suuri vaikutus siihen, mitä elämässä tapahtuu. Uutelan ja Härkäpään (1993) mukaan monissa terveysongelmissa on hyötyä sekä luottamuksesta omaan sisäiseen hallintaan että muiden tervehtymisen kannalta keskeisten henkilöiden osoittamaan ulkoiseen hallintaan. Aaron Beck (1967) loi perususkomuksen käsitteen, jonka kautta henkilö tulkitsee elämäntapahtumiaan. Negatiiviset perususkomukset vääristävät ja yksipuolistavat tulkintoja erilaisissa elämäntilanteissa. Toipumisorientaatioon perustuvassa työskentelyotteessa vääristävien ja mitätöivien uskomusten valta pyritään murtamaan. Samoin pyritään tekemään Seligmanin (1975) kuvaaman opitun avuttomuuden teorian mukaiselle toiminnalle. Toipumisorientaatio saa vahvasti vaikutteita myös Banduran minäpystyvyys - (1997) sekä Kobasan haastehakuisuus -teorioista (1979).

Eksistentiaalisen filosofian logoterapeuttiseen suuntaukseen liittyy läheisesti elämän merkityksen ja tarkoituksen pohdinta sekä niiden voimavarojen tunnistaminen, joiden avulla selviytyminen erilaisista kriiseistä ja vaikeista elämäntilanteista on ollut mahdollista. Näiden Viktor Franklin logoterapian keskeisten kysymysten sekä ihmisen ainutlaatuisuuden käsittely sisältyvät olennaisina osina myös toipumisorientaation mukaiseen työskentelyotteeseen.

Aaron Antonovskyn (1979) ajatukset terveyttä ylläpitävien tekijöiden tunnistamisesta sekä näiden tekijöiden ylläpitämisestä ja vahvistamisesta ovat terveyden edistämisen ydintä. Salutogeneesin näkökulma tarkastelee terveyttä hyvin erilaisesta näkökulmasta kuin perinteinen lääketieteen tautioppi. Salutogeneesin peruskysymys on: Mikä saa ihmisen pysymään terveenä ja selviytymään vaikeissakin olosuhteissa? Antonovskyn vastaus tähän on koherenssin tunne. Koherenssin tunne rakentuu kolmesta elementistä, jotka ovat ymmärrettävyys, hallinnan kokemus ja mielekkyys. Ymmärrettävyys kuvaa sitä, missä määrin ihminen ymmärtää omaa elämäntilannettaan. Hallittavuus liittyy henkilön tietoisuuteen siitä, että hänellä on käytettävissään riittäviä keinoja kohdata erilaisia tilanteita ja selviytyä niistä. Mielekkyys syntyy toiminnan merkityksellisyyden ja toiminnasta saadun positiivisen kokemuksen kautta. Vahva koherenssin tunne on tutkimusten mukaan yhteydessä alhaisiin stressikokemuksiin, mikä stressi-haavoittuvuus -teorian mukaan

ehkäisee psyykkistä sairastumista. Toipumisorientaatioissa elämän mielekkyys, hallinnan kokemukset ja ymmärrettävyys ovat keskeisiä tavoitteita.

Vahvuudet, taidot ja onnistumiskokemukset

Se ympäristö, missä ihmiset elävät, ohjaa tekemään asioita, mitkä ovat yhdenmukaisia ympäristön odotusten kanssa. Sairaalaympäristö vahvistaa potilaan roolia. Eläminen ympäristössä, jossa päihteiden käyttö yleistä, normalisoi päihteiden käytön arkipäivään kuuluvaksi. Asuminen alueella, missä elää paljon syrjäytyneitä tai syrjäytymisvaarassa olevia henkilöitä, vahvistaa syrjäytymisen prosesseja myös yksilötasolla. Kuntouttavan toimintaympäristön on oltava sellainen, missä voimavaroja houkutellessa käyttöön. Laitosympäristö ei useinkaan tee tätä mahdolliseksi. Voimavarojen löytyminen tapahtuu helpoimmin arkisissa elämän olosuhteissa, missä rooliodotukset tukevat normaalia, ei sairausmallin, mukaista toimintaa. Tämän vuoksi mielenterveyskuntoutujien toipumisen kannalta on perusteltua, että elinympäristö tukee kadoksissa olleiden vahvuuksien ja taitojen palautumista ja uusien asioiden oppimista.

Toipumisorientaatioissa vahvuuksien ja taitojen näkyväksi tekeminen on tärkeä osa työtettä. Tämä tapahtuu vuorovaikutuksen kautta niin, että keskusteluissa käsitellään näitä teemoja konkreettisten kysymysten avulla:

- missä asioissa olet osaava ja taitava
- mitä arvostat itsessäsi
- mitä henkilöt, jotka tuntevat sinut, arvostavat sinussa
- mitä olet kuntoutuksen aikana oppinut itsestäsi ja
- miten arvostamasi asiat ja taitosi ovat auttaneet sinua aikaisemmin?

Koska mielenterveyskuntoutujan elämään on usein liittynyt paljon kokemuksia epäonnistumisista ja menetyksistä mahdollisuuksista, on usko omiin mahdollisuuksiin monesti hiipunut. Tämän vuoksi on kiinnitettävä huomiota onnistumiskokemusten saamiseen ja toiveikkuuden viriämiseen. Onnistuminen on mahdollista silloin, kun tavoitteet vastaavat voimavaroja.

Haaveista ja unelmista keskusteleminen on tärkeää toiveikkuuden vahvistamiseksi, mutta onnistumiskokemuksia ei synny pelkästään niiden avulla. Onnistumiskokemukset syntyvät sellaisen toiminnan kautta, mikä johtaa itselle tärkeiden tavoitteiden saavuttamiseen. Toipumisorientaatioissa korostetaan hidasta kiihdyttämistä, askel kerrallaan etenemistä. Konkreettiset, onnistumisen mahdollistavat lähitavoitteet löytyvät parhaiten silloin, kun voidaan osoittaa niiden yhteys merkityksellisempiin tulevaisuuden tavoitteisiin tai haaveisiin.

Tavoitteiden vetovoima perustuu niiden mielekkyyteen. Kuntoutustyötä tekevien on kunnioitettava kuntoutujan tavoitteita. Tällöin myös arvostuksen ja luottamuksen tunnetta vahvistava yhteistyösuhde tulee mahdolliseksi.

Tiedolliset voimavarat

Kokemuksellisten asioiden hyödyntämisen lisäksi kuntoutujan tiedollisten resurssien lisäämisellä, psyykoedukaatiolla, on keskeinen osa toipumisorientaation mukaisessa työtössä.

On tärkeää, että kuntoutujat sisäistävät tiedon siitä, että yleisin syy psyykkisen sairauden oireiden paheutumiseen ja toistuviin sairaalahoitoihin on psyykenlääkityksen laiminlyönti tai lääkityksestä luopuminen vastoin lääkärin ohjeita. Sisäistäminen edellyttää paitsi lääkitykseen liittyvien omakohtaisten kokemusten käsittelemistä, niin myös asiallisten ja ymmärrettävien vastausten saamista niihin kysymyksiin, joita joskus pitkäaikainenkin lääkityksen käyttö herättää.

Tiedon saaminen stressin ja psyykkisen voinnin yhteyksistä auttaa elämän suunnittelussa ja liiallista stressiä aiheuttavien tilanteiden välttämässä. Psyykkisen sairauden hallintaan liittyvien menetelmien ja tekniikoiden käytön oppimisesta on suuri hyöty. Oireenhallinnassa tunnistetaan psyykkisen voinnin heikkenemiseen liittyviä varomerkkejä ja sairautta laukaisevia tekijöitä, mikä helpottaa avun oikea-aikaista hakemista. Monet oireenhallinnan tekniikat ovat merkityksellisiä paitsi arjessa selviytymisen kannalta, niin myös ehkäisevän työn näkökulmasta.

On tärkeää, että tiedollisten resurssien lisääminen tapahtuu niin, että tieto annetaan sellaisella tavalla ja siinä muodossa, että se on omaksuttavissa ja ymmärrettävissä. Varsinkin skitsofreniaa sairastavien kuntoutujien kohdalla mahdollisten kognitiivisten puutteiden uuden tiedon omaksumista vaikeuttava vaikutus on pidettävä mielessä.

Osallisuus

Osallisuuden kokemus tarkoittaa kuulumista tai liittymistä sellaiseen ryhmään tai toimintaan, missä tulee hyväksytyksi ja ymmärretyksi tai missä voi jakaa omia kokemuksiaan tai tunteitaan. Osallisuuteen liittyy yhteyden luominen ja säilyttäminen ihmisiin, toimintoihin tai asioihin, joita pitää itselle merkityksellisinä. Laaja-alainen osallisuus tarkoittaa yhteyttä muihin ihmisiin, tarvittaviin palveluihin, päätöksentekoon ja omaan arvomaailmaan. Jos näitä yhteyksiä ei ole, on syrjäytymisen vaara suuri.

Toipumisorientaation mukaisella työotteella pyritään vahvistamaan kuntoutujan osallisuutta. Tämä tapahtuu kartoittamalla ja aktivoimalla kuntoutujan selviytymisen kannalta keskeisiä sosiaalisia verkostoja, lisäämällä vertaistuen saannin tai antamisen mahdollisuuksia, vahvistamalla kuntoutujan vaikuttamismahdollisuuksia hänen tarvitsemiensa palveluiden muotoihin ja sisältöihin sekä virittämällä kuntoutujan kiinnostusta erilaisia kansalaistoiminnan muotoja kohtaan. Kuntoutujan toipumisprosessin kannalta erityisen tärkeä asema on kokemusasiantuntijatoiminnalla, koska sen kautta voivat todentua monet osallisuuden muodot.

Toipumisorientaation liittyviä virhetulkintoja

Toipumisorientaation ymmärtämiseen voi liittyä virhetulkintoja. Vaikka siinä korostetaan asiakkaiden valintoja ja ratkaisuja, se ei tarkoita ammatillisen asiantuntijuuden väheksymistä. Ammatillisuutta tarvitaan valintavaihtoehtojen etsimisessä, eri vaihtoehtojen punnitsemisessä sekä valintojen seurausten pohtimisessa. Ammatillainen toimii peilinä, minkä avulla kuntoutuja löytää parhaat ratkaisut.

Toipumisorientaatio ei myöskään ole kapea-alaista konsumerismia, jossa asiakas on aina oikeassa. Kuntoutujan valintoja voidaan ja tuleekin kritisoida, jos ne aiheuttavat vahinkoa hänelle itselleen tai muille ihmisille. Kuntoutujan valintojen pitää olla eettisesti hyväksyttäviä.

Psyykkisen sairauden kulkuun liittyy usein oireiden paheneminen niin, että kuntoutuja tarvitsee välillä sairaalassa tapahtuvaa hoitoa. Tämä hyväksytään toipumisorientaatiossa luonnollisena asiana. Hyväksyntä ei kuitenkaan tarkoita relapsien ihannoitua tai sitä, että asiaan pitäisi suhtautua välinpitämättömyydellä. Toipumisorientaation mukaisella työotteella pyritään relapsien ehkäisyyn, mutta hoidon tai kuntoutuksen tuloksellisuutta ei mitata relapsien määrällä. Hyvään kuntoutustulokseen on päästy silloin, kun kuntoutuja kokee elämänsä elämisen arvoisena ja mielekkäänä, hyväksyy itsensä vastuullisena ihmisenä sekä kokee, että voi vaikuttaa niihin asioihin, joita pitää tärkeinä.

Toipumisorientaation mukaisen toiminnan käynnistyminen Porissa

Toipumisorientaatioon liittyvä kasvava kiinnostus varsinkin angloamerikkalaisissa maissa ennakoii mielenterveyskuntoutuksessa tapahtuvaa paradigman uudistumista, mikä tulee muuttamaan palvelujen organisointia ja toteuttamista käyttäjälähtöisemmäksi (Korkeila 2012).

Toipumisorientaation periaatteiden mukaista toimintaa on todennäköisesti toteutettu paikoitellen myös Suomessa, mutta toimintaa ei ole kuvattu tällä käsitteellä. Perustava lähtökohta on ollut sen ymmärtäminen, että mielenterveyskuntoutujat eivät ole kohteita, joille tehdään toimintoja. Suurelle osalle kuntoutujia on kertynyt osaamista ja kokemuksia, joiden avulla he voivat auttaa paitsi itseään niin myös muita vastaavissa tilanteissa olevia ihmisiä.

Porissa toipumisorientaation mukainen toiminta lähti liikkeelle mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen toiminnan kehittämisen tarpeesta. Psykososiaalisissa palveluissa heräsi huoli asumispalveluiden asukkaiden laitostumisesta. Samalla huomattiin, että jotkut omassa asunnossa vähäisen tuen varassa asuvat pärjäävät yhtä hyvin kuin tehostetussa palveluasumisessa asuvat, vaikka muilta osin heidän tilanteensa olisi samankaltainen. Tähän yhdistyi jo aiemmin psykososiaalisissa palveluissa käynnistynyt keskustelu asunto ensin -periaatteen mukaisen toiminnan juurruttamisesta Poriin.

Asunto ensin -periaatteessa (ks. verkkosivut Asunto ensin) ja toipumisorientaation (ks. verkkosivut Tidal model) määrittelyssä on paljon yhtäläisyyksiä. Asunto ensin -periaatteen mukaisessa toiminnassa tarkoitus on paitsi vähentää asunnottomuutta, myös vahvistaa syrjäytyneimpien ihmisten mahdollisuuksia tehdä valintoja, edesauttaa heidän toipumistaan ja integroitumistaan yhteiskuntaan. Lähtökohtaisia yhtäläisyyksiä myös AA-liikkeeseen on todettu olevan: kuntoutujat kertovat omista kokemuksistaan ja voimaantumistaan toisille kuntoutujille, kokevat vertaisuuden kautta kumppanuutta ja saavat tukea ja toivoa paremmasta. Rakenteellisen sosiaalityön periaatteista, mm. sosiaalinen inklusio, oikeudenmukaisuus, voimaantuminen, asianajaminen, asiakkaiden vahva osallisuus, voidaan löytää vahvoja viitteitä toipumisorientaatioon (Pohjola 2015).

Asuminen tehostetussa palveluasumisessa voi laitostaa ihmisen nopeasti ja normaaliin arkeen palaaminen vaikeutuu asumisen pitkittyessä. Porissa asetettiin tavoitteeksi se, että mielenterveys- tai päihdekuntoutuja voi asua itsenäisesti omassa asunnossaan, jos hän saa siihen riittävän tuen. Tämä tarkoitti jalkautuvan työn kehittämistä. Porissa ei ole aiemmin tehty erityisesti mielenterveys- ja päihdekuntoutujille suunnattua jalkautuvaa työtä, eikä sen tarvetta oltu edes pohdittu. Asumisen tuki määriteltiin sekä asunnossa annettavaksi tueksi että mielekkään elämän mahdollistavaksi tueksi asunnon ulkopuolella. Asumisen tuki on sekä psyykkistä että sosiaalista kuntoutusta.

Syksyllä 2014 Porissa aloitti psykososiaalisissa palveluissa jalkautuva työryhmä, joka nimeksi tuli Liikkuva tuki eli Liitu. Työryhmässä on aloittanut neljä päihde-, mielenterveys- ja väkivaltatyössä meritoitunutta työntekijää. Lähtökohtaisesti asiakasryhmiksi määriteltiin:

- psykiatriselta sairaalajaksolta kotiin palaavat
- tehostetusta asumispalvelusta itsenäisempään asumiseen siirtymässä olevat
- itsenäisesti asuvat, joilla on riski tehostettuun asumiseen siirtymisestä sekä
- nuoret, jotka ovat haasteellisissa elämäntilanteissa muuttamassa tai juuri muuttaneet omaan asuntoon ja joilta puuttuu elämänhallinnan ja asumisen osaamista.

Toiminta lähti perinteisestä kysymyksestä 'miten saamme tehtyä itsemme tarpeettomiksi' eli miten toimimme saadaksemme kuntoutujaa eteenpäin hänen oman kuntoutumisensa polulla. Liikkuvan tuen perustehtävä on tukea asiakkaiden itsenäistä pärjäämistä sekä asumisen ja elämisen sujumista sairaudesta huolimatta. Pärjäämisellä tarkoitetaan selviytymistä ja positiivista kehitystä vaikeuksista huolimatta. Työryhmä saa lisäresursseja käyttämällä lähettävän tahon työntekijää työparina vaativissa käynneissä. Tällä haetaan toiminnan laajentumista myös muiden toimijoiden työtavaksi. Osaamisen lisääminen learning by co-operating -periaatteella saattaa innostaa myös muita toimijoita tekemään jalkautuvaa työtä.

Toipumisen avainelementtejä

Koska toipuminen tarkoittaa eri ihmisille erilaisia asioita, se sisältää runsaasti erilaisia elementtejä. Suomessa tehdyssä vaikeavammaisten voimavaroja selvittävässä tutkimuksessa havaittiin etenkin yksin asuvilla tärkeimmiksi arjessa pärjäämisen voimavaroiksi henkilön omat voimavarat, sinnikkyys, sisu sekä halu pärjätä itse ja päättää itse omista asioistaan. Nämä ominaisuudet olivat perusta arjessa pärjäämiselle ja itsenäiselle asumiselle (Isoniemi, 2012).

Seuraavia kirjallisuudessa (Bradstreet 2004; Anthony 2013; Mental Health Commission 2005; NSW Consumer Advisory Group 2009; Shepherd, Boardman & Slade 2008) keskeisinä pidettyjä asioita ja periaatteita on painotettu myös Porissa:

- Toivon löytäminen ja säilyttäminen. Ilman toivoa toipuminen ei ole mahdollista. Muutos ei voi toteutua ilman uskoa, että parempi elämä on sekä mahdollinen että saavutettavissa.
- Elämän merkityksen löytäminen ja mielekkään elämän rakentaminen.
- Positiivisen identiteetin löytäminen.
- Vaikeistakin mielenterveyden häiriöistä voi toipua.
- Usko, että jokaisessa on mahdollisuus muutokseen.
- Kokemus hallinnasta, vastuusta omaan elämään sekä sairauden hallinnasta.
- Aktiivinen osallistuminen oman toipumisen edistämiseen.

- Ihminen voi toipua myös ilman ammatillista interventiota.
- Toipuminen on kokonaisvaltainen ja osallistava lähestymistapa, joka ottaa huomioon ihmisen elämän kokonaisuudessaan.
- Ihmisen elinympäristö vaikuttaa toipumiseen.
- Optimistinen ja realistinen lähestyminen toipumiseen (sairausjaksojen hyväksyminen).
- Luova riskin ottaminen ihmisen yrittäessä tulla aktiiviseksi yhteisön jäseneksi.
- Yhteinen nimittäjä toipumisessa on, että kuntoutujan elämässä on mukana vähintään yksi häntä tukeva ja hänen kuntoutumiseensa uskova ihminen.
- Toipuminen edellyttää, että ihmisellä on vaihtoehtoja, joista voi valita.
- Toipuminen on yksilöllinen, ei-suoraviivaisesti etenevä prosessi. Oireiden tiheys, kesto ja vaikeus vaihtelevat toipumisen edetessä.
- Sairauden seurauksista (kuten itsemääräämisoikeuden puuttumisesta) toipuminen on joskus vaikeampaa kuin toipuminen itse sairaudesta.

Liikkuvalla tuella (ks. verkkosivu LiiTu) on työväliseenä kartoituslomake asiakkaan elämäntilanteesta. Lomakkeessa on 45 kysymystä, joiden aihealueet ovat perustiedot, opiskelu ja työelämä, perhe- ja ihmissuhteet, arjen sujuminen, itsestä huolehtiminen, vapaa-aika ja osallistuminen, taloudellinen tilanne, terveydentila, elämäntilanne, sekä yhteenvedo.

Lomake käydään asiakkuuden alussa yhdessä keskustellen läpi. Sen täyttäminen kestää 2-3 tapaamiskertaa. Koska toipumisessa kyse on vahvasti henkilökohtaisesta asiasta, haetaan lomakkeessa sellaisia asioita ihmisen historiasta, joihin liittyy vahvasti positiivisia tunteita ja kokemuksia. Osa lomakkeessa olevista asioista saattaa olla asiakkaille vaikeita, koska niitä ei ole ennen käsitelty. Erityisesti kysymys väkivallan kokemisesta on osoittautunut vaikeaksi, joskus jopa ahdistavaksi. Päähuomio kuitenkin on voimaannuttavissa asioissa asiakkaan elämässä.

Lomakkeen yhteenvedossa korostetaan erityisesti asiakkaan omia voimavaroja. Yhteenvedon pohjalta asiakas määrittää itselleen tavoitteet. Yhdessä työntekijän kanssa mietitään keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Asiakkaan hyvinvoinnin kehitystä seurataan määrävällein muutamalla kysymyksellä. Nämä ovat terveydentilan kokemus, tyytyväisyys nykyiseen elämäntilanteeseen, yksinäisyyden kokemus ja halukkuus työskennellä oman hyvinvoinnin eteen (ks. verkkosivut LiiTu).

Toiminta käytännössä

Asiakkaiden tukeminen tapahtuu työntekijän ja asiakkaan henkilökohtaisella tapaamisella joko asiakkaan kotona tai kodin ulkopuolella. Henkilökohtaisen tuen tarve vaihtelee keskusteluista toiminnanohjaukseen. Työ on ohjausta ja tukea asiakkaan kodin toiminnoissa, kulkemista asiakkaan kanssa erilaisilla asioilla tai ryhmätoimintaan ja vertaistukeen ohjaamista. Tuki vähenee tai päättyy asiakkaan elämänhallinnan vahvistuessa. Henkilökohtaisen tapaamisen lisäksi asiakas voi olla työntekijään yhteydessä puhelimitse. Elämänhallinnan tuki on tarkoitettu määräaikaiseksi, mutta kuitenkin niin, että palvelusuunnitelmia tarkistettaessa arvioidaan tuen tarve ja tehdään päätös jatkosta yksilöllisesti. Tuki vaihtelee asiakkaan tarpeen mukaisesti.

Toivon ylläpidolla, positiivisen palautteen antamisella ja kannustuksella on asiakasta motivoiva vaikutus. Asiakkaiden kanssa yhdessä toimimalla on todettu asiakkaiden itseluottamuksen kasvavan heidän onnistuessaan eri asioissa. Monet asiakkaista tarvitsevat palveluohjauksellista apua. Asiakkaat eivät aina ymmärrä mitä eri viranomaiset sanovat, joten liikkuvan tuen työntekijät ovat usein mukana asioimiskäynneillä tulkaamassa viranomaiskieltä asiakkailleen. Läsnäolo tapaamisissa usein riittää. Asiakkaat itse hoitavat asiansa puhumisen, mutta jälkepäin haluavat varmistaa ovatko ymmärtäneet oikein.

Liikkuvalla tuella on paljon vahvuuksia. Toiminta on joustavaa eikä aika rajoita tapaamisia kuten esimerkiksi poliklinikkavastaanoitoilla. Koska tapaamiset eivät ole minuutin tarkkuudella sovittuja, voidaan paremmin toimia asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Ammatillaisen näkökulmasta työ on luovaa. On mahdollisuus tehdä monenlaisia asiakkaan yksilöllisen kuntoutumisen tueksi tarkoitettuja asioita yhdessä asiak

kaan kanssa. Tuki ja yhdessä tekeminen ei ole paikkaan sidottu, mikä mahdollistaa erilaisen suhteen luomisen asiakkaaseen. Luottamus syntyy nopeammin asiakkaan omissa toimintaympäristöissä, joissa kohtaaminen on luontevaa eikä työntekijä ole perinteisen ammattiroolinsa vanki. Lisäksi tapaamiset toteutuvat myös niiden asiakkaiden kohdalla, joiden on vaikea lähteä kodin ulkopuolelle. Kun toimintatapa on uutta, ei siinä ole myöskään vanhan toimintakulttuurin painolastia. Välittömiä vaikutuksia ovat olleet asiakkaiden sairaalajaksojen väheneminen ja osallisuuden lisääntyminen.

Liikkuvan tuen yhteistyökumppaneita ovat laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat. Runsaan puolen vuoden toiminnan jälkeen vain kymmenen prosenttia asiakkaista oli tullut muualta kuin psykiatrian piiristä. Sen jälkeen tilanne on tasoittunut. Asiakaskunnassa on lähes yhtä paljon miehiä ja naisia.

Myös Liikkuvan tuen työntekijöiden suhtautuminen on muuttunut lyhyessä ajassa. Aluksi työntekijöiden ajatus oli että 'kaikki on minusta kiinni'. Nyt he ovat huomanneet, että asioiden eteneminen onkin ensi sijassa asiakkaasta kiinni.

Heidän tehtävänä on myös arvioida pärjääkö asiakas kotonaan ja saako hän tarvitsemaansa apua muiltakin tahoilta. Ei voida vain tuodittautua siihen, että asiakkaalla itsellä on kokemus, että pärjää. Kaikilla ei ole tarpeeksi realistista kuvaa omasta tilanteestaan. On pohdittava yhdessä asiakkaan kanssa minne asiakas voi tarvittaessa jatkossa mennä ja kuka ottaa sitten hoitovastuun. Monessa tilanteessa Liikkuva tuki on taho, joka koordinoi asiakkaan hoitoa ja kuntoutusta niin, ettei päällekkäistä työtä tehdä.

Kuntoutujan siirtyessä asumispalveluista itsenäisempään asumiseen otetaan hallittu riski. Kuntoutujalla pitää olla oikeus yrittää uusia asioita, vaikka joskus on aihetta epäillä, että epäonnistuminen on mahdollista. Mikäli asuminen ei vielä onnistu toivotusti, kuntoutujalla on mahdollisuus palata takaisin tuetumpaan asumiseen. Kyse ei saa olla ainutkertaisesta mahdollisuudesta, jota valmistellaan ja varmistellaan loputtomiin.

Auttamissuhteiden pitää muuttua asiantuntija-potilas -suhteesta enemmänkin valmennus- tai kumppanuussuhteeseen (Shepherd ym. 2008). Työntekijöiden työ tulee toipumisorientaation mukaisesti olemaan voimaantumisen edellytysten luomista ja onnistumisen kokemusten aikaansaamista. Työntekijät ovat pitkälti fasilitaattoreita. Ammattilaisten tehtävänä on järjestää asiakkaille tarpeellisia resursseja, kuten tietoa, taitoja, verkostoja ja tukea, jotka edesauttavat elämän hallintaa ja mahdollistavat asiakkaiden voimavarojen käyttämisen arjessa (Kankaanpää ym. 2013). Toipumisorientaation mukaan toimittaessa merkityksellisiä ovat ammattilaisten yksilölliset ominaisuudet ja voimavarakeskeinen työskentely, eivät tietyt menetelmät.

Porissa ollaan toipumisorientaation sisäistämässä aivan alkutaipaleella. Perinteisesti mielenterveys-työssä on totuttu toimimaan paljon rajoitteiden ja käskytyksen kautta. Tämän pitää muuttua. Toteutuakseen muutos edellyttää henkilökunnan asennoitumisen muuttumista, mikä puolestaan vaatii koulutusta, keskusteluja ja hyvää paikallista näyttöä toipumisorientaation asiakasvaikutuksista. Toiminnan arviointia varten ei ole vielä kehitetty mittareita, koska asiakastietojärjestelmistä ei saa riittäviä seurantatietoja. Laadullista arviointia pitää myös kehittää. Suuri puute Porissa on koulutettujen kokemusasiantuntijoiden vähäisyys ja käyttämättömyys palvelujen kehittämisessä. Juna on lähtenyt liikkeelle, mutta lähtölaituri vielä näkyy.

Verkkosivuja

Asunto ensin (viitattu 13.10.2015):

http://www.asuntoensin.fi/asunto_ensin/asunto_ensin_-periaate/ae-periaate_yhdysvalloissa

Tidal model (viitattu 13.10.2015): <http://www.tidal-model.com/Recovery.htm>

LiiTu (viitattu 13.10.2015): <http://www.pori.fi/perusturva/psykososiaaliset/liikkuvatuki.html>

Lähteet

- Aarons, G.A., Hurlburt, M. & Horwitz, S.M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health*, 38, 4-23.
- Anthony, W. (2013). Recovery from Mental Illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Alkup. Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993,16. <http://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/anthony1993c.pdf>.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bandura, A. (1997). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Beck, A. (1967). *Depression, clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Bradstreet, S. (2004). *Elements of Recovery: International learning and the Scottish context*. In S. Bradstreet, & W. Brown (eds.), SRN Discussion Paper Series. Report No.1. Glasgow: Scottish Recovery Network.
- Hänninen, K. (2007). *Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakesin raportteja 20/2007*. Helsinki: Valopaino Oy.
- Isoniemi, I. (2012). Mistä apua arkeen? Tutkimus vaikeavammaisten arjen voimavaroista. Tampereen yliopiston Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityön lisensiaattitutkimus, Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala.
- Jacobson, N. & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52, 482-5.
- Kankaanpää, S. & Kurki, M. (2013). Toipuminen kokemuksena. Teoksessa H. Falk, M. Kurki, P. Rissanen, S. Kankaanpää & N. Sinkkonen (toim.) *Kuntoutujasta toimijaksi- kokemus asiantuntijuudeksi*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpäpaperi 39/2013.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Koivuniemi, K., Holmberg-Marttila, D., Hirsso, P. & Mattelmäki, U. (2014). *Terveydenhuollon kompassi*. <http://smh.sagepub.com/content/3/2/114.abstract>
- Korkeila, J. (2012). *Psykiatrian tulevaisuudesta*. <http://jyrkikorkeila.puheenvuoro.uusisuomi.fi/124310-psykiatrian-tulevaisuudesta>.
- Kukla, M., Salyers, M.P. & Lysaker, P.H. (2013). Levels of patient activation among adults with schizophrenia: associations with hope, symptoms, medication adherence, and recovery attitudes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 201, 339-344.
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- Mental Health Commission (2005). *A Vision for a Recovery Model in Irish Mental Health Services*. Discussion Paper. December 2005.
- NSW Consumer Advisory Group - Mental Health Inc. & Mental Health Coordinating Council (2009). *Developing a Recovery Oriented Service Provider Resource for Community Mental Health Organisations: Literature review on recovery*. August 2009.
- Onken, S.J., Dumont, J.M., Ridgway, P., Dornan, D.H. & Ralph, R.O. (2002). *Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders?* National Association of State Mental Health Program Directors & National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning.
- Pandya, A. & Myrick, K. (2013). Wellness and recovery programs: a model of self-advocacy for people living with mental illness. *Journal of Psychiatric Practice*, 19, 242-6.
- Pilgrim, D. & McCranie, A. (2013). *Recovery from Mental Disorder: A Critical Sociological Account*. London: Palgrave Macmillan UK.
- Pohjola, A. 2014. Rakenteellisen sosiaalityön ajankohtaisuus ja sisällöt tässä ajassa ja käytännössä. Esitys Aikuissosiaalityön päivillä Jyväskylässä 8.1.2014. URL: <http://koskeverkko.fi/wp-content/uploads/2014/01/Pohjola-Rakenteellisen-sosiaalityon-ajankohtaisuus-ja-sisallot-tassa-ajassa-ja.pdf>
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 8.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Shepherd, G., Boardman, J. & Slade, M. (2008). *Making Recovery a Reality*. Sainsbury Centre for Mental Health, London. http://www.epshp.fi/files/5896/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf.
- Slade, M., Amering, M. & Oades, L. (2008). Recovery: an international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17, 128-37.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2009). *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki: Yliopistopaino.
- Stengård, E. & Nordling, E. (2011). Psykososiaalisen kuntoutuksen vuosikymmenet ja tulevaisuudennäkymät. Potilaasta ja maatyöläisestä mielenterveystyön asiantuntijaksi. Teoksessa A. Kärkäinen (toim.) *Tahtoa ja tekemisen paloa. Puheenvuorja mielenterveystyöstä*. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry, 17–26.
- Thornton, T. & Lucas, P. (2011). On the very idea of a recovery model for mental health. *Journal of Medical Ethics*, 37, 24-28.
- Uutela, A. & Härkäpää, K. (1993). *Terveyskäyttäytymisen kognitiiviset teoriat ja mallit*. Teoksessa K-L. Kuusinen (Toim.) *Terveyspsykologia*. Porvoo: WSOY.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Pearce, S., Vandeveldel, S. & Broekaert, E. (2013). *Mental Health, Recovery, and the Community*. The Scientific World. Article ID 926174, 3 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2013/926174>.

3.11 Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien työllistyminen ja sen edistäminen

Esko Hänninen

Tarkastelen artikkelissani työn ja työllistymiseen johtavien erilaisten tukimenetelmien roolia mielenterveys- ja päihdekuntoutuksessa. Aluksi esitän katsauksen työntekoon mielisairaaloissa, kehitysvammalaitoksissa sekä alkoholistien hoito- ja työlaitoksissa. Yhteisölähtöisten kuntoutusmenetelmien käytön laajentumisesta mielenterveys- ja päihdekuntoutujien työntekoon ja ammatilliseen valmennukseen käytetyt menetelmät monipuolistuivat 1970-luvulta alkaen.

Kirjoitan myös mielenterveyskuntoutujien ja heidän läheistensä näkemyksistä, jotka koskevat heidän kokemiaan puutteita nykyisissä mielenterveyspalveluissa, muun muassa koulutuksen, työllistymisen tukemisen ja itsenäisen asumisen osalta. Eri maissa on julkaistu tähän liittyviä useita tutkimuksia.

Artikkelissa esittelen lisäksi kansainvälisten järjestöjen mielenterveysalan politiikkasuosituksia ja suuntaviittoja tulevaisuuteen. Artikkelissa kuvaan myös kehittymässä olevia tutkimusnäyttöön perustuvia työllistymisen ja sosiaalisen osallisuuden tukimenetelmiä, jotka tulevat integroituvien ja monialaistuvien mielenterveys- ja päihdepalvelujen osaksi.

Teoriaperustani on biopsykososiaalinen tutkimusnäkökulma, erityisesti psyykkisten, sosiaalisten ja elinympäristön rajoittavien ja mahdollistavien tekijöiden yhteisvaikutukset mielenterveys- ja päihdekuntoutujien sosiaaliseen osallisuuteen ja työllistymistä edistäviin tukimuotoihin.

Hoidettavien työnteon osuus mielisairaaloissa ja muussa laitoshoidossa

Historian saatossa kaikenlainen laitoshoido on rakentunut asukkaiden työnteko-odotuksille. Ihmisten eristämislaitokset sijoitettiin aikanaan erilleen muusta asutuksesta, saarille tai maaseudun rauhaan. Toinen erityispiirre oli laaja maa- ja metsätaloustyö, jolla voitiin tuottaa pääosa asukkaiden ravinnosta. Tämä koski myös vaivaistaloja ja niiden jälkeen kunnalliskoteja, kehitysvammalaitoksia ja alkoholistien hoitolaitoksia. Hoidettavia kehoitettiin ohjesäännöissä osallistumaan voimiansa mukaan laitosten ylläpitämiseksi tarvittavaan työntekoon. Muun muassa mielisairaaloiden historiateoksissa sekä suomalaisen sosiaaliturvan historiassa Armeliasuus, yhteisöapu, sosiaaliturva tätä on kuvattu yksityiskohtaisesti. Suomessa seurattiin pääosin yleiseurooppalaista kehitystä. (Pulma 1994; Venäläinen 1983.)

Maataloustöiden ohella asukkaat osallistuivat lisäksi moniin muihin laitosten päivärutiinien kannalta tarpeellisiin tehtäviin, kuten ruoan kuljetuksiin, siivoukseen, pesulaan, keittiöön, piha-alueiden kunnossapitoon, puutarhan- ja metsänhoitoon, jätehuoltoon, postin jakeluun ja muihin vastaaviin töihin. (Elosuo & Harenko 1983; Tuovinen 1990).

Kohti monialaista mielenterveystyötä ja kuntoutumista

Mielisairaaloiden ja muiden laitosten maatalous- ja logistiikkakeskeisten työtehtävien rinnalle kehittyi jo varhain erilaisia työtehtäviä, joita laitokset tarjosivat naapureilleen, lähinnä maataloille, joilla oli työvoiman tarvetta. Tämä tapahtui usein perhehoidon tai työhoidon nimellä. Myös työvoiman tarjoaminen paikallisille yrityksille juontaa juurensa 1900-luvun alkupuolelle, jolloin niin sanottu työterapia, askartelu ja suojatyö saivat alkunsa. Työstä ei maksettu palkkaa. Näistä aihioista kehittyi vähitellen moninaisia työtehtäviä tarjoavia laitosten suojatyöosastoja. (Venäläinen 1983.)

Ilkka Hautamäki (2013) on kuvannut psykiatristen työmenetelmien muutosta erityisesti Pitkäniemen sairaalan osalta. Ammatillinen kuntoutus ja suojatyö alkoivat kehittyä toisen maailmansodan jälkeen sodassa vammautuneiden yhteiskuntaan integroinnin menetelminä 1940-luvulta lähtien. Mielisairaaloiden ja muiden laitosten yhteyteen rakennettiin työ- ja alihankintahalleja 1970- ja 1980-luvuilla samalla kun suojatyön mahdollisuudet lisääntyivät erillisissä suojatyökeskuksissa.

Omat kokemukseni mielenterveys- ja kehitysvammahuollon käytännöistä 1960-luvun lopulta ja 1970-luvulta Satakunnassa ja Varsinais-Suomessa tukevat edellä kuvattuja muutostrendejä. Suomessa oli jo vaikiintumassa kansainvälinen näkemys, että vammaisten, pitkäaikaissairaiden ja muiden osatyökykyisten

yhteiskunnan toimintoihin integroitumisen avaimet ovat koulutus ja yksilöllinen valmennus, ihmisarvon mukainen asuminen ja työnteko toimeentulon lähteenä tai sosiaaliturvaetuuksien täydentäjänä. Samoihin aikoihin laajennettiin myös avohoidon palveluja mielisairaanhuoltopiireissä, kehitysvammaisten erityishuollossa ja lastensuojelussa. (Hänninen 1971.)

1980- ja 1990-luvuilla nousi keskeiseksi kehitystavoitteeksi monialainen kuntoutusyhteistyö sekä eri toimijoiden välinen saattaen vaihdettava periaate sosiaali- ja terveysministeriön selvitysten ja silloisen Uudenmaan lääninhallituksen työryhmän työn tuloksena. Myös kuntoutujan oman roolin vahvistuminen kuntoutumisprosessissa käynnistyi. (Ahti ym. 1990.)

Suojatyöstä työhön valmennukseen ja suunta yleisille työmarkkinoille

Wikipedian (2015) mukaan Suomessa osatyökykyisten työllistämisen kehitys jakautuu kolmeen jaksoon. Olen muuttanut niistä kolmatta ja lisännyt uuden jakson:

- Aika ennen suojatyölakia (-1970)
- Suojatyön aika (1971–2002)
- Aktivoivan työllistämisen ja uusien menetelmien juurruttamisen aika (2002–2014)
- Uusien mahdollisuuksien, yhdenvertaisuuden ja SOTE-uudistuksen aika (2015–2025)

Vuosien 1963–1966 kuntoutuskomitean työn pohjalta suojatyötä koskevat säännökset liitettiin silloiseen invalidihuoltolakiin 1971, aluksi koeajaksi vuoden 1978 loppuun. Vuoden 1979 alusta säädökset olivat voimassa vuoden 2002 maaliskuun loppuun saakka. Suojatyökeskukset olivat aluksi pieniä ja järjestöjen ylläpitämiä. Kun kunnat saivat oikeuden ylläpitää suojatyökeskuksia, toiminta alkoi hitaasti laajeta. Myös mielenterveys- ja päihdekuntoutujia oli työkeskusten asiakkaina. Suojatyökeskusten määrä kasvoi 1990-luvulle asti. Kehitysvammaisten erityishuoltolain nojalla kehittyi heitä varten työtoimintayksiköiden verkosto.

Vuonna 1993 kuntien valtionosuusuudistus siirsi sosiaali- ja terveystalouden ratkaisuvallan käytännössä kokonaan kunnille eikä valtionhallinnolla ollut enää keinoja puuttua sosiaalihuollon toteuttamaan työllistämiseen. Suojatyö 92 -työryhmän työkeskusten uusi toimintamalli sisälsi niille kaksi tehtävää: kuntoutustavoitteinen työllistäminen ja erilaisten tukipalvelujen järjestäminen. Myös niin sanottu avosuojatyö käynnistyi: työkeskukset sijoittivat kehitysvammaisia ja mielenterveyskuntoutujia yritysten tavallisiin työpaikkoihin. Suojatyön uudistuminen käynnistyi. (Varanka ym. 2012.)

Vuonna 2001 sosiaali- ja terveysministeriön selvityshenkilö valmisti hallituksen esityksen vammaisten ja osatyökykyisten henkilöiden työllistämistä tukeväksi lainsäädännöksi. Laki kuntouttavasta työtoiminnasta (189/2001) tuli voimaan vuonna 2002. Tässä yhteydessä käsite suojatyö poistui Suomen lainsäädännöstä.

Samanaikaisesti kuvattun kehityksen kanssa oli Euroopassa ja muualla maailmassa käynnissä uusien työelämään ja yhteiskuntaan integroitumista tukevien kuntoutus- ja toimintamallien kehittäminen. Alan kansainväliset järjestöt ideoivat ja kokeilivat uusille arvoille rakentuvia kuntoutumisen ja työhön valmennuksen menetelmiä. Ne perustuivat ihmisoikeuksiin ja eri osapuolten yhteiskunnalliseen vuoropuheluun. Taustana olivat muun muassa YK:n vammaisten vuosikymmen 1983 – 1992, sekä YK:n yleiskokouksessa 1991 hyväksytyt mielisairaiden henkilöiden suojelua ja hoitoa koskevat uudet periaatteet (principles for protection and care), sekä vuonna 1993 hyväksytyt vammaisten ja pitkäaikaissairaiden tasa-arvoisia osallistumismahdollisuuksia koskevat yleisohjeet (standard rules on equalisation of opportunities). (United Nations 1991 ja 1993.)

Molemmassa päätöslauselmissa otettiin selkeä kanta avohoito- ja yhteisölähtöisten sekä ihmisoikeuksia kunnioittavien mielenterveys- ja kuntoutuspalvelujen puolesta. Ne vaikuttivat sekä Euroopan neuvoston että Euroopan unionin poliittisten tavoitteiden muotoiluun. Muun muassa kehittämis- ja rahoitusohjelmissa otettiin käyttöön käsitepari inklusio – eksklusio eli osallisuus – syrjäytyminen. Osatyökykyisten ja työelämän ulkopuolella olevien henkilöiden osallisuus ja pääsy yleisille työmarkkinoille on ollut siitä lähtien keskeinen EU:n sosiaali- ja työllisyyspolitiikan tavoite, kuten EU-ohjelmien esittelystä jäljempänä ilmenee.

Euroopan parlamentin tilaaman tutkimuksen mukaan suojatyö on vain osittain korvautunut EU-maissa uusilla kehittyvillä toimintamalleilla. Perinteisen suojatyön rinnalle on niin Suomessa kuin muissakin jäsenmaissa kehittynyt siirtymävaiheen työkeskuksia, joissa kuntoutujia valmennetaan yleisille työmarkkinoille ottamalla käyttöön uusia yksilöllisen valmennuksen ja tuetun työllistymisen menetelmiä. Tutkimuksessa oli suoritettu eri toimintamallien kustannus-hyöty-analyyssejä. Perinteisen suojatyön yhteiskunnalliset hyödyt Unkarissa arvioitiin kuudeksi sentiksi jokaista sijoitettua euroa kohti. Tarvitaan uusia laadukkaampia kuntoutujien osallisuutta työhön tukevia toimintamalleja. Tutkimuksessa oli myös katsaus osatyökykyisten työllistämiseksi kehitettyihin kiintiöjärjestelmiin (quota systems), mikä on käytössä 21 EU-maassa, mutta ei Suomessa, Ruotsissa, Tanskassa, Hollannissa, UK:ssa, Latviassa ja Virossa. Kiintiöt kuitenkin tuottavat tehokkaasti työpaikkoja osatyökykyisille. (Mallender ym. 2015.)

Aktivoivan työllistämisen ja uusien menetelmien juurruttamisen aika (2002–2014) tarkoittaa sitä, että aktivoivan ja kuntouttavan työllistämisen lisäksi tänä aikana mahdollistui vuosina 1995–2010 tunnistettujen innovatiivisten kuntoutumisen, työhön valmennuksen ja työllistymisen menetelmien levittäminen ja juurrutus laajaan käyttöön Suomessa.

Uusien mahdollisuuksien, yhdenvertaisuuden ja SOTE-uudistuksen aika (2015–2025) käynnistyi pääministeri Juha Sipilän hallituksen aloitettua hallituksensa ohjelman toteuttamisen. Sosiaali- ja terveystalouden SOTE-uudistuksen valmistelu ja toimeenpano luovat monille ”kolmannen sektorin innovaattoreille” sekä uhkia että uusia mahdollisuuksia. Viimeistään tällä ajanjaksolla perinteisiin rakenteisiin ja työotteisiin perustuneet kuntoutumisen ja sosiaalisen osallisuuden menetelmät on kyettävä uudistamaan. Tämä koskee myös maamme mielenterveys- ja päihdepolitiikkaa.

Alueelliset ja seudulliset työvalmennussäätiöt ilmaantuivat 1990-luvulla

Kuntien kokema talouslama ja työvoimapolitiikan yleisemmät intressit johtivat 1990-luvun puolivälistä lähtien työkeskusverkoston supistumiseen. Monet järjestöpohjaiset työkeskukset siirtyivät kuntien palvelujärjestelmän osaksi, esimerkiksi työvalmennuskeskuksiksi. Monilla alueilla kunnat, kuntayhtymät, sosiaali- ja mielenterveysalan järjestöt ja säätiöt käynnistivät alueellisten työvalmennussäätiöiden perustamisen, joille kunnat ja muut perustajayhteisöt siirsivät omia toimintayksiköitään. Niistä koottiin uusia alueellisesti integroituja työllistymistä ja kuntoutumista tukevia yhteisorganisaatioita. Esimerkiksi Keski-Suomessa säätiöimiseen osallistui 23 kuntaa, kaksi kuntayhtymää, Jyväskylän yliopisto ja ammattikorkeakoulu, sekä 34 paikallista ja valtakunnallista järjestöä. (Möttönen ym. 2008.)

Kokonaisuus tunnetaan nykyään SOVATEK-säätiönä, joka syntyi vuonna 2010 yhdistämällä vuodesta 1998 asti toiminut Työvalmennussäätiö Tekevä ja vuonna 2002 perustettu Jyväskylän Seudun Päihdepalvelussäätiö. Sillä on toimintaa Keski-Suomessa ja Pohjois-Karjalassa ja se tarjoaa muun muassa työvalmennusta, työllistymisen tukea ja psykososiaalista kuntoutusta myös mielenterveyskuntoutujille. SOVATEK:in ohella Keski-Suomessa toimivat erilliset vuonna 2003 perustettu Keski-Suomen Vammaispalvelussäätiö ja vuonna 2005 perustettu GeroCenter -säätiö. (<http://www.sovatek.fi/>) Vastaavia alueellisesti integroituja kunnille ja kuntayhtymille erityispalveluja tuottavia säätiöitä on perustettu useiden muidenkin maakuntien alueille, muun muassa Etelä-Karjalaan, Varsinais-Suomeen ja Helsinkiin. Tampereen seudulla Sopimusvuori ry tunnetaan edelläkävijänä mielenterveyskuntoutujien työllistymis- ja muiden avohoidon tukipalvelujen integroidun kokonaisuuden kehittäjänä. Helsingissä vastaava uudistus toteutettiin perustamalla Niemikotisäätiö 1983 (<http://niemikoti.fi/etusivu/>).

Markku Ojasen (2004) mukaan Sopimusvuori ry:n ensimmäiset kuntoutusyhteisöt perustettiin 1970, jolloin mielisairaalahoido ja pitkät hoitoajat olivat vallitsevia. Sopimusvuoren tavoitteena oli luoda hoitoyhteisöjä, joissa asiakkaat (potilas-sanasta luovuttiin) voisivat saada uudelleen täysivaltaisen kansalaisen roolin. Ensimmäiset asiakkaat olivat pitkäaikaispotilaita ja aivan vieraantuneita arkisesta elämästä. Ensimmäinen sairaalasta lähtemisen este oli kuitenkin sosiaalisten taitojen puute. Ensimmäinen tehtävä oli perustaa kuntoutuskoteja, joissa näitä taitoja voitiin opetella. Siirtymä oli monelle vaikea, mutta kukaan ei halunnut palata sairaalaan takaisin. Kuntoutuskodit ja muutkin Sopimusvuoren yhteisöt toimivat terapeuttisen yhteisön periaatteella. Ne korostavat yhteisöjen jäsenten omakohtaista vastuuta ja mahdollisuutta päättää yhdessä asioista.

Sopimusvuori perusti sekä kokovuorokautisia kuntoutuspaikkoja (kuntoutuskodit, pienkodit, asunnot) että päiväpaikkoja (työsalit, päivätoimintakeskukset), jonka lisäksi yhdistys organisoivat vapaaehtoistoimintaa ja koulutusta.

Sopimusvuori ry:n verkkosivujen (<http://www.sopimusvuori.fi/>) mukaan järjestöllä oli vuonna 2015 mielenterveyspalveluiden toimialalla tarjolla 19 kuntoutusyksikköä, Näsinkulman klubitalo mukaan lukien, ja noin 70 tukiasuntopaikkaa. Näiden palveluiden lisäksi toimintaa kehitetään erilaisten projektien, tutkimustoiminnan sekä koulutuksen avulla. Kaikessa toiminnassa tavoite on, että asiakas palaa mahdollisuuksiensa mukaan työelämään tai selviytyy arjessa mahdollisimman itsenäisesti. Sopimusvuoren asiakkaita on vuosittain noin 500 ja henkilöstöä noin 270. Työ- ja toimintakeskus Kanavassa järjestetään työhön valmistusta, kuntouttavaa työtoimintaa ja sosiaalista kuntoutusta.

Euroopan unionin 1990-luvun ohjelmat avasivat mahdollisuuksien ikkunan

Euroopan unionin toiminnassa alkoi 1990-luvulla uusi vaihe. Vuonna 1992 hyväksytty Euroopan yhteisöjä uudistanut Maastrichtin sopimus laajensi päätöksentekovaltaa. EU-kansalaisten perusoikeuksia vahvistettiin ja Euroopan sosiaali-, terveys-, ja työpolitiikkaa tehostettiin.

Työelämän ulkopuolella ja muutoin huonossa työmarkkina-asemassa olevien tukemista varten kehitettiin erityinen HELIOS-ohjelma tunnistamaan eri maiden ammatillisen koulutuksen ja kuntoutuksen ja työllistymisen hyviä käytäntöjä. Sen jatkoksi Euroopan komissio hyväksyi 15.6.1994 moniosaiset Euroopan sosiaalirahaston (ESR) Employment ja ADAPT -yhteisöaloite-ohjelmat (1994–1999), joiden puitteissa tukitoimia laajennettiin ja rahoitusta monikansallisiin hankkeisiin lisättiin. Osatyökykyiset ja mielen sairauksia sairastavat ovat olleet eräänä kohderyhmänä näissä ja kaikissa myöhemmissä ohjelmissa. Esimerkkinä tavoitteiden jatkuvuudesta ovat EU:n yhdenmetyt suuntaviivat jäsenvaltioiden työllisyys- ja talouspolitiikan kehittämiseksi (EU:n virallinen lehti L 205/23, 6.8.2005).

Suomen ensimmäiset suuret Stakes-konsortion hankkeet E.C.HO (mielenterveyskuntoutajat) ja STEPS (kehitysvammaiset ja muut ryhmät), joissa oli yhteensä 42 kumppania eri puolilta maata, saivat vuosiksi 1996–1998 EU-rahoituksen projektien toteuttamiseksi yhdessä kansainvälisten partnereiden kanssa. E.C.HO liittyi varsinaisen ylikansallisen verkostonsa lisäksi myös ACCEPT-yhteistyöhankkeeseen; STEPS-hanke toimi yhteistyössä myös kehitysvammaisten työhön valmistushanke CAREERin kanssa. Näille hankkeille saatiin myös Stakes-konsortio II:n nimissä MAINSTREAMING-jatkohanke vuosille 1998–2000.

Innovaatiot, joista tuolloin halusimme koota mahdollisimman tarkat ja monipuoliset tiedot Suomessa hyödynnettäviksi on lueteltu seuraavassa:

- tuetun työllistymisen (supported employment) menetelmät, ja työhön valmistuspalvelut
- yhteistyökäytännöt yritysten ja työmarkkinaosapuolten kanssa
- sosiaaliset yritykset ja osuuskunnat osatyökykyisten työllistäjinä
- psykososiaalisen kuntoutumisen klubitalomenetelmä ja jäsenten siirtymätyöohjelma
- työpaikkojen ja -tehtävien muokkaaminen osatyökykyisten tarpeisiin ja osaamiseen sopiviksi (räätälöinti, palveluohjaus ja kuntoutusluotsaus)
- työnhakuklubitoiminta yhtenä vertaistuen muotona
- kotityö ja etättyö ja erilaiset yrittäjyysmallit
- voucher-ratkaisut työllistymistä tukemassa
- avosuojatyön ja työkeskusten siirtymätyön kehittäminen
- yhteistyökokouksissa tutustuttiin myös yritysten yhteiskuntavastuun ideaan (Corporate Social Responsibility, CSR), joka oli esitelty vuonna 1995.

Edellä mainitut ammatillisen kuntoutumisen ja osatyökykyisten henkilöiden työllistymisen tukimenetelmät ja niiden edellyttämä yritys yhteistyö ovat tarpeen kehitettäessä Suomessa kaikille avoimia, inklusiivisia työmarkkinoita. Erialaisten toimintamallien ja -menetelmien laaja hyödyntäminen ja juurruttaminen maamme oloihin soveltuviksi riippuvat siitä, kuinka hyvin niiden avulla saavutetaan kokeilu- ja kehittämissuunnitelmissa asetetut tulostavoitteet. Monet mainituista toimintamenetelmistä ovat osoittautuneet tuloksellisiksi ja ovat jo laajentuneet hyötykäyttöön eri puolilla Suomea. Kaikkien tuloksellisten ja kustannustehokkaiden menetelmien rahoitusta ei kuitenkaan ole saatu vakiinnutettua. (Arnkil ym.2003; Aro ym. 2004; Oosi ym. 2005; Klem 2011.)

EU:n jäsenmailta edellytetään sosiaali- ja työllisyyspolitiikan osana myös osallisuutta edistävien työmarkkinoiden kehittämistä, työn vetovoiman parantamista ja työnteon mahdollistamista muita heikommassa asemassa oleville, sekä työelämän ulkopuolella oleville. Suuntaviitoissa edellytetään myös sellaisten tukipalvelujen järjestämistä, joilla tuetaan kauimpana työmarkkinoiden ulkopuolella olevien henkilöiden osallisuutta ja edistetään köyhyyden poistamista. Nämä linjaukset on tarkemmin esitelty Euroopan komission suosituksessa työmarkkinoilta syrjäytyneiden aktiivisen osallisuuden edistämisestä vuodelta 2008. (EU:n virallinen lehti L 307/11, 18.11.2008.)

Erityisesti Euroopan sosiaalirahaston (ESR) hankerahoitusta on ohjattu myös yhteisölähtöisen mielen-terveyspolitiikan tukemiseen sekä psykososiaalisen kuntoutuksen ja sosiaalisen osallisuuden menetelmien kehittämiseen ja levittämiseen kansallisten ESR-ohjelmien, koulutusta tukevien ohjelmien ja tieteellisen tutkimuksen ohjelmien kautta. Mainittujen sekä Employment-yhteisöaloitteen jatkoksi kehitettyjen EQUAL (2000–2006) ja PROGRESS (2007–2013) -ohjelmien rahoituksesta oli jo vuoteen 2004 mennessä päässyt osalliseksi noin 3000 suomalaista projektia. (Aro ym. 2004).

Euroopan unionin politiikkatavoitteet kaudelle 2014–2020

Vuosien 2014–2020 ohjelmissa kuten Erasmus-koulutusohjelmassa, työllisyys- ja innovaatio-ohjelmassa (Employment and Social Innovations, EaSI) ja EU:n vammaispolitiikassa, sosiaalisten sijoitusten (Social Investments) sekä tutkimuksen ohjelmassa HORIZON 2020 on priorisoitu läpäisevästi kestävä kehitys, ilmastonpolitiikka sekä vihreää taloutta (green economy) koskevat tavoitteet. Myös ihmisten voimavarojen jatkuva kehittäminen ja ihmisoikeuksien toteuttaminen on nostettu kehittämisalueeksi vuoteen 2020 mennessä. Näiden tavoitteiden toteuttaminen avaa mahdollisuuksia uusien työpaikkojen luomiseksi myös mielen-terveyskuntoutujille edellä mainittuja toimintamalleja hyödyntämällä. (Euroopan komissio 2010 ja 2014.)

Kestävän kehityksen ja vihreän talouden tavoitteet sekä osatyökykyisten koulutus- ja työelämäosallisuuden tukeminen ovat tavoitteina myös Suomen rakennerahasto-ohjelmassa vuosille 2014–2020. Tähän liittyy sosiaali- ja terveysalalla myös työhön kuntouttavien Green Care toimintamallien edelleen kehittäminen ja avohoitopainotteisen palvelujärjestelmän tukeminen (Valtioneuvoston päätös 23.1.2014).

Luonnon ja maaseudun voimavaroja hyödynnettiin vuosisatojen ajan ihmisten auttamisen, hoidon ja hoivan yhteydessä. Muutaman vuosikymmenen ajan nämä voimavarat ”olivat alasajettuina”, mutta Green Care -käsitteen alla niitä on alettu käyttää uudelleen. Kyseessä on luontoon tukeutuvien menetelmien tietoisesta hyödyntämisestä sosiaali- ja terveydenhuollossa ja kasvatuspalveluissa. Suomessa on vuodesta 2006 lähtien ollut käynnissä useita kansainvälisiä projekteja sekä muutama kansallisesti toteutettava kehittämissuunnitelma, joilla haetaan Green Care -konseptille toimivia sisältöjä. Alkaneella rakennerahastokaudella hankkeita käynnistyy lisää eri puolilla maata (Soini 2014.)

Mielenterveyspolitiikkaa koskevat kansainväliset suositukset

Vuosien 1990–2015 aikana hallitusten väliset kansainväliset järjestöt, kuten YK ja sen asiantuntijaorganisaatiot WHO, ILO ja UNESCO, Euroopan neuvosto, OECD ja Euroopan unioni ovat julkistaneet noin 30 politiikkasuositusta, suuntaviittoja tai asiantuntijaraporttia nopeuttaakseen mielenterveysalan palvelukäytäntöjen uudistumista. Vuonna 2006 YK:n yleiskokous hyväksyi uuden vammaisten ja pitkäaikaissairaiden henkilöiden ihmisoikeuksia koskevan sopimuksen (UN CRPD), joka tuli voimaan 2008. Euroopan unioni on ratifioinut tämän sopimuksen tammikuussa 2011. CRPD kattaa myös mielenterveys- ja päihdekuntoutajat. Sopimus velvoittaa jäsenvaltioita toteuttamaan kokonaisvaltaista hallinnonala- ja sektorirajat ylittävää moniammatillista ja osallistavaa politiikkaa. Vastaava laaja-alaisuus on johtavana ajatuksena myös seuraavissa suosituksissa:

- Maailman terveysjärjestön politiikkasuositus mielenterveyspalvelujen optimirakenteesta, niin sanottu WHO:n pyramidimalli (WHO 2007)
- Euroopan neuvoston suositus mielisairaiden henkilöiden ihmisoikeuksien ja ihmisarvon turvaamiseksi (CoE 2004)
- Maailman terveysjärjestön yhteisölähtöisen kuntoutuksen CBR-suuntaviitat (WHO 2010)
- Yhteiset Euroopan suuntaviitat siirtymiselle laitoshoitokeskeisyydestä yhteisölähtöisiin palveluihin (Euroopan komissio ja Eurooppalainen asiantuntijaryhmä 2012)
- Laaja-alainen mielenterveyspolitiikan toimintasuunnitelma 2013–2020 (World Health Assembly, May 2013)
- OECD:n työllistymiseen liittyvän mielenterveyspolitiikan yleissuositus (OECD 2015) sekä Suomen mielenterveyspolitiikan arviointi ja kehittämisehdotukset (Patana 2014)

Tärkeimmät kansainvälisten mielenterveyspolitiikkaa koskevien suositusten yhteiset nimittäjät ovat mielenterveyskuntoutujien näkökulmasta seuraavat:

- Yhtäläiset mahdollisuudet jokaiselle toteuttaa ihmisoikeuksia ja vapauksia kaikissa toimintaympäristöissä.
- Kuntoutujilla ja heidän läheisillään on oikeus osallistua kaikkeen heitä koskevaan päätöksentekoon, myös palvelujen kehittämiseen
- Täysi osallistuminen asuinyhteisön eri toimintoihin sekä yhteiskunnallisen osallisuuden turvaaminen yhtäläisin perustein muiden kanssa
- Oikeus tarpeenmukaisiin yleisiin palveluihin, kuten sosiaaliturvaetuuksiin, asumiseen, terveydenhuoltoon, ammatilliseen valmennukseen ja koulutukseen sekä työllistymisen tukipalveluihin;
- Oikeus mielenterveyspolitiikkaan, joka perustuu tarveperusteiseen yhteisö- ja avopalvelujen tarjontaan ja johon sisältyy yhteisöllisiä ja muita toipumista tukevia toimintoja
- Mielenterveyspalvelujen yhteistoiminnan järjestäminen terveydenhuollon, sairaanhoidon, koulutuksen, sosiaalitoimen, työllistymis- ja asumispalvelujen kanssa, sekä
- Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen ja omatoimisen elämän edellytysten turvaaminen.

Jose M. Caldas de Almeidan ja Helen Killaspyn (2011) mukaan tiukka biolääketieteellinen tulkinta mielen sairauksista on korvautumassa laaja-alaisemmalla näyttöön perustuvalla näkemyksellä. Sen mukaan mielenterveyden häiriöt ovat seuraus monitahoisesta biologisten, psykologisten ja yhteiskunnallisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Saman ”biopsychosocial-päätelmän” teki George L. Engel kollegoineen vuonna 1977 ja monet muut alan tutkijat samoihin aikoihin tai jopa aikaisemmin. Siksi psykososiaalisen ja yhteisöllisen kuntoutumisen erilaisille toimintamalleille tulisi varata mielenterveyspolitiikassa nykyistä keskeisempi asema. Niihin kuuluu kuntoutujien yhteiskunnallista osallistumista ja työllistymistä edistävä Fountain House -klubitalomenetelmä yhtenä muiden joukossa.

Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön (OECD 2014) raporttien mukaan Suomen mielenterveyspalvelut ja voimavarojen käyttö ovat yhä liiaksi laitoshoitoon painottuvia. Yhteisölähtöisten avokuntoutuksen toimintamallien käyttö on tarpeeseen verrattuna puutteellista. Myös eräät muut kansainväliset vertailut osoittavat tarvetta muuttaa Suomen mielenterveyspolitiikkaa nykyistä avohoitokeskeisemmäksi ja monialaisen yhteistoiminnan suuntaan, kuten kansainväliset hallitusten väliset järjestöt suosittelevat. Suomen mielenterveyspolitiikan voimavaroista valtaosa käytetään yhä psykiatriseen sairaalahoitoon, vaikka tieteellinen näyttö osoittaa, että pääosa psykiatrisista sairauksista olisi hoidettavissa tehtävään valmennettujen kriisi- ja avohoitotiimien avulla kuntoutujien omassa asuinyhteisöissä.

Tutkimuksia psykiatristen palvelujen käyttäjien kokemuksista ja kehittämistarpeista

Lokakuussa 2013 esiteltiin Euroopan terveysfoorumissa kansainvälisen verkkokyselyn tulokset, jolla koottiin kokemuksia eri maiden psykiatristen palvelujen skitsofreniaa sairastavilta käyttäjiltä ja heidän omaisiltaan. Vastaajia pyydettiin kuvaamaan sekä myönteisiä kokemuksia että kertomaan mitä lisätoiveita ja odotuksia heillä on käytettävissä olleiden palvelujen osalta. Marieke Kroezen (2013) mukaan sekä käyttäjät että heidän läheisensä kokivat, että enimmäkseen he olivat saaneet vain lääkehoitoja ja psykiatrisia toimenpiteitä.

Palvelujen kehittämistä koskevien lisätoiveiden ja tarpeiden osalta erottui neljä mielenterveyskuntoutujien sosiaalisen osallisuuden, inklusion kannalta tärkeää puutetta, joihin nykyinen palvelutarjonta ei vastaa:

- Opiskeluun ja ammatilliseen koulutukseen liittyvät tarpeet, jotka olivat tärkeämpiä sairastuneille kuin heidän omaisilleen; käyttäjät kokevat jäävänsä syrjään ikätovereidensa edistymisestä.
- Työllistymiseen liittyvät tarpeet olivat toinen tärkeä teema; molemmat vastaajaryhmät olivat yksimielisiä siitä, että työn puute ja siitä johtuva taloudellinen niukkuus olivat suurimpia esteitä skitsofreniaa sairastavan perheenjäsenen sosiaaliselle osallistumiselle. Vastaajat odottavat palvelujärjestelmältä riittävää tukea ja valmennusta työllistymisasioissa.
- Asumiseen liittyvät hankaluudet olivat kolmas esille noussut asia. Skitsofrenia vaikuttaa rajoittavasti perheenjäsenen itsenäistymiseen lapsuuden kodista. Molemmat vastaajaryhmät odottavat saavansa asumiseen liittyviä järjestely- ja tukipalveluja.
- Diskriminaation erilaiset ilmenemismuodot, kuten vieroksunnan, torjutuksi tulemisen ja aktiivisen syrjinnän kokemukset olivat neljäs alue, jolla molemmat ryhmät toivoivat asuinkuntansa viranomaisten toimintaa. Diskriminaatiota ehkäisevät toimenpiteet tulisi olla pysyvä osa paikallista ja alueellista mielenterveyspolitiikkaa.

Iso-Britanniassa on julkaistu kiinnostava kirja *New thinking about mental health and employment* (Grove ym. 2005). Teoksen johdannon mukaan mielenterveyskuntoutujien ammatillisen koulutuksen ja työllistymisen puutteet ovat esteitä heidän osallistumiselleen asuinyhteisöjensä normaalitoimintoihin. Merkittäviä palvelupuutteita ovat esimerkiksi seuraavat:

- Suurin osa kuntoutujista haluaisi työskennellä yleisillä työmarkkinoilla, mutta vain 20 prosenttia heistä on mukana työelämässä. Skitsofreniaa sairastavien joukossa työttömyys on 95 prosenttia.
- Mielenterveyskuntoutajat ovat kaikkein heikoimmassa asemassa verrattuna muihin ryhmiin, joilla on eri syistä alentunut toimintakyky.
- Koulutuksen osalta 70 prosenttia tutkimukseen osallistuneista kuntoutujista halusi opiskella, mutta vain 18 prosenttia oli mukana koulutuksessa. Tuen tarpeen ja saadun avun välinen kuilu on lähes samansuuruisen.
- Merkittäviä työllistymisen esteitä olivat tutkimuksen mukaan puutteellinen koulutus (51 % vastaajista), liian vähäinen työkokemus (54 %) ja kunnollisen tuen puute (53 %).
- Esitetyt tulokset osoittavat, että tuetun koulutuksen ja työllistymisen tarve on suurta mielenterveyskuntoutujien keskuudessa.

Samankaltaisia tuloksia on raportoitu myös muista Euroopan maista, myös Suomessa. Vuosittain julkaistujen mielenterveysbarometrien mukaan 2010-luvun alussa 35–38 prosenttia työkyvyttömyyseläkkeellä olevista mielenterveyskuntoutujista oli valmiita harkitsemaan paluuta eläkkeeltä työelämään. Halukkuus on kuitenkin laman pitkittyessä oletettavasti alentunut. Sen sijaan valmiutensa osa-aikatyöhön eläkkeellä ollessaan ilmoitti noin 50 prosenttia vastaajista. Vuoden 2011 barometrissa kysyttiin eläkkeellä olevien kantaa väitteeseen ”Mielenterveysongelmat eivät saisi automaattisesti johtaa työelämästä luopumiseen, vaan tilanne tulisi ensisijaisesti sopeuttaa työntekijän terveydentilaan.” Vastaajista peräti 80 prosenttia oli ehdottomasti tätä mieltä. (Mielenterveyden Keskusliitto 2010 ja 2011.)

Päätelmiä edellä kuvatuista tutkimuksista

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien elämänlaatu on usein heikkoa ja he ovat vaarassa syrjäytyä. Jokaisella ihmisellä on oikeus tehdä työtä oman kykynsä mukaan ja olla omalta osaltaan mukana rakentamassa sitä yhteisöä, jossa hän asuu. Käytännössä nämä oikeudet eivät vielä toteudu ja kuntoutujia on syrjitty muun muassa työllisyyspalveluissa niin Suomessa kuin muissakin maissa. Nykyiset psykiatriset mielenterveyspalvelut keskittyvät yhä biolääketieteellisiin toimenpiteisiin ja lääkitykseen. Muun muassa Lennart Levi (1981 ja 1999) kollegoineen ovat osoittaneet, että ihminen on biopsykososiaalinen kokonaisuus, jolla on biologisten ominaisuuksien lisäksi psykososiaalisia, kulttuurisia, koulutukseen ja työllistymiseen, yhteiskunnalliseen osallistumiseen sekä elämänhallintaan liittyviä tarpeita. Mielenterveys- ja päihdepolitiikkaa tulee kehittää siten, että palvelujärjestelmä vastaa palvelujen käyttäjien kaikkiin kulloinkin ajankohtaisiin tuen ja avun tarpeisiin.

Tietoon perustuvia ammatillisten valmiuksien ja työllistymisen tukimenetelmiä

Tässä luvussa tarkastellaan ensin käsitteinä psykososiaalista kuntoutusta ja elämänhallintaa. Sen jälkeen tarkastellaan yleisiä osallisuutta ja työllistymistä edistäviä tukimenetelmiä. Yhteiskunnalliset yritykset ja työllistämisosuuskunnat muodostavat kehkeytymässä ja vahvistumassa olevan yhteisötalouden ytimen. Mielenterveyskuntoutujille suunnatuista menetelmistä käsitellään tuetun työllistymisen menetelmää, IPS-mallia sekä mielenterveyskuntoutujien Fountain House -klubitalotoimintaa.

Mitä on psykososiaalinen kuntoutus – entä empowerment?

Psykososiaalinen kuntoutus edistää mielenterveyskuntoutujan mahdollisuuksia saavuttaa yksilönä paras toimintakyvyn taso, jotta hän voi elää omatoimisesti asuinyhteisössään. Tämä edellyttää henkilön suorituskyvyn, taitojen ja osaamisen tukemista sekä elinympäristön muutoksia, jotka parantavat hänen elämänlaatuunsa. (Tiivistäen käännetty WHO:n määritelmästä, WHO 1996.)

Empowerment eli elämänhallinta yhdistää yksilöiden hyvinvoinnin edellytykset yhteiskunnalliseen kontekstiin, eikä rajoitu yksinomaan lääketieteellisiin yhteyksiin. (Chamberlin 1997; WHO 2010d). Yksilötasolla sillä viitataan henkilön valinnanvapauteen, oman elämän tapahtumien hallintaan eli itsemääräämisoikeuteen. Siitosen (1999) mukaan käsitteen synonyymi on sisäinen voiman tunne, mikä ohjaa ajattelemaan ihmisten hyvinvointia, eikä sairautta, toimintakykyä eikä vajavuuksia, sekä ihmisen vahvuuksia eikä heikkouksia. Omaa elämää hallitseva kuntoutuja kykenee tekemään itsenäisiä ratkaisuja ja päättämään omista asioistaan, hänellä on mielipiteitä ja kyky dialogiin (WHO 2010c). Yksilöinä meillä kaikilla on voimaantunut–voimattomuus -profiili, joka muuttuu elämän kokemuksiin ja koettelemuksiin perustuen elämänkaaren eri vaiheissa.

Aktiivista osallisuutta ja työllistymisen edellytyksiä edistävät tukimenetelmät

Osallistuminen elinpiirinsä aktiviteetteihin yhdenvertaisena muiden kanssa on myös lähellä empowerment-käsitettä. Ennen kuin ammatillinen kuntoutuminen ja työhön orientoituminen voivat alkaa, kuntoutujan on edettävä Judit Chamberlinin (1997) kuvaamassa empowerment prosessissa. Siihen kuuluu, että kuntoutuja tuntee saaneensa valtaa päättää asioistaan, saa tietoja ja oppii uusia asioita, ymmärtää tehdä valintoja, oppii ajattelemaan toiveikkaasti tulevaisuudesta. Hänen tulee irtaantua totutuista ajatuskuvioista ja hahmottaa mitä hän voi tehdä asioilleen. Lisäksi prosessiin kuuluu, että on opittava hallitsemaan tunteiden kirjoa ja sitä, millaisissa tilanteissa tunteita voi ilmaista loukkaamatta muita. Hänen tulisi astua ulos elämään ja osoittaa tuttava- ja ystäväverkostolleen miten hänen persoonansa, sairautensa ja kykynsä toimia ovat muuttuneet toipumisprosessin aikana.

Yksilön ja hänen läheistensä empowerment prosessia voidaan tukea soveltamalla eräitä yleisiä psykososiaalisia tukimenetelmiä, joita käsitellen seuraavaksi noudattaen kansainvälisen asiantuntijapaneelin suosituksia. Paneelin raportista käy ilmi myös viitteet vaikutustutkimusten tuloksiin (Fleishacker ym. 2013):

- Kuntoutujalle ja hänen läheisilleen suunnatut psykoedukaatiokurssit, joita Suomessa kutsutaan sopeutumisvalmennuskursseiksi tai perhekurseiksi ja joita rahoittavat RAY, KELA, eräät kunnat ja jotkut sairaanhoitopiirit. Psykoedukaatio soveltuu myös kuntoutujan oireiden itsehallinnan valmentamiseen. Monet mielenterveyspalvelujen tuottajat tarjoavat asiakkailleen oireidenhallintakursseja. Kurssit ovat tuloksellisia ja taloudellisesti edullisia.
- Vertaistuen järjestäminen ja kokemusasiantuntijuuden kehittäminen vahvistavat kuntoutujien omaa roolia ja itseluottamusta empowerment prosessissa. Monet tutkijahot suosittelevat tämänkaltaisen toiminnan laajaa käyttöä.
- Ihmissuhdetaitojen valmentaminen parantaa yleisesti kuntoutujien vuorovaikutussuhteita erilaisissa tilanteissa. Lisäksi kuntoutujan on hyvä ennakoida esimerkiksi arjen asiointitilanteissa, koulutuksessa ja työelämässä tarvittavia ihmissuhdetaitoja. Mitä enemmän kuntoutujalla on hyvin toimivia ihmissuhteita, sitä enemmän hänelle karttuu ”sosiaalista ja toipumispääomaa”. Lennart Levin (1999) mukaan hyvä ystävien ja tuttavien sosiaalinen tuki nopeuttaa ihmisen toipumista mistä tahansa sairaudesta.
- Terveiden elämäntapojen edistäminen tehostaa myös empowerment prosessia ja kuuluu psykososiaalisen kuntoutuksen menetelmiin. Mielen sairauksia sairastavien keski-ikä on naisilla 10 vuotta ja miehillä noin 15 vuotta alhaisempi kuin muulla väestöllä. Terveiden elämäntapojen edistämällä näitä eroja voidaan pienentää. Tutkimusnäyttöä on saatu esimerkiksi tupakanvieroituskurssien ja painonhallinta- ja ravintoneuvonnan myönteisistä tuloksista.

Tuetun työllistymisen menetelmät (supported employment)

Menetelmä on kehitetty alun perin Yhdysvalloissa kehitysvammaisten ja muiden osatyökykyisten ammatillisen kuntoutumisen ja työssä oppimisen välineeksi. Ajatus oli että sijoittamalla henkilö oppimaan työvalmentajan tukemana suoraan siihen työhön ja työyhteisöön, johon työsuhte tullaan järjestämään, saadaan parempia ja pysyvämpiä työllistymistuloksia kuin aikaisemmillä menetelmillä. Työvalmentajan tuki jatkuu niin kauan kun työntekijä sitä tarvitsee. Tutkijat havaitsivat, että nopea sijoittuminen aitoon työyhteisöön, henkilökohtaisten toiveiden ja osaamisen huomioon ottaminen sekä henkilökohtainen jatkuva työvalmentajan tuki sekä sijoitetulle työntekijälle että työyhteisölle, olivat tilastollisesti merkitseviä ennustetekijöitä työllistymisprosessin onnistumiselle. (Lampinen ym. 2012.)

Menetelmää on tutkittu runsaasti monissa maissa, myös Suomessa. Tutkimustulokset osoittavat laajasti hyviä työllistymistuloksia. Tuetun työllistymisen menetelmä on hyväksytty Yhdysvalloissa näyttöön perustuvaksi toiminnaksi, ja se on hyväksytty Yhdysvaltojen mielenterveys- ja päihdepalvelujen hallinnon SAMHSA:n ylläpitämään hyvien käytäntöjen rekisteriin. (Härkäpää ym. 1998; Valkonen ym. 2006.)

Suomen liittyttyä EU:hun 1995 menetelmän rantaautuminen Suomeen oli VATES-säätiön sekä EU-rahoitusta saaneen Stakes-konsortion kansainvälisen yhteistyön tulosta. Säätiö liittyi menetelmää edistäneeseen Eurooppalaiseen EUSE -järjestöön ja perusti suomalaisia varten Suomen tuetun työllistymisen FINSE-verkoston, joka teki menetelmää tehokkaasti tunnetuksi koko maassa.

Menetelmää on tarkoitettu käyttämään myös EU:n rakennerahastojen 2014–2020 rahoituskaudella mielenterveys- ja päihdekuntoutujien ammatillisen valmennuksen ja työllistymisen tehostamiseksi. Tuettulle työllistymiselle on laadittu suomalainen palvelustandardi, jossa määritellään palvelutoiminnan arvot ja periaatteet, työhönvalmennuksen palveluprosessi ja sen vaiheistus sekä työhönvalmentajien toimenkuvat. Palvelustandardi noudattaa soveltuvin osin Euroopan EUSE-järjestön laatustandardia.

Mielenterveyskuntoutujille tarkoitettu IPS-menetelmä

Yksilöllisen työhön sijoituksen ja tuen malli IPS (Individual Placement and Support) on kehitetty Yhdysvalloissa mielenterveyskuntoutujien ammatillista valmennusta ja työhön sijoittumista ajatellen. IPS-mallin pääperiaatteisiin kuuluu yksilöllinen työnhaku yleisiltä työmarkkinoilta, minkä jälkeen henkilö aloittaa harjoittelun työpaikassa.

Työnhaussa henkilö saa apua ja tukea erityiseltä työelämäasiantuntijalta. Mirikka Vuorennon ja Kimmo Terävän (2014) mukaan IPS-toimintaa ohjaavat seuraavat seitsemän periaatetta: 1) pääsy yleisille työmarkkinoille palkkatyöhön; 2) asiakkaalla on motivaatio; 3) nopea työnetsintä; 4) asiakkaan oma mielenkiinto ohjaa työnhakua; 5) kuntoutujalle ja työnantajalle taataan kummallekin yksilöllinen tuki; 6) työelämäasiantuntijan asemapaikka on integroitu mielenterveysyksikköön; sekä 7) asiakas saa hänelle kuuluvista etuuksista ja muista tarvitsemistaan palveluista ohjeistusta ja neuvontaa. Lisäksi työelämäneuvojan tehtäviin kuuluu kehittää ja ylläpitää yhteistyösuhteita työnantajiin asiakkaiden mielenkiinnon pohjalta.

Tutkimuskatsaus vuodelta 2014 osoittaa, että Pohjois-Amerikassa IPS:n avulla on saatu hyviä työllistymistuloksia. Yhtä hyvä tuloksia IPS-mallin käytöstä ei ole saatu Euroopassa, missä työmarkkinat ja sosiaaliturva poikkeavat merkittävästi Yhdysvaltojen toimintaympäristöstä.

Vaikka IPS-menetelmällä on myös Euroopassa paljon tukijoita (mm. Euroopan komission oikeusasioiden osasto ja Mental Health Europe), ajattelen, että myös tuetun työllistymisen työhönvalmentajista osa voi keskittyä enemmän mielenterveyskuntoutujien tukemiseen, jolloin tulokset todennäköisesti ovat mallista riippumatta samat. Pohjimmiltaan kyseessä on sama menetelmäkokonaisuus.

Yhteiskunnalliset yritykset, sosiaaliset yritykset ja työllistämisosuuskunnat

Yhteiskunnallisia yrityksiä, jotka täyttävät EU:n operatiiviset kriteerit, on Suomessa 2 500–3 000. Avaramman näkemyksen mukaan niitä olisi 5 000–10 000. Suurin osa niistä toimii yksityisellä ja julkisella palvelusektorilla. Käytännössä niitä toimii lähes kaikilla päätoimialoilla. Työosuuskuntia maassa on noin 1600, mutta ne työllistävät lähinnä jäseniään. (Russell ym. 2014.)

Sosiaalinen yritys (L 1351/2003) toimii kuten muutkin yritykset sillä erolla, että sen työntekijöistä vähintään 30 prosenttia on osatyökykyisiä, tai osatyökykyisiä ja pitkäaikaistyöttömiä. Kaikille työntekijöille maksetaan työehtosopimuksen mukaista palkkaa. Vuonna 2010 sosiaalisten yritysten edut kaventuivat. Rekisteröityjä sosiaalisia yrityksiä oli syksyllä 2010 vielä 156, mutta 20.10.2015 rekisterissä oli enää 53 sosiaalista yritystä, lähinnä mikroyrityksiä. Johtopäätös on, ettei sosiaalinen yritystoiminta voi toimia mielenterveyskuntoutujien ammatillisen kuntoutuksen eikä työllistämisen väylänä.

Yhteisötalouden osalta OECD on todennut raportissaan (Noya ym. 2007), että erilaiset sosiaaliset yritykset, osuuskunnat ja keskinäiset yhtiöt ja muut yleishyödylliset yritykset muodostavat kehkeytymässä ja vahvistumassa olevan yhteisötalouden ytimen. Erilaisia yleishyödyllisen yritystoiminnan muotoja on eräissä maissa tuettu erityislainsäädännöllä, kuten Iso-Britanniassa. OECD pitää niiden merkitystä keskeisenä organisoitaessa uudelleen julkisen hallinnon tähän asti tuottamia yhteiskunnallisia palveluja ja näkee niiden olevan keskeisessä roolissa kehitettäessä esimerkiksi hyvinvointipalvelujen monituottajakonseptia tai julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhdistelmä- ja kumppanuusmalleja.

Mielenterveyskuntoutujien Fountain House – Klubitalot

Klubitalot psykososiaalisen ja yhteisöllisen kuntoutuksen menetelmänä saivat alkunsa Fountain House -nimisestä yhteisöstä, maailman ensimmäisestä klubitalosta, joka perustettiin New Yorkissa vuonna 1948. Alusta lähtien Fountain House on toiminut innovaatiomallina myöhemmin eri puolille maailmaa perustetuille klubitaloille. Klubitalomalli on kehitetty mielenterveyskuntoutujien tukijärjestelmäksi, joka täydentää mielenterveysalan muita palveluja.

Klubitalomenetelmä on saavutustensa vuoksi palkittu kuntoutusmalli: Conrad N. Hilton -säätiö USA:sta jakoi vuoden 2014 tunnustuspalkintonsa yhteisesti alkuperäiselle Fountain House -klubitalolle New Yorkissa sekä Clubhouse International -klubitalojen kehittämisjärjestölle. Tämä 1,5 miljoonan dollarin huomionsoitus on maailman suurin humanitaarinen palkinto.

HILTON-säätiön tunnuspalkinto jaetaan vuosittain ansioituneelle yleishyödylliselle järjestölle, joka tekee poikkeuksellisen arvokasta työtä inhimillisten kärsimysten lievittämiseksi. Perusteluina vuoden 2014 palkinnon myöntämiselle todettiin muun muassa, että molemmat palkitut organisaatiot ovat pioneereja mielenterveyskuntoutujien toipumista ja yhteiskunnallista osallisuutta tukevan kuntoutumismenetelmän kehittäjinä ja tunnetuksi tekijöinä maailmanlaajuisesti.

Vuosittain klubitalotoimintaan osallistuu enemmän kuin 100 000 henkilöä järjestön 340 jäsenklubitalossa 33 maassa. Euroopassa toimii noin 80 klubitaloa 20 maassa. Suomi on 25 klubitalon verkostollaan suhteessa väkilukuun Euroopan johtava klubitalomaa. (Clubhouse International 2015.)

Klubitalot eivät ole erillisiä saarekkeita, vaan täydentävät mielenterveyspalvelujen kokonaisuutta. Siksi ne on nähtävä osana paikallista, seudullista tai alueellista mielenterveyspalvelujen palveluketjua. Klubitalot toimivat kuntoutujien toipumista tukevana oppimis- ja vertaistuki-yhteisöinä. Klubitaloilla on monipuolista yhteistoimintaa koulutustahojen, terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja työvoimatoimistojen, sekä yritysten ja muiden työnantajien kanssa.

Klubitalojen kansainväliset laatusuositukset (International Standards for Clubhouse Programs), koulutusohjelma, laadunarviointiprosessi sekä kansainvälinen seuranta- ja tutkimusohjelma ovat klubitalomenetelmän laadunhallinnan kulmakiviä. Klubitalojen laadunhallintatyöllä on jo 25 vuoden kokemus. Laatusstandardeja kehitetään edelleen joka toinen vuosi järjestettävässä klubitalojen maailmankonferenssissa ”avoimen dialogin” pohjalta. Klubitalomenetelmä on laadunhallintajärjestelmän ansiosta yksi mielenterveysalan edelläkävijöistä.

Klubitalojen toiminta on monipuolista: työpainotteinen päiväohjelma siihen sisältyvine työtehtävineen on toiminnan ”selkäranka”, vertaistukea on käytettävissä kaikessa toiminnassa, opiskeluun liittyvää tukea ja yhteistyötä oppilaitosten kanssa on tarjolla niitä haluaville, jäsenillä on mahdollisuus osallistua hygieniapassi-koulutukseen, ATK-valmennukseen ja kielikursseihin. Lisäksi klubitalon jokainen tehtävä ja työpiste tarjoavat jäsenille mahdollisuuden uusien asioiden oppimiseen ja harjoitteluun. Työpainotteinen päivä sitouttaa jäsenet ja henkilökunnan yhdessä, rinta rinnan huolehtimaan klubitalon toiminnasta. Klubitalo kiinnittää päähuomion jäsenten vahvuuksiin, taipumuksiin ja kykyihin, joten työpainotteiseen päivään ei sisälly lääkehoitoa eikä terapiatoimintaa klubitalolla.

Työelämäyhteyksiä klubitalot pitävät yllä siirtymätyöohjelman, tuetun työllistymisen ja itsenäisen työllistymisen tukemisen avulla. Tarvittaessa jäseniä tuetaan asuntopulmien ratkaisemisessa ja muussa viranomaisasioinnissa. Klubitaloilla on myös ilta-, viikonloppu- ja vastaavaa virkistystoimintaa. Kaiken muun ohella järjestetään myös yleistä terveyttä edistävää toimintaa.

Klubitalolla tehdään yksinomaan työtä, joka syntyy klubitalon toiminnasta ja klubitaloyhteisön kehittämisestä. Jäsenille ei makseta palkkaa mistään klubitalotyöstä, eikä mitään palkkiojärjestelmiä ole.

Klubitalo on avoinna vähintään viitenä päivänä viikossa. Työpainotteinen päivä vastaa tavanomaisia työaikoja.

Klubitalo on organisoitu yhdeksi tai useammaksi työyksiköksi, joissa kussakin on riittävästi henkilökuntaa, jäseniä ja mielekästä työtä täysipainoisen ja sitoutumista tukevan työpainotteisen päivän toteuttamiseksi. Yksiköiden kokouksia pidetään jäsenten ja henkilökunnan suhteiden ylläpitämiseksi sekä päivän töiden suunnittelemiseksi. Seuraavalla sivulla on kuvattu Näsinkulman Klubitalon työyksiköiden toimintaa.

Klubitalolla kuntoudutaan yhdessä työtä tehden, eikä tehtävistä töistä makseta palkkaa. Jäsenillä on mahdollisuus valita tehtäviä omien taitojensa ja voimavarojensa sekä kiinnostuksen kohteidensa mukaisesti kolmessa eri yksikössä.

Tiedotus- ja hallintoyksikkö vastaa Klubitalon vastaanotosta, rahaliikenteestä ja monista tiedottamiseen ja tilastointiin liittyvistä tehtävistä. Yksikössä työskentelee päivittäin 15 - 20 jäsentä sekä kaksi henkilökuntajäsentä. Työnjaoissa aamu yhdeksältä sekä iltapäivällä klo 13 jaetaan jäsenille omat vastuualueensa sekä työtehtävät. Vastaanotossa on oltava yksi jäsen koko päivän ajan tunti kerrallaan. Pyrkimyksenä on saada jäsenet tekemään jaettavia työtehtäviä pareittain tai ryhmissä. Klubitalon kuntoutuksen kartoituksessa otetaan huomioon jäsenten kokemus sosiaalisten taitojen taso ja niiden kehittymistä tuetaan.

Ateria- ja tapahtumayksikkö huolehtii päivittäin klubilaisten lounaan valmistuksesta ja kanttiinista sekä vastaa erilaisten juhlien, tapahtumien ym. tilaisuuksien järjestelyistä. Työnjako pidetään muiden yksiköiden tapaan kello 9:30 ja 13:00. Jäsenet pyrkivät tekemään eri työtehtäviä eri päivinä. Aamupäivän tehtäviin kuuluu mm. kaupassa käyntiä, kanttiinin ylläpitoa, ruoanvalmistusta, leivontaa, tiskausta, kattamista, ruoanjakoa ja ruokakassan laskemista. Iltapäivän työt painottuvat siivous- ja järjestelytehtäviin sekä leivontaan. Kukin valitsee tehtävistä mieleisensä taitojensa ja voimiensa mukaan. Joskus toki on tilanteita, joissa johonkin työtehtävään ei ole tekijää, mutta huumoria käyttäen näihinkin tehtäviin tekijä lopulta aina löytyy. Lounas tarjotaan päivittäin kello 12:00–13:00 välisenä aikana. Aterian hinta on 3,50 € rahalla tai 3,00 € ruokalipulla, ruokailijoita on yleensä 30–35. Kantiinihinnot ovat 20 sentistä 1,50 € tuotteesta riippuen. Elintarviketurvallisuusvirasto Evira suoritti Oiva-tarkastuksen ravintola Kultajyvään 15.10.2014; tulos: Oivallinen!

Työ- ja koulutusyksikkö luo kontakteja työ- ja opiskeluelämään, hankkii siirtymätyöpaikkoja ja järjestee koulutuksia. Klubitalolta saa tukea koulutukseen ja työelämään siirtymisessä. Siirtymätyöohjelma antaa mahdollisuuden kokeilla määraikaista ja osapäiväistä työtä Klubitalolta saatavan ohjauksen ja tuen avulla. Klubitalo auttaa myös tuetun ja itsenäisen työn hakemisessa. Yksikkö järjestää erilaisia kursseja ja koulutuksia mm. ATK- ja kielenopetusta sekä esimerkiksi yhteistyössä Marttaliiton kanssa erilaisia kursseja. Useat kurssit ovat Klubitalon jäsenten vetämiä. Klubitalon kautta on mahdollista myös osallistua talon ulkopuolella järjestettäviin koulutuksiin. Tällaisia ovat olleet esimerkiksi tietokoneen A-ajokortti sekä hygieniapassi. Sekä sisäiset että ulkoiset koulutukset tukevat yksikön ja Klubitalon yhteisiä tavoitteita jäsenen siirtymisessä työelämään tai vaikka ammatilliseen koulutukseen.

Poweri Passi: Koulutukset ja erilaiset toimintaryhmät kuuluvat Klubitalon työpainotteiseen päivään. Osa koulutuksista on Klubitalon jäsenten ohjaamia, osa toteutetaan yhteistyössä ulkopuolisten tahojen kanssa. Erityisesti nuorille aikuisille (alle 30 v) suunnattu Poweri Passi -ohjelma tarjoaa mahdollisuuden tutustua Klubitalon töihin ja saada suoritetuista tehtävistä todistuksen.

Työ- ja koulutusyksikössä järjestetään lisäksi työssä ja opiskelemassa käyvien TOP-palaveri kuukausittain ja Mitä siirtymätyön jälkeen–MSTJ kurssi kerran vuodessa. Kurssilla harjoitellaan työnhakua ja työhaastatteluja.

Esimerkinä Tampereen Näsinkulman klubitalo

Kuva 1. Klubitalon toiminta työyksikössä

Kaikki Klubitalon työ on suunniteltu auttamaan jäseniä saamaan takaisin omanarvontuntonsa, itseluottamuksensa ja mielekkyyden elämälleen. Sen ei ole tarkoitus olla mihinkään tiettyyn työhön valmentavaa koulutusta.

Jäsenillä on mahdollisuus osallistua kaikkiin klubitalon töihin, myös hallintoon, tutkimukseen, jäseneksi ottoon ja perehdyttämiseen, yhteydenpitoon poissaoleviin jäseniin sekä henkilökunnan työhönottoon, valmennukseen ja arviointiin, suhdetoimintaan, edunvalvontaan ja klubitalon vaikuttavuuden arviointiin.

Klubitalolla on oma siirtymätyöohjelma, joka tarjoaa jäsenoikeutena mahdollisuuksia työskennellä liike-elämän ja teollisuuden työpaikoissa. Klubitalon siirtymätyöohjelmaan kuuluu oleellisena piirteenä se, että klubitalo takaa sijaisen kaikille siirtymätyöpaikoille jäsenten poissaolojen ajaksi. Ohjelman toteutuksessa noudatetaan seuraavia kriteereitä:

- Halu tehdä työtä on tärkein tekijä, joka ratkaisee jäsenen mahdollisuuden päästä siirtymätyöhön.
- Jäsenellä on mahdollisuus päästä uuteen siirtymätyöpaikkaan riippumatta siitä, kuinka hyvin hän on onnistunut edellisissä siirtymätyöpaikoissa.
- Jäsenet työskentelevät työnantajan toimitiloissa.
- Työnantaja maksaa suoraan jäsenille yleisen palkkatason mukaisen palkan.
- Siirtymätyöpaikat kattavat laajan valikoiman erilaisia työmahdollisuuksia.
- Siirtymätyö on osa- ja määräaikaista, yleensä 15–20 tuntia viikossa ja kestoltaan 6–9 kuukautta.
- Jäsenten valitseminen ja valmentaminen siirtymätyöhön on klubitalon, ei työnantajan vastuulla.
- Jäsenet ja henkilökunta laativat siirtymätyöpaikkoja koskevia raportteja kaikille asianomaisille tahoille, myös sosiaaliturvaetuksista päättäjille
- Siirtymätyöpaikoista vastaavat klubitalon henkilökunta ja jäsenet yhdessä.
- Klubitalon sisällä ei ole siirtymätyöpaikkoja. Taustaorganisaatioissa olevien siirtymätyöpaikkojen tulee olla klubitalon ulkopuolella ja täyttää edellä mainitut kriteerit.

Klubitalolla on oma tuetun työllistymisen ohjelma ja itsenäisen työn ohjelma, joiden tarkoitus on auttaa jäseniä hankkimaan työtä, säilyttämään työpaikkansa ja saamaan entistä parempia työpaikkoja. Klubitalo pitää yhteyttä jäseniin ja työnantajaan. Jäsenet ja henkilökunta ratkaisevat yhdessä, millaista tukea ja kuinka usein tarvitaan.

Itsenäisessä työssä käyvillä jäsenillä on edelleen käytettävissään kaikki klubitalon tukimuodot. Heillä on edelleen myös oikeus osallistua klubitalon ilta- ja viikonlopputoimintaan.

Taulukko 1. Suomen klubitalojen siirtymätyön ja tuetun työllistymisen työpaikat kesäkuussa 2015

KLUBITALO	Siirtymätyöpaikat ja -työjaksot	Tuetun työllistymisen työpaikat
Espoon Klubitalo	4/9	6
Fontana klubitalo, Karjaa	1/2	-
Heikintalo, Lappeenranta	3/6	2
Helsingin Klubitalo	11/24	1
Imatran klubitalo	3/6	-
Itä-Helsingin Klubitalo	3/6	-
Karhulan Klubitalo, Kotka	2/4	-
Karvetin Klubitalo, Naantali	-	1
Keski-Uudenmaan Klubitalo	2/4	-
Klubbhuset Pelaren, Åland	3/6	6
Lahden Klubitalo	4/9	-
LinnaKlubi, Savonlinna	1/2	-
Näsinkulman Klubitalo, Tampere	8/18	7
Porin Klubitalo Sarastus	-	3
Porvoon Klubitalo	5/11	2
Suvimäen Klubitalo, Jyväskylä	4/9	-
YHTEENSÄ	54 / 116 jaksoa	28

Siirtymätyöpaikkoja tai tuettuja työpaikkoja ei toistaiseksi ole: Haminan, Hämeen, Oulun, Rovaniemen, Kajaanin, Kuopion, Salon ja Tikkurilan Klubitaloilla. Taulukon 1 mukaisilla luvuilla vuoden aikana noin 120 jäsentä voi saada määräaikaisen siirtymätyöpaikan ja noin 30 henkilöä toistaiseksi jatkuvan työsuhteen. Pitkään jatkuneen heikon taloustilanteen vuoksi myös klubitalot ovat joutuneet siirtymä- ja tuetun työllistymisen työpaikkojen osalta ”säästöliekille”. Monet yhteistyökumppanit ovat siirtäneet yhteistyön jatkamisen odottamaan parempia aikoja.

Päätelmiä ja suosituksia

Klubitalotoiminta rantautui Suomeen yhdessä muutaman muun innovaation kanssa vuodesta 1995 alkaen, jolloin vauhtia alkavalle kehitykselle haettiin ensimmäisistä EU:n rahoittamista kansainvälisistä yhteistyöhankkeista. Klubitaloverkoston laajeneminen alkoi tosi ripeästi ja ensimmäiset arviointitutkimuksetkin tehtiin jo 1990-luvulla ja useita muita arviointeja toteutettiin vuosina 2000–2010, jotka samansuuntaisesti osoittivat klubitalotoiminnan positiivisia tuloksia. Myös muut rinnakkaisinnovaatiot alkoivat juurtua, kuten tuetun työllistymisen menetelmät, sosiaaliset yritykset ja muut yhteisötalouden toimintamuodot.

Valtaosa näistä 1990-luvun sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen innovaatioista liittyi tavalla tai toisella työntekoon ja työllistymiseen. Työn tekeminen on sosiaalinen normi, jonka täyttäminen tekee meistä onnellisen ja hyväksyttävän ihmisen. Työnteko yhdessä muiden kanssa on ihmissuhteiden muodostaman tukiverkon ja sosiaalisen osallisuuden lähde, mikä määrittää identiteettiämme. Lisäksi teknistyvä ja digitalisoituva elinympäristömme pakottaa meidät elinikäisiksi oppijoiksi. Jos emme pysy kehityksen tasalla ja jäämme jälkeen muista, turvaverkkomme alkaa hapertua ja voimme joutua työttömiksi ja syrjityksi. Tällainen kehitys heikentää myös mielenterveyttämme. Tarvitsemme maailman terveysjärjestön suosittelemaa laaja-alaista yhteistoimintaa yli sektorirajojen, jolla pystymme osin estämään haitallisia psykososiaalisia kokemuksia sekä korjaamaan syntyneitä vaurioita.

15 vuotta sitten monia uusi toiminta-ajatuksia sisällytettiin Mielenterveyspalvelujen laatusuositukseen (2001) kunnille ja alan kuntayhtymille. Suosituksen mukaan kunnassa ja palvelualueella olisi oltava tarjolla pitkäaikaisia ja monipuolisia tukitoimia mielenterveyskuntoutujille. Näitä ovat esimerkiksi päivä-, työ-, ja toimintakeskukset, klubitalot ja muut jäsenyhteisöt, vertaistoiminta, tuettu työllistyminen, räätälöity koulutus ja palveluohjaus. Valmiiksi mielenterveyspalvelujen kenttä ei kuitenkaan Mielenterveyspalvelujen laatusuosituksen avulla ole tullut. Osa vuoden 2001 ajatuksista siirtyi Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa vuonna 2009 valmistelleen työryhmän ehdotuksiin.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009–2015 toimintakausi päättyi 31.12.2015. Päättyvä ohjelma saavutti keskeisen osan mielenterveyspalvelujen kehittämistavoitteistaan, muttei kaikkia avopalvelujen laadullisia ja määrällisiä tavoitteita. Tarvitsemme jatkoksi uuden yhteisölähtöisiin mielenterveyspalveluihin ja sairaalahoidon vähentämiseen keskittyvän ohjelman: Suomen mielenterveys- ja päihdepolitiikka on muokattava 2020-luvun alkuun mennessä kansainvälisten palvelurakennesuositusten edellyttämään kuntoon. Muun muassa ohjelman tavoitteena olleet klubitalomenetelmän ja tuetun työllistymisen menetelmien käyttöönotto koko maassa sekä niiden kestävä rahoituksen turvaaminen jäivät puolitiehen.

Lähteet

- Achté Kalle, Suominen Jaakko ja Tamminen Tapani (toimittajat): Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria, Suomen Psykiatriyhdistys ry. 1983.
- Ahti Leena, Hänninen Esko ja Laaksonen Pirjo: Saattaen vaihdettava – Yhteistoiminnan kehittäminen asiakkaan kuntoutusprosessissa. Kuntoutuspalveluja järjestävät toimintayksiköt Uudenmaan läänissä. Uudenmaan lääninhallituksen julkaisusarja 1990:19. Valtion painatuskeskus. Helsinki 1990.
- Antikainen Riina, Lähtinen Kaija, Leppänen Maija ja Furman Eeva: Vihreä talous suomalaisessa yhteiskunnassa. Ympäristöministeriön raportteja 1/2013. Helsinki.
- Arnkil Robert, Spangar Timo, Nieminen Jarmo, Pitkänen Sari, Karjalainen Jari, Aho Simo: Missä lymyävät hyvät käytännöt? Rakennetyöttömyys ja hyvät käytännöt rakennerahastoissa. ESR Tutkimukset ja selvitykset sarja. Työministeriö. Oy Edita Ab Helsinki 2003.
- Aro Timo, Kuoppala Mikko ja Mäntyneva Päivi: Hyvästä paras, jaettu kehittämisvastuu ESR – projekteissa. Hyvät käytännöt käsikirja. Työministeriön julkaisu. Oy Edita Ab Helsinki, 2004:11.
- Bacon Jenni and Grove Bob: Employability interventions for people with mental health problems. WHO Regional Office for Europe. Background paper for meeting on Empowerment in mental health in Leuven, Belgium. 27-28 October 2010.
- Caldas de Almeida Jose & Killaspy Helen: Long-term mental health care for people with severe mental disorders. European Communities' publication. (2011). Online: http://ec.europa.eu/health/eurobarometers/index_en.htm.
- Chamberlin, J. (1997): A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Spring 1997, Vol. 20/4. Available in: <http://www.bu.edu/cpr/resources/articles/1997/abstracts1997.html#chamberlin>.

- Clubhouse International: Directory and resource guide. New York 2014.
- Council of Europe (CoE): Recommendation of the Committee of Ministers of Council of Europe to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder. Rec (2004)10.
- Elosuo Reino ja Harenko Aarne: Mielisairaanhoidopiirit. Artikkeliteoksessa Achté Kalle, Suominen Jaakko ja Tamminen Tapani (toimittajat): Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa, Suomen Psykiatriyhdistys ry. 1983: 169–170.
- Engel George: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Article in Science 196/1977: 129–136.
- Euroopan komissio: Suositus työmarkkinoilta syrjäytyneiden aktiivisen osallisuuden edistämiseksi. (2008/867/EY). Annettu 3.10.2008. Euroopan unionin virallinen lehti L 307/11, 18.11.2008 FI.
- Euroopan komissio: Tiedonanto Euroopan parlamentille, neuvostolle, Euroopan talous- ja sosiaalikomitealle ja alueiden komitealle. Uuden oppimisen ja työllisyyden ohjelma: Eurooppa tähtää täystyöllisyyteen. KOM(2010) 682 lopullinen. Strasbourg, 23.11.2010.
- Euroopan unionin koheesipolitiikka 2007-2013. Kommentit ja viralliset tekstit. Aluepolitiikkaa koskeva opas. Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto, Luxemburg 2007.
- Euroopan unionin neuvoston päätös jäsenvaltioiden työllisyyspolitiikkojen suuntaviivoista. (2005/600/EY). Tehty 12.7.2005. Liitteenä työllisyyden suuntaviivat (2005-2008). Euroopan unionin virallinen lehti L 205/21, 6.8.2005 FI.
- European Commission: Employment: Commission presents Green Employment Initiative to support structural shift to green growth by maximizing job opportunities. MEMO/14/446. Brussels, 2 July 2014.
- Fleischhacker Wolfgang, Arango Celso, Arteel Paul, Barnes Thomas, Carpenter William, Duckworth Ken, Galderisi Silvana, Knapp Martin, Marder Stephen and Sartorius Norman: Schizophrenia – Time to commit policy change. Oxford Pharma-Genesis Ltd 2013: 25–34.
- Grove Bob, Secker Jenny and Seebohm Patience (editors): New thinking about Mental Health and Employment. Radcliffe Publishing. Oxford (2005): xiii.
- Hautamäki Ilkka: Mielisairaala avohoidon kehityksen perustana Suomessa. Erik Anttisen johtama sairaalareformi Pitkänimessä 1960- ja 1970-luvuilla. Historian pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto 2013. Tampere.
- Hänninen Esko: Action plan for social and economic integration in Finland. Paper of Research and development centre for welfare and health (STAKES). Helsinki 1998.
- Hänninen Esko: Choices for recovery. Community-based rehabilitation and the clubhouse model as means to mental health reforms. THL report 50/2012. Juvenes Print – Tampere University Print Oy. Tampere 2012.
- Hänninen Esko: Kaikille avointen työmarkkinoiden kehittäminen Suomessa. Teoksessa Pöyhönen Eveliina ja Karhu Kari (toimittajat): Sosiaaliset yritykset ja hyvinvointipalvelut. HOT-hankkeen julkaisu. STAKES. Aksidenssi Oy Helsinki 2008: 11–15.
- Hänninen Esko: Varsinais-Suomen kehitysvammaiset sekä heidän hoidon ja kuntoutuksen tarpeensa. Moniste. Paimion keskuslaitoksen tutkimuksia 1/1971. Paimio.
- Härkäpää Kristiina, Hänninen Esko, Järvikoski Aila, Martikka Nina, Valjakka Sari ja Varanka Marjatta: Työhön, elämään, työelämään – vammaisten oikeus työhön on toteutettavissa EU-Suomessa. Stakes-konsortion E.C.HO ja STEPS –projektien loppuraportti. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 1998.
- Klem Simo: Vammaisten henkilöiden asema työmarkkinoilla. Loppuraportti, ASKEL-hanke. VATES-säätiö. Helsinki 2011
- Kroezen Marieke: Schizophrenia and social inclusion. Artikkeliteoksessa: Boyle Louise ja Kahr-Gottlieb Dorli: Resilient and Innovative Health Systems for Europe. Conference report of the 16th European Health Forum Gastein. October (2013): 92–94.
- Kuntouttavan työtoiminnan käsikirja: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, sosiaali- ja terveysministeriön ja elinkeino- ja työministeriön yhteinen verkkajulkaisu. (Päivitetty 23.9.2014). <https://www.thl.fi/fi/web/kuntouttavan-tyotoiminnan-kasikirja>.
- Laki sosiaalisista yrityksistä 30.12.2003/1351. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20031351.
- Lampinen Pauliina ja Pikkusaari Suvi: Työ(hön)valmennus pintaa syvemmältä. VATES-säätiö. Savion Kirjapaino Oy, Kerava 2012.
- Levi Lennart (ed.): Society, stress and disease. Vol 4: Working life. Oxford: Oxford Univ Press, 1981.
- Levi Lennart: Guidance on work-related stress. Spice of life – or kiss of death. European commission, DG for employment and social affairs. Unit D.6. Brussels 1999. Available online: http://www.lennartlevi.se/dokument/guidance_english.pdf.
- Mallender Jaqueline, Liger Quentin, Tierney Rory, Beresford Daniel, Eager James, Speckesser Stefan and Nafilyan Vahé: Reasonable accommodation and sheltered workshops for people with disabilities: costs and returns of investments. Directorate general for internal policies, policy department A: economic and scientific policy. European Parliament. January 2015.
- Mielenterveyden Keskusliitto ry (MTKL): Ei hullumpi barometri. MTKL:n julkaisut 2010 ja 2011.
- Möttönen Sakari ja Niemelä Jorma: Kunnan ja kolmannen sektorin innovatiivinen yhteistyö – esimerkkinä sosiaalinen säätiö. Artikkeliteoksessa Saari Juho (toim.): Sosiaaliset innovaatiot ja hyvinvointivaltion muutos. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki 2008: 216–252.
- Noya, Antonella and Clarence, Emma (editors): The social economy. Building inclusive economies. OECD Publishing, Pariisi. 2007.
- Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2002:7.

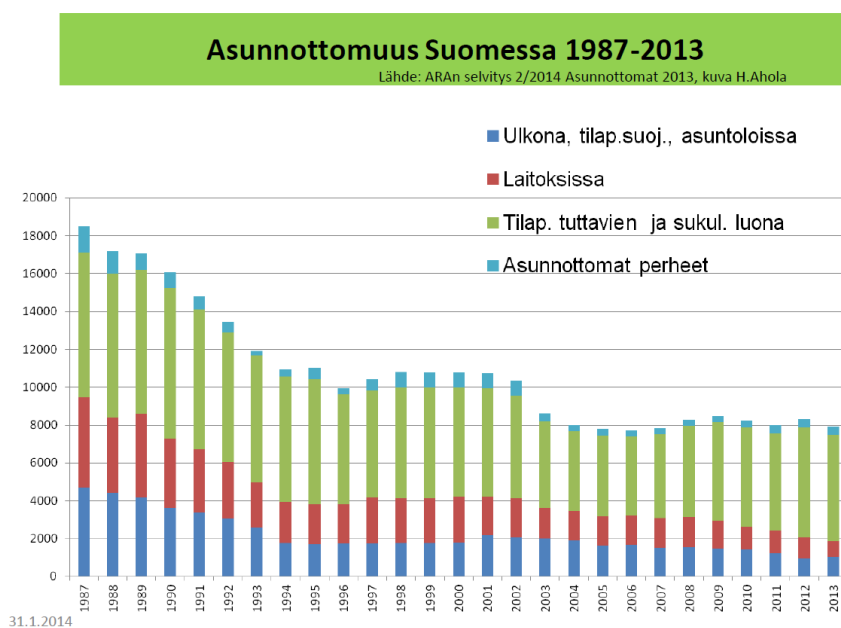
- Ojanen Markku: Sopimusvuori ry:n psykiatrinen kuntoutustoiminta Tampereella. Verkkojulkaisu (Päivitetty 16.2.2004): <http://www.markkuojanen.com/psykologia/sopimusvuori-ryn-psykiatrinen-kuntoutustoiminta-tampereella>.
- Oosi Olli, Virtanen Petri ja Tonttila Jarkko: Työ tekijäänsä kiittää. Työolojen kehittämishankkeiden arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005: 10. Yliopistopaino Helsinki 2005.
- Patana Pauliina: Mental health analysis profiles (MhAPs) – Finland. OECD Health Working Papers, No 72, OECD Publishing 2014.
- Russell Silja, Pättiniemi Pekka and Koivuneva Lippe: A map of social enterprises and their eco-systems in Europe. Country report: Finland. European Commission 2014.
- Siitonen Juha: Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Abstract and summary in English. Oulu University Library. (1999).
- Soini Katarina (toimittaja): Luonnon hoivaa ja voimaa – miten arvioida green care – toiminnan vaikuttavuutta. MTT Taloustutkimus. Jokioinen 2014.
- Tanaka Kimiko and Davidson Larry: Meanings associated with the core component of clubhouse life – The work-ordered day. Psychiatric Q. Published online: 23 November 2014.
- Tuovinen Sirkka L.: Kellokosken sairaala 1915–1990. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 1990.
- United Nations (UN): Principles for the protection of persons with mental illness and for the improvement of mental health care. Resolution 46/119 adopted by the UN general assembly, U.N. Doc. A/46/49. (1991).
- United Nations (UN): The convention on the rights of persons with disabilities, and its optional protocol. Adopted 13 December (2006). Online: <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=150>.
- United Nations (UN): The standard rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities. Resolution 48/96 adopted by the UN general assembly, 20 December (1993).
- Valkonen Jukka, Peltola Ulla ja Härkäpää Kristiina: Työtä, tukea ja mielenterveyttä. Kokemuksia mielenterveyskuntoutujien työllistymismalleista. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 75/2006. Yliopistopaino Helsinki. (2006).
- Valtioneuvoston päätös. Kestävää kasvua ja työtä 2014–2020. Suomen rakennerahasto-ohjelma. (CCI 2014 FI 116M2OP001) VNp 23.1.2014.
- Varanka Marjatta ja Saarinen Juha: Avotoiminnasta palkkatyöhön. Opas työnantajille ja työyhteisöille. VATES-säätiö. Savion Kirjapaino Kerava 2012.
- Venäläinen Eino: Harjamäen sairaalan historia. Artikkeliteoksessa Achté Kalle, Suominen Jaakko ja Tamminen Tapani (toimittajat): Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa. Suomen Psykiatriyhdistys ry. 1983: 145–149.
- WHO – Europe: User empowerment in mental health - a statement by the WHO Regional Office for Europe. (2010a) Online: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf.
- Wikipedia. Suojatyön kehitys Suomessa. (Päivitetty 7.1.2015). <http://fi.wikipedia.org/wiki/Suojaty%C3%B6>.
- World Health Organization Mental health atlas 2011. Geneva WHO. (2011) Online: http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html.
- World Health Organization: Psychosocial rehabilitation. A consensus statement. Division of mental health and prevention of substance abuse. WHO/MNH/MND/96.2 Geneva 1996. Online: http://www.ispraisrael.org.il/Items/00634/WHO_WAPR_ConsensusStatement_96.pdf.
- World Health Organization: The mental health context. Introductory publication of mental health policy and service guidance package. Geneva (2003).
- World Health Organization: Towards Community-based Inclusive Development - Community-based rehabilitation (CBR) guidelines. Introductory booklet for the series of sectorial and cross-cutting booklets, published in October 2010. (2010b). Online: <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html>.
- World Health Organization: Towards Community-based Inclusive Development - Community-based rehabilitation (CBR) guidelines. Crosscutting empowerment booklet, published in October 2010. (2010c). Available: <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html>.
- World Health Organization: Towards Community-based Inclusive Development - Community-based rehabilitation (CBR) guidelines. Supplementary booklet, published in October 2010. (2010d). Available: <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html>.
- Vuorento Mirikka ja Terävä Kimmo: Osatyökykyisten työssä jaksamisen ja työllistymisen tukeminen. Kirjallisuuskatsaus ja haastattelututkimus. Kuntoutussäätiön työselosteita 48/2014. Esa Print Oy Lahti.

3.12 Asumisen oikeus ja tuen tarve

Jouko Karjalainen, Esa Nordling

Tukea asumisessaan tai sen saamisessa tarvitsevien asuminen on aina ollut sidoksissa yleiseen asuntopoliittikkaan ja yhteiskunnan tukitoimiin tai pikemmin hyvin pitkään niiden puuttumiseen. Asunnottomuus otettiin osaksi asuntopoliittikkaa 1970-luvulla osana ensimmäistä valtakunnallista asunto-ohjelmaa (Asuntohallitus 1976). Samalla vuosikymmenellä alettiin luoda, asunto-ohjelmasta riippumatta, hätämajoituksen rinnalle huolto- ja hoitokoteja sekä ensisuoja. Asunnottomuuden ongelmaa käsiteltiin oikeastaan 1990-luvulle saakka asunnottomien alkoholistien kysymyksenä (Kaakinen ym. 2006; Karjalainen, 2010). Mielenterveyskuntoutujien asuminen taas on ollut sidoksissa psykiatrisessa hoidossa tapahtuneisiin muutoksiin. 1980-luvun alkupuolelle asti psykiatrisen hoito oli hyvin laitoskeskeistä, mikä näkyi myös psykiatristen sairaalapotilaiden määrässä. Lähes 20000 sairaalapaikkaa täyttyivät potilaista, joiden sairaus oli kroonistunut tai jotka toistuvasti palasivat sairaalahoitoon riittämättömän avohoidollisen tuen vuoksi. Potilaat olivat joko sairaalassa, asuivat vanhempiensa luona tai yrittivät selviytyä omassa asunnossa. Asumispalveluita oli vähän. Päihteiden käyttäjien asumisolojen ratkaisuna olivat asuntolat ja yömajat sekä laitokset. Niissä ja ns. ulkona asuvien määrä oli vielä 1980-luvun lopulla yli 4000 ihmistä.

Tilanne alkoi muuttua 1980-luvun alussa ja vuotta 1987 voi pitää Suomessa käännekohtana asunnottomuuskysymyksessä. Silloin vietettiin YK:n Asunnottomien vuotta, mikä useimmista vastaavista teemavuosista poiketen toikin joitakin näkyviä muutoksia. Tuolloin ensimmäistä kertaa kerättiin kaikista kunnista tietoja asunnottomien määrästä – ja myös julkaistiin kyseiset tiedot. Asunnottomia arvioitiin tuolloin koko maassa olleen noin 18 000 (kuvio 1). Siitä lähtien tietoja asunnottomien määrästä on julkaistu vuosittain (ARA 2015). Etenkin viime vuosina niiden luotettavuus on koko ajan parantunut.



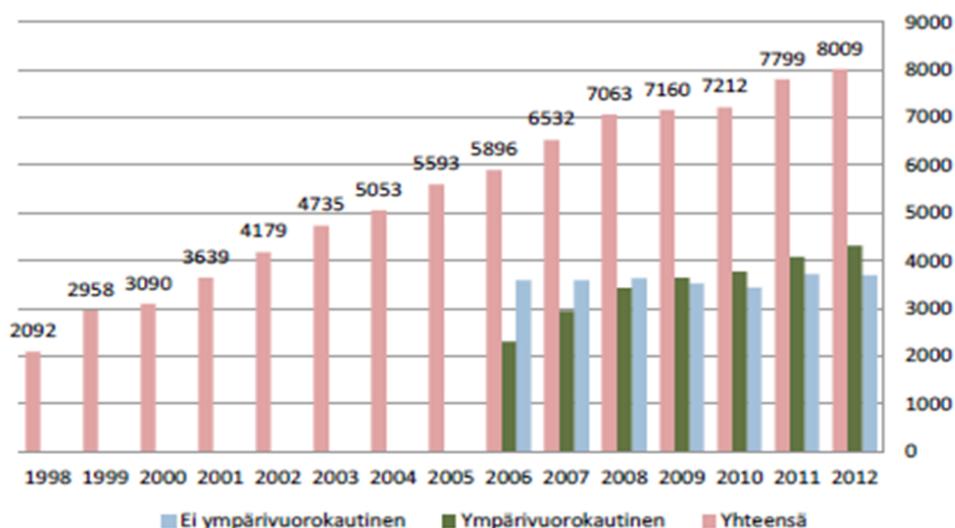
Kuvio 1. Asunnottomuus Suomessa vuosina 1987–2013. (Lähde: ARA 2015.)

Vuosina 1981–1987 Suomessa toteutettiin laaja ja tavoitteellinen Valtakunnallinen skitsofreniapotilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämisohjelma eli Skitsofreniaprojekti. Projekti vaikutti paitsi hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin, niin myös kuntoutujien asumismahdollisuuksiin. Projektin aikana psykiatristen sairaalapaikkojen väheneminen oli huomattavaa. Samalla pyrittiin rakentamaan kuntouttavan asumisen porrasteista

mallia, jossa kuntoutuja saattoi edetä systemaattisesti kohti itsenäisempää asumista. Sama toimintatapa oli myös päihdehuollon kuntoutusjärjestelmässä, mikä oli perusteltua, koska psykiatrisissa sairaaloissa ja päihdehuollon asumispalvelussa sekä asuntoloissa oli paljon pitkään sairastaneita potilaita tai asukkeja, joiden laitossijoituksen todellinen syy oli asunnottomuus. Heidän toimintakykynsä vaihteli, minkä vuoksi eritasoisia asumispalveluita tarvittiin. Porrasteinen asumispalvelujärjestelmä oli syntynyt niukkuuden jakamisesta ja toisaalta asiakkaiden tarpeista käsin, mutta käytännössä se ohjasi asumiseen liittyviä ratkaisuja hyvin mekaanisesti yksilöllisyyden unohtaen.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita ylläpitivät aluksi pääasiassa mielisairaanhuoltopiirit (1991 lähtien sairaanhoitopiirit) ja vankan aseman psykososiaalisessa kuntoutuksessa saaneet sosiaalipsykiatriset yhdistykset. Yleisiä asuntoloita ylläpitivät joko yksityiset yritykset (erityisesti Helsingissä) tai järjestöt kuten Pelastusarmeija tai Kovaosaisten ystävät. Ongelmaksi muodostui kuitenkin 1990-luvun alkupuolen heikentyvä taloudellinen tilanne, jolloin esimerkiksi mielisairaaloista vapautuvia resursseja ei haluttu siirtää asumispalveluiden ja asumisessa tarvittavan tuen järjestämiseen. Asumispalveluiden kehittäminen jäi pitkälti yksityisten palveluntuottajien tarjonnan varaan, mutta palveluntuottajien toimintaperiaatteissa ja toiminnan sisällöissä oli suurta kirjavuutta. Asumisen laadun vertailu eri asumispalveluissa oli lähes mahdotonta. Asumispalveluiden sisällöt ja laatu vaihtelivat säilyttävästä asumisesta intensiiviseen kuntouttavaan otteeseen ilman, että kunnalla palveluiden tilaajana olisi ollut selkeää kuvaa tarjottujen palveluiden ja kuntoutujien tarpeiden vastaavuudesta. Lääninhallitukset valvoivat luvanvaraisesti tuotettuja asumispalveluita, mutta niillä ei ollut voimavaroja tukea kehittämistyötä. Tämä epäselvyys jatkui kauan. Vuonna 2007 laadittiin vihdoinkin mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden kehittämissuosituksen. Erikoista on ollut näihin päiviin asti, että kellään ei ole ollut kokonaiskuvaa siitä, kuinka paljon mielenterveyskuntoutujista on ollut ilman asuntoa. Sen sijaan tiedetään ainakin summittaisesti se, kuinka paljon kuntoutujia on erilaisissa asumispalveluissa.

Asiakkaiden määrä mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa on kasvanut jatkuvasti 1990-luvun loppupuolelta (kuvio 2). Ympäri vuorokautisen palveluasumisen osuus kaikista asumispalveluista on nousunut selvästi vuodesta 2006 (39 %) vuoteen 2012 (54 %). Kunnat järjestävät asumispalvelut, mutta ostavat ne yleensä järjestöiltä tai yrityksiltä (Törmä ym. 2014). Sama koskee yleistä asunnottomuuden vähentämistä, johon myös päihdekuntoutujien asuminen on kiinteässä yhteydessä, vaikka asuntoloiden muunto-ohjelman vuoksi nettolisäys asumispalveluissa onkin toistaiseksi ollut vähäisempää kuin mielenterveyspuolella.



Kuvio 2 Asiakkaiden määrä mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa vuosina 1998-2012.

Asunnottomuus nousi siis mukaan asuntopoliittiseen keskusteluun YK:n asunnottomien vuoden ansios- ta. Sosiaalipolitiikan sekä sosiaali- ja päihdehuollon agendalla se on luonnollisesti ollut jollakin tavalla aina. Asuntotuotanto-ohjelmissa se oli kuitenkin marginaalissa, jos sielläkään ja ensimmäiset valtakunnalli- set asunnottomuuden vähentämishjelmat on tehty vasta 2000-luvun alussa. Valtakunnallinen (2001–2005) ja pääkaupunkiseudun (2002–2005) asunnottomuuden vähentämisen toimenpideohjelmat olivat ensimmäi- siä. Ne aloitettiin Lipposen II hallituksen toimesta 2001 ja jatkettiin Vanhasen I hallituksen aikana. Yhtenä ohjelmien saavutuksista on niiden arvioinnissa mainittu se, ettei asuntojen järjestäminen riitä yksinomaise- na keinona asunnottomuuden vähentämiseksi, vaan tarvitaan asumisen tukipalveluita. Niiden merkitys korostui ohjelmakausien aikana, mutta ne eivät oikein muuttuneet käytännöiksi. (Kaakinen ym. 2006)

Asiaan palattiin Vanhasen II hallituksen aikaan. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelman en- simmäinen ohjelmakausi, PAAVO 2008–2011, käynnistettiin vuonna 2008 niillä kymmenellä paikkakun- nalla, joissa asunnottomia oli lukumääräisesti eniten. Ohjelma koottiin neljän eri ministeriön yhteistyönä ja asuntojen lisäksi valtiovalta ohjasi mm. KASTE -rahoitusta kuntien ja järjestöjen tukipalvelujen kuten asumisneuvonnan järjestämiseen. Pitkäaikaisasunnoton on henkilö, joka on ollut sosiaalisten tai terveydel- listen syiden vuoksi yli vuoden ajan asunnoton tai joka on ollut kolmen viime vuoden ajan toistuvasti ilman asuntoa.

Kehittämissuositukset

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi keväällä 2007 mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita koskevan kehittämissuosituksen. Kehittämissuosituksen tarkoituksena oli parantaa mielenterveyskuntoutujien asumi- sen ja kuntouttavien palvelujen laatua. Suositus koski sekä julkisia että yksityisiä palveluja. Tavoitteena oli selkeyttää asumisen ja palvelujen muodostamaa kokonaisuutta ja yhdenmukaistaa käytettyjä käsitteitä. Suositusten lähtökohdat ja tavoitteet olivat seuraavat:

- Hyvin hoidetut mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut parantavat kuntoutujien elämänlaatua ja vä- hentävät erikoissairaanhoidon kustannuksia.
- Ensisijaisena tavoitteena on turvata asumisen pysyvyys asiakkaan omassa kodissa. Paluu omaan kotiin varmistetaan myös hoitajaksojen jälkeen.
- Pitkäaikaisessa asumisessa asumisen laadun on vastattava yleisiä asumisen standardeja.
- Riittävät ja tarkoituksenmukaiset palvelut turvataan sekä omassa asunnossa että asumispalveluyksiköi- sä asuville.

Tehdyt selvitykset

Mielenterveyskuntoutujien asumisesta tehdyille selvityksille on ollut tyypillistä, että ne ovat koskeneet lähes yksinomaan asumispalveluita. Asumiseen tai asunnottomuuteen liittyviä kattavia selvityksiä on tehty melko vähän. Vuosittain julkaistavat tiedot asunnottomien määristä kunnissa on käytännössä ainoa toistu- vaisjulkaisu. Sen sijaan tutkimustoiminta on ollut 2000-luvulla melko vilkasta ja erityisistä asunnottomuu- teen liittyvistä ongelmista on tehty tai on tekeillä useampiakin väitöskirjoja.

Harjajärven ym. (2009) tutkimuksen perusteella mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita oli liian vähän eikä järjestetty tuki vastannut useinkaan asukkaiden tarpeita. Salon ja Kallisen (2007) laajan tutki- muksen keskeinen päätelmä oli se, että useimpien mielenterveyskuntoutujien eläminen asumispalveluyksi- kössä täytti laitosmaisen asumisen ja hoidon tunnusmerkit.

Nordling, Rauhala ja Sironen selvittivät Pohjanmaa-hankkeessa vuonna 2008 mielenterveyskuntoutuji- en asumispalveluiden laatua suhteessa kehittämissuositusten kriteereihin. Selvityksessä oli mukana 36 pel- kästään mielenterveyskuntoutujille asumispalveluita tuottavaa yksikköä kolmen pohjalaismaakunnan alu- eella. Tuloksen mukaan asumisen laatu oli huono kolmasosassa yksiköistä. Tulos vastasi lähes täysin Salon ja Kallisen (2007) tuloksia. Hyväksi asumisen laatu todettiin vain kahdessa yksikössä (6 %). Erityisen heikosti toteutui palveluiden arviointia ja valvontaa koskeva suositus. Kaikissa tutkimuksen kohteena ole- vista yksiköistä oli puutteita tässä asiassa.

Ympäristöministeriön Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen -hankkeessa (Mielen Aske) koottiin suuri määrä tietoa mielenterveyskuntoutujien asumistilanteesta ja -olosuhteista vuosina 2011–2014. Selvityksen mukaan mielenterveyskuntoutujien asumistilanne on huonompi kuin muiden väestöryhmien. Valtaosa mielenterveyskuntoutujista asuu tavallisissa asunnoissa, jolloin usean kohdalla ongelmana on riittämätön asumisen tuki. Osa asuu asumisyksiköissä, jotka eivät täytä mielenterveyskuntoutujien asumiselle asetettuja laatusuosituksia, ja asumisyksiköiden koko on 2000-luvulla jopa suurentunut (Ympäristöministeriö 2012; Tiainen 2012). Ongelmaksi on koettu myös liian vähäinen siirtyminen itsenäiseen asumiseen ja pysähtyminen asumisyksiköihin. Vuonna 2009 asumispalveluissa oli noin 4000 yli kaksi vuotta yhtäjaksoisesti asumisyksiköissä asunutta mielenterveyskuntoutujaa (Törmä ym. 2014).

Tavallisiin asuntoihin saatava asumisen tuki on riittämätöntä tällä hetkellä. Psykiatrian ylilääkäreille tehdyn kyselyn perusteella psykiatrisilla osastoilla sisään kirjoitetuista potilaista 15 prosenttia oli joutunut sairaalaan riittämättömän asumisen tuen takia. Sama syy vaikeutti kotiuttamista 13 prosentin kohdalla. Asunnon puuttumisen takia sairaalaan joutuneita potilaita oli kolme prosenttia, sairaalajakson aikana asunnon menetti kuusi prosenttia ja kotiuttamista asunnon puute hankaloitti kymmenen prosentin kohdalla. Mielenterveysongelmat ja asunnottomuus liittyvät siten kiinteästi toisiinsa. Mielenterveysongelmat ja riittämätön asumisen tuki johtavat pahimmillaan asunnottomuuteen, joka jo sinänsä huonontaa mielenterveyttä (Ympäristöministeriö, 2012). Mielenterveyskuntoutujien asumistilanne ei ole juurikaan parantunut 2000-luvulla.

Helsingissä tehdyn tuoreen tutkimuksen mukaan asunnottomuus on ainakin siellä kolmenlaista, tilapäistä ”kitka-asunnottomuutta”, toisaalta pitkäaikaisasunnottomuutta, johon liittyy huono-osaisuutta. Sellaisessa tilanteessa olevat joutuvat turvautumaan asunnottomien palveluihin päättääkseen asunnottomuutensa (19 %). Näiden väliin asettuivat epävarmassa asumistilanteessa olevat. Todennäköisyyttä kuulua heikoimpiin klustereihin, joissa oli jouduttu turvautumaan asunnottomien palveluihin, kasvatti alle 1500 euron ja erityisesti alle 500 euron kuukausitulot ja vähensi alle 30 v. ikä. Miehillä heikompien polkujen todennäköisyys oli jossain määrin yleisempää. Todennäköisyyttä kasvattivat opintojen keskeytyminen, läheisen kuolema, jossain määrin mielenterveysongelmat, luottotietomerkinnot, vuokratvelat ja se, ettei elämäntavan tms. syyn takia ollut lainkaan etsinyt asuntoa. Niillä, jotka katsoivat VVA -kirjauksensa olevan jatkumoa lapsuudesta asti kasautuneille vaikeuksille, oli suurempi todennäköisyys kuulua heikompiin klustereihin (Kostiainen & Laakso, 2015)

Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma

Ympäristöministeriön johdolla ja neljän ministeriön yhteistyönä käynnistettiin pitkäaikaisen asunnottomuuden vähentämiseksi erityinen ohjelma (PAAVO). Ohjelman ensimmäisen jakson (2008–2011) aikana tavoitteena oli puolittaa pitkäaikaisasunnottomuus ja toisen vaiheen (2012–2015) tavoitteena oli poistaa pitkäaikaisasunnottomuus kokonaan vuoden 2015 loppuun mennessä. Tavoitteena oli tuottaa ohjelmakausien aikana kaikkiaan 2 500 asuntoa, missä onnistuttiinkin melko hyvin, mutta itse tavoite ei toteutunut. Se olisi edellyttänyt, että asunnottomuus ylipäänsä olisi laskenut. Mielenterveyskuntoutujien ja päihdeongelmaisten asumista siis kehitetään valtioneuvoston asuntopoliittisen toimenpideohjelman mukaisesti osana pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmaa sekä osana kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa.

Tuotettavien asuntojen rahoitus on tullut Asumisen rahoittamis- ja kehittämiskeskuksen (ARA) ja Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) kautta. RAY on osallistunut nyt vähentämishjelmaan myös toiminnallisin avustuksin, mm. käynnistämisen- ja kehittämishankkeilla. STM taas on rahoittanut Kaste-ohjelman kautta tukihenkilöiden palkkauksesta aiheutuvista menoista enintään 50 prosenttia. Ohjelmassa on ollut mukana kaikkiaan 11 kuntaa, jotka kukin tekivät alussa aiesopimuksen valtion kanssa ja sitoutuvat tuottamaan aiesopimuksen toimintasuunnitelmassa mainitut asiat. Ohjelman määrällisen onnistumisen edellytyksenä ovatkin olleet juuri nämä kaupunkien kanssa tehdyt aiesopimukset. Konsepti on näin ollen ollut uusi, ja uutta on ollut sen sitoutuminen ns. asunto ensin -ajatteluun (Housing first) (Kostiainen & Laakso, 2015).

Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishajelmasta tehtiin kansainvälinen arviointi, joka julkistettiin helmikuussa 2015. Ohjelman punainen lanka on ollut ”asunto ensin -periaate” jonka mukaan asunnon asutetaan ja vasta sen jälkeen ratkotaan mahdollisia muita ongelmia. Onnistumisessa avainasemassa on ollut tukihenkilöiden riittävä määrä ja oikein kohdennettu tuki. Malliin kuuluu paljon tuttua käytännön lähi-työtä kuten se, että tukihenkilö voi esimerkiksi saattaa asunnottoman terveyskeskukseen. Kansainvälisen arvioinnin mukaan kokonaisvaltainen malli toimii varsin hyvin.

Toisaalta etenkin ohjelman alkuvaiheessa melko ehdottomanakin pidettyä lähtökohtaa, jonka mukaan esimerkiksi asukkaiden päihteiden käyttö ei voi olla asumiseen vaikuttava tekijä, on jouduttu loiventamaan. Arvioinnissa todetaankin, että ”normaalien asuntojen” lisäksi tarvitaan päihteettömiä paikkoja. Lisäksi etenkin Helsingissä osana PAAVO- hankkeita toteutettu asuntoloiden muunto-ohjelma on tuottanut monta edelleen liian isoa ”asumisyksikköä”, joissa ilmenneet häiriöt nousevat aika ajoin myös julkisuuteen. Pää-kaupunkiseudulla ohjelma on edelleen joutunut toimimaan vaikean asuntotilanteen olosuhteissa, jolla on väistämättä myös ollut vaikutusta toteutuneisiin asumis- ja tukipalveluihin.

Tuukka Tammen tutkimushankkeessa pohditaan tätä tukipuheen uskottavuutta ja puhutaan jopa Suomessa toteuttavien asumispalveluiden ”mustasta laatikosta”, joka olisi hankkeen tutkimussuunnitelman mukaan avattava, jotta nähtäisiin, miten palvelut käytännössä toteutuvat. (Tammi ym. 2014.)

Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämishanke (Mielen Askel)

Vuonna 2012 Ympäristöministeriö perusti Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämishankkeen (Mielen Aske -hanke), joka päättyy vuonna 2015. Hankkeen tavoitteena on kehittää mielenterveyskuntoutujien asumista ja asumisen tukea monien toimijoiden yhteistyönä. Siinä kiinnitetään huomiota asumisen ongelmiin, laatuun ja tarpeita vastaavien ratkaisujen tarjontaan. Tavoitteiden toteutumista pyritään edistämään tuomalla mielenterveyskuntoutujien asumisen näkökulmaa esiin eri foorumeilla, levittämällä hyviä toimintamalleja sekä tukemalla kuntien ja sairaanhoitopiirien kehittämistyötä (Tiainen 2012).

Hanke pohjautui vahvasti Valtioneuvoston asuntopoliittiseen toimenpideohjelman työryhmän ehdotuksiin vuosille 2012–2015. Työryhmän ehdotuksen mukaan mielenterveyskuntoutujien ja päihdeongelmaisten asumista kehitetään osana pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishajelmaa sekä osana kansallista mielen-terveys- ja päihdesuunnitelmaa 2009–2015. Lisäksi tuetaan mielenterveyskuntoutujien asumishankkeiden käynnistämistä sekä uudisrakentamista että peruskorjaamishankkeita (Ympäristöministeriö 2012)

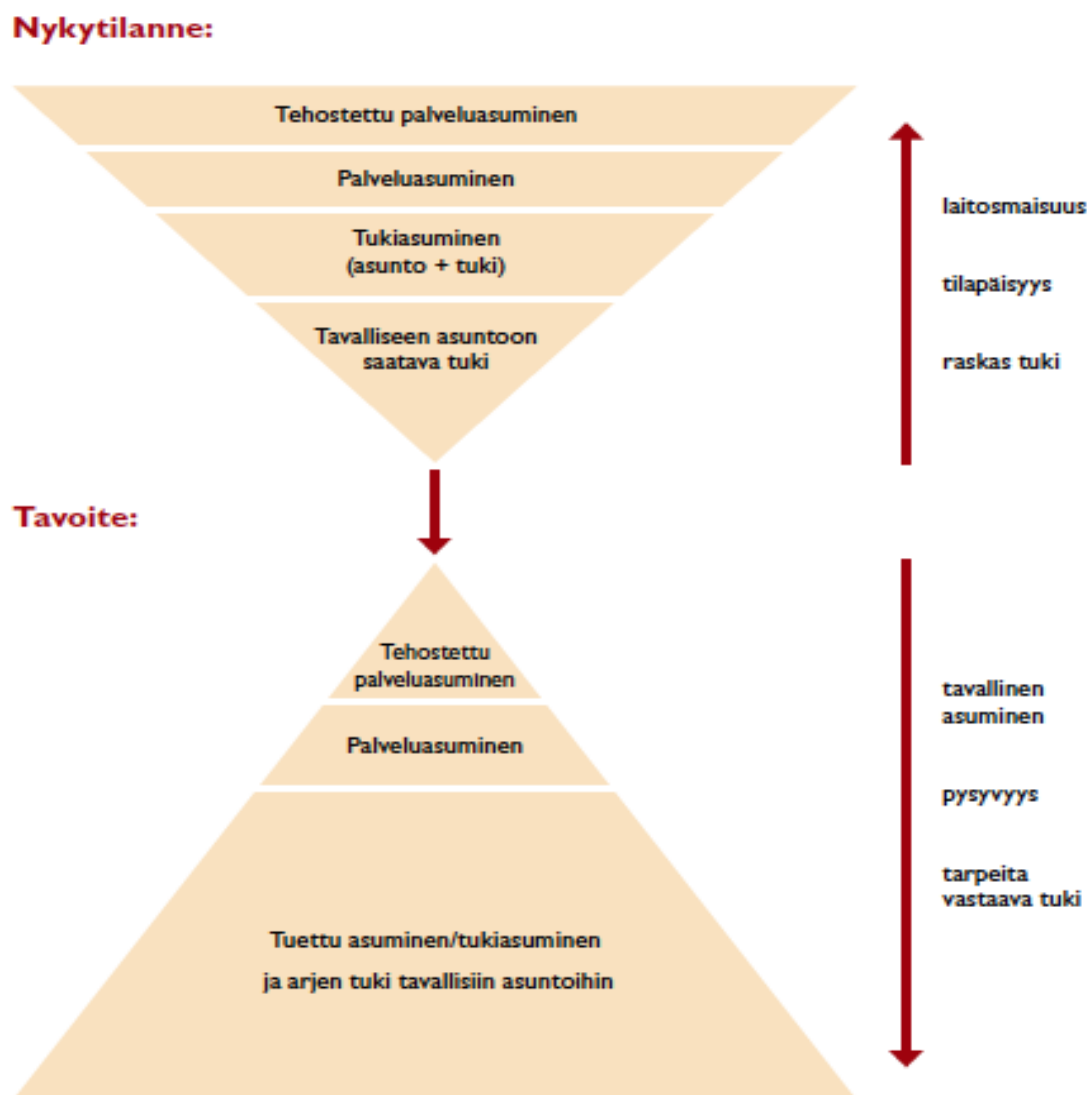
Kansallisen mielen-terveys- ja päihdesuunnitelman yhtenä ehdotuksena tuotiin esiin kuntakohtaisten mielen-terveys- ja päihdesuunnitelmien laatimisen tärkeys. Tätä työtä tukemaan Terveiden ja hyvinvoinnin laitos perusti Mielen tuki -hankkeen. Mielen tuki -hankkeen työ linkittyi Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämishankkeeseen niin, että asumiseen liittyviä kehittämistavoitteita pyrittiin sisällyttämään kuntien strategioihin. Sekä Mielen Aske että Mielen tuki ovat olleet Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kärki-hankkeita Kansallisen mielen-terveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanossa.

Mielen Aske -hankkeessa kartoitettiin pilottikuntien tilanne mielenterveyskuntoutujien asumisen suhteen sekä selvitettiin, millaisia olivat niiden asumisratkaisut ja millaisia kehittämistarpeita oli olemassa. Työmenetelminä olivat kyselyt, haastattelut ja aluekohtaiset työpajat. Työpajoihin kutsuttiin kuntien terveydenhuollon ja sosiaalitoimen sekä asumisen ja kaavoituksen henkilöstöä, luottamushenkilöitä, asumispalveluiden tuottajia, kolmannen sektorin toimijoita sekä kokemusasiantuntijoita. Tarvittaessa työpajoihin osallistui myös sairaanhoitopiirin työntekijöitä. Kokemusasiantuntijoiden mukana oloa pidettiin erityisen tärkeänä kuntoutujanäkökulman esiin saamiseksi. Aluksi kokemusasiantuntijoiden mukaan saanti tuotti vaikeuksia, mutta hankkeen edetessä heidän osuutensa työpajoissa lisääntyi selvästi. Hankkeessa kartoitettiin myös valtakunnallisesti toimivia, laatusuosituksen mukaisia, mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisuja.

Hankkeen aikana kävi selväksi, että asumisratkaisut eivät useinkaan vastanneet kuntoutujien tarpeita. Suuri osa mielenterveyskuntoutujista asui liian vahvasti tuetuissa asumismuodoissa. Liiallinen tuki passivoi kuntoutujia ja lisää laitostumisen riskiä myös asumispalveluissa. Hankkeen aikana tehdyssä selvityksessä

(Törmä ym. 2014) ilmeni, että vahvan tuen palveluasumisessa oli ainakin puolet liikaa kuntoutujia. Suurin osa heistä voisi asua itsenäisesti riittävän kotiin tuotavan tuen sekä sosiaalisen kuntoutuksen avulla. Riittävän arjen tuki ehkäisisi myös sairaalahoitoon joutumista.

Mielenterveyskuntoutujien asumisen suhteen tarvitaan rakennemuutosta, jota ohjataan laatukriteerien, valvonnan ja kehittämishankkeiden avulla niin, että päästäisiin eroon asumisratkaisujen laitospainotteisista piirteistä. Muutoksessa tavoitteena tulee olla myös se, että palvelujärjestelmä nykyistä paremmin ja joustavammin ottaisi huomioon kuntoutujien yksilölliset asumisen ja tuen tarpeet (Törmä ym. 2014). Rakennemuutosta on kuvattu kuviossa 3.



Kuvio 3. Mielenterveyskuntoutujien asumisen rakenteellinen muutos (Törmä ym. 2014).

Mielen Aske -hankkeen työpajoissa ja haastatteluissa kartoitettiin myös kuntoutujien asumistoiveita. Suurin osa kuntoutujista halusi asua itsenäisesti omassa asunnossa. Asumiseen liittyviä toiveita olivat mm.:

- Turvallinen, rauhallinen asunto ja asuinympäristö
- Asunto palvelujen lähellä, mieluiten kävelyetäisyydellä
- Toivotuimpia asuntoja ovat yksiöt tai asunnot pienissä asumisyksiköissä
- Asuinyksiköt vain mielenterveyskuntoutujille, ei päihdeongelmaisia samaan yksikköön
- Itsemääräämisoikeus ja yksityisyys
- Tarpeen mukainen ja joustava tuki arjessa
- Kotiin vietävä tuki tutulta työntekijältä ei-holhoavalla mallilla
- Kotiin vietävän tuen reagoitava asiakkaan kunnan muutoksiin
- Parempikuntoisenkin pitäisi pysyä ”listoilla” ja saada tukea, jos tilanne äkisti muuttuu
- Mielekäs tekeminen asunnon ulkopuolella
- Matalan kynnyksen tuki tärkeää, mielenterveyskuntoutujien oma päivystävä puhelin, kriisipaikat
- Parempaa tiedottamista asumiseen ja mielenterveyspalveluihin liittyvistä asioista (Törmä ym., 2014).

Arjen tuki

Suurin osa päihde- ja mielenterveyskuntoutujista pystyy asumaan omassa, tavalliseen asuntokantaan kuuluvassa asunnossa, jos he saavat sinne tarpeenmukaista yksilöllistä tukea. Tuen tarve vaihtelee asukkaasta ja hänen psyykkisestä kunnostaan riippuen. On huomattava tuen ja psyykkisen hyvinvoinnin yhteys. Tarpeenmukainen arjen tuki vahvistaa psyykkistä hyvinvointia ehkäisten liiallisia huolia ja niiden aiheuttamaa stressikertymää. Suuri stressikertymä lisää psyykkisen sairastumisen riskiä (Falloon & Fadden 1993).

Arjen tuki voi sisältää hyvin monenlaisia sisältöjä. Vahvimmillaan arjen tukeen liittyy asukkaana kuntoutumistavoitteiden mukaisia panostuksia, jolloin vastuu tuen antamisesta on kotikuntoutukseen erikoistuneella työryhmällä. Suurin osa yksin asuvista kuntoutujista ei kuitenkaan tarvitse kotikuntoutusta, vaan heille riittää huomattavasti kevyempi tuki. Käytännössä arjen tuki voi sisältää raha-asioiden suunnittelua ja seurantaa, ruoanlaiton, siivouksen ja hygieniasta huolehtimisen ohjaamista, asumisen pulmatilanteissa auttamista, ihmissuhteissa neuvomista, kodin ulkopuoliseen asiointiin liittyvien kysymysten käsittelyä, harrastusmahdollisuuksien kartoittamista ja etuuksia koskevan tiedon antamista. Arjen tuen antajina voivat olla hyvin monenlaiset tahot. Tällaisia ovat esimerkiksi perusterveydenhuollon kotihoito, kunnallinen kotipalvelu, seurakuntien diakoniatyö, vertaistukihenkilöt, omaiset ja erilaisten järjestöjen ystäväpalvelun henkilöt. Tärkeää on, että tukitoiminnan perustana on vastuista sopiminen ja tuen antamisen suunnitelmallinen toteuttaminen niin, että se auttaa kuntoutujaa tulemaan toimeen omassa asunnossa mahdollisimman hyvin. Kun tavoitteena on pysyvä asuminen, tulee palvelujen liikkua ja kuntoutujan asumisen jatkua samassa asunnossa.

Mielenterveyskuntoutujien asumista varten tarvitaan jatkossa kohtuuhintaisia ja soveliaan kokoisia vuokra-asuntoja, jotka sijaitsevat normaali asuntokannassa ja lähellä palveluita tai hyvien liikenneyhteyksien varrella. Toteutuessaan tämä tavoite vahvistaisi mielenterveyskuntoutujien kansalaistasavertaisuutta ja vähentäisi vähitellen myös mielenterveysongelmiin liittyvää stigmaa.

AUNE

Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma päättyy vuoden 2015 lopussa. Asunnottomuustyön jatkon valmistelu vuosille 2016–2019 on käynnistynyt työnimellä AUNE, jossa päähuomio on asumisen tuessa ja asumisneuvonnassa, joka on alkanut eriytyä omaksi sosiaalityön erityisalueekseen. Tässä yhteydessä puhutaan myös asumissosiaalisesta työstä, joka nähdään keskeisenä välineenä kohtuuhintaisten vuokra-asuntojen ohella asunnottomuuden ja syrjäytymisen ehkäisyssä. Uuden ohjelmakauden ”pohjapaperista” (Karppinen & Fredriksson 2014) on aiheita nostaa joitakin suuntaviivoja myös tähän katsaukseen.

- Asunto ensin -periaatteen mukaan asunto on päämäärän sijasta lähtökohta ja perusedellytys sosiaalisen kuntoutumisen prosessin käynnistämiseksi ja onnistumiselle
- Ennaltaehkäisevän työotteen vahvistaminen toiminnan eri tasoilla ja eri vaiheissa
- Riskiryhmien tunnistaminen, valinta ja erityisratkaisujen etsiminen (erityisesti ryhmät, joiden asunnottomuus on kasvussa esim. maahanmuuttajat, nuoret, perheet ja erityisesti maahanmuuttajaperheet, laitoksista itsenäistyvät ja normaaliasumiseen siirtyvät)
- Palvelujen saavutettavuus (matalan kynnyksen palvelut, palvelujen vieminen kotiin)
- Kokemusasiantuntijoiden, asunnottomien ja asunnottomuusuhan alla elävien osallisuus kaikilla toiminnan tasoilla (suunnittelu toteutus ja arviointi).
- Rahoituksen kolmikantamallia yritetään edelleen jatkaa

Pohdintaa

Päihdeongelmaisten ja mielenterveyskuntoutujien asumiseen liittyvät kehittämistarpeet ovat pitkälti yhteneväisiä: asunto ensin ja sinne riittävä arjen tuki. Molemmat ryhmät tarvitsevat sopivan kokoisia asuntoja pääosin normaalista asuntokannasta läheltä palveluita. Kaupungin laitamilla tapahtuu usein huono-osaisuuden kasautumista ja esimerkiksi liikkuminen tulee monelle pienituloiselle vaikeaksi kustannusten vuoksi.

Mielenterveyskuntoutujien ja päihdeongelmaisten asumisen suhteen on tapahtunut edistymistä, vaikkakin hitaasti. Erityisrahoitettuja hankkeita on selvästi tarvittu, mutta niiden kohtalona on päättyä ennemmin tai myöhemmin, ja kovin usein se merkitsee myös toiminnan oleellista vähenemistä tai jopa päättymistä kokonaan. PAAVOn jälkeen pitäisi jatkua AUNE-ohjelma, mutta sen jatko ei tätä kirjoitettaessa (elokuu 2015) ole vielä varmistunut, vaikka sen alustava suunnitelma on tehty jo vuoden 2014 elokuussa.

Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelman yhtenä tavoitteena oli asuntoloiden alasajo, mikä muun muassa pääkaupunkiseudulla toteutettiin perustamalla niin sanottuja asumisyksiköitä, joissa vanhojen seinien sisällä on useita kymmeniä yksiköitä. Myös aivan uusia yksiköitä on rakennettu, ja osa niistä on varsin isoja. Niihin liittyy usein rauhattomuutta sekä ympäristön vahvaa vastustusta. Jatkossa on suunnattava voimavaroja siihen, että yksiköt ovat riittävän pieniä ja kodinomaisia. Asukkaiden omaa vastuuta on kaikin tavoin tuettava, mikä tarkoittaa käytännössä riittävää itsenäisyyttä ilman holhoavaa työtettä ja liian raskasta tukea. PAAVOsta ja Mielen Askeleesta saatuja kokemuksia tulee hyödyntää jatkossa. Porrasmallisen sijaan tarvitaan vaihtoehtoisia, yksilön asumistarpeita vastaavia ratkaisuja. Asunnottomuuteen johtavat riskit tunnetaan nykyään varsin hyvin, joten niihin pitää puuttua jo varhain kuten vuokravelkojen kasaantumisen ja luottotietojen suojele. Tarvitaan siis asumisneuvonnan ja muun sosiaalityön tehostamista.

Pitkäaikaisasunnottomuusohjelman toteuttaminen on muokannut huomattavasti myös päihdepalveluja. Esim. Espoossa päihde- ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen kehittäminen on Dahlin (2014) mukaan vähentänyt katkaisu- ja kuntoutuspalvelujen hankintaa vuosina 2008–2012. Päihdeiden käytön sallivat asunnottomien asumispalvelut puuttuvat vielä useista kaupungeista. Samaan aikaan pääkaupunkiseudulla on nähty tarve myös riittäville päihdeettömille asumispalveluille. Etenkin sosiaalihuollon katutasen työntekijät esittivät tämän huolen ja myös tilapäismajoituksen tarpeen jo PAAVOn valmisteluvaiheessa, mutta eivät tulleet kovin hyvin kuulluiksi. Tarvitsemme siis jatkossakin asiakkaiden tilanteiden ja tarpeiden mukaan joustavia erilaisia vaihtoehtoja.

Lähteet

- ARA (2015). [http://www.ara.fi/fi-FI/ARAtietopankki/ARAN_selvitykset/Asunnottomat_2014\(32596\)](http://www.ara.fi/fi-FI/ARAtietopankki/ARAN_selvitykset/Asunnottomat_2014(32596))
- Dahl, Maria (2014). Valtakunnallisen asunnottomuuspäivän 17.10.2014 seminaarissa Espoossa.
- Harjajärvi, M., Kairi, T., Kuusterä, K. & Miettinen, S. (2009). Toimivatko kehitysvammaisten ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut?: näkemyksiä palvelujen käyttäjiltä ja niiden järjestäjiltä. Helsinki: Kehitysvammaliitto ry.
- Kaakinen, J., Nieminen, J. & Pitkänen, S. (2006). Oikeus asuntoon, oikeus ihmisarvoiseen elämään. Valtakunnallisen (2001–2005) ja pääkaupunkiseudun (2002–2005) asunnottomuuden vähentämisen toimenpideohjelmien arviointi.
- Karjalainen, J. (2010). Lainrikkoajat asunto- ja työllisyyspolitiikan reunalla. Teoksessa S. Hänninen, E. Palola & M. Kaivonurmi (toim.) Mikä meitä jakaa? Sosiaalipolitiikkaa kilpailuvaltiassa. ss. 138–161. THL.
- Karppinen, J., & Fredriksson, P. (2014). ”AUNE” 2016 – 2019. Asunnottomuuden ennaltaehkäisy – asunto ensin näkökulma. Pohjapaperi. 8.8.2014.
- Kostiainen, E. & Laakso, S. (2015). Helsingiläisten asunnottomuuspolut. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksen raportteja 1/2015. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Nordling, E., Rauhala, L. & Sironen, A. (2008). Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluja koskeva kyselytutkimus kolmen maakunnan alueella 2007-2008. Länsi-Suomen lääninhallitus ja Pohjanmaa-hanke. <http://www.epshp.fi/pohjanmaa-hanke/kehittamistyo/materiaalipankki/selvitykset>.
- Salo, M. & Kallinen, M. (2007). Yhteisasumisesta yhteiskuntaan. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Mielenterveyden keskusliitto. Pori: Kehitys Oy.
- Tammi, T. (2014). Asumispalveluiden musta laatikko. Koneen Säätiön rahoittama tutkimushanke Jakautuuko Suomi – rahoitushaussa 2014.
- Tiainen, T. (2012). Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämishanke, Mielen Aske, vuosina 2012–2015, suunnitelma. http://www.ym.fi/fi-fi/Asuminen/Ohjelmat_ ja_strategiat/Mielenterveyskuntoutujien_ asumisen_ kehittamishanke_20122015
- Törmä, S., Huotari, K., Nieminen, J. & Tuokkola, K. (2014). Unelmana oma asunto ja tukea pärjäämiseen. Ympäristöministeriön raportteja 24/2014. <http://hdl.handle.net/10138/136174>.
- Ympäristöministeriö (2012). Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen. Työryhmäraportti 31.3.2012. Ympäristöministeriön raportteja 10/2012.

4 Mielenterveys- ja päihdepalvelut sote-integraation myllerryksessä

Tässä luvussa pohditaan integraatiota monesta eri näkökulmasta. Ensimmäisenä on integraatioon liittyvän muutoksen johtamisen haasteet ja mahdollisuudet. Toisessa artikkelissa integraatiota avataan tutkimuksen kautta järjestelmä- ja toiminnallisena integraationa ja kuvataan Päihteet Mielessä -tutkimuksen tuloksia. Sen jälkeen kuvataan Eksotessa tehty mielenterveys- ja päihdepalveluiden integrointiprosessi erityisesti johtamisen näkökulmasta. Yhtenä esimerkkinä integraatiosta kuvataan rahapeliongelmiin hoitoon koottua Peliklinikka-kokonaisuutta. Luvun loppupuolella kuvataan vankien terveydenhuollon kehittämistä – vankiterveydenhuolto on siirtymässä osaksi STM:n alaista toimintaa. Viimeisessä artikkelissa pohditaan järjestöjen asemaa ja merkitystä mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palveluiden tuottajana ja mielenterveys- ja päihdeongelmaisten etujen puolustajina ja hyvinvoinnin tukijoina.

4.1 Muutosjohtamisen haasteet

Jouko Lönnqvist

Mieliohjelma on muutosohjelma, jossa on asetettu muutama strateginen tavoite valtakunnallisesti ohjaamaan mielenterveyspalvelujen ja väestön mielenterveyden kehittymistä. Hankkeen käytännön toteuttaminen alueellisesti ja paikallisesti haastaa käytännön johtamisvastuussa olevat taitavaan ja vastuulliseen muutosjohtamiseen. Muutos koskee kuitenkin kaikkia, jokaista toimijaa ja palveluiden käyttäjää sekä heidän tukenaan olevia läheisiä.

Muutoksen johtaminen ja muutoksessa johtaminen

Johtamisen tavoitteena on varmistaa, että organisaation perustehtävä, sen olemassaolon oikeutus, toteutuu asianmukaisesti kaikkien osapuolien edut ja hyödyt huomioiden. Johtaminen on organisaation toimintaa ylläpitävä ja rytmittävä toiminta, josta vastuu on johtamistehtäviin valituilla henkilöillä, mutta johon osallistuvat kaikki organisaation kehittämiseen sitoutuneet henkilöt.

”Tavoitejohtamisessa” johtamisvastuu tarkoittaa, että organisaatio saavuttaa yhdessä sovitut tavoitteet käytettävissä olevilla voimavaroilla. Taitava johtaminen ei ole kuitenkaan vain rationaalista tavoitteisiin pyrkivää johtamistoimintaa, vaan koko organisaation luovan ja tehokkaan yhteistyön edistämistä, jossa huomioidaan sekä ulkoisen toimintaympäristön muutokset että organisaation omat sisäiset muutostarpeet.

”Muutoksen johtaminen” ei nykyisin ole vain organisaation omien muutosten toteuttamista, vaan myös monien muutosten keskellä toimimista, ”muutoksissa johtamista”. Elämme muutoksista muutosten keskellä. Kokonaisjärjestelmän muuttuessa myös sen kaikki osat muuttuvat, yksittäinen ihminen mukaan lukien. Tärkeä näkökulma muutoksissa on oma asenteemme ja itsensä johtaminen. Asetummeko muutoksen passiiviseksi kohteeksi, jopa uhrin asemaan, vai osallistummeko omalla panoksellamme aktiivisesti muutoksen tekemiseen? Onko meillä omia tavoitteita ja mikä on niiden suhde yhteisiin tavoitteisiin?

Mielenterveystyöhön kohdistuvat muutospaineet

Hoitoon hakeutuminen sisältää aina viestin muutostarpeesta. Hoito rakentuu hoitotavoitteista, joiden asettamisella ja joihin pyrkimällä toteutetaan tavoiteltavaa muutosta. Hoitojärjestelmän toiminnan ydin rakentuu asiakkaiden/potilaiden yksilöllisten tarpeiden kohtaamiseen ja niihin vastaamiseen joustavalla tavalla. Muutospaineet kohdistuvat potilaisiin, terveydenhuollon työntekijöihin ja koko palvelujärjestelmään. Toiminnan luonteeseen kuuluu jatkuva laadun parantaminen, jatkuva kehittyminen ja myös jatkuva muutos.

Psykiatrinen erikoissairaanhoido on vain osa mielenterveystyötä. Mielenterveystyö koostuu mielenterveyden edistämisestä, häiriöiden ehkäisystä sekä hoidosta ja kuntoutumisesta. Hallinnollisesti se on osa laajempaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakenttää, jota säätelevät mielenterveyslain lisäksi tervey-

denhuoltolaki ja sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolella. Mielenterveyteen vaikuttava muutostyö edellyttääkin kansalaisten laajaa arvopohjaista tukea ja näin syntyvää poliittista muutospainetta, joka voisi parantaa mielenterveystyön aseman vahvistumista sosiaali- terveydenhuollon voimavarojen kohdentamisessa. Tuen lisäämisessä on oleellista, että pitkäjänteisen kehittämistyön avulla syntyy kasvavaa luottamusta mielenterveyteen kohdennettujen panostusten hyödyllisyydestä. Mielenterveystyön muutosta tulisi johtaa näyttävästi ja läpinäkyvästi luottaen järjestelmän tosiasialliseen kykyyn toimia vaikuttavasti ja tehokkaasti.

Mielenterveystyötä ohjaavat voimakkaasti muutokset yhteiskunnan yleisstrategioissa. Näistä kulloinkin hallitusohjelma on tärkeässä osassa. Suoran ohjausvaikutuksen lisäksi yhteiskuntaa muuttavat yleisstrategiat asettavat monia lainsäädännöllisiä ja taloudellisia rajoituksia toiminnalle. Mielenterveystyöllä ei ole enää mitään erityisasemaa tai suojaa sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä, johon se voisi tai sen pitäisi vedota tuen saamiseksi, vaan se on integroitumassa osaksi sote-kokonaisuutta.

Osa mielenterveystyön muutostekijöistä on alunperin lähtöisin kansainvälisistä sopimuksista ja kehittämisohjelmista, joita Suomi on hyväksynyt ja sitoutunut noudattamaan tai soveltamaan muun muassa EU:n, YK:n, WHO:n ja Euroopan neuvoston jäsenmaana. Muutoksiin ja toiminnan tehostamiseen antavat aineksia myös mielenterveystyötä koskeva uusien tutkimustietojen sekä kansainväliset kokemukset onnistuneista palvelujärjestelmien kokeiluista. Suomalainen mielenterveystyö on kansainvälisesti hyvin kehittyntä, mutta silti useat maat ja alueet voivat antaa viitteitä uusista tavoista toimia. Muutosjohtamisessa oman alueen, eivät edes oman maan hyvät kokemukset, aina riitä. Olemme osa eurooppalaista ja myös globaalia muutosta, jota tulisi seurata ja myös verrata omaa kehitystä.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma muutoksena

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman sisältöön ovat vaikuttaneet kansainvälisten muutostrendien lisäksi erityisesti ne onnistuneet kotimaiset kehittämishankkeet, joiden leviämiseksi laajempaan käyttöön haluttiin luoda paremmat edellytykset. Hanke on suunniteltu puiteohjelmaksi, joka tukee mielenterveystyötä koskevaa muutosta niin, että sitä voidaan johtaa ja ohjata alueelliset olosuhteet huomioiden. Alueelliset erot ovat syntyneet vuosikymmenten kuluessa paikallisen kehityksen myötä. Ne ovat tosiasia, joka on hyväksyttävä muutostyön lähtökohdaksi. Tavoitteena on kuitenkin ollut nykyistä yhtenäisempi ja integroituneempi kokonaisjärjestelmä. Hankkeen päätavoitteiden keskinäiset painotuserot eri alueiden välillä, erot alueellisissa olosuhteissa ja kehittämistarpeissa sekä erilainen toimeenpanokyky pitkälle hajautetussa palvelujärjestelmässä ovat tekijöitä, jotka on huomioitava, kun muutosta johdetaan ja kun muutoksen toteutumista arvioidaan kokonaisuutena.

Asiakkaat mukaan muutosta tekemään

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannon lähtöoletuksena on, että yksittäinen asiakas/potilas saa asiantuntijoilta kaikki tarvitsemansa palvelut ja merkittävän lisähyödyn. Muutos, johon tähdätään ja joka on viime kädessä organisaation tarkoitus, on muutos yksittäisten asiakkaiden tilassa tai tilanteessa. Toiminnan tuloksellisuus on mitattavissa kaikkien asiakkaiden kokonaisuutena. Hyvän tuloksen ja tehokkaan toiminnan turvaamiseksi on tärkeää panostaa asiakkaiden (potilaiden) omaan aktiiviseen osallistumiseen. Asiakas ei ole vain toiminnan kohde, vaan aktiivinen toiminnan osa, jonka oma panos vaikuttaa ratkaisevasti tulokseen. Aktiiviset asiakkaat, usein myös asiakkaiden antama asiantuntijoita herättelevä kielteinen palaute, ovat oleellisen tärkeitä organisaation rakenteen muuttamisessa ja palveluiden sisällön kehittämisessä. Heidät on saatava eri tavoin mukaan uudistamaan palveluita. Potilaan aseman vahvistaminen palautteen antajana ja toimijana terveydenhuollossa ei ole vain perusoikeuskysymys tai eettinen haaste, vaan organisaation olemassaoloon ratkaisevasti vaikuttava asia. Muuttuvassa palvelutarjonnassa potilaiden palaute ja valinnat johtavat oikeutetusti huonosti toimivien palveluiden karsiutumiseen.

Asiantuntijat hakeutuvat hyviin työolosuhteisiin

Yhteiskunnan muutokset heijastuvat myös asiantuntijoiden lisääntyvään liikkumiseen parempien työolosuhteiden perässä. Avainasiantuntijoiden rekrytoiminen lisää merkittävästi organisaation osaamis-

omaa ja sen kilpailukykyä palveluiden tuottamisessa. Muutosten onnistunut toteuttaminen edellyttää pätevän johtamisen lisäksi riittävää määrää muutokseen sitoutunutta asiantuntijaosaamista. Erilaiselle osaamiselle löytyy isoissa kokonaisjärjestelmissä oma paikkansa helpommin kuin pienissä tai hajautetuissa järjestelmissä, jotka edellyttävät enemmän yleisosaamista. Muutosjohtamisessa on keskityttävä ydinosaamisen jalostamiseen sekä toiminnan jatkuvaan parantamiseen. Muutospaineet, laadukkaan osaamisen turvaaminen ja vakaat työolosuhteet ovat johtaneet hoitojärjestelmässä lisääntyvään työnjakoon ja toimintojen keskittämiseen. Kilpailu pätevistä osaajista on todellista. Asiantuntijoiden on itsensä pohdittava oman urapolkunsa luonnetta, ja päätettävä, haluavatko he toimia yleisosaajina organisaation eri tasoilla, vai onko valintana yhä pidemmälle viety erikoistuminen ja samalla toiminta keskitetyissä erityisyksiköissä. Asiantuntijoiden joukosta valikoituu myös suurin osa sosiaali- ja terveydenhuollon johtajista ja muutoksentekijöistä. Valinta yleisjohtamisen ja asiantuntijatyön välillä ei ole aina helppoa. Monet ovat yhdistäneet nämä kaksi erilaista polkua oman uransa aikana erilaisina yhdistelminä. Huippusuoritukset vaativat kuitenkin valintaa ja keskittymistä joko asiantuntijatyöhön tai johtamiseen. Organisaatorakenteiden uudistuminen tulee avaamaan runsaasti uusia mahdollisuuksia johtamisesta kiinnostuneille asiantuntijoille.

Muutoksen lähtökohtana polttavaksi koettu tarve

”Hyvin toimivaa ei kannata muuttaa”. Näin on totuttu sanomaan. On selvää, ettei omaan toimintaansa tyytyväinen asiantuntija, ei myöskään asiakas, tunne suurta kiinnostusta muutokseen. Muutosjohtamisen lähtökohtana onkin tyytymättömyys nykytilaan, mieluiten koettu pakottava tarve muuttua. Ärsykkeinä muutokselle voivat olla yksittäiset epäonnistumiset tai kielteiset palautteet. Ne osoittavat usein vääjäämättömästi, että koettu tyytyväisyys onkin itsettyytyväistä harhaa. Viime aikoina on usein alleviivattu kriisitietoisuuden herättämistä ja puhuttu pakosta toimia asioiden korjaamiseksi myös sosiaali- ja terveydenhuollon alueella. Pelkkä mielikuva uhkaavasta kriisistä ei kuitenkaan riitä. Tarvitaan myös tosiasioita rationaalisen muutostyön tueksi. Kokemusten mukaan pelkät faktat eivät kuitenkaan tue riittävästi muutosta. Mukaan on saatava myös tunnepohjaista sitoutumista merkitykselliseksi koetun muutostyön tekemiseen.

Unelma ja sen toteuttaminen

Onnistuneen muutoksen lähtökohtana on yhteinen näkemys uudesta ja paremmasta tulevaisuudesta, jonka rakentamiseen riittävä enemmistö on sitoutunut. Utuinen visio on kuitenkin konkretisoitava keskeisiksi strategisiksi tavoitteiksi. Kukin niistä toteutetaan erillisillä hankkeilla sovittujen välitavoitteiden kautta suunnitellussa aikataulussa. Unelma paremmasta tulevaisuudesta tarvitsee toteutuakseen hyvin konkreettiset keinot ja aikataulutuksen sekä kyvykkyyttä muutoksen johtamisessa. Erityisesti rakennemuutosten, mutta myös ammatillisesti tärkeiden sisältöuudistusten toteuttaminen edellyttää omistajien ja heidän edustajiensa vahvaa luottamusta organisaation kykyyn uudistua sekä sitoutumista muutoksen johtamiseen. Onnistunut organisaatiomuutos on kokonaisuus, joka ulottuu organisaation huipulta yksittäiseen asiakkaaseen asti.

Varmista, että muutoksesta vastaava ydinjoukko on maksimaalisesti sitoutunut muutokseen. Varmista myös, että kaikilla organisaation jäsenillä on perustiedot muutoksesta, erityisesti omalta kohdaltaan. Mahdollista osallistuminen itse muutokseen riittävän monella kaikilla organisaation tasoilla ja sen eri lohkoilla. Kattava osallistuminen mahdollistaa muutosta koskevan tärkeän tiedon siirtymisen organisaatiossa joka suuntaan. Anna aikaasi esimiehenä vanhasta luopumiselle ja ole riittävästi läsnä luopumistyötä tehtäessä. Huomioi ne, joille muutos avaa uusia mahdollisuuksia, ja tue heidän sitoutumistaan. Mutta muista myös ne, joiden asemaa tai arvoa muutos on uhkaamassa, ja yritä ennakoimalla vaimentaa tältä pohjalta syntyvää muutoksen vastustusta. Muutoksella on kuitenkin aina oma inhimillinen lisähintansa, joka näkyy motivoitumattomuutena, huolestuneisuutena, väsymyksenä ja myös suuttumuksena.

Useimmille hallittuun muutosprosessiin osallistuminen on omalla työuralla tärkeä ja merkityksellinen kokemus yhdessä tekemisestä ja yhdessä olemisesta sekä onnistumisesta. Myönteistä ja toimintaa vahvistavaa palautetta tulisi antaa sopivasti prosessin eri vaiheiden taitekohtia arvioitaessa. Iso muutoksen toteuttaminen on kestävyyslaji, jossa suunnitelmallisuus, joustavuus ja sitkeys palkitaan unelman toteutumisenä.

Ennakoi ja huomioi toimintaympäristön muutokset

Organisaatiomuutosten myönteisenä tavoitteena on edistää perustehtävän toteutumista, luoda optimaaliset olosuhteet asiantuntijatyön tekemiselle ja asiakkaan hyödyn toteutumiselle. Monet sosiaali- ja terveydenhuollon muutokset ovat olleet kuitenkin seurausta sellaisista toimintaympäristön muutoksista, jotka eivät ole alun perin kohdistuneet ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuoltoon, vaan ovat olleet seurausta valtion ja kuntien hallinnollisesta kehityksestä. Merkittävät yhteiskunnalliset muutokset, jotka ovat seurausta lainsäädännön muutoksista, heijastuvat koko julkisen vallan toimintaan ja niihin sopeutuminen on välttämätöntä myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. Väestön ja työvoiman muutokset, taloudellinen kehitys, liikenneyhteydet, hallintorakenteen muutokset, poliittiset valtasuhteet ja luottamushallinnon henkilövalinnat, hallitusohjelman ja alemman tason hallinnon yleisstrategia sekä monet muut muutokset ja muutostrendit ovat asioita, joita johtamisvastuussa olevien avainhenkilöiden tulee ennakoida ja ottaa huomioon omassa toiminnassaan. Taitavalla johtamisella voidaan pehmentää, joskus jopa hyödyntää, toimintaympäristöstä tulevien muutosten vaikutuksia organisaation toimintaan.

Rakennemuutoksissa on kyse muustakin kuin rakenteista

Terveydenhuollon muutoskeskustelu on perinteisesti keskittynyt rakennemuutoksiin. Rakenteet luovat puitteet toiminnalle, jokainen haluaa työlleen mahdollisimman hyvät olosuhteet ja vähintäänkin onnistumisen perusedellytykset. Rakenteiden muutoksilla on erisuuntaisia taloudellisia vaikutuksia, niiden avulla jaetaan valtaa, määritellään toiminta- ja työpaikkojen sijaintia, viedään toimijoita yhteen tai erotellaan heitä, luodaan uusia tiimejä tai puretaan niitä, synnytetään uusia tehtäviä ja lopetetaan ehkä vanhoja.

Rakennemuutokset heijastuvat myös toimintaan ja niissä toimiviin ihmisiin. Vaikka rakennemuutosten tavoitteena olisikin toiminnan parantaminen, muutosten ennakointi ja välittömät muutokset aiheuttavat ihmisten mielissä huolta ja epävarmuutta, surua ja pettymystä sekä joskus myös loukkaantumista ja jopa raivokasta vastustusta. Onnistunut rakennemuutoksen johtaminen edellyttää muutosdynamiikan ymmärtämistä ja siihen vaikuttamista myönteisellä tavalla. Rakenteisiin liittyy monia inhimillisiä merkityksiä, jotka tulevat ilmi, vasta kun rakenteita muutetaan. Monet reaktiot ovatkin yllätyksiä. Ulkoiset työelämän rakenteet kytkeytyvät myös ihmisen mielen rakenteisiin. Päivittäiset rutiinit, toiminnan ennakoitavuus ja työn nivoutuminen omaan yksityiseen arkeen rakentavat ihmisen identiteettiä, luovat turvallisuutta ja antavat ihmisen elämälle erilaisia merkityksiä siinä määrin, että muutoksen mahdollisuus voi aluksi tuntua monille enemmän uhkana kuin mahdollisuutena johonkin uuteen ja parempaan.

Toiminnan jatkuva parantaminen

Asiakkaan saama terveyshyöty perustuu uusimman asiantuntijatiedon ja asiantuntijaosaamisen menestykselliseen käyttöön. Hyvä ammatillinen osaaminen ja sen jatkuva kehittäminen on jokaisen asiantuntijan ydintehtävä, jopa kunnia-asia. Oman osaamisen jatkuva kehittäminen on osa haasteellista itsensä johtamista. Asiantuntijat ovat aina halunneet sekä yksilöinä että ammattiryhminä pitää yllä riittävää autonomiaa itsensä kehittämisessä. Lähtökohtaisesti tämä pyrkimys on organisaation edun mukaista.

Asiantuntijuutta sovelletaan aina palvelujärjestelmän jossain osassa, jolle on määritelty oma spesifinen perustehtävänsä. Asiantuntijan oman aseman ja toiminnan ymmärtäminen sekä oman osaamisen tehokas käyttö edellyttää jokaiselta sisältöasiantuntijalta myös systeemiosaamista eli palvelujärjestelmärakenteen ja toiminnan hyvää tuntemusta. Muutoin on vaarana, että huippuasiantuntijuuskin on vain irrallinen pala kokonaisuudessa, jossa se toimii epätarkoituksenmukaisella tavalla. Esimiehen tehtävänä on auttaa asiantuntijoita oman tehtävän hahmottamisessa ja edistää myös työntekijän henkilökohtaista osaamisen kehitystä niin, että organisaation muutoksissa jokaiselle löytyy oma merkityksellinen tehtävä.

Palvelujärjestelmän muutoksilla pyritään lisäämään systeemin kokonaistoiminnan sujuvuutta. Asiantuntijoiden työsuoritusten ja keskinäisen yhteistyön tulisi muodostaa asiakkaita/potilaita hyödyttäviä hoitoprosesseja ja palvelukokonaisuuksia. Kun muutoksissa vanhat rakenteet murtuvat, on vaarana, että toiminnan laatu heikentyy tilapäisesti siirryttäessä kohti uutta toimintatapaa. Muutosjohtajan onkin huomioitava uuden toiminnan käyttöönotto erillisenä projektina, joka tarvitsee usein myös eri miehityksen.

Asiantuntijaorganisaation johdon keskeisiä tehtäviä on ylläpitää, kehittää ja maksimoida koko oman organisaation osaamista omassa toimintaympäristössään. Toiminnan poikkeavuuksiin tulee kiinnittää erityistä huomiota palautetietona, joka johtaa aina kehittämistoimenpiteisiin. Jatkuva oma arviointi ja tarvittaessa riippumattomat ulkoiset arvioinnit auttavat hahmottamaan oman organisaation tilaa ja muutostarpeita. Verkostoituvassa maailmassa näyttöön perustuva tieto ja hoitosuositukset ovat kaikkien käytettävissä. Verkostoituminen omien ja riippumattomien asiantuntijoiden kanssa auttavat alueellista ja paikallista johtoa pitämään oman toiminnan kansallisen ja kansainvälisen kehityksen tuntumassa ja tarvittaessa muuttamaan sitä.

Jaksamisen kannalta on tärkeää, että muutostyöhön osallistuneet saavat myönteistä palautetta mukanaolostaan ja erityisesti onnistumisistaan. Jaksamista tarvitaan, sillä uudet muutokset ovat todennäköisesti taas pian edessä.

4.2 Vaikuttaako mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio? Palvelujärjestelmän integraatio tutkimuksen kohteena

Kerstin Stenius, Tuukka Tammi, Kristiina Kuussaari, Tanja Hirschovits-Gerz

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio nousi Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (2009–2015) myötä yhdeksi keskeiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämisen tavoitteeksi. Se on muodostunut mielenkiintoiseksi kehittämisprosessiksi myös käynnissä olevan sote-reformin kannalta. Suunnitelmalla pyrittiin integroimaan yhtäältä terveydenhuollon järjestelmään kuuluvat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon mielenterveyspalvelut – kahdesta palvelutasosta yhteen – ja toisaalta sosiaalihuoltoon juurtunut kunnallinen päihdehuolto. Näiden kahden palvelujärjestelmän hallinnolliset ja professionaaliset profiilit ovat perinteisesti varsin erilaisia: taustalla on eri lainsäädäntö ja osin erilaiset ongelmat ja hoitokulttuurit.

Integraation lisäksi Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmalla on pyritty lisäämään hoitojärjestelmän avohoitopainotteisuutta, parantamaan hoidon saatavuutta, vähentämään pakon käyttöä psykiatrisessa sairaalahoidossa ja lisäämään asiakkaiden osallisuutta hoidossa. Näiden pyrkimysten valossa mielenterveyspalvelujärjestelmän ongelmat näyttivät isommilta kuin päihdehoidon ongelmat: psykiatrisen hoidon saatavuudessa oli ongelmia (muun muassa jäykät lähetekäytännöt ja pitkät hoitojonot), laitospainotteisuus oli edelleen vallalla huolimatta jo 1980-luvulla käynnistetystä palvelujärjestelmäuudistuksesta, psykiatria näyttäytyi saarekkeisena suhteessa ulkopuolisiin toimijoihin ja pakon käytön runsas ja ongelmallinen käyttö olivat herättäneet tarpeen tehdä uudistuksia. Suomen päihdehuolto, joka on jo 1930-luvulta lähtien kehittynyt omaksi osajärjestelmäkseen, on puolestaan panostanut vapaaehtoisuuteen, asiakkaiden osallisuuteen (mm. A-kiltatoiminta), avohoitoon (kattava A-klinikkaverkosto), integroituu palveluun (moniammatilliset hoitotiimit) ja hyvään saatavuuteen (muun muassa hoitoon pääsy ilman lähetettä ja päivystysvastaanottokäytännöt). Haasteeksi oli kuitenkin muodostunut päihdehoidon saatavuuden suuri alueellinen vaihtelu. Lisäksi suurella osalla päihdehuollon asiakkaista oli päihdeongelman lisäksi samanaikaisia mielenterveysongelmia, joiden hoitoon oli arvioitu tarvittavan aiempaa vahvempaa mielenterveystyön osaamista.

Päihde- ja mielenterveys -tutkimusprojektin (2011–2014) tavoitteina oli selvittää ensinnäkin, millaiset kuntatason poliittiset taustatekijät ovat vaikuttaneet mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatiokehitykseen. Toiseksi tutkittiin sitä, miten mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio näkyy sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä sekä päihdepalveluissa asiointissa. Miten paljon asiakkaita asioi päihdehuollon palveluissa integroituneissa ja ei-integroituneissa tutkimuskunnissa? Tunnistaako uudella tavalla integroitunut palvelujärjestelmä mahdollisesti enemmän päihde- tai samanaikaisista päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviä kuin eriytynyt palvelujärjestelmä? Saavatko päihdeongelmaiset enemmän tai erilaista hoitoa integroiduissa järjestelmissä perinteisiin palvelujärjestelmiin verrattuna? Kolmanneksi hankkeessa selvitettiin mittarin avulla kuntien päihdehuollon keskeisten avohoitoyksiköiden kykyä hoitaa päihde- ja mielenterveysongelmia. Tutkimusprojektissa on vertailtu kahdeksan kunnan palvelujärjestelmää toisiinsa pyrkimyksenä ymmärtää, mitkä tekijät indikoivat palvelujärjestelmän vaikuttavuutta. Aineistoina on käytetty paikallisia hoitopoliittisia asiakirjoja, avainhenkilö- ja ryhmähaastatteluja, hoitorekistereitä ja

Päihdetapauslaskennan kyselyaineistoa. Projektissa on tehty tiivistä yhteistyötä kansainvälisen asiantuntijaryhmän ja kahdeksan tutkimuskunnan (Espoo, Hämeenlinna, Imatra, Jyväskylä, Kotka, Lahti, Vaasa, Vantaa) avainhenkilöiden kanssa.

Integraation kansainvälinen tausta

Päihdehuollon näkökulmasta integraatio-käsite nousi esiin Yhdysvalloissa ja Kanadassa 1990-luvun alussa. Päihdeongelmien laaja esiintyvyys varsinkin perusterveydenhuollossa, mutta myös sosiaalihuollossa ja kriminaalihuollossa oli osoitettu useissa tutkimuksissa (Miller & Weisner 2002). Kuitenkin palvelujärjestelmän valmius identifioida ja kohdata ongelmia oli ollut selvästi puutteellinen. Vain pieni osa ongelmista pääsi päihdehuoltoon. Tämä ensimmäinen integraatioaalto korosti tarvetta rakentaa porrasteinen järjestelmä ("tiered system"), jossa lievemmät ongelmat hoidetaan varhain ja kevyesti peruspalveluissa ja harvinaisemmat, mutta vakavammat ongelmat ohjataan erityistason palveluihin. Tämän näkemyksen mukaan päihdehuollon osaamista tulisi olla saatavilla (integroituneena) osana perusterveyden- ja sosiaalihuollon palveluita. Lisäksi päihdehuollon erityispalveluita tulisi olla joustavasti saatavilla erityistason palveluita tarvitseville. Tällä tavalla hoidon saavutettavuus ja jatkuvuus olisi maksimaalinen. (Rush 2010.)

1990-luvulla Yhdysvalloissa tehtiin laajoja epidemiologisia tutkimuksia, joissa todettiin että melkein puolet niistä ihmisistä, joilla oli ollut elämänsä aikana päihdeongelma, olivat kärsineet joskus myös mielen-terveysongelmista. Myöhemmin on osoitettu että noin 40 prosenttia päihdeongelmista Yhdysvalloissa kärsii samanaikaisista mielen-terveysongelmista. Euroopassa ei ole tehty yhtä kattavia väestötutkimuksia, mutta yhdessä eurooppalaisessa tutkimuksessa todettiin, että 1–2 prosenttia väestöstä kärsii sekä alkoholi-riippuvuudesta että samanaikaisista mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöistä ("mood or anxiety disorders"; Morisano ym. 2014). Kliinisissä tutkimuksissa yhteissairastavuus vaikuttaa olevan merkittävästi yleisempää päihdehuollon asiakkailta kuin väestössä keskimäärin, ja yleisempää kuin mielen-terveyspalveluissa. Esimerkiksi Lundberg ym. (2014) raportin mukaan Ruotsin päihdehuollon asiakkaista 45 prosentilla raportoiti samanaikaisia mielen-terveysongelmia. Heistä 19 prosenttia koki ongelmat vakaviksi.

Mielen-terveys- ja päihdepalveluiden integraatiopyrkimysten taustalla on nähtävissä ainakin kolme pää-tekijää. Ensinnäkin epidemiologinen prevalenssi-argumentti. Sekä mielen-terveys- että päihdeongelmat ovat yleisiä ja päihdeongelmat ovat monissa maissa myös kasvava ongelma. Kun päihteen saatavuus on kasvanut, käyttö itsessään voi aiheuttaa psyykkisiä ongelmia, mutta päihtettä on myös helposti tarjolla psyykkisten ongelmien lieventämiseen. Yhteissairastavuus on myös uusien diagnosti-instrumenttien myötä tullut yhä helpommin todennettavaksi. Toiseksi, kun monissa maissa palvelujärjestelmät ovat kasvaneet ja sen myötä niiden kustannukset ovat nousseet, hoitojärjestelmien integraatio on nostettu yhdeksi ratkaisuksi lisätä hoidon kustannustehokkuutta. Tämä on hallinnollinen argumentti. Kolmas argumentti puoltaa kliinistä (hoidollista) integraatiota. Nykyinen hoitotutkimus on keskittynyt kehittämään uusia, täsmällisempiä hoitomenetelmiä. Sekä evidenssin puute moniongelmaisten hoidon vaikuttavuudesta että ammattiryhmien erikoistuminen ovat muodostaneet esteitä moniongelmaisten koordinoitulle ja laadukkaalle hoidolle. Asiakkaat, joilla on samanaikaisia päihde- ja mielen-terveysongelmia, ovat osoittautuneet vaikeahoitaiseksi ryhmäksi, joiden hoito tulee toteuttaa tarvittavien ammattiryhmien tarjoamana integroituna palveluna.

Morisano ym. (2014) ovat identifioineet kolme hoitomallia samanaikaisten päihde- ja mielen-terveysongelmien hoitamiseksi. Peräkkäinen (sequential) hoito tarkoittaa, että ensin hoidetaan toinen ongelma, ja vasta kun se on hallinnassa, yritetään parantaa toista. Usein ei ole kuitenkaan selvä mikä ongelma – päihteen vai mielen-terveys – on primaari ja millä tavalla ne ruokkivat toisiaan. Näin ollen tämän tyyppinen hoidon ketjuttaminen on vaikuttavuudeltaan kyseenalaista. Rinnakkainen (parallel) hoito taas tarkoittaa, että mielen-terveyspalveluissa hoidetaan henkilön mielen-terveysongelmia ja päihdepalveluissa samanaikaisesti päihteen liittyviä ongelmia ilman varsinaista yhteistyötä. Tässä mallissa vastuu hoidosta jää usein epäselväksi ja asiakkaan kannalta tilanne voi olla ristiriitainen. Molemmat mallit saattavat johtaa asiakkaan "pompotteluun" eli hoidon koordinaation ja jatkuvuuden ongelmiin. Kolmas vaihtoehto on kliinisesti integroitunut hoito, jolloin molempia ongelmia hoidetaan samassa yksikössä tai hoitotiimissä samaan aikaan. Kaikki asiakkaat eivät kuitenkaan tarvitse integroitua palvelua tai ainakaan alan erityistason osaamis-

ta, mikä nostaa esiin kysymyksen siitä, tarvitseeko tietyn asiakasryhmän vuoksi integroida koko palvelujärjestelmä.

Integraation puolesta esitetään siis sekä kansanterveydellisiä, järjestelmätason kustannustehokkuuteen perustuvia että hoidollisia argumentteja. Käytännössä integraation suunnittelussa ja sen vaikutusten arvioinnissa on tärkeä muistaa, että integraatio-käsitteellä voidaan viitata hyvin erilaisiin ratkaisuihin. Siksi kannattaa ainakin erottaa järjestelmätaso eli hallinnollinen integraatio kliinisestä integraatiosta. Edellisestä on kysymys silloin, kun päihdehuolto ja mielenterveyspalvelut ovat saman hallinnon alaisia, kun rahoitus tulee samasta lähteestä ja kun tietojärjestelmät ovat yhteisiä. Hoidollinen integraatio merkitsee sitä, että samassa paikassa, samoissa henkilöstötiimeissä saa samaa hoitofilosofiaa ja/tai -ohjelmaa noudattavaa hoitoa. Sekä järjestelmä- että kliinisestä integraatiosta on kuitenkin olemassa lukuisa määrä variaatiota. Kanadalainen tutkija Brian Rush (2014) kuvaakin integraatiota jatkumona: toisessa ääripäässä on kaksi täysin erillään olevaa hoitojärjestelmää ilman mitään järjestäytyneitä yhteistyötä. Välimuotona ovat säännölliset ja muodolliset tiedon vaihdot ja erilaiset, enemmän tai vähemmän intensiiviset verkostoitumiset. Järjestelmien kliininen yhteistyö asiakkaiden hoidossa saman hallinnon alla lähentelee puolestaan täydellistä integraatiota, missä sekä hoitotyö että hallinto ja tietojärjestelmät kattavat yhtäältä molempien ongelmien hoidon. Rush muistuttaa siitä, että myös hyvin integroidussa järjestelmässä jonkinlainen erikoistuminen voi olla toivottavaa – kaikkien palveluiden ei pitäisi olla kliinisesti integroituneita, sillä kaikilla asiakkailla ei ole mielenterveysongelmia eikä kaikilla päihdeongelmia. On muistettava, että myös mielenterveyspalveluiden sisällä toteutetaan vahvaa eriytymistä niin sairausryhmäkohtaisesti kuin sairauden keston ja toisaalta asiakkaiden palveluiden tarpeen mukaisesti.

Tietoa sekä järjestelmätason että hoidollisen integraation vaikuttavuudesta on vain vähän (Rush & Nadeau 2011). Osittain tämä johtuu siitä, että integraatoratkaisut, kuten yllä kuvattiin, ovat monenlaisia ja vaikeasti verrattavissa toisiinsa. Seuraavasti esitämme tuloksia, jotka kuvaavat mielenterveys- ja päihdehuollon integraatiota, sen motiiveja ja vaikutuksia Suomessa.

Integraatiopolitiikka

Suomen kuntien itsehallinto on erittäin vahva. Kuten muissa Pohjoismaissa, kunnilla on Suomessa oma parlamentaarinen järjestelmänsä, itsenäinen verotusoikeus ja oikeus jakaa suuri osa tuloista oman harkinnan mukaan kunnan tarpeisiin. Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on lisäksi Euroopan desentralisoiduimpia. Kunnalla on vastuu sekä sosiaali- ja terveydenhuollon että perusterveydenhuollon rahoituksesta ja organisoinnista. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset muodostavat yhteensä noin 50 prosenttia kunnan menoista, mistä kaksi kolmasosaa syntyy sairaanhoitopiireille maksettavista erikoissairaanhoidon kustannuksista. Kuntien itsenäisyys on johtanut erilaisten palvelujärjestelmien kehittymiseen kunnissa.

Myös tutkimusprojektimme alkukartoituksessa todettiin että mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio on saanut hyvin erilaisia muotoja eri kunnissa. Jonkinlaista integraatiota oli tapahtunut noin 20 prosentissa kunnista jo ennen Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoa. Vuonna 2010 kaikissa niissä kunnissa, jotka ilmoittivat palvelujärjestelmänsä olevan integroitunut, oli hallinnollinen integraatio. Kuitenkin vain kahdella kolmasosalla näistä kunnista oli myös vaihtelevalla tavalla toteutettua palvelutason integraatiota. Kiinnostavaa oli, että joissakin niistä kunnista, joissa ei ollut hallinnollisesti integroituja sosiaali- ja terveyspalveluja tai mielenterveys- ja päihdepalveluja, oli kliinisesti integroituneita yksiköitä. Tästä voimme päätellä, ettei hallinnollinen integraatio ole riittävä eikä tarpeellinen ehto kliinisen integraation toteuttamiseksi. (Stenius ym. 2012.)

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman painottama integraatio -termi on valtion informaatio-ohjauksessa onnistunut ainakin siltä osin, että integraatiosta on tullut palvelujärjestelmäreformien ”iskusana”. Informaatio-ohjaus on toteutunut dialogisena prosessina valtionhallinnon ja kuntatoimijoiden välillä: kuntatasolla integraatiolle on muodostunut paikallisesti vaihtelevia sisältöjä. Valtionhallinnon asiantuntijat, jotka ovat vaikuttaneet lähes kaikissa tutkimuskunnissa, ovat ehdottaneet myös segregoituneita ratkaisuja, jos ne ovat olleet integraatiota realistisempia vaihtoehtoja kehittää paikallista palvelujärjestelmää.

Seuraava askel tutkimushankkeessamme oli yrittää selvittää miksi ja miten kunnat olivat löytäneet oman integraatiomallinsa. Millaisia motiiveja integraatiokehitykselle oli nähtävissä? Ketkä ajoivat integraatiota? Mitkä institutionaaliset tekijät selittivät sitä, millaisiksi kuntien järjestelmät muotoutuivat?

Projektin kahdeksan tutkimuskuntaa (Imatra, Kotka, Lahti, Jyväskylä, Hämeenlinna, Vaasa, Espoo ja Vantaa) ovat kaikki keskisuuria tai suuria kuntia. Kolmessa kunnassa oli osoitettavissa sekä vahva hallinnollinen että kliininen integraatio vuonna 2011. Kaikissa tutkimuskunnissa oli kuitenkin jonkin asteista kliinistä integraatiota päihde- ja mielenterveyspalveluiden välillä.

Epidemiologinen argumentti, eli tietoisuus siitä, että monilla asiakkailla, joilla on päihdeongelma, on myös mielenterveysongelma, hyväksyttiin kaikissa kunnissa. Myös kliininen argumentti eli se, että on tehokkaampaa hoitaa sekä mielenterveys- että päihdeongelmasta kärsiviä integroidusti, sai laajaa tukea. Kliinisen integraation toteutuminen riippui kuitenkin paikallisesta järjestelmästä. Haasteiksi nousivat erityisesti joko mielenterveyspalveluiden paikallinen vähäisyys tai erikoissairaanhoidon psykiatrian ja perusterveydenhuollon yhteistyövaikeudet. Silloin, kun hallinnollinen integraatio oli onnistuneesti viety läpi, päällimmäinen motiivi oli kahdessa tapauksessa taloudellis-hallinnollinen. Imatralla tämä tapahtui jo paljon ennen Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa, vuonna 1990. Paikallisen psykiatrisen sairaalan ja päihdehuollon integraatio esitettiin ratkaisuksi, joka säilytti työpaikkoja psykiatrisessa sairaalassa ja säästi myös kunnan kustannuksia, kun kunnan ei tarvinnut ostaa erikoissairaanhoidon palveluita muualta. Toimintamahdollisuuksia parannettiin paikallisesti yhdistämällä päihdehuolto ja psykiatria. Jyväskylässä integraatio tapahtui aiemmin päihdehuollon palveluihin keskittyneen säätiön sisällä, samalla, kun säätiö vahvisti asemaansa kovenevassa kilpailussa laajentamalla toimintansa maakuntaan. Integroitunut järjestelmä pystyi tarjoamaan enemmän palveluita suuremmalle väestöosalle. Espoossa integraatiota suunniteltiin jo ennen Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa. Tavoitteena oli fragmentoidun järjestelmän integraatio. Resurssien puutteessa kliininen integraatio toteutui kuitenkin tarjoamalla integroitunutta hoitoa lähinnä yhdessä avohoitoyksikössä ja vasta vuodesta 2010 lähtien. Integraatio-ajatus joutui kilpailemaan samanaikaisten säästötarpeiden ja erikoistumispyrkimysten kanssa.

Niissä kunnissa, joissa ei ollut toteutettu hallinnollista integraatiota, oli tiedostettu integraatiota puoltavat epidemiologiset ja osittain myös kliiniset argumentit. Kotkassa hoidollisen ja hallinnollisen integraation ongelmana oli mielenterveyspalveluiden huono saatavuus sekä mielenterveyspalveluiden vaatimus potilaiden suhteellisen pitkistä raittiusjaksosta ennen hoidon aloittamista. Ratkaisuna oli psykiatrisen osaamisen lisääminen päihdehuollossa, eli kliininen integraatio erillisjärjestelmässä. Vantaalla hoito oli fragmentoitunutta, osin koordinoimatonta tai peräkkäistä. Psykiatriassa hoidon ongelmiksi koettiin hoidon ohjaukseen ja koordinointiin liittyvät kysymykset ja päihdehuollon puolella taas muun muassa resurssien puute. Yhteistyöryhmä perustettiin järjestelmien rajapintojen kartoittamiseksi ja hallinnollisen integraation suunnittelemiseksi. Palvelujärjestelmiä ei kuitenkaan ole toistaiseksi integroitu hallinnollisesti, vaan hoitoa on kehitetty tiivistämällä yhteistyötä eri järjestelmien välillä ja kehittämällä uusia työtapoja. Hämeenlinnassa kehitettiin rinnakkaishoitajärjestelmää vahvistamalla samalla integroitunutta osaamista perusterveyden- ja sosiaalihuollossa, eli otettiin askel pidemmälle kohti koko sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota. Lahdessa kehitys oli samansuuntaista. Vaasassa sosiaali- ja terveydenhuollon hallinto yhdistettiin 2005. Mielenterveys- ja päihdepalvelut toteutettiin kuitenkin kliinisesti rinnakkaisina järjestelminä, lukuun ottamatta nuorten palveluita. Päihdehuollon avopalvelut oli vahvasti resursoitu ja henkilökunnan osaamisen tasolla integroituja. Palvelu kuului kuitenkin hallinnollisesti osaksi kaupungin psykososiaalisia palveluita. Vaasan palvelujärjestelmäratkaisu on rinnakkainen hoitajärjestelmä, jossa hoitovastuu pyritään selkeästi identifioimaan.

Paikallisen politiikan analyysi osoittaa että termi integraatio voi viitata hyvin erilaisiin ratkaisuihin ja paikallisten ratkaisujen takana on erilaisia argumentteja, toimijoita ja resursseja.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat palveluissa

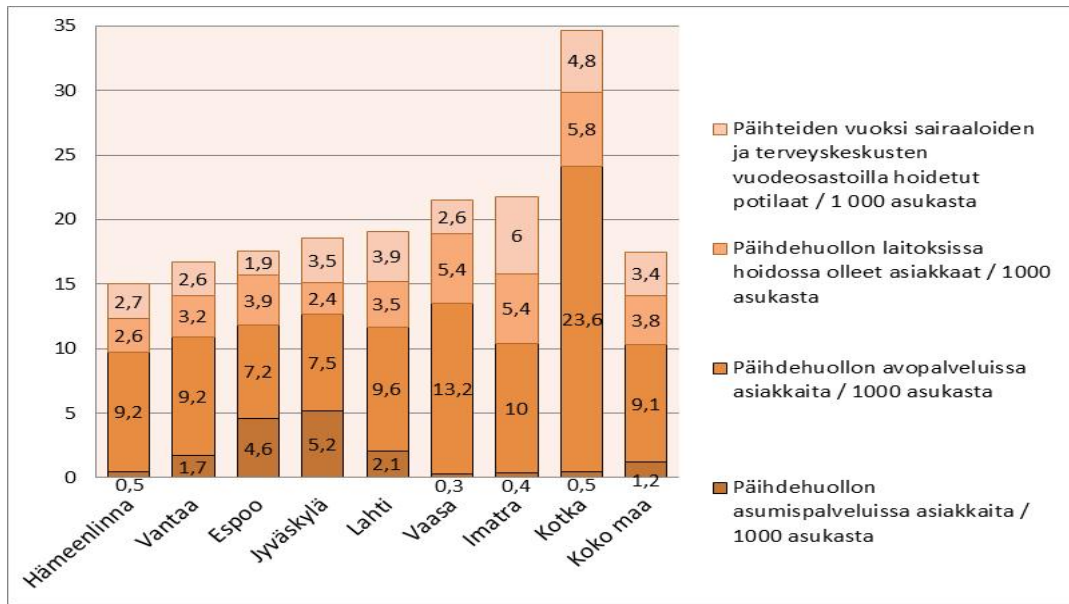
Toiseksi tarkastelimme yhtäältä mielenterveys- ja päihdeongelmien yleistä esiintyvyyttä koko maassa ja selvitimme, miten mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio näkyi kuntatasolla asiakkaiden palveluissa asioimisena vuonna 2011. Aineistona käytimme tilasto- ja rekisteritietoja sekä päihdetapauslaskennan aineistoa¹ (Kuussaari ym. 2014; Kuussaari ym. 2012).

Päihdetapauslaskennan koko maata koskevassa aineistossa (n=11 738) puolella (50 %) asiakkaista, jotka asioivat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa päihteiden vuoksi, oli myös jokin muu kuin päihteisiin liittyvä mielenterveyden häiriö (Kuussaari & Hirschovits-Gerz, hyväksytty julkaistavaksi). Samanaikaiset ongelmat ovat siis yleisiä.

Kun kohdensimme tutkimusta esimerkkikuntiin, integroituneissa tutkimuskunnissa (Espoo, Jyväskylä, Imatra) samanaikainen päihde- ja mielenterveysongelma oli todettu 49 prosentilla ja ei-integroituneissa kunnissa (Hämeenlinna, Vantaa, Lahti, Vaasa, Kotka) 47 prosentilla. Päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikainen esiintyvyys ei siis eronnut sen mukaan, miten tai kuinka vahvasti tutkimuskunnat olivat integroineet päihde- ja mielenterveyspalvelunsa. Tämä kertoo toisaalta siitä, ettei kyseisissä kunnissa todennäköisesti ollut perinteisiä päihdepalveluita tarjoavia kuntia enemmän integroidun hoidon tarvitsijoita. Toisaalta tämä saattaa kertoa myös siitä, ettei mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä havaittu aineistonkeruun aikana integroiduissa kunnissa enemmän kuin ei-integroiduissa kunnissa, vaikka voisi olettaa, että niissä olisi suurempi herkkyys ongelmien kohtaamiseen ja diagnosointiin. Kummassakin hoitojärjestelmässä oli kuitenkin suuri tarve ottaa huomioon myös päihdeasiakkaiden mielenterveysongelmat.

Päihdetapauslaskennan aineisto tarjosi kuvan yhden vuorokauden aikana tapahtuneista päihde-ehtoisista asioinneista koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Sosiaalihuollon toimintatilastojen summatason luvut ja hoitoilmoitusrekisteriaineisto tarjoavat puolestaan kuvan koko vuoden asiakasmääristä päihdehuollon erityispalveluissa sekä päihteiden vuoksi sairaala- tai terveyskeskusten vuodeosastoilla. Kuvassa 1 on esitetty tilanne vuonna 2011. Kaikissa kahdeksassa kunnassa valtaosa näistä päihdeasiakkaita oli päihdehuollon avopalveluiden asiakkaina. Jos verrataan integroituja (Espoo, Jyväskylä, Imatra) ja ei-integroituja (Hämeenlinna, Vantaa, Lahti, Vaasa, Kotka) kuntia toisiinsa, nähdään, ettei palveluissa asiointien määrien vaihtelu eronnut selvästi integroituneiden ja integroimattomien kuntien välillä. Tämän tarkastelun perusteella ei siis voida sanoa, että integroiduissa kunnissa päihdeasiakkaita hoidettaisiin enemmän tai vähemmän päihdehuollon erityispalveluissa tai sairaanhoidon laitoshoidossa päihdediagnoosien takia verrattuna ei-integroituihin kuntiin.

¹ Päihdetapauslaskennan lomakekyselyaineisto kerätään neljän vuoden välein, yhden päivän asiakastiedonkeruuna kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän yksiköistä.



Kuvio 1. Päihdehuollon erityispalveluiden asiakasmäärät sekä päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetut tutkimuskunnissa 2011. (Lähde: Sotkanet)

Päihdetapauslaskennan aineistossa, joka kattaa suuremman osan palvelujärjestelmästä kuin edellä mainitut tilastotiedot, näyttää siltä, että asiakkaat, joilla oli ainoastaan päihdeongelma asioivat hieman useammin päihdehuollon erityispalveluissa, kun taas kaksoisongelmista kärsivät asioivat enemmän terveydenhuollon palveluissa. Erot ryhmien välillä olivat kuitenkin pieniä. Kummassakin asiakasryhmässä (vain päihdeongelma, sekä päihde- että mielenterveysongelma) ensisijainen syy hoitoon hakeutumiseen oli päihdeongelma. Päihdeongelma kytkeytyy vahvasti sosiaalisiin ja fyysisiin ongelmiin. Päihdeongelmaiset asiakkaat asioivat palveluissa useammin somaattisten syiden takia, kun taas sekä päihde- että mielenterveysongelmaisten asiakkaiden asiointisytyt painottuivat erilaisiin psyykkisiin ongelmiin. (Kuussaari & Hirschoits-Gerz, hyväksytty julkaistavaksi.)

Päihdetapauslaskennan aineistossa oli havaittavissa hienoista eroa palvelutyyppeihin sijoittumisessa sen mukaan olivatko kunnat vahvasti integroineet päihde- ja mielenterveyspalvelunsa vai eivät: ainoastaan päihdeongelmista kärsivät hakeutuivat integroiduissa kunnissa useammin päihdehuollon erityispalveluihin, ja vähemmän yleisiin sosiaalipalveluihin, kun ei-integroiduissa kunnissa.

Seuraavaksi tarkastelemme, minkälaisia hoitotoimenpiteitä päihdeasiakkaat olivat saaneet integroituneissa kunnissa, ei-integroituneissa kunnissa ja koko päihdetapauslaskennan aineistossa vuonna 2011 (taulukko 1).

	Integroituneet kunnat (n=727)	Ei-integroituneet kunnat (n=1 184)	Koko aineisto (n=11 738)
Toimeentuloturva-asian hoitaminen	16	15	16
Avustaminen elämänhallintaan liittyvissä ongelmissa	36	34	38
Avustaminen muissa sosiaalisissa ongelmissa	17	19	20
Sosiaalisiin ongelmiin liittyvät hoitotoimenpiteet yhteensä	69	68	74
Somaattinen tutkimus ja hoito	20	19	19
Psykiatrinen tutkimus ja hoito	12	9	14
Terveystieteiden liittyvät hoitotoimenpiteet yhteensä	32	28	33
Mini-interventio	3	4	3
Päihdetilanteen selvittely	24	26	22
Terapeuttinen keskustelu	20	22	21
Katkaisuhoito	7	6	5
Pitkäaikainen laitoskuntoutus	4	8	10
Päihdehuoltoon liittyvät hoitotoimenpiteet yhteensä	58	66	61
Lääkehoito (muu kuin opioidiriippuvuuden korvaushoito)	25	30	29
Opioidiriippuvuuden korvaushoito	10	8	9
Ohjattu muualle	3	2	3

Taulukko 1. Hoitotoimenpiteet integroituneissa ja ei-integroituneissa kunnissa sekä päihdetapauslaskennan koko aineistossa vuonna 2011 (%). Lähde: Päihdetapauslaskenta 2011.

Päällimmäinen havainto on, että annettujen palveluiden jakaumat eivät juuri eroa toisistaan integroiduissa ja ei-integroiduissa kunnissa. Myös koko aineistossa jakaumat ovat samankaltaisia. Avustaminen elämänhallintaan liittyvissä ongelmissa oli yleisin annettu palvelu sekä integroituneissa että ei-integroituneissa kunnissa. Ja näin oli myös koko aineistossa. Mini-interventioita sen sijaan tehtiin harvoin. Tämä selittyy pitkälti sillä, että mini-interventio on suunnattu päihteiden riskikäyttäjille, kun taas päihdetapauskannan aineisto koostuu pääasiassa päihteiden ongelmakäyttäjistä. Tässä tarkastelussa näyttäisi myös siltä, että asiakkaita ohjataan varsin harvoin muiden palveluiden piiriin. Integroituneiden ja ei-integroituneiden kuntien välisissä palveluissa suurimmat erot olivat pitkäaikaisessa laituskuntoutuksessa ja lääkehoidossa. Voisi ajatella, että integroituneiden hoitojärjestelmien kunnissa psykiatrinen tutkimus ja hoito olisi yleisempää. Jos tarkastellaan palveluita suurempina kokonaisuuksina (sosiaalisiin ongelmiin liittyvät palvelut yhteensä, terveydenhuoltoon liittyvät palvelut yhteensä, päihdehuoltoon liittyvät palvelut yhteensä), niin näyttäisi siltä, että erityisesti päihdehuollon hoitotoimenpiteissä olisi eroja integroituneiden ja ei-integroituneiden kuntien välillä. Hieman yllättävästi ei-integroiduissa kunnissa interventioita päihdeongelmiin tehdään enemmän kuin integroituneissa kunnissa, vaikka mielenterveys- ja päihdesuunnitelma oletti että integraation myötä päihdeongelmia identifioitaisiin ja hoidettaisiin herkemmin ja siihen olisi panostettu enemmän kuin ei-integroituneissa kunnissa. Näin ei kuitenkaan tässä aineistossa ole.

Päihdehuollon kyky hoitaa samanaikaisia mielenterveysongelmia: DDCAT, SOMCAT ja SOCCAT

Saadaksemme paremman kuvan päihdepalvelujen hoidollisen (kliinisen) integroitumisen asteesta päädyimme suomentamaan ja muokkaamaan käyttööme Yhdysvalloissa kehitetyn DDCAT-mittarin (Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment), joka on kehitetty hoitoyksiköiden kyvykkyyden arviointiin hoitaa yhteissairastavuutta. DDCAT sisältää 35 kysymystä yhteensä seitsemältä eri aihealueelta. Ensimmäinen aihealue koskee hoitoyksikön virallista tehtävää, asemaa ja taloudellista ohjausta, ja toinen aihealue yleisesti yksikön toimintaa: näiltä kahdelta ensimmäiseltä osiolta on yhteensä kuusi kysymystä. Laajimmin mittarissa arvioidaan kliinisiä hoitokäytäntöjä: kolmannessa osiossa hoidon tarpeen arviointia (assessment), neljännessä itse hoitoa (treatment) ja viidennessä hoidon jatkuvuutta (continuity of care). Nämä kolme osiota sisältävät yhteensä 22 kysymystä eli valtaosan DDCAT-mittarista. Kaksi viimeistä osiota ovat henkilökuntaa ja koulutusta arvioivia ja siinä on yhteensä seitsemän kysymystä, joista yhden hylkäsimme, koska se liittyi yhdysvaltalaiseen hoitojärjestelmään.

Jokaiseen DDCAT:n kysymykseen vastataan asteikolla 1–5. Mitä korkeammat pisteet, sitä parempi on yksikön kaksoisdiagnoosien hoitokyky; yksi piste tarkoittaa kussakin kysymyksessä, että sen osalta yksikkö hoitaa vain addiktioita, kolme pistettä tarkoittaa, että yksikkö on kykenevä hoitamaan addiktioiden lisäksi myös yhteissairastavuutta, ja viisi pistettä, että yksikkö on erikoistunut yhteissairastavuuden hoitoon. Yksikön vastauksista lasketaan sekä osiokohtaiset että kokonaiskeskiarvot. Näiden mukaan hoitoyksiköt voivat sijoittua johonkin kolmesta pääluokasta – vain addiktiohoitoyksikkö (AOS; 1–1,99 pistettä), kaksoisdiagnoosikykenevä yksikkö (DDC; 3–3,49 pistettä) tai kaksoisdiagnoosihoitoon erikoistunut yksikkö (DDE; 4,5–5,0 pistettä) – tai niiden väliin jääviin luokkiin (AOS/DDC; 2–2,99 pistettä & DDC/DDE 3,5–4,49 pistettä). Luokat pohjautuvat Amerikan päihdelääketieteen yhdistyksen (ASAM) määrittämiin.

Arvioimme DDCAT-mittarilla päihdehuollon avohoitoyksiköitä. DDCAT-mittarin tulosten mukaan arvioinnissa mukana olleiden päihdehuollon avohoitoyksiköiden kyky hoitaa asiakkaidensa yhteissairastavuutta, niin kutsuttuja kaksoisdiagnoosipotilaita, oli yleisesti ottaen melko hyvä tai hyvä (taulukko 2). Suomalainen päihdehoito on luultavasti yleisesti ottaen ammatillisempi ja terveydenhuollollisemmin painottunut kuin yhdysvaltalainen päihdehoitojärjestelmä, jota vasten tuloksia on syytä peilata. DDCATissa on myös muutamia kysymyksiä, jotka eivät ole kovin relevantteja Suomessa.

KAUPUNKI	Jyväskylä (i)	Vantaa	Espoo (i)	Kotka	Imatra (i)	Vaasa	Lahti	Hämeenlinna
1. YKSIKÖN RAKENNE	3.8	4.0	4.2	3.3	2.5	2.5	2.4	3.0
2. TOIMINTAYMPÄRISTÖ	4.5	3.3	4.0	3.5	3.3	3.5	3.0	3.0
3. HOIDON TARPEEN ARVIOINTI	4.0	3.4	3.0	3.2	3.2	3.1	2.5	3.0
4. HOITO	3.8	3.2	2.6	3.2	3.6	2.5	2.3	2.8
5. HOIDON JATKUVUUS	3.4	4.0	3.3	3.5	4.0	2.8	2.8	2.8
6. HENKILÖSTÖ	4.5	4.3	2.5	3.8	4.3	3.5	2.75	3.25
7. KOULUTUS	3.5	2.5	1.5	2.3	2.3	1.5	1.5	2
KOKONAISKESKIARVO: KAKSOIS-DIAGNOOSIN HOITOKYKY:	3.9 DDC/DD E (3.5- 4.49)	3.5 DDC/DD E(3.5- 4.49)	3.0 DDC (3- 3.49)	3.3 DDC (3- 3.49)	3.3 DDC (3- 3.49)	2.8 AOS/DD C (2- 2.99)	2.5 AOS/DD C (2- 2.99)	2.8 AOS/DD C(2- 2.99)

Taulukko 2. Tutkimuksessa mukana olleiden kaupunkien päihdehuollon avohoitoyksiköiden DDCAT-pistekeskisarvot (i=integroitu)

Merkityksellisenä olemme pitäneet sitä havaintoa, että avohoitoyksiköiden kyky vastata kaksoisdiagnoosipotilaiden tarpeisiin ei riippunut siitä, oliko yksikkö järjestelmätasolla integroitunut tai ei. DDCAT-mittarissa painottuvat tietyt seikat: saadakseen ”riittävät” pisteet päihdehuollon yksiköllä on oltava käytössään psykiatri (kysymykset psykiatrisesta erityisasiantuntijuudesta, diagnostiikasta ja vaativien mielenterveyshäiriöiden hoidosta) tai muuta lääkäri työvoimaa (kysymykset psykiatrisen määräämisestä ja seurannasta yksikössä); myös mielenterveyteen liittyvän kokemusasiantuntijatoiminnan rooli painottuu mittarissa. Lisäksi pisteiden tasoa nostaa se, jos mielenterveyshoidon osuus toiminnassa on riittävästi dokumentoitu – hyvätkään dokumentoimattomat käytännöt eivät ”riitä”.

Taustaksi on tärkeää todeta, että haastatteluiden perusteella missään tutkimuskaupungissa päihde- ja mielenterveysongelmien limittymistä ei kyseenalaistettu: yhteissairastavuuden yleisyydestä (epidemiologinen argumentti) oltiin kaikkialla yhtä mieltä, mutta silti kliinistä integraatiota (kliininen argumentti) ei erillisjärjestelmissä pidetty välttämättömänä: katsottiin, että mielenterveysongelmia voidaan hoitaa myös päihdehuollon erillisjärjestelmissä. Tässä raportoitujen tulosten perusteella näin näyttäisi myös olevan: DDCAT-mittarin antamat tulokset viittaavat siihen, että päihdeasiakkaiden mielenterveysongelmia voidaan hoitaa monenlaisin järjestelyin. Sekä jaksottainen että kliinisesti integroitu malli voi toimia; toisaalta nämäkin saattavat limittyä.

Tutkimuskäytössä DDCAT:iin on suhtauduttava ei-eksaktina välineenä. Monet vastauksista ovat varsin neuvottelunvaraisia ja vaihtelevat vastaajasta riippuen. Mittarin tutkimuksellista käyttöä merkittävämpää saattaa olla sen hyödyntäminen hoitojärjestelmän kehittämisessä: mittari koettiin kunnissa mielekkääksi kehittämisen välineeksi. Tämän hetkisen tiedon mukaan suomentamamme DDCAT-versio on sittemmin otettu jatkokäyttöön ainakin Helsingissä, Jyväskylässä ja Tampereella. DDCAT-mittarin kehitystyötä on tarkoitus jatkaa Innokylä-palvelussa yhdessä paikallisten toimijoiden kanssa. Kehitystyötä koordinoi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

DDCAT-mittarin perusidean osoittauduttua toimivaksi päädyimme kehittämään sen pohjalta kahta lyhyempää lisäosiota: kahta seitsenkohtaista kysymyssarjaa, joista toinen arvioi hoitoyksiköiden kykyä huomioida ja hoitaa asiakkaiden fyysiseen terveyteen liittyviä ongelmia (”SOMCAT” eli somaattinen hoitokyky) ja toinen hoitoyksiköiden kykyä huomioida ja hoitaa asiakkaidensa sosiaaliseen tilanteeseen liittyviä vajeita ja ongelmia (”SOCCAT” eli sosiaalityöllinen hoitokyky). Näitä kahta lisäosiota ehdimme hankkeen aikana kokeilla neljässä kaupungissa. Koimme tällaiset täydennykset kykyprofiilin kuvauksissa tärkeiksi, koska suomalainen päihdehuollon perinne on lähtökohtaisesti moniammatillinen ja koska päihdeongelmiin tyypillisesti kietoutuu usean eri elämänalueen ongelmia. SOMCAT- ja SOCCAT-kysymyssarjoja on tähän mennessä testattu neljässä päihdehuollon avohoitoyksikössä. Tämän kokeilun tulokset valmistuvat vasta myöhemmin (Tammi & Stenius 2014), mutta alustavasti näyttää siltä, että arvioidut yksiköt ovat moniammatillisia eikä kyvyn kehittyminen yhdellä osa-alueella vie pohjaa kyvykkyydeltä muilla osa-alueille; samat yksiköt voivat olla kykeneviä sekä asiakkaiden mielenterveyden ja fyysisen terveyden hoitoon että tämän sosiaalityölliseen tukemiseen. Integraatio ei ole nollasummapeliä.

Johtopäätökset ja keskustelu

Kansallinen Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma todennäköisesti vahvisti erilaisia integraatiopyrkimyksiä monissa kunnissa, ja vaikutti siten myös hoitopolitiikkaan. Integraatio on kuitenkin laaja yleiskäsite kaikenlaisten palveluiden yhteensovittamiselle. Kunnalliset ratkaisut olivat hyvin erilaisia, ja itse asiassa valtion asiantuntijat ja kuntien työntekijät kävivät dialogia palveluiden kehittämistä. Epidemiologiset argumentit integroidun hoidon tarpeen puolesta hyväksyttiin yleisesti kunnissa; yhteissairastavuutta on käsiteltävä palvelujärjestelmässä. Myös kliinisen integraation tarve tunnustettiin. Päihde- ja mielenterveyspalvelujärjestelmien integraatio sai kuitenkin vain vaihtelevasti tukea. Jos paikallisesti esitettiin sekä taloudellisia että hallinnollisia argumentteja järjestelmäintegraation puolesta eikä vahvoja hoidollisia argumentteja sitä vastaan, todennäköisyys että järjestelmäintegraatio toteutui, oli suuri. Jos sen sijaan varsinkin psykiatrisen järjestelmän sisällä oli ongelmia, joko mielenterveyspalveluiden puute tai puuttuva yhteistyö perus- ja erikoispsykiatrisen välillä, paikallinen ratkaisu oli pikemmin päihdehuollon psykiatrisen osaamisen vahvistaminen (kliininen integraatio erillisjärjestelmässä) tai integroitunut hoitotyö perusterveyden- ja sosiaalihuollossa.

Tämän tutkimuksen valossa vaikuttaa epärealistiselta, että yksi järjestelmä- ja toimintamalli olisi toimiva kaikkialla. Integraation monimerkityksellisyys olisi myös tärkeä tunnistaa kansallisesti, muuten siitä voi tulla tyhjä iskulause, jonka puolesta puhuminen voi jopa vähentää politiikan uskottavuutta.

Miten mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio sitten näkyy sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä sekä päihdepalveluissa asioimisena ja kuinka paljon asiakkaita asioi päihdehuollon palveluissa integroituneissa ja ei-integroituneissa tutkimuskunnissa? Tämän tutkimuksen valossa ei näytä siltä, että integroidut kunnat tavoittaisivat enemmän päihdeasiakkaita kuin kunnat joissa järjestelmät eivät ole integroituneita. Muut palvelujärjestelmän taustalla olevat tekijät, kuten olemassa olevat resurssit ja hoitolaitokset tai kunnan hoitotraditio näyttävät paremmin selittävän hoidon määrää.

Tutkimuksessa ei myöskään löydetty merkkejä siitä, että uudella tavalla integroitunut palvelujärjestelmä tunnistaisi enemmän päihde- ja mielenterveysongelmista samaan aikaan kärsiviä kuin eriytynyt palvelujärjestelmä. Tämä viittaa siihen, että hallinnollisesti integroitunut järjestelmä ei välttämättä identifioi yhteissairastavuutta paremmin kuin erillissysteemi. Kysymykseen saavatko päihdeongelmaiset enemmän tai erilaista hoitoa integroiduissa järjestelmissä verrattuna perinteisiin palvelujärjestelmiin, vastaus on ”todennäköisesti ei”. Löysimme vain pieniä ja osittain hämmäntäviä merkkejä siitä, että integraatiolla olisi merkitystä palveluiden tarjontaan. Työnjako saattaa kuitenkin olla vähän selkeämpi sosiaalityön ja päihdehuollon välillä integroiduissa kunnissa, eli perussosiaalityön rooli on vähäisempi. Ei-integroiduissa kunnissa näyttää yllättävä kyllä siltä, että päihdespesifiset interventiot, mukaan lukien pitkäaikaiset laitoshoidot ja lääkehoito, ovat yleisempiä kuin integroiduissa kunnissa. Viittaako tämä siihen että päihdeongelmia huomioidaan integroiduissa kunnissa vähemmän?

Hankkeessa selvitettiin myös kuntien keskeisten päihdehuollon avohoitoyksiköiden kykyä hoitaa päihde- ja mielenterveysongelmaisia. Keskeisten päihdehoitoa tarjoavien avohoitoyksiköiden mielenterveys-työn osaamisen arviointi DDCAT-mittarilla osoitti, ettei yksiköiden kyvyissä hoitaa mielenterveysasiakkaita ollut eroa sen mukaan, kuuluivatko yksiköt hallinnollisesti integroituun tai integroimattomaan palvelujärjestelmään.

Tämän tutkimuksen tulosten tulkinassa on hyvä huomioda joitain rajoituksia. Ensinnäkin päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraation tutkiminen tilasto-, rekisteri- ja kyselyaineistoilla on haasteellista. Asiakasrekistereistä kansallinen terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri (HILMO) kattaa tällä hetkellä laitospalvelut ja erikoissairaanhoidon varsin hyvin. Perusterveydenhuollon avopalveluiden tiedonkeruu käynnistyi vuonna 2011 ja tiedonkeruun luotettavuus paranee jatkuvasti. Perinteiset päihdehuollon palvelut kuuluvat sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterin piiriin ja tietoa on kertynyt asiakkaista ainoastaan summatasolla ilman diagnoositietoja. Lastensuojelusta ja sosiaalihuollon avopalveluista diagnosiperustaista tietoa esimerkiksi päihdeongelmista ei kerätä. Päihdepalveluiden asiakasrekisteritietojen tutkiminen osoittautui integraatiotutkimuksen kannalta haasteelliseksi myös siksi, että sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteriin ei kerry lainkaan tietoa päihdehuollon eri palvelumuodoista. Tietoa kertyykin tilastoihin kunnista lähinnä sosiaalipalveluiden toimintatilastoista summatasolla. Tällä asetelmalla esimerkiksi pidemmälle vietyjen tilastollisen analyysien tekeminen ei ole mielekästä. Tiedetään myös, että päihdesairaudet ovat alidiagnosoituja ja jäävät usein toissijaisena diagnoosina kokonaan merkitsemättä. Kyselyaineistojen vastausprosentti jää usein alhaiseksi ja kaikista huono-osaisimpia vastaajia ei tavoiteta lainkaan (ovat tiedonkeruun ulkopuolella ollessaan vailla vakinaista asuntoa tai laitoksissa). (Niemelä & Saari 2013.)

Toiseksi päihde- ja mielenterveyspalvelut toimivat kunnissa integroituneena osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden lisäksi vaikuttavuuden arvioinnissa tuleekin huomioda myös muut alueen palvelut ja niissä asiointi. Tätä on osittain tehty päihdetapauskasvatustieteen avulla, mutta tässäkin aineistossa on omat rajoituksensa.

Kolmanneksi, muutokset hoitojärjestelmissä ja niiden vaikutukset tulevat näkyviin usein vasta viiveellä. Saattaakin olla, että tässä projektissa olemme tutkineet päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatiota ja sen vaikutuksia liian aikaisin, hieman etupainotteisesti ja mahdollisesti liian pienillä aineistoilla.

Järjestelmätutkimuksen kysyntä tulee todennäköisesti kasvamaan tulevaisuudessa. Esitämme tämän tutkimuksen tulosten valossa muutamia lisätutkimuksen aiheita. Kuntien palveluissa asiointimäärä riippuu osittain palvelujärjestelmän muodosta ja järjestämistavoista. Se on myös riippuvainen palveluiden tarpeesta. Palveluiden kokonaistarpeeseen vaikuttaa muun muassa kuntien väestön ikärakenne, työllisyystilanne ja sosiaalinen, somaattinen sekä mielenterveyden hyvinvointi. Lisäksi päihteiden tarjonnalla on oma merkityksensä ongelmien muotoutumiselle. Näin palvelujärjestelmän tutkiminen kuntavertailun näkökulmasta edellyttää useiden taustatekijöiden vakioimista tai ainakin huomioimista ennen pidemmälle vievien johtopäätösten tekemistä (Hirschovits-Gerz ym. 2015). Eri alueilla on erilaisia tarpeita ja myös siksi palveluiden järjestäminen tulee suunnitella alueen tarpeet huomioiden. Integraatio onkin ainoastaan yksi tapa kehittää palvelujärjestelmää. Olisikin tärkeää kehittää kuntien tai alueiden kykyä arvioida hoidon tarpeita järjestelmän kehittämisen ohjenuoriksi.

Tutkimusta tulisi tulevaisuudessa suunnata myös palvelumuotojen ja palveluiden laadun tarkasteluun. Hoidon saatavuuteen ja koordinointiin liittyvät kysymykset ovat erityisen tärkeitä mm palvelujärjestelmän systeemisten kokonaissuukisen arvioimiseksi. Palveluiden laadun analyysissa ja kehittämisessä erityistä huomioita tulisi kiinnittää asiakkaiden kokemuksiin. Laadullisia asiakastytyväisyystutkimuksia ja kokemusarviointia olisi tärkeä kehittää, jotta hoitojärjestelmän jatkuva monitorointi olisi mahdollista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon päihde- ja mielenterveysongelmaisten hoitoa tarjoavien yksiköiden palveluiden sisältöä ja laatua tulisi tutkia ja kehittää nykyistä laajemmin hyödyntämällä esimerkiksi tässä esitettyä DDCAT-mittaria integroituneen hoidon hoitokyvyn mittaamiseksi. Myös mittari, jonka avulla arvioidaan mielenterveyspalveluiden kykyä hoitaa päihdeongelmia, olisi mielenkiintoista testata suomalaisessa palvelujärjestelmäympäristössä. Tässä tutkimuksessa DDCAT-mittarin pohjalta kehitettyjen SOCCAT ja SOMCAT mittareiden käyttöä palvelujärjestelmien kehittämisen tukena tulevaisuudessa olisi myös hyvä pohtia.

Lähteet

- Aalto Mauri (2007). Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö - kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 123, 11, 1293–8.
- Hirschovits-Gerz Tanja, Kuussaari Kristiina & Stenius Kerstin. 2015. Miten päihdepalveluiden tarvetta on mahdollista mitata? Submitted.
- Kuussaari, Kristiina & Ronkainen, Jenni-Emilia & Partanen, Airi & Kaukonen, Olavi & Vormaa, Helena: Kuntoutuksesta katkaisuun. Päihdetapauslaskenta palvelujärjestelmän kuvaajana. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (2012:6), 640–655.
- Kuussaari, Kristiina & Kaukonen, Olavi & Partanen, Airi & Vormaa, Helena & Ronkainen, Jenni-Emilia. Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (2014:3), 264-277.
- Kuussaari Kristiina & Hirschovits-Gerz Tanja. Co-occurrence of substance-use-related and mental health problems among intoxicant-related cases in the Finnish social and health care system. *Scandinavian Journal of Public Health*. Hyväksytty julkaistavaksi 12.10.2015.
- Lundgren Lena, Wilkey Catriona, Chassler Deborah, Sandlund Mikael, Armelius Bengt, Armelius Kerstin, Brännström Jan (2014). Integrating addiction and mental health treatment within a national addiction treatment system: Using multiple statistical methods to analyze client and interviewer assessment of co-occurring mental health problems. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31, 1: 59-79.
- McGovern, Mark P., Aurora L. Matzkin, Julienne Giard (2007). Assessing the Dual Diagnosis Capability of Addiction Treatment Services: The Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (DDCAT) Index. *Journal of Dual Diagnosis*, 3, 2, 111–123.
- McGovern, Mark P., Chantal Lambert-Harris, Gregory J. McHugo, Julienne Giard, Laurel Mangrum (2010). Improving the Dual Diagnosis Capability of Addiction and Mental Health Treatment Services: Implementation Factors Associated with Program Level Changes. *Journal of Dual Diagnosis*, 6, 3–4, 237–250.
- Miller, W. & Weisner, C. (2002). Integrated care: The need for evidence-based policy, prevention, and treatment. In W. Miller & C. Weisner (EDs.), *Changing substance abuse through health and social systems*. New York: Kluwer Academic, 243-254
- Minkoff Kenneth (2008). Dual Diagnosis Enhanced Programs. *Journal of Dual Diagnosis*, 4, 3, 320–325.
- Morisano, Monique, Babor Thomas, Robaina Katherine (2014): Co-occurrence of substance use disorders with other psychiatric disorders: Implications for treatment services. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31, 1: 5-25.
- Niemelä Mikko, Saari Juho (2013) Suomalaisen yhteiskunnan notkelmat. Teoksessa *Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa*. Mikko Niemelä & Juho Saari (toim.). Kela tutkimusosasto, Helsinki, 6-21. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40230/Huono-osaisten_hyvinvointi.pdf?sequence=1
- Rush Brian (2010). Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: Origins and key principles. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 6: 617-636.
- Rush Brian (2014). Evaluating the complex. Alternative models and measures for evaluating collaboration among substance use services with mental health, primary care and other services and sectors. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31, 1: 27-44.
- Rush, Brian, Nadeau Louise (2011). On the integration of mental health and substance use services and systems. In D. Cooper (Ed.). *Responding in mental health-substance use*. Book 3. ;Mental health-substance use book series. Oxford UK: Radcliffe Publishing Ltd., 148-175
- Saunders Lorna L. (2003). An Audit of Interventions for Dual Diagnosis in a Psychiatric Unit. *Nursing Times*, 99, 27: 34–36.
- Stenius Kerstin, Kekki Tuula, Kuussaari Kristiina, Partanen Airi (2012). Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 77, 2, 167–175. [Luettavissa osoitteessa <http://www.thl.fi/attachments/yp/2012/2/stenius.pdf>
- Tammi Tuukka, Stenius Kerstin (2013). Capability to handle complex substance abuse problems and its relationship to treatment system level. Using the DDCAT instrument to explore local treatment systems in Finland. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 31;1, 45-58.
- Tammi, T.& Stenius, K. (2014): Mixed capabilities in addiction treatment. Paper presented at the KBS 40th Annual Alcohol Epidemiological Symposium of the KBS Society, Torino, July.

4.3 Tuollainen voikin onnistua – viiden vuoden tarkastelua kaleidoskoopin läpi

Timo Salmisaari

Kuvaan artikkelissani eräässä organisaatiossa toteutetun palvelujärjestelmän muutoksen teemoja yhden toimialan näkökulmasta. Kokonaisuus koostuu muutoksen taustatekijöiden esittelystä, ideologisten ja strategisten linjausten ja niiden taustojen kuvaamisesta sekä joidenkin muutokseen sisältyvien ratkaisuiden avaamisesta. Mukana on kyseisiin teemoihin keskeisesti liittyvän muutosjohtamisen pohdiskelua ja tulevaisuutemme visiointia eli miten loputon matkamme etenee. Harkitusti tulokulmia on paljon ja artikkeli on kokoelma poimintoja. Asiakaslähtöisyys on ydinteema, jota vasten luettua kannattaa peilata. Artikkelini on osittain jatkoa aiemmalle artikkelilleni (Salmisaari 2013). Sisällössä esiintyy siten toistoa. Tämä on harkittua, sillä monet käyttämistäni käsitteistä ovat ajan myötä laajentuneet ja tarkentuneet. Eräs käsikirjoituksen kommentoijista vertasi kirjoitustani kaleidoskooppiin. Allekirjoitan ilmaisun.

Johdanto

Kuluneet reilu kuusi vuottani Eksotessa ovat olleet vauhdikkaita ja värikkäitä. Takana on valtava määrä yksittäisiä ratkaisuja, harhailua hämärässä ja tuhansia neuvotteluja. Johtotähtemme on koko ajan ollut kuitenkin kirkas, vaikka välillä pilvien peittämä. Olemme kansalaistemme palkkaamina tuottamassa heille lisäarvoa tuottavaa toimintaa. Kaiken toiminnan pitää olla johdettavissa tähän perustehtävään.

Kun alkujaan kuvasin tavoitteemme, minulle todettiin lakonisesti: ”tuollainen ei voi onnistua”. Siitä lähdettiin ja tätä matkaa nyt otsikon mukaisesti kuvaan. Oheinen ote sosiaali- ja terveysministeriölle lähettämästäni viestistäni oheisen artikkelin kirjoittamisen lopetteluun ajoilta kertoo, mistä tässä kaikessa on ollut kyse:

”Yli viisi vuotta kestäneen matkan kuvaaminen on kiehtovaa ja sangen haasteellista. Perusajatukseni on, että kaikkea sote-toimintaa määrittäisi kunkin yksilön subjektiivinen pärjäävyys. Ydin-yksikkönä on yksilö, jolla on hyvinvoinnin ongelmiin liittyvä palvelutarve. Tässä kokonaisuudessa esim. mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat vain osa laajaa palvelukokonaisuutta, jonka sitoo yhteen sosiaalihuollon alkulähteiltä kumpuava tematiikka. Paradoksaalisesti tämä on eri asia kuin nykyinen toimeentulokeskeisyyden kapeuttama sosiaalityö puhumattakaan sosiaalitoimesta, jonka haasteena on toimeenpanon puute.

Lyhyesti: Pitää mennä ihmisten elämään, kuulla heitä ja käynnistää hallitut prosesseihin perustuvat palvelukokonaisuudet heitä tukemaan. Olemme parhaillaan menossa näillä ajatuksilla somaattisen erikoissairaanhoidon sisään täydessä yhteisymmärryksessä. Katsotaan, mitä saamme aikaan. Toistammeko ihmisläheiseen työskentelyyn aiemminkin asemoitunutta vaikeasti ymmärrettävää dialogia vai löydämmekö vihdoin yhteisen sävellajin?

Tarjoamme ratkaisuksi yhteiskunnallisen osallisuuden organisaatiota, joka pyrkii tuottamaan em. subjektiivisen lähestymistavan pohjalta monikontekstisen palvelukokonaisuuden, joka rakentuu enemmänkin kansalaisuuden kuin potilas/asiakas-tematiikan ympärille. Tuotanto-organisaatioina tässä kokonaisuudessa on sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi koko yhteiskunta painottaen siinä järjestöjen ja muun kolmannen sektorin toimintaa. Kaikkea ohjaa lähimmäisyys, johon myös kaikkia toimijoita kollektiivisesti kannustetaan. Kuten olen todennut aiemminkin, ajattelussani ja organisaatiomme tuloksissa lähimmäisyys ja tuottavuus ovat samaa teemaa.”

Kovin usein meiltä pyydetään tiivistettyä reseptiä siitä, kuinka tämä palvelujärjestelmämme muutos tehtiin. Haluan heti aluksi todeta, ettei sellaista reseptiä ole, joskin ilman tiettyjä yksittäisiä ratkaisuja en usko aikaansaatavan toimivaa palvelujärjestelmää. Tällaisia ovat matalan kynnyksen palvelut, 24/7 -toiminta, elinympäristöön tehtävä työ, mielenterveys- ja päihdepalvelujen sekä aikuissosiaalityön integraatio, kaikkien asiakkaiden kuuluminen kaikille, johtamisen uudenlaiset vaatimukset ja johtamisjärjestelmän keskeisyys. Kaikkein tärkeimpänä osa-alueena pidän johtamista, sillä tarvittavat ja tuottavat ratkaisut ovat jo kaikkien ulottuvilla, mutta oleellista on, kuinka ne laitetaan toimeen. Tämä taas kulminoituu kahteen teemaan – valtaan ja psykologiaan.

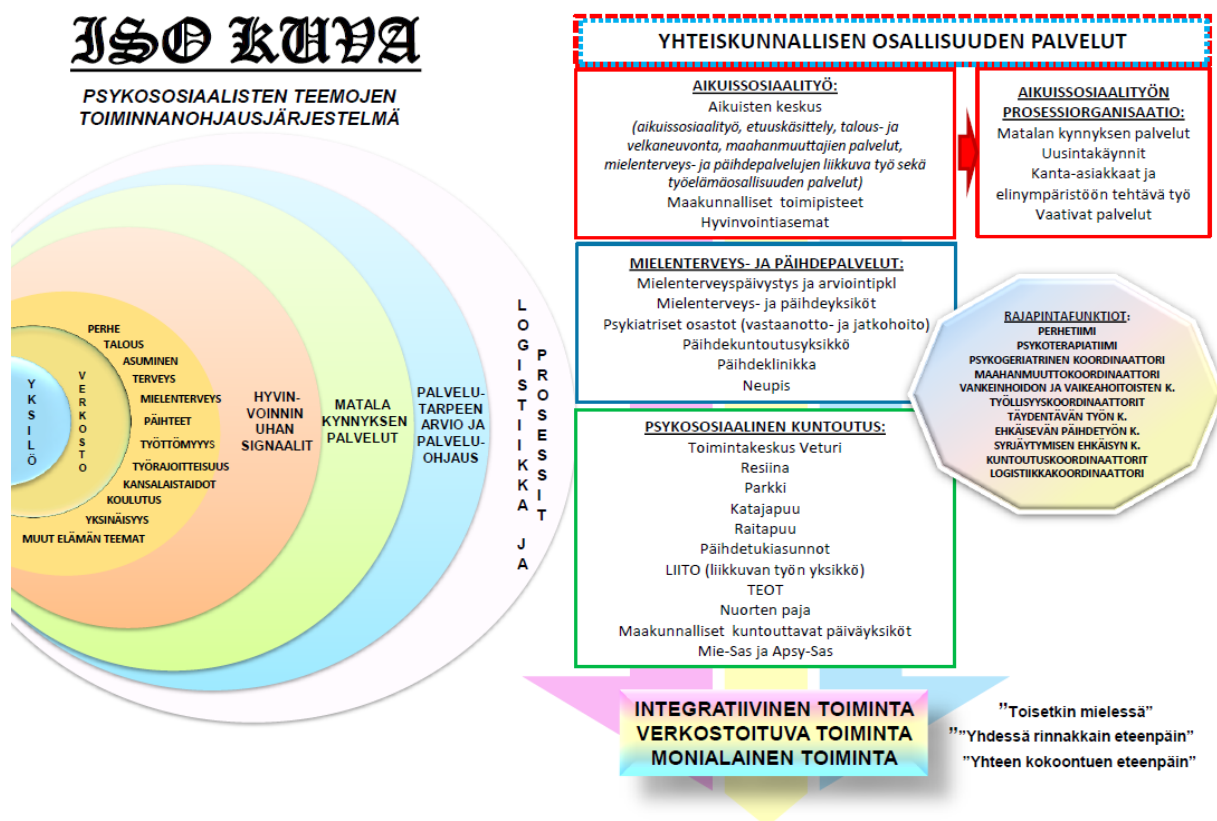
Mikä on oleellista? Meille tulee ihminen ja hän tarvitsee jotakin hyvinvointinsa tukemiseen. Kaikki lähtee tästä. Meillä tulee olla keinot ja välineet tämän tuottamiseen. Otetaan hänet sisään, kysytään hänen tilastaan ja asetaudutaan hänen kokemus- ja merkitysmaailmaansa. Kuinka hän pärjää elämässään?

Tähän meillä on käytössä palvelujärjestelmä, joka pyrkii ketterän organisaation periaattein tuottamaan tarvittavat palvelut. Järjestelmäämme on sisäänrakennettuna kolme keskeistä mekanismia a) tilaaja-tuottaja -malli b) kaikki asiakkaat ovat yhteisiä -periaate ja c) päihdetyö kuuluu kaikille -ideologia, jossa kaksi merkittävintä ulottuvuutta ovat asenne ja päihdeongelmaisten huomioiminen palvelurakenteen muodostuksessa.

Jokainen organisaatio syntyy siellä olevien yksilöiden ympärille paikallisia vahvuuksia hyödyntäen, heikkouksia kompensoiden ja lisävalmiuksia hankkien. Tämän takia muutos on mahdollinen kaikkialla. Sitä ei kannata rakentaa muiden malleille, vaan joka tahon kannattaa luottaa itseensä. Organisaatioiden kovaaäänisimmät eivät välttämättä ole osajia ja hiljaisuudessa saattavat lymytä arvokkaat ja urauurtavat ratkaisut. Jokainen organisaatio pystyy parempaan.

Järjestelmien uudistamisen haitallisin ilmiö on osaoptimointi. Tällöin jokainen taho pyrkii luomaan omalta kannaltaan parasta mahdollista muista välittämättä. Syntyy kangastuksia eli näkyjä, jotka ovat vain tiettyjen katsojien silmissä ja jota muut eivät edes voi havaita. Organisaatio ei voi rakentua kangastusten verkostolle, vaan se tehdään yhdessä ja tällöin kaikki joutuvat tekemään kompromisseja.

Muutos on matka, jonka luonne ja päämäärät ovat yhteisesti riittävän hyvin ymmärretty. Sisältö syntyy kulkiessa, aiempi matka määrittää ainoastaan nykyisen sijainnin, mutta tavoitteet sekä päämäärät tulevan reitin valinnan. Matkaamme kohti sellaista, joka ei edes vielä näy ja meillä kaikilla on yksilölliset näkemyksemme määränpäästä. Jatkon onnistuminen vaatii riittävän samankaltaisen vision, toistemme kanssa toimeen tulemista, jatkuvaa keskustelua ja arviointia sekä kulkemisen sitoutumisen. Muutos tarvitsee vision, ideologian, strategian, havainnoille rakentuvan ketteryyden sekä ennen kaikkea hyvää johtamista. Ratkaisemattomien yksityiskohtien ja epäkohtien havainnoiminen ei ole vaikeaa. Johdon tehtävänä ei ole passiivisena luetella näitä, vaan taata eteenpäin meno. Olemme kaikki vastuussa ratkaisujen löytämiseksi ja näin henkilöstön proaktiivisuus on kultaakin kalliimpaa. Alla näkyy Eksoten toiminnanohjausjärjestelmä syyskuussa 2015 (kuva 1).



Timo Salmisaari

Kuva 1. Eksoten Aikuisten psykososiaalisten palvelujen ”iso kuva”

Muutoksen kriittisin vaihe on alku. Tällöin muutosvalmiuden konkretisoituminen käytännön toimiksi johtaa väistämättä omien fantasioiden korvautumiseen realismilla, jossa välttämättä kenenkään toiveet ei toteudu, vaan kyse on kompromissien hakemisesta ja hyväksymisestä. Tavoitteena on saavuttaa jatkuvan muutoksen olotila – metamuutos, jossa nopealiikkeisyys ja ketteryyden ovat osa luonnollista arkea.

Hyviä johtajia ei ole olemassa ilman hyvistä työntekijöistä rakentuvia työyhteisöjä. Mahdollinen hyvä voi siten syntyä ainoastaan yhdessä – olemalla samassa veneessä. Parhaan tekemiseen tarvitaan meitä kaikkia.

Eksoten tausta lyhyesti

Olimme ennen niin sanotun sote-lain kumoutumista eräänlainen sote-laboratorio. Paljon on puhuttu Eksotemallista, mutta minusta tällaista ei ole. Enemmänkin kyse on yhden otsikon alla olevien sovellusten koosteesta, jonka keskeisiä muutoksia mahdollistavia tekijöitä ovat olleet tavallista suurempi ja yhtenäinen maantieteellinen palvelujen kokonaisuus, integraatioon tähtäävät toiminnot sekä yksijohtajajärjestelmä.

Meillä on Eksotessa paljon uutta ja toimivaa, mutta myös sellaista, jossa muutos on tarkoittanut ainoastaan kylttien vaihtumista katoilla. Nähtävissä on myös osaoptimoinnille rakentuvia kuplamaisia ratkaisuja, joista ensimmäiset ovat jo puhjenneet. Aika näyttää, onko tällaisten ratkaisujen luominen luonnollinen ja ehkä välttämätönkin välivaihe matkalla kohti todellista integratiivista sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmää, joka on löytänyt paikkansa muun muassa valtion hallinnon organisaatioiden, liikeyritysten ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa rakentuvassa yhteisessä ekosysteemissä. Missä määrin epäonnistumiset ovat onnistuneiden ratkaisujen edellytys ja miten rajoitetaan näiden leviäminen ekosysteemissä?

Alkujaan Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskeisessä osastossa perustettiin tuottamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja uudella asiakaslähtoisemmällä ja kustannustehokkaammalla tavalla. Se käynnistyi erikoissai-

raanhoidon osalta 1.6.2009 ja kokonaisuudessaan 1.1.2010. Keskeisinä taustatekijöinä olivat muun muassa vanhusväestön määrän kasvu ja palvelutarpeen lisääntyminen, uhkaava kunnallisen järjestelmän rahoituskriisi sekä työvoiman saatavuuden väheneminen.

Jäsenkuntiamme ovat Etelä-Karjalan kunnat Imatraa lukuun ottamatta. Nämä ovat ulkoistaneet sosiaali- ja terveydenhuoltonsa ja samalla noin puolet budjeteistaan meille. Imatralle me tuotamme erikoissairaanhoidon ja erityishuollon palvelut. Mitä ilmeisimmin imatralaiset liittyvät täysjäseninä mukaan 1.1.2016.

Budjettisummamme muodostuu kolmen osan kokonaisuudesta: suoritepohjaisesta sekä kapitaatioperiaatteen ja tarvepainotetun kapitaatioperiaatteen mukaisista osioista. Näiden keskinäinen suhde määrittyy meille räätälöidyn ja kuntien hyväksymän laskentakaavan perusteella. Kapitaation käsite tarkoittaa tässä yhteydessä eri asioita kuin esimerkiksi valtionosuuksien määräytymisperusteissa. Saamamme summa on kiinteä eli jos ylitämme sen, joudumme periaatteessa itse hankkimaan rahoituksen muuttamalla toimintaamme tai säästämällä sen muista toiminnoista.

Rahoituksen määrän kehitys on ollut kivulias ja monimutkainen prosessi. Meihin kohdistettiin aluksi sekä volyymiltaan että nopeudeltaan epärealistisia odotuksia, mikä johti suurten alijäämien muodostumiseen ja tarpeeseen lisätä kuntien rahoitusta. Tällä hetkellä vastaamme rahoituksellisiin haasteisiin tuottavuuden lisäämisellä, alijäämien kattamisella ja aiempaa tiukemmalla budjettikurilla. Tai ainakin näin pitäisi olla.

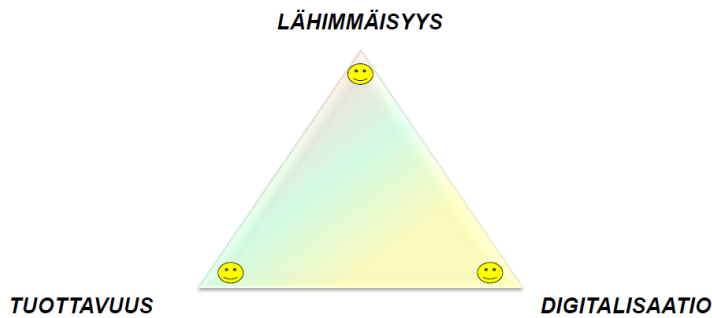
Itse johdan Aikuisten psykososiaalisia palveluja, jotka perinteisiä organisaatorajoja ajatellen pitää sisälleen mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä aikuissosiaalityön. Kuvaan myöhemmin näitä yhdistäviä ja asiakkaillemme lisäarvoa tuottavia ratkaisuja. Pahoittelen jo etukäteen, että olen joutunut jättämään paljon pois artikkelin koon hallinnan nimissä.

Sekä Eksoten että oman organisaatiomme rakenteiden ainutlaatuisuuden takia meillä Aikuisten psykososiaalisissa palveluissa on ollut kovin vähän valmiita palvelujen toteuttamisen malleja. Strategia ja toiminta sisältöineen on pitänyt kehittää itse. Erityinen haaste on toiminnanohjaus eli miten ja kenen toimesta kokonaisuuden konsepti luodaan ja pidetään käynnissä. Olemme lähestyneet haasteitamme uusilla rakenteilla ja tavoilla pilkottuamme aiemmat toiminnat osiin ja kyseenalaistamalla kaiken. Toimintamme on ollut tuloksellista ja olemme omalta osaltamme onnistuneet torjumaan uhkaavan rahoituskriisin järjestämällä palvelujen tuottamisen nykyistä huomattavasti taloudellisemmalla tavalla. Silti olemme edelleen erittäin suurten haasteiden edessä. Jos alkuperäistä matkamme tavoitetta kuvataan luvulla 100, niin olemme parhaillaan lähestymässä lukua 20 eli vasta alkutaipaleella. Paljon on matkaa edessä ennen kaikkea asiakkaidemme tarpeisiin vastaamisessa. Keskeisiä strategisia tavoitteitamme ovat olleet asiakaslähtöisyys ja tuottavuus, joten olemme yhdistämässä lähimmäisyyttä, digitalisaatiota ja tuotantotalouden periaatteita (kuva 2). Vain sellaisella toiminnalla on merkitystä, joka tuottaa asiakkaillemme lisäarvoa. Meiltä edellytetään toiminnan kehittämistä muuten kuin perinteisesti palvelu- tai tulosaluelähtöisesti, mutta lainsäädännön asettamat velvoitteet huomioiden.

Keskeisiä strategisia tavoitteitamme ovat olleet asiakaslähtöisyys ja tuottavuus, joten olemme yhdistämässä lähimmäisyyttä, digitalisaatiota ja tuotantotalouden periaatteita (kuva 2). Vain sellaisella toiminnalla on merkitystä, joka tuottaa asiakkaillemme lisäarvoa. Meiltä edellytetään toiminnan kehittämistä muuten kuin perinteisesti palvelu- tai tulosaluelähtöisesti, mutta lainsäädännön asettamat velvoitteet huomioiden.

Digitalisaatio mahdollistaa sähköisten ratkaisujen avulla uudenlaisen näkyvyyden, nykyistä monipuolisemman toimijoiden vuoropuhelun sekä voimavarojen tarkoituksenmukaisen kohdentamisen. Se laajentaa yksilöllistä palveluvalikkoa sekä tarjoaa palvelujen räätälöinnille aivan uudenlaisia ulottuvuuksia. Päämääränä on vapauttaa inhimillisiä resursseja kohtaamiseen, lähimmäisyyden ylläpitämiseen, uudenlaiseen palvelutuotantoon sekä yksinkertaisesti sinne, missä niitä ei ole riittävästi. Kaikki tämä lisää tuottavuutta, koska matka tarpeista palvelujen toteutukseen on lyhyempi, tarkempi ja tuloksellisempi.

MODERNI PYHÄ KOLMINAISUUS



Kuva 2. Keskeiset toimintaa ohjaavat tekijät (Lähde: Timo Salmisaari)

Riittävän suuri alueellinen ja toiminnallinen kokonaisuus mahdollistaa julkishallinnollisen uudenlaisen ketteryyden. Palaan teemaan myöhemmin, mutta lyhyesti tämä tarkoittaa kokonaisuuden hallintaa siten, että uuden toiminnan kannalta parasta rakennusmateriaaliamme ovat:

- toimimattomina näyttäytyvät prosessit,
- palveluja vaille jääneet asiakkaat,
- palvelujärjestelmämme pudokkaat.

Ilman heidän tavoittamistaan järjestelmämme ei kehity, kunhan vain varmistamme tämän informaation havaitsemisen ja hyödyntämisen.

Kehitysmatkallamme on myös tärkeää pyrkiä ymmärtämään, mitä aiemmin ei ole ymmärretty, jotta epä-tarkoituksenmukainen ja tuottamaton toiminta ei siirtyisi mukaan uuteen toimintatapaan. Tämä tarkoittaa niin sanotun **kolmen aikamuodon etenemistä**, jossa

- **Menneisyys** edustaa kehityksen potentiaalia ja innovoinnin materiaalia. Sieltä löytyvät toimimattomuuksista kumpuavat kehitystarpeet ja myös sellaista, mitä meillä varmasti on. Uuden tulee rakentua sopivasti perinteille, mutta varoa niihin verhoutumista. On sangen haasteellista kääntää ”näinhän olemme aina toimineet”-periaate turvallisuuden edustajasta kyseenalaistuksen kohteeksi.
- Palvelujärjestelmän **nykyisyys** on toimimattomuuksien löytämistä, havaintojen tekemistä uusien sovelusten implementoitumisesta ja jatkuvan kehittämisen periaatteen mukaista viilaamista. Tämä rakentuu keskeisesti kokonaiskuvan hallinnalle. Kaikkien muutosten ei tarvitse tapahtua samanaikaisesti, mutta niiden välissä tulee nähdä edes löyhä tai ohut sidos. Paradoksaalisesti kaikki sidokset tulee olla myös katkaistavissa, jos kehitys vaatii sitä.
- **Tulevaisuus** edustaa erityisesti suuntaa, johon väistämättä mennään ja jonka tarpeet vaativat kehittymään, mutta mistä voi tulla myös aivan uudenlaisia mahdollisuuksia kokonaisuuden hallintaan ja palvelujen tuottamiseen. Onko ongelmakohdissa kyse, ettemme havaitse ratkaisuja vai ettei niitä oikeasti ole. Tulevaisuus edustaa myös hyppyä tuntemattomaan, riskien ottoa ja rohkeutta asettua ennen kokemattoman eteen.

Olemme joutuneet kääntämään ympäri perinteisen kehittämisen kulttuurin, jossa uudistaminen merkitsee aina lisäresursseja. Lähtökohtanamme on, että mikäli tällaista tarvetta ilmenee, muutoksemme on vääränlainen. Todennäköisesti olemme silloin monistamassa vanhaa ja toimimatonta. Julkishallinnossa on oman arvioni mukaan vähintään 30 prosentin yliesurssi toimintaan nähden. Kehitysresursseja riittää siten vielä pitkään ilman lisäpanostuksia. Meidän ei tarvitse säästää, vaan lisätä tuottavuutta – samalla rahalla enemmän.

Kehityshistoria ja sen taustalla olevat haasteet; missä on psykiatria?

Palvelujärjestelmän luomisen ulottuvuuksia on kuvattu alla olevassa kuvassa 3. On oleellista ymmärtää, että hallintolähtöiset näkemykset menevät siinä määrin päällekkäin ja ristikkäin, niiden varaan ei palveluja voi kattavasti luoda. Eri hallintoalojen ongelmia esiintyy kumuloituneena samoilla ihmisillä.

ASIAKASSEGMENTIT VS. HALLINTORAJAT



Hieman faktoja:

- Melkein kaikilla ihmisillä on jossain vaiheessa elämänsä jonkinasteinen mielenterveyden häiriö ja
- Suurella osalla mielenterveysongelmaisista on myös päihdeongelma ja
- Apua hakevista päihdeongelmaisista lähes kaikilla on myös mielenterveysongelma.
- Toisaalta pitkäaikaistyöttömyys altistaa mielenterveysongelmille ja näin myös päihdeongelmille.
- Me myös tiedämme, että molemmat näistä ongelmista altistavat pitkäaikaistyöttömyydelle.
- Vaikeista mielenterveysongelmista kärsivät kuolevat 10 vuotta nuorempina kuin ei-mielenterveysongelmaiset ja kuolinsyyt ovat somaattisia.
- Monen somaattisen sairauden oireena esiintyy masennusta ja pitkäaikaisesti masentuneilla esiintyy huomattavasti tavallista enemmän somaattisia sairauksia.
- Pitkäaikaistyöttömillä on muuta väestöä enemmän somaattisia sairauksia...
- Tällaisia eri asiakassegmenttien välistä peilaavaa vertausta voisi jatkaa monen muunkin muuttujan ympärillä...

MITEN TÄSTÄ KAIKESTA TEHDÄÄN TOIMIVA ORGANISAATIO?

Timo Salmisaari

Kuva 3. Asiakassegmenttien ja hallintorajojen välisestä suhteesta

Olemme saaneet paljon kritiikkiä psykiatrian profession kadottamisesta. Uudistuksemme lähestymiskulma onkin palvelujärjestelmä eli priorisoimme palveluihin pääsyn oppiaineen edelle. Psykiatrian ja mielenterveyspalvelujen ero on asiakkaan kannalta merkittävä. Psykiatrinen diagnoosi pyrkii yhtenäiseen, mutta valitettavan usein ulkokohtaiseen määrittelyyn, kun mielenterveyspalvelut perustuvat kokemuksellisuuteen ja asiakkaan omaan maailmaan. Ero on oireiden objektiivisuuden ja subjektiivisuuden välillä. Asiakkaan kokemus on tärkeämpi kuin ammattilaisen havainto.

Avaintema tässä diagnostiikan ja palvelujärjestelmän luomisen välisessä ristiriidassa on segmentointi. Se on asiakkaiden tarpeiden ja palveluvalikon välistä dialogia. Psykiatrian oppiaineen vaatimukset ja hienoudet kuuluvat segmenttien sisään. Sillä varmistetaan, että tehdään oikeita asioita oikeassa paikassa ja oikea-aikaisesti. Jokainen tarvitsee jotakin, kaikki eivät kaikkea, mutta jokainen otetaan vastaan ja häntä kuullaan.

Nykyaikaisen kliinisen psykiatrian yksityiskohdat, kuten mittarointi, diagnostiikka, Käypä hoitosuosituksen ohjaavuus ja moderni vaikuttava hoito ovat rakennettu tämän järjestelmän sisään yhtään laadusta tinkimättä. Valitettavasti ne eivät vain riitä kaikista kansalaisistamme huolehtimiseen. Erikoissairaanhoidon toimiva lääketieteen erikoisala ei ole koskaan pyrkinytkään ottamaan kaikkia asiakkaita vastaan, ainoastaan ne, jotka täyttävät kriteerit. Erikoissairaanhoidon on siten jo lähtökohtaisesti osaoptimointia. Hallittuna kokonaisuutena se tuottaa asiakkaalle lisäarvoa, mutta valitettavan usein asia tuntuu kääntyneen päinvas-

toin. Erityistä osaamista vaativien palvelujen keskittämisen ja osaoptimoinnin välinen ero on monesti hiuksenhieno. Ratkaisevaa on, onko tavoitteena lopulta organisaation vai asiakkaan etu.

On sangen haasteellista tehdä tästä organisaatio muuten kuin ottamalla yksi asiakas kerrallaan sisään, selvittämällä hänen palvelutarpeensa ja käynnistämällä tämän mukaiset prosessit.

Tuloksistamme

Valtakunnallisen vertailun mahdollistavassa tulosten kuvaamisessa haasteellisinta on tarkkojen ja vertailukelpoisten lukujen puuttuminen. Terveystieteiden tutkimuksessa käytetään paljon benchmarkkausta, mutta tällöin vaarana on systeemivirheiden kumuloituminen ja jopa rikastuminen johtamisjärjestelmissä ylöspäin mentäessä. Valtakunnallisella tasolla käytetyn tiedon analysointi on monimutkaista ja tämän takia usein väärinymmärrettyä. On sangen tärkeää ymmärtää, että palvelujärjestelmän budjeteissa käytetyt luvut eivät ole oikeaa rahaa, vaan käytännössä vyörytyksiin ja muihin vastaaviin taloushallinnon työkalujen rakentamiin instrumentteihin perustuvia suhdelukuja. Niiden käyttö sisäisessä laskennassa on vielä kohtuullisen toimivaa, mutta kustannuslaskennan ja tuottavuuden näkökulmista ne antavat sangen virheellisen kuvan ja yksittäisten toimintojen vertaaminen muiden tuottajien kanssa on lähtökohtaisesti harhaanjohtavaa.

Itse asiassa nykyään julkisen ja yksityisen terveydenhuollon vertailu on lähes mahdotonta, koska tavoitteet ja siten myös tuotteet poikkeavat toisistaan niin merkittävässä määrin. On sama kuin vertailisi kirjastoa ja kirjakauppoja keskenään. Molemmat pyrkivät siihen, että ihmiset lukisivat mahdollisimman paljon, mutta julkinen puoli (kirjasto) yrittää toteuttaa yhteiskunnallista tehtävää (sivistys) ja vastata jo olemassa oleviin tarpeisiin. Yksityinen puoli (kirjakaupat) yrittävät luoda uusia tarpeita, myydä oheistuotteita ja esitellä tuotteita, joita asiakkaat eivät edes tieneet olevankaan ja joita ilman he eivät voisi jatkossa pärjätä. Kirjasto pyrkii alhaiseen liikevaihtoon ja kirjakauppa taas aivan päinvastoin.

Ohessa on esitettyinä keskeisiä tuotantolukujamme. Talouden absoluuttisiin lukuihin on edellä mainituista syistä syytä suhtautua varauksellisesti laskentajärjestelmien epävirallisuuden takia, mutta kehitysennusteet ja tuottavuuden muutokset ja vastaavat suhteelliset luvut ovat paikkansa pitäviä:

- Jonot ovat poistuneet, vaikka kuka vain voi tulla milloin vain...
- Henkilöstöpulaa ei ole enää.
- Asiakastytytyväisyyksmittauksissa olemme saaneet Eksoten parhaat tulokset.
- Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluasumisen kulut ovat vähentyneet 30 prosenttia, mikä merkitsee, että psyykinen sairastuminen ei enää juurikaan merkitse itsenäisestä asumisesta luopumista. Valtakunnallisesti kulut ovat NHG:n tiedon mukaan samana aikana 15 prosenttia eli olemme saavuttaneet 45 prosentin kustannussäästön.
- Päihdepalvelujen ostot ovat vähentyneet yli 80 prosenttia, mikä kuvastaa räätelöinnille perustuvaa omavaraisuutta palvelutuotannossa.
- Psykiatrien osastojen palveluvalikko on laajentunut huomattavasti, vaikka paikkaluku on vähentynyt 60 prosenttia. Samalla olemme kotiuttaneet lähes kaikki ostopalvelut.
- Vastentahtoiset toimenpiteet ovat vähentyneet yli 90 prosenttia!
- Asiakaskohtaiset kustannukset ovat vuodesta 2010 vuoteen 2014 laskeneet 13 prosenttia ja tämä kehitys on jatkunut.
- Nettotoimintamenojen kehitys valtakunnan tasolle siirrettynä tarkoittaisi 5,5 miljardia euroa säästöjä (vuoden 2014 lopussa).
- Vuonna 2014 tulos toteutui +1,2 miljoonaa euroa budjettia pienempänä (toteuma 36,6 miljoonaa euroa), vaikka tuotot laskivat 0,5 miljoonaa euroa laitoshoidon vähenemisen takia.
- Tämän vuoden 2015 ennuste 9 kk perusteella on 1,1 milj euroa budjetoitua parempi. Tämä on jo neljäs vuosi peräkkäin, kun näin tapahtuu, vaikka jokainen budjetti rakentuu edellisvuoden toteumalla. Viime vuonna nettotoimintamenoimme vanhan organisaatorakenteen mukaan tarkasteltuna olivat alhaisemmat kuin aloittaessamme vuonna 2010. Sama tapahtuu tänä vuonna uudellakin organisaatorakenteella.

Itse en näe, miksi tämä ei voisi toteutua muuallakin maamme julkishallinnossa. Kyse on aivan tavallisista asioista.

Tiivistetysti voimme todeta osoittaneemme, että on mahdollista luoda järjestelmä, johon kaikki asiakkaat pääsevät koska tahansa, sekä lisätä tuottavuutta, jolloin samalla rahalla saadaan enemmän. Tuloksistamme merkittävin on kuitenkin vastentahtoisten toimenpiteiden lasku. Tämä luku kuvaa hoitokulttuurimme kokonaisvaltaista muutosta ja sitä muutospotentiaalia, joka henkilöstössä on. Oma vakaa käsitykseni onkin, että muutosten toteuttamisten suurimmat esteet kumpuavat riittämättömästä johtamisesta.

Yleisistä kansallisista haasteistamme, kuuden kontekstin vaatimus

Sosiaali- ja terveydenhuoltomme on rakenteeltaan sangen kompleksinen ja monikontekstinen. Jokainen suomalainen on siinä kuuden eri kontekstin toiminnan kohde. Olemme järjestelmässä veronmaksajina, kansalaisina, asiakkaina, potilaina, yksilöinä ja lainsäädännön kohteina. Palvelujen järjestämisessä on keskeistä ymmärtää ja integroida näiden kontekstien vaatimukset.

Veronmaksaja haluaa kohtuullista verotusta ja mahdollisimman paljon vastetta maksamilleen veroille. Tämä edellyttää kustannuslaskentaa hyödyntävää tuottavuuden nostoa. Järjestelmän hallittavuus ja ymmärtäminen ovat tavoitteen toteutumisen ehtoja. Valinnoilla on yleensä hintalappu. Jos hintalappua ei ole, sekin on tärkeä tieto. Kaikkea ei voi arvioida rahassa, mutta se on saatava riittämään.

On keskeistä ymmärtää, että tuottavuus on aivan eri asia kuin säästöt. Sosiaali- ja terveydenhuollon tuote ei ole raha, vaan jokaisen veronmaksajan subjektiivinen pärjäävyys. Tuottavuuden nostaminen tarkoittaa sitä, että samalla rahalla saadaan toimintaa, joka tuottaa kaikille enemmän hyvinvointia. Asian toteuttaminen vaatii positiivista priorisointia eli kaikki eivät voi saada kaikkea. Annettujen palvelujen ajoitukseen on syytä kiinnittää huomiota.

Johtamisen haasteena tässä kontekstissa on tuottavan ja tehokkaan toiminnan järjestäminen. Julkishallinnon johtamisperinteen ilman tulostuottoa pitäisi tulla jo tiensä päähän.

Hyvinvointivaltion täytyisi tuottaa **kansalaisten** perusturva. Hallinto luo rakenteet, verkon paulat. Niiden väliin on kudottu mahdollisimman tiheäsilmäinen verkko, jonka tehtävä on ottaa kaikista pudonneista koppi. Kansalaiselle keskeisiä teemoja ovat hallittavuus, turvallisuus ja luotettavuus. Johtamiselta vaaditaan oman osuuden hallintaa yhteiskunnan isossa kuvassa ja integroitumista kansalliseen kokonaisuuteen.

Meille mielenterveys- päihde- ja sosiaalityön edustajille kuuluu erityisenä vastuuna yhteiskunnan pehmeistä arvoista huolehtiminen. Rahan loppuessa ja järjestelmän kaatuessa tiedämme asiakkaidemme jäävän ensimmäisinä järjestelmän ulkopuolelle. Heillä ei ole rahaa eikä valtaa palveluiden hankkimiseen muualta. Paradoksaalisesti juuri meidän on huolehdittava kovien arvojen toteutumisesta eli kustannustietoisuudesta.

Yhteiskuntamme tuottaa palveluja, joiden **asiakkaita** me kaikki olemme. Mutta täyttävätkö julkiset palvelut samat kriteerit kuin liiketaloudellisilla periaatteilla toimivat yritykset? Tuottavan toiminnan määrittämistä häiritsee käytettyjen kustannusmallien erilaisuus. Yksityissektorin luvut perustuvat reaalityönteeseen. Julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa raha on rahaa järjestelmää ennen ja sen jälkeen, mutta tämän sisällä se edustaa vain vyörytyksille perustuvia suhdelukuja. Tuottamamme palveluasumisen kustannukset sisältävät muun muassa röntgenlaitteidemme maksamista, kun yksityisellä puolella sitä ei tapahdu samaa palvelua hinnoiteltaessa. Tällä hetkellä eri järjestelmien kustannustehokkuutta on mahdotonta verrata luotettavasti.

Palveluiden pitää olla helposti saavutettavia ja valikon tulee kattaa asiakkaiden tarpeet. Kriittisiä tekijöitä onnistumisen kannalta ovat saatavuus, kattavuus, joustavuus ja palvelualttius. Teemat ovat samat kuin jokaisessa palvelupisteessä. Sitä tuotetaan, mitä kysytään.

Johtamisen kannalta haaste on rajapintojen hallinta: miten luodaan palveluista verkosto ja kuinka ohjataan asiakkaat hallitusti toiseen palveluun, kun oma palvelutuotanto ei ole tarkoituksenmukainen. Toiminnan järjestäminen vaatii matalan kynnyksen palvelut. Jokainen voi avata lähikaupan oven aukioloaikoina. Sama pitäisi toteutua myös julkishallinnossa.

Potilas (sosiaalihuollossa **asiakas**) on järjestelmämme tunnetuin kohde. Terveydenhuoltomme on yksi maailman korkeatasoisimmista ja sosiaalihuolto on velvoitettu pitämään kaikista huolta. Molempien toimintaa voidaan kuitenkin yhä tehostaa ja tuottavuutta nostaa.

Terveydenhuollon diagnostiikassa ja sosiaalihuollon kohdentamisessa on parantamisen varaa. Kumpia-kin voidaan tehdä järjestelmällisemmiksi ja yhdenmukaisemmiksi. Tarkoitus ei näin ole kaventaa mitään vaan päinvastoin lisätä vaikuttavuutta. Tarkoituksenmukaisempi toiminta vapauttaa resursseja sinne, missä niitä ei vielä ole riittävästi. Näin mahdollistamme korkeatasoisten professioiden ylläpidon ja sovittujen prosessien häiriöttömyyden. Toimenpiteet tapahtuvat suunnitellusti ja oikeassa portaassa.

Oman haasteensa tuo myös edellä mainituille Käypä hoito -suosituksille rakentuva valtakunnallinen toimintakulttuurimme. Miten hoidetaan ja kenen toimesta näiden ulkopuolelle jäävät yksilöt? Mikä on Käypä hoito-suositusten ulkopuolisten Käypä hoito, esimerkiksi sairauksiensa hoitoja laiminlyövät, raittiutta tavoittelemattomat alkoholistit, lääkkeitä syömättömät psykepotilaat, asiansa sotkevat, rahansa tuhlaavat, huonosti käyttäytyvät, hoitoonsa tyytymättömät ja vastaavat ulkopuoliseksi koetut ryhmät? He ovat mukana tässä järjestelmässä, halusimme tai ei.

Yksilö on jäänyt palvelutuotannossamme liian vähälle huomiolle. Julkista ja yksityistä palvelutuotantoa verrattaessa selvimmät erot löytyvätkin tässä kontekstissa. Yksilöllisyyden huomioiminen on kohtaamiselle rakentuvaa vuorovaikutusta ja räätälöityjä palveluja. Palvelut tavoittavat toivomukset, odotukset ja henkilökohtaiset kokemukset. Jokaisen todellisuus on hänen omansa.

Palvelutuotannon tulisi rakentua sellaisille yksilön ulottuvuuksille kuin kokemuksellisuus, subjektiiviset merkitykset, selviytyvyys ja tarvitsevuus. Termi pärjäävyys on kohtalaisen hyvä kattoteema tälle kokonaisuudelle. Se on vielä laaja-alaisempi käsite kuin nykyinen muotisana terveyshyöty. Kaikkea ohjaa Tervetuloa -palvelulupaus ja asiakaslähtöisyyden eri ulottuvuudet: kohtaaminen, ketteryys, tasavertaisuus ja tuottavuudesta huolehtiminen.

Lainsäädäntö on yhteiskunnan tukirakenne ja yksilön turva. Viranomaisjärjestelmä ja valvontatoiminta ylläpitävät sitä. Kontekstin ohjaavia teemoja ovat oikeudenmukaisuus, uskottavuus, tasa-arvo ja tasavertaisuus. Järjestelmien haasteena on pitää itsensä ajan tasalla suhteessa lainsäädäntöön ja luoda riskit havaitseva sisäisen valvonnan järjestelmä.

Tuottavuutemme kannalta viime aikoina ovat toistuvasti nousseet esille maallemme erittäin kalliiksi käyneet lainsäädännön tulkinnat. Sote-uudistusta koskevan järjestämislain hallituksen esitys kaatui perustuslain tulkintoihin tai oikeammin valmisteluvaiheen viranomaisyhteistyön puutteisiin. Tapaus Erika on esimerkki lainsäädännön aiheuttamasta eri turvajärjestelmien kohtaamattomuudesta. Kyse ei ollut resursseista, joiden lisäämistä tarjotaan taas ratkaisuksi. Pitkäaikaistyöttömyytemme luvut ovat kasvussa samanaikaisesti kun meillä on asiakaspulaa lakisäätöisessä kuntouttavassa työtoiminnassa eli niin sanotuissa suojatöissä. Yhteiskuntamme kuitenkin pursuaa tekemätöntä työtä esimerkiksi vanhusten arjen avustamisessa, maisemien hoidossa ja yleisen siisteyden ylläpitämisessä. Kaikilla ei ole mahdollisuutta kantaa kortta kekoon hyvinvointivaltion ylläpidossa. Myös lain tulkintojen tulisi huomioida kansallinen kestävyyskymme, niilläkin on hinta.

Liian suuri osa toiminnasta kuluu järjestelmän ylläpitämiseen ja oikein tekemisen valvomiseen. Nämä resurssit ovat pois kaikkein tärkeimmästä eli asiakastyöstä. Apuvälineet ovat karanneet käsistä, rengistä on tullut isäntä.

Asiakaslähtöisyys – kaiken ydin

Matkallamme kaikkein kivuliainta on ollut henkilöstön työskentelyn palauttaminen perustehtäväämme. Vähitellen asiakas oli unohtunut todellisuudessa, jossa jokainen oli määritellyt asiakaslähtöisyyden omalla tavallaan työnsä lähtökohdista. Käsite toimi perusteluna pohjimmiltaan työntekijä- ja järjestelmälähtöiselle toiminnalle. Alusta pitäen minua ihmetytti, kuinka helposti asiakkaan edusta on luovuttu laintulkintaan, vakiintuneisiin työskentelytapoihin, mukavuuteen tai organisaatorajoihin liittyvien seikkojen takia.

Asiakaslähtöisyys on yleisesti allekirjoitettu ja runsaasti viljelty arvo, johon on sisällytetty hyvin monen tasoisia ja moniulotteisia teemoja. Mutta mitä se lopulta pitää sisällään? Meillä se on keskeisin toimintaamme ohjaavista periaatteista, jopa pyhä asia. Erotamme sen sisällä neljä eri tasoa:

1. **Yksilötaso: (Kohtaaminen).** Kyse on palvelujen räätälöinnistä jokaiselle kansalaiselle hänen tarpeitaan vastaavaksi. Palvelutarpeen määrittelyssä keskeistä on yksilön subjektiivisten kokemusten ja merkitysten kohtaaminen. Myöhemmin käytän tästä kokonaisuudesta käsitettä pärjäävyys. Kansanomaisesti siteeraan kyseisen ulottuvuuden avaamiseksi Juicea: ”Sun kanssa katson maailmaa ja samaa unta nään”.
2. **Palvelujen taso: (Ketteryys).** Sosiaali- ja terveydenhuolto on samanlainen palvelujärjestelmä kuin mikä tahansa muukin. Palvelujen tulisi määräytyä asiakkaiden tarpeiden mukaan eikä päinvastoin. Miten kokisimme, jos lähikauppias määritteli, mitä perheessämme syödään? Todennäköisesti valitsisimme toisen kaupan, jos vain se olisi mahdollista.
Pyrkimyksenämme on muotouttaa palveluvalikkomme ja toimintamme siten, että niin sanottu katujen todellisuus toimii ohjaavana tekijänä. Näin palvelujen sisältö ei jäisi kiinni niiden saatavuudesta, vaan organisaatiolle on luonnollista, että sen toiminta hengittää asiakkaiden tarpeiden mukaan. Tämä tarkoittaa myös valmiutta karsia ja lopettaa vähemmän käytettyjä palveluja. Jopa niin, että vanha organisaatio voi jäädä ainoastaan joillekin henkilöille määritellyksi erilliseksi toiminnoksi. Esimerkiksi meillä aiemmin yleissairaalapysykiatrian tulosityksikkö oli suuri ja monipuolinen kokonaisuus, mutta uusien prosessin myötä se on nykyään kahden työntekijän työpanokselle rakentuva yksi avohoidon toiminto.
3. **Väestötaso: (Mahdollistaminen).** Lähtökohtana on oikeudenmukaisuuden ja yhteiskunnallisen tasa-arvon toteutuminen. Me mahdollistamme maakuntamme asukkaille mahdollisimman yhdenmukaiset ja kaikkialle ulottuvat palvelut. Joudumme tässä pyrkimyksessämme huomiomaan realiteetit ja kohdistamaan käytettävissä olevia resursseja sinne, missä tarve on suurin ja niille saadaan myös vastetta.
Kokonaisuuden hallitsemiseksi joudumme ottamaan käyttöön positiivisen priorisoinnin, mikä tarkoittaa resurssien suuntaamista ajallisesti tarkoituksenmukaisimmin. Kukaan ei saa jäädä vaille palveluja, mutta näiden tuotannossa on syytä huomioida sen hetkinen motivaatio, toiminnan ajoitus ja kokonaisuuden ketjuttaminen. Palveluvalikkoon kuuluu myös huolenpito, joten ketään ei jätetä.
4. **Tuottavuuden taso: (Vastuullisuus).** Tämä taso on kansallisesti tällä hetkellä tärkein ja ajankohtaisin. Kansakuntamme talous lähenee kriittistä tilannetta ja tilanteen korjaaminen vaatii merkittäviä panostuksia julkishallinnon organisaatioilta.

Toistan, minkä aiemmin jo totesinkin, että erityisesti meidän mielenterveys- ja päihdepalvelujen sekä aikuissosiaalityön edustajien on tärkeää vaalia yhteiskunnan pehmeitä arvoja. Meidän tulee ylläpitää hyvinvointivaltion mahdollisimman tiheäsilmäistä turvaverkkoa sekä syyliä, joka on valmis vastaanottamaan ketnet tahansa.

Jos kävisi niin, että taloutemme todella romahtaisi, tällöin astuisi voimaan palvelujen anarkia, jossa palvelujen saantia ohjaisivat raha ja suhteet. Asiakkaamme olisivat ensimmäisiä, jotka jäisivät palveluja vaille samalla kun heidän määränsä kasvaisi räjähdysmäisesti. Tällaisen tilanteen estämiseksi meidän on tehtävä kaikki voitavamme – tämä tehtävä kuuluu yksiselitteisesti meille. Jos tällainen uhkakuva toteutuisi, niin kritiikin kärjen tulisi kohdistua meihin alamme hallinnossa. Tehtäviimme kuuluu löytää sellainen dialogi, jota kuullaan voimavaroja kohdennettaessa.

Tuottavuuden lisäämisessä meillä on ollut keskeisintä prosessien luominen ja kehittäminen. Pohjimmiltaan tässä ei ole kyse teollisuudessa tapahtuvan kaltaisesta prosessien visualisoinnista, vaan eräänlaisesta metanäkökulmasta, jossa oleellista on jokaisen uuden toimen kannalta, että a) miten tällä tuotetaan asiakkaalle lisäarvoa, b) kuinka tämä kiinnittyy kokonaisuuteen ja c) mitä lisätoimenpiteiden tarvetta tästä seuraa?

Asiakaslähtöisyys ja tuottavuus kohtaavat konkreettisesti myös niin sanottujen sisämarkkinoiden haluttuunotossa. Tarkoitin tällä asiakkaita turhauttavaa ja jopa lopulta poispuodottavaa sekä resursseja turhaan kuluttavaa muualle lähettämisen kulttuuria, jolla organisaatio työllistää itse itsensä. Osa tästä toiminnasta pohjautuu vaikeiden vastatunteiden laukaisemalle hyväntahtoiselle toiminnalle ja sille, etteivät ongelmat ole edes ratkaistavissa yhdessä paikassa. Mukana on valitettavasti aiemmin kuvattua osaoptimointia. Tällaisen sisäisen tuottamattomuuden poispurkaminen on yksi ilmeisimmistä lisäarvoa tuottavista toimenpiteistä mistä tahansa näkökulmasta katsottuna. Se olisi teknisesti helppoa, mutta usein psykologisesti kivuliasta.

Tuottavuus ja asiakaslähtöisyys tehdään arjessa. Ne koostuvat yksittäisistä toimenpiteistä ja räätälöidyistä ratkaisuista erilaisissa tilanteissa. Kehysten tehtävä on mahdollistaa nämä, mutta ne eivät tuota kumpaakaan.

Muusta strategiastamme ja ideologiastamme

Strategianamme on luoda palvelujärjestelmä, joka ottaa vastaa kaikki apua tarvitsevat. On tärkeää ymmärtää, etteivät asiakkaamme edusta jotain tiettyä väestöryhmää tai segmenttiä, vaan olemme olemassa aivan jokaista varten ja tarjoamme palveluja milloin ja kenelle vain. Strategiamme onkin yhdellä sanalla kiteytetynä ”Tervetuloa”. Arvoisat kansalaiset, älkää jääkö miettimään pulmanne kanssa, vaan tulkaa neuvottelemaan – kuka vain, milloin vain ja minkä asian kanssa vain.

Meille voi myös lähettää kenet tahansa. Lähetä on enemmänkin funktio kuin edellytys käsittäen kolme osaa a) asiakas tietää, että hoito siirtyy muualle, b) vastaanottava taho saa tästä tiedon ja c) tiedot on kirjattu sairauskertomukseen koosteeksi kysymyksen asetteluineen siten, että pyritään toteuttamaan lapaan syötön periaatetta. Lähetettiin käytettävä aika olisi syytä minimoida, koska toiminta on ensisijaisesti viranomaisia varten, eikä tuota asiakkaille lisäarvoa.

Avoterveydenhuollon lääkäreiden ei myöskään tarvitse hoitaa psykiatrisia ongelmia, jos he eivät halua. Asiakaslähtöisyyteen kuuluu asiakkaan hoidon onnistumisen optimoiminen. Jos yksittäinen terveyskeskuslääkäri ei osaa tai halua paneutua jonkun asiakkaan asioihin, niin on asiakaslähtöistä siirtää hoito toisaalle. Tämä periaate koskee vain yksittäisiä asiakkaita, muuten uhkana vain resurssien siirto ja asiakkaiden palvelunalikon kaventaminen terveyskeskuksissa.

Tämä Tervetuloa -julistus on samalla sitova ja vaativa palvelulupaus. Sen ilmaistuaamme meidän on myös vastattava tähän. Palvelujen mahdolliselle puuttumiselle tai niiden piiriin pääsemiselle ei ole enää selityksiä.

Suuri haaveeni olisi saada tähän ideologiaan systeeminen ulottuvuus. Asiakkaan saapuessa järjestelmään, hän edustaa myös perhe- tai muun yhteisön systeemistä ikkunaa, josta olisi mahdollista havainnoida ja tunnistaa muita avun tarvitsijoita. Kyseinen näkökulma asettaa haasteensa sekä palveluohjaukselle että palvelujen toteuttamiselle. Välttämättä vastaanotolle tulija ei ole perheensä sairain tai tarvitsevin.

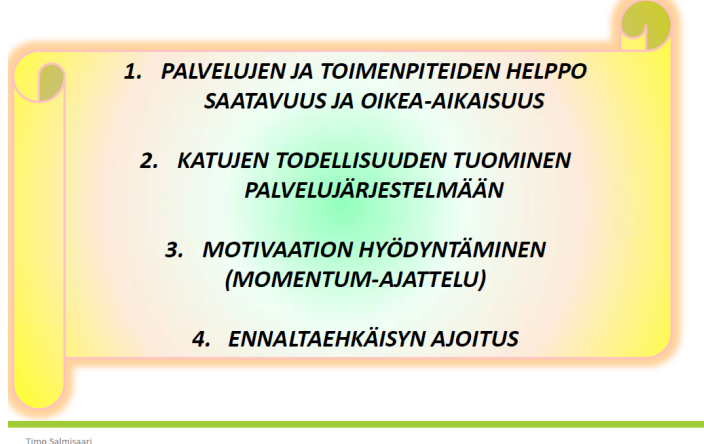
Ideologinen lähestyminen on samanaikaisesti ylevä ja raadollinen. Haluamme olla lähimmäisiä toisille, ihmisiä avun tarvitsijoille, joten kaiken tulee rakentua kohtaamiselle. Sama asia toisin ilmaistuna on, että pyrimme tuottamaan sellaisia palveluja, joita toivoisimme itsellemme ja läheisimmillemme. Ei voi tehdä huonompaa kuin mitä itse odottaisimme. Lähimmäinen lähimmäiselle. Ihminen ihmiselle.

Lähtökohtana matalan kynnyksen palvelu

Ajattelussani jonot ovat seurausta huonosta palvelujen järjestämisestä. Kun asiakas voi tarvitessaan hakeutua avun piiriin, voidaan palvelujen saamisen lisäksi varmistaa kysynnän ja tarjonnan kohtaaminen sekä luoda uudenlainen oman itsensä hyvinvoinnista huolehtimiseen kannustava kulttuuri. Kiitos, että tulit, nyt voimme yhdessä ratkaista hyvinvointisi ongelmia. Kun asiakas on kiinnostunut itsestään, on myös tehokkain vaikuttamisen hetki. Käytän tästä periaatteesta nimeä Momentum-ajattelu. Ennaltaehkäisykin näkökulmasta on syytä takoa silloin, kun rauta on kuumaa. (Kuva 4.)

MATALA KYNNYS –toimintamallin tavoitteita

eksote



Timo Salmisaari

Kuva 4. Matalan kynnyksen toimintamallin tavoitteita

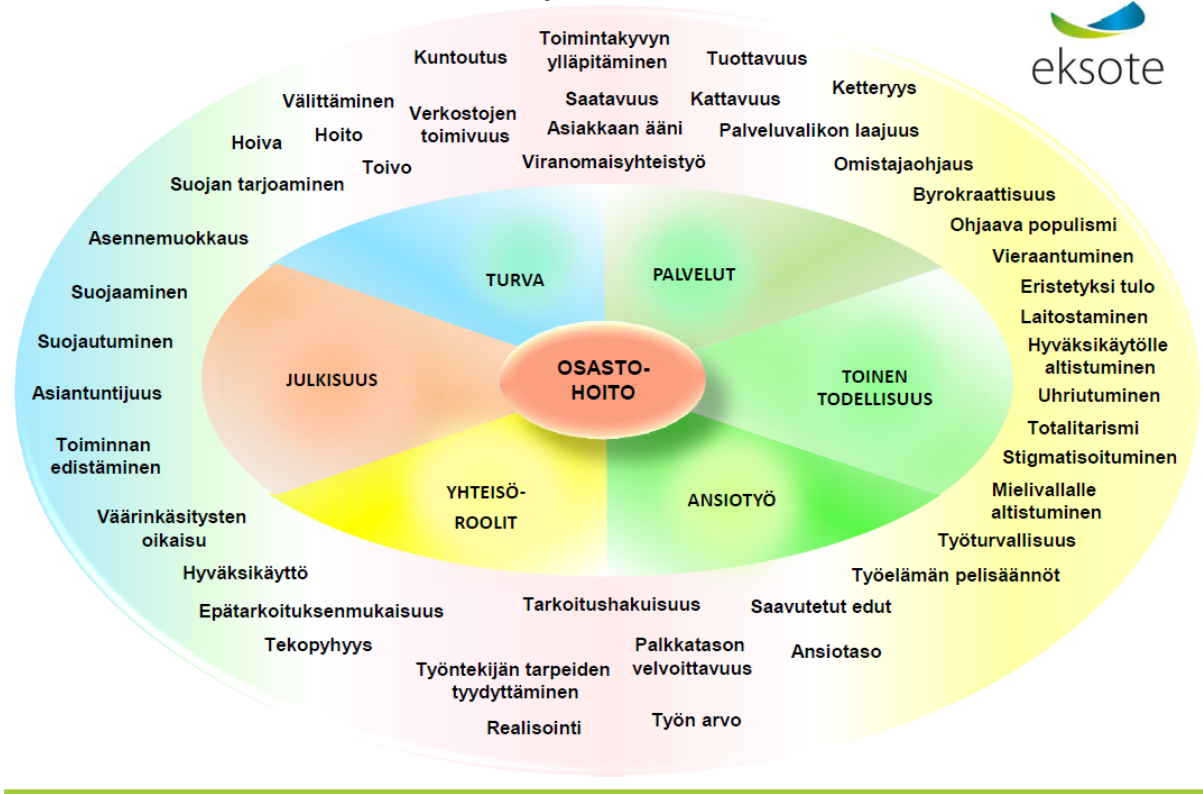
Tervetuloa-ideologiamme on suuri palvelulupaus asiakkaillemme. Jonottomuutta on pidetty tavoitteistamme epärealistisimpana, mutta olemme pääosin onnistuneet tässä. Edellytykset voidaan jakaa viiteen ryhmään:

1. Matalan kynnyksen yksikön tulee sijaita siellä, missä ovat **muutkin palvelut**. Sisääntulon on oltava kaikin puolin vaivatonta. Tilaratkaisut ovat selkeitä, opasteet ymmärrettäviä, vastaanottavan henkilöstön asenne kohtelias ja ilmapiirin omasta hyvinvoinnista kiinnostumisesta palkitsevaa.
2. Toiminnon liikennettä ja tapahtumia on mitattava ja raportoitava. Vaarana on koko ajan toiminnan tukkeutuminen tai muodostuminen epätarkoituksenmukaiseksi. Henkilöstön puolelta tulevana haasteena on alttius käyttää toimintoa resurssien ylivuotoastiana tai oman työpäivän mukauttajana eli asiakaslähtöisyys tarjoaakin mahdollisuuden oman työn osapoptimoinnille. **Palvelun tulee kuitenkin olla vain ja ainoastaan asiakkaiden tarpeille rakentuvaa.**
3. Tällainen toiminta asettaa uudenlaisia haasteita henkilöstöpolitiikalle. **Asiakasliikenteen raportointi ohjaa myös henkilöstön sijoittumista.** Kiinteiden työpisteiden ja vakiintuneiden työkuvioiden kulttuurit tulevat haastetuiksi.
4. Ei riitä, että asiakkaat pääsevät vaivattomasti sisään ja heidän tarpeensa tulevat kartoitetuiksi. Palvelutuotannon tulisi rakentua mahdollisimman paljon prosesseille. Tässä yhteydessä sana prosessi on hie- man laajemmassa merkityksessä kuin esimerkiksi teollisuudessa. Sillä tarkoitetaan arjen todellisuuden havaintoihin perustuvien lainalaisuuksien suunnitelmallista ja ennalta sovittua hallintaa. Esimerkiksi aloitettuamme matalan kynnyksen toiminnan kävi ilmi, että päihteiden käytöllä ja epäsosiaalisella käyt- täytymisellä oirehtiville nuorille ei ollut palveluja tarjolla missään, vaan heidät ohjattiin yksiköstä toi- seen. Jouduimme luomaan heille hoitopolun ja toiminnot alle kuukaudessa.
5. Matalan kynnyksen toiminnan tukeminen edellyttää kaikkien osallistumista siihen. Käytännössä matalan kynnyksen palvelut tilaavat muulta organisaatioltamme jatkoprosessit. Muut sitoutuvat tuottamaan tämän yksikön antamien signaalien mukaista toimintaa. Kyse on eräänlaisesta **tilaaja-tuottaja -mallista.**

Uudistustyön kompleksisuudesta

Uudistustyö on aina operoimista useassa kontekstissa yhtaikaa. Jokainen muutosliike voi käynnistää sekä horisontaalisia että vertikaalisia vastareaktioita. Alla (kuva 5) on kuvattu osastohoidon muuttamisen kompleksisuutta. Samat teemat koskevat kaikkea muutostyötä, mutta tässä yhteydessä ne ovat selkeimmin ja ymmärrettävimminkin eroteltavissa.

KOMPLEKSISUUS, esimerkkinä osastohoito



Timo Salmisaari

Kuva 5. Uudistustyön kompleksisuus, esimerkkinä osastohoito

Kun yritämme parantaa yksilön turvaa laajentamalla ja joustavoittamalla avohoidon palveluja, tämä edellyttää osastohoidon vähentämistä. Mielestäni osastohoidon keskeisiä vaikutuksia on käsitelty julkisuudessa liian vähän. Näitä ovat muun muassa altistuminen monenlaiselle hyväksikäytölle, elämän varjopuolien tiivistymisen kuuleminen, stigmatisoituminen ja ylisukupolvinen suvun tarinan muuttuminen. Palaan näihin vielä myöhemmin.

Selvyyden vuoksi totean, etten olisi ajamassa osastohoitoa alas, uskon sitä tarvittavan turvan toteuttamiseksi. Vaikeasti sairas ihminen tarvitsee suojaa itseltään, ettei hän vahingoittaisi itseään tai äärimmillään tekisi itsemurhaa.

Kaikki tämä yksilön hoidon tehostamisen ja elämän helpottamisen nimissä tapahtuva toiminta vähentää kolmivuorotyön määrää ja näin voi tuoda merkittävän uhkan työntekijöiden talouden suunnitteluun. Miten esimerkiksi maksaa asuntolainaa, jos päätyöstä saatavat ansiot putoavat kolmivuorotyöstä päivätyöhön siirtymisen myötä kolmanneksen?

Mielenterveyslaki antaa osastojen henkilökunnalle valtuudet, joita edes poliiseilla ei ole. Se ei kuitenkaan mahdollista työturvallisuuden näkökulmasta tapahtuvia eristyksiä. Kuinka varmistamme erityisöimien tilannekohtaisen legitimitetin?

Niin sanotut yhteisöroolit tekevät edellä mainitusta kokonaisuudesta vielä haastavamman. Me teemme maailmastamme ymmärrettävämmän ja hallittavamman erilaisilla valmiilla käsityksillä ja oletusarvoilla. Näiden heijastaminen ihmisiin ja ympäristöön luo valmiita roolituksia ja stereotyyppioita, jotka sitten vastaavasti ohjaavat elämäämme ja asenteitamme. Köyhät saavat meidät tuntemaan itsemme rikkaammiksi ja ”hullut” terveemmiksi.

Monille meistä on kunnia-asia pitää aktiivisesti huolta vähäosaisista ja edistää heidän asioitaan. Osa meistä jopa pyrkii aktiivisesti etsimään tällaista yhteiskunnallista toimintaa. Tarkoitan tällä muuta kuin

ihmisyyteen luontaisesti sisältyvää empatiaa. Kyseistä ilmiötä edustavat hyväntekeväisyyskampanjat ja Joulun ajan anteliaisuus. Kohderyhmien tarpeet pysyivät samanlaisina juhlapyhien välissäkin. Äärimmillään tämä on nykyajan anekauppaa.

Mielenterveysasiakkailta on perinteinen yhteisörooli. Heidän etujaan ei saa vaarantaa ja kaikki vähänkään siltä haiskahtava laukaisee erilaisia puolustusliikkeitä. Paradoksaalisesti tällainen vanhaa säilyttävä puolustaminen on pohjimmiltaan julmaa. Kevyemmästä päästä tätä on nimby-periaate (not in my backyard) – pitääkää huolta hulluistanne, jotta ne eivät tule meidän nurkkiimme. Viime vuosikymmeninä olemme huolenpidon nimissä, muun muassa silponeet heidän aivojaan (lobotomia), käyttäneet nykyään kidutuskeinoiksi määriteltyjä hoitomuotoja (sähkösovit) ja sitoneet väkisin sänkyyn muistakin kuin turvallisuussyistä (leposide-eristys). Olemme silloin tuottaneet parasta mahdollista hoitoa. Näiden toteuttamisen turvaaminen oli siihen aikaan samaa kuin uudistusten esto nykyään.

Kyseistä ilmiötä on voitu käyttää työntekijöiden taloudellisten etujen ajamiseen, yhteiskunnasta vie-raannuttavan hoidon ylläpitoon ja julmien hoitomenetelmien jatkamiseen.

Kokonaisuuteen kuuluu vielä julkisuuden kaksiteräinen teema. On elintärkeää, että henkiä säästävää apua tarjoavan organisaation julkisuuskuva on myönteinen. Kielteinen kuva voisi johtaa muutenkin epätoivoisessa maailmassa elävän saapumatta jäämisen kohtalokkain seurauksin. Toisaalta julkisuus voi pilata kenen tahansa työntekijän loppuelämän. Media pystyy asettamaan loppuelämän fatwan kenelle tahansa meistä. Tieto tästä rajoittaa ja lamaannuttaa toimintaamme.

Pahimmillaan edellä kuvatussa kokonaisuudessa voi käydä niin, että yksittäisen asuntovelallisen työntekijän ilmoitus potilaiden heitteillejätöstä voi estää sen kehitystyön, jolla säästettäisiin ihmiselämiä, parannettaisiin asiakkaiden elämän laatua ja estettäisiin ongelmien ylisukupolvista kehitystä. Kokonaisuuden kompleksisuus tarjoaa kuitenkin otollisen maaperän monenlaisten toisarvoisten tai jopa julmien etujen ajamiseen.

Osastopaikkojen vähentämisen taustoja ja ideologiaa

Olemme vähentäneet sairaalapaikkojamme radikaalisti, vaikka samalla olemme kotiuttaneet lähes kaikki ostopalvelumme. Valtion mielisairaaloissa olevat potilaat ovat vähentyneet yli 50 prosenttia ja päihdepalvelujen osto on satunnaista yksittäisten asiakkaiden hyvin poikkeuksellisiin tarpeisiin perustuen.

Keskeisin syy ratkaisujen radikaalisuuteen ja päätösten nopeuteen on ollut asiakkaiden tarpeisiin perustuvan aiempaa laajemman palveluvalikon sekä niiden luomiseen tarvittavien resurssien välttämättömyys. Toinen keskeinen syy on ollut myöhemmin kuvattava avohoitopainotteisuuden ideologia. Eksoten perustaminen ei tuonut resursseja lisää, mutta antoi suuremman henkilöstön myötä mahdollisuuden tehdä aiempia toimivampia palvelukokonaisuuksia.

Sairaalahoitoon sisältö on määritelty uudelleen siten, että siellä tehdään vain asioita, joita ei voi avohoidossa tehdä. Tämä on tarkoittanut muun muassa merkittävää psykologisten tutkimusten ja toimintakyvyn arvioiden vähentämistä sekä osasto-olosuhteissa tehtävien työkyvyn arvioiden lopettamista.

Osastolle lähettäminen on ollut perinteinä, kun muita resursseja ei ole ollut tarjolla tai ei ole tiedetty, mitä tehdä. Se on edustanut myös palvelujärjestelmän ylivuotoastiaa ja varmuuden vuoksi -toiminnan kohdetta.

En voi välttyä myöskään vaikutelmalta vuoren tuomisesta Muhammedin luo. Työntekijän on helpompaa ja selkeämpää omien työolosuhteidensa kannalta toimia samassa tutussa ympäristössä tuttujen työtovereiden kanssa kuin tavata yksin asiakkaita ja heidän omaisiaan saati mennä kotikäynneille, tai osallistua verkostokokouksiin vaihtelevilla kokoonpanoilla eri paikoissa.

Todennäköisesti psykiatrissa sairaalahoitoa tullaan alueellisena palveluna tarvitsemaan aina, mutta uusia toimintamuotoja haettaessa on syytä huomioida myös osastohoidon kielteiset vaikutukset. Meillä on aina yksilöitä, joiden hätä tai turvan tarve edellyttävät heidän omalta itseltä suojaamista tai irtisanoutumista itselle vakavasti vahingollisesta elinympäristöstä. Haluan toistaa, etten ole puhumassa laitoshoidon lopettamisen puolesta, vaan peräänkuulutan mahdollisimman tarkoituksenmukaista ja elämän kokonaisuutta tukevaa hoitoa. Vääränlainen tai liian pitkä sairaalahoito voi pahimmillaan tuhota kuntoutumisen edellytysten rippeet.

Itse olen vakaasti sitä mieltä, että nykyisistä noin 8000 psykiatristen palvelukotien asukkaista suurin osa on hyvään pyrkivän järjestelmämme tuotosta. Sairaalahoido on suunnannut asiakkaita muualle kuin ympäröivään yhteiskuntaamme. Olemme luoneet heille valheellisen todellisuuden, jossa ei synny muuhun yhteiskuntaan integroitumisen valmiuksia.

Meidän tulisi aina pohtia, mikä tämän päivän hoitojärjestelmässämme voisi olla sellaista, jota myöhemmät sukupolvet kauhistelevat. Ainakin osastohoitoihin liittyvistä tekijöistä osa on tällaisia. Ohessa siihen liittyviä keskeisimpiä teemoja:

Omasta elämästä irtoaminen

- **Autonomia ja perusturva tulevat uhatuiksi.** Yksilö on yleensä heikoimmillaan psyykkisen sairauden yhteydessä. Keinotekoinen ympäristö, osaston autoritaarinen maailma ja yksityisyyden puute eivät välttämättä edistä omanarvontunnon rippeiden kokoamista ja heikkojen valon säteiden vahvistamista.
- **Yhteys tärkeisiin asioihin katkeaa.** Jokainen meistä on muotouttanut elinympäristöään vuoropuhelussa sen kanssa. Kun se muuttuu uhkaavaksi, niin onko parempi siirtyä väliaikaisesti toisaalle vai saada kotiin apua vahvistamaan hyviä asioita ja ehkä jopa auttamaan niiden löytämisessä?
- **Ihmissuhderekyylit:** lapset, puoliso ja muut tärkeät ihmissuhteet. Psykiatrinen sairaalahoido muuttaa paitsi potilaan, niin myös hänen ympäristönsä statusta. Syntyy mielisairaiden puolisoja, lapsia ja sukulaisia. Vaikka emme haluaisikaan, monelle tämä tuo lisäkuormaa jo muuten raskaaseen tilanteeseen. Samalla monelle meistä niin kovin keskeinen voimavara voi asettua aivan päinvastaisen suuntaan kuin todennäköisesti olisi tarve. Läheiset ovat kuitenkin keskeisin turvamme. Muistan omasta lapsuudestani, kuinka hyvin tiedettiin, keiden vanhemman ovat olleet ”nikelissä” ja kuinka nämä lapset saivat aina kuulla siitä jokapäiväisissä lasten nahisteluissa. He olivat täysin keinottomia näissä tilanteissa. Psykiatrisen sairaalahoidon kynnyksen määrittelyssä on syytä muistaa tämä systeeminen näkökulma.
- **Käytännön asioihin liittyvät ongelmat.** Arjen asiat, kuten esimerkiksi kodinhoito, kukkien kastelu, lemmikeistä huolehtiminen, laskujen maksaminen muuttuvat paljon vaikeammin hoidettaviksi, mistä aiheutuu vaivannäköä ja huolta jo muutenkin vaikeutuneeseen tilanteeseen.

Osastohoidon todellisuus

- **Yksityisyyden menetyks.** Usein psykiatriset sairaalat kuvataan lepokotimaisina parantoloina, mutta enemmän ne muistuttavat asuntoloita, joissa välttämättä ei ole edes omaa rauhaa. Majoitus toteutuu valtaosin muiden kanssa samassa huoneessa ja ainakin sosiaaliset tilat ovat yhteiset. Parhaimmillaan nämä luovat voimaannuttavaa yhteisöllisyyttä, mutta myös täysin päinvastainen on mahdollista. Osaston sen hetken ilmapiiri on aina pitkälti sattuman kauppaa ja hoitajien havaintokyky ja vaikutusmahdollisuudet eivät yllä kaikkialle.
- **Yhteisön säännöt ja todellisuus.** Osastojen arkeen liittyvät levottomuus, tilanteiden ennakoimattomuus ja jopa turvallisuusuhat. Psykiatristen sairauksien perusolemuksen liittyvät rauhattomuus ja arvaamattomuus, eikä niitä voi poistaa sieltä edes massiivisilla lääkityksillä.
- **Vaihtuvat ja epäaidot ihmissuhteet.** Hoitosuhdetyöskentely on yksi keskeisimmistä hoidon työkaluista ja sen käytössä on tapahtunut merkittävää kehitystä. Omahoitajat tekevät vuorotyötä ja ovat sen johdosta töissä kovin epäsäännöllisesti. Usein vaikeimpina hetkinä tarvitsevuus on kaikkein suurinta, mutta tarjolla oleva inhimillinen tuki on aikaan sidottua ja epäaitoa. Tärkeimmät ja aidot ihmissuhteet ovat seinien toisella puolella.
- **Olosuhteet.** Osasto edustaa poikkeavaa ympäristöä, johon kuuluvat vieraat äänet, itselle poikkeava vuorokausirytm, oudot tavat, ulkoapäin määrittäviä perustarpeisiin vastaaminen ja muu vastaava laitosisuus. Mikään näistä tuskin vahvistaa yksilöä.

Uuden todellisuuden vaikutukset

- **Traagisten kohtaloiden ja elämän varjopuolien kohtaaminen.** Osaston todellisuuteen kuuluvat kurjien ihmiskohtaloiden keskittyminen sinne, vastoinkäymisten rikastuminen ja ajankohtaisten alueellisten traagisten kokemusten seurausten kertyminen. Osastoilla yleensäkin tiedetään alueellisten kamaluuksien yksityiskohdat.

- **Pahojen tapojen oppiminen.** Sairauksiin liittyy ajautuminen sosiaalisiin verkostoihin, joissa eivät päde samat tavat ja säännöt kuin yhteiskunnassa keskimäärin. Epäsosiaalisten toimintatapojen ja muiden hyväksikäytön havaitseminen voivat mallioppimisen kautta opettaa yhteiskunnan valtakulttuurin säännöistä poikkeavien tapojen omaksumista. Luonnollisesti näillä uusilla tavoilla on seurauksia, jotka voivat entisestään vaikeuttaa yhteiskuntaan kiinnittymistä.
- **Haitallisiin verkostoihin kiinnittyminen.** Osastoympäristö voi tarjota vertaistukea, joka edustaa yksilön eheytyksen kannalta haitallista verkostoa. Toisaalta mielenterveys- ja päihdesairauksien komorbiditeettiin liittyen osastoilla paljastuu jatkuvasti kaupankäyntiä lääkkeillä ja suoranaista huumemarkkinoiden asiakashankintaa.
- **Stigmatisoituminen.** Häpeäleima eli stigma on nostettu viime aikoina kiitettävässä määrin keskusteluaiheeksi. Psykiatrisen sairaalahoidon aiheuttaa edelleen kovin usein asiakkaillemme kakkosluokan kansalaisuuden kokemuksen, sisäisen ajatusmaailman, jossa itsellä ei ole samoja oikeuksia ja arvoa kuin muilla. Oma kokemukseni skitsofreniapotilaiden pitkistä psykoterapioista on, että kyseinen tema on oman kohtalon ja agenttisuuden määrittäjänä voimakkaampi kuin oman sairauden oireet. Sairauteen muodostuva suhde on ainakin jossain määrin itse määriteltävissä, mutta stigma asemoituu toisiin ihmisiin eikä siten ole omassa vallassa.

Kartoitettaessa potilaiden toiveita ympäri maailmaa sairaalahoidon välttäminen nousee aina ylitse muiden. Olemme yrittäneet vastata tähän toiveeseen mahdollisimman laajalla avohoidon ja kuntoutuksen palveluvalikoilla.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio

Uudistuksistamme ehkä eniten huomiota ja kritiikkiä osakseen on saanut mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio. Meillä tämä tarkoittaa valtakunnallisen Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoittelemaa yhden oven periaatetta, jossa asiakasta hoitavan tahon valinta perustuu yksilön palvelutarpeelle. Käytännössä henkilöstöltä vaaditaan molempien osa-alueiden riittävää osaamista. Teimme vuoden 2010 alussa ideologisen julistuksen ”Päihdetyö kuuluu kaikille”, sillä meillä ei olisi muuten ollut mahdollisuuksia paikata Eksotea edeltäneinä aikoina syntyneitä päihdetyön resurssivajetta. Ratkaisuksi asetettiin siten työn uudelleen järjestely.

Toteutuksen logiikka on ollut pienemmän integroimista suurempaan, jolloin päihdepalvelujen näkökulmasta olemme hakeneet vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- **Milloin päihdeongelmaan haetaan apua?** Miten avun hakemisen muodot ja prosessit eroavat mielenterveyspalvelujen vastaavasta? Tai oikeammin miten teemme matalan kynnyksen toiminnan, joka ottaa vastaan molempien alueiden haasteet?
- **Mikä todella auttaa?** Minun silmiini aiemmin urallani kohtaamissa päihdehuollon palvelutuotannon muodoissa korostuivat niin sanotut majatalotoiminnot (asuminen, ruokailu, hygienia) ja ongelmien usein liian pitkälle viety ymmärtäminen. Kaikessa tuossa hyväntahtoisuudessa alttiutena oli uuteen juomiskauteen valmistaminen ja alamäen supportiivinen mahdollistaminen. Tällainen on ristiriidassa kuntoutuksellisen ajattelun ja autonomian vahvistamisen pyrkimysten kanssa ja saattaa jopa vahingoittaa asiakasta.
- **Mitä apua hakevalta voi vaatia?** Klassisesti päihdeongelmien avun tarve päihdeorganisaatioissa tyrmentään samanaikaisten mielenterveysongelmien takia ja mielenterveysorganisaatioissa päihdeongelmien takia. Somaattisissa toimipisteissä vastaava logiikka näkyy hoidon epäämisenä ylipäätään jommankumman ongelma-alueen aktiivisuuden takia. Tämä on paradoksaalista siihen nähden, että akuutteihin päihdetilanteisiin liittyy välillisesti huomattavan korkea kuolleisuus. Runsas päihteiden käyttö on huomattava riskitekijä kaikissa sydän- ja verisuonisairauksissa. Suuri osa kallonmurtumista syntyy humalassa. Pankreatiitti ja maksasairaudet tappavat vuodessa tuhansia ihmistä. Erilaisiin myrkytyksiin, joissa päihteet ovat mukana, kuolee satoja. Jos meillä on näin korkean riskin olotila, eikö hoidon tulisi olla mahdollisimman helposti saatavaa ja toteutuvaa?

- **Miten avun tarve eroaa muusta avun tarpeesta?** Meille esitetään paljon päihteiden käyttöön ja käyttöihin liittyviä kysymyksiä ja vastaan, että tiedämme ainoastaan niistä ilmiöistä ja lainalaisuuksista, jotka esiintyvät ongelmiinsa apua hakevilla. Tämä on tärkeää ymmärtää palvelujen tuottamisen kannalta, eli kun lähtökohtamme on tuottaa mitä kysytään, niin myös päihteiden käytön kontekstissa tehtävämme on vastata subjektiiviseen hätään. Asiakkaitamme ovat avun hakijat, eivätkä he, joilla on päihteiden kanssa vielä mukavaa. Tämä näkökulma on keskeinen perusteltaessa yhden luukun ja kaikille yhteisen matalan kynnyksen logiikkaa. Häädässä olevan vastaanotto on kohtaamista, kuulemista ja avun järjestämistä, ei hallintolähtöistä tai etiologiapohjaista segmentointia. Itse en ole vielä tavannut apua hakevaa päihdeongelmaista, jolla ei olisi myös mielenterveysongelmaa.
- **Milloin hoito passivoittaa ja kroonistaa?** Aiemmin toteamaani majatalotoimintaa tarvitaan asiakkaidemme saattamisessa jaloilleen. Moni on päihdeongelmansa kanssa päätenyt tilanteeseen, jossa ei ole enää asuntoa tai lähimmäisiä, joihin voisi tukeutua, kun jalat eivät konkreettisesti pidä päällään tai voimat eivät riitä edes ravinnon hankintaan. Toipumisen alettua on useinkin nähtävissä tilanne, johon on helppo pysähtyä. Ympäriällä on juttuseuraa, keskusteluapua, ruokaa ja muu ylöpito. Voiko järjestelmä oikeasti asettaa tavoitteekseen tähän tyytymisen? Eikö hoidon tulisi auttaa asiakasta jopa patistukseen asti kohti elämänsä hallintaa, ongelmien kohtaamista ja autonomiaa? Psykoterapiassakin muutosta edistää epämukavuuden partaalla toimiminen. Passiivisuus ja paikoilleen jääminen on luontaista, mutta kroonistavaa ja jopa julmaa. Tarkastelen teemaa lisää seuraavassa kappaleessa.

Kaiken tämän myötä pyrkimyksenä on, että asiakkaan palvelut määräytyvät palvelutarpeen eikä hallintorajojen tai henkilöstön ammatillisen orientaation mukaisesti.

Päihdepalvelujen järjestäminen ja kompleksisuus

Päihdepalvelujen järjestämisen tekee haasteelliseksi tasapainoilu kolmen keskenään eri sisältöisen maailman kanssa:

Palveluiden järjestämisen ytimen muodostavat **välittäminen ja huolenpito**. Tarjoamme turvapaikan ja uuden elämän aloittamisen eväät sosiaalityön ja lääketieteen keinoin silloinkin, kun voidaan sanoa kaiken menneen. Kuntoutujalla saattaa olla akuutti alkoholiperäinen somaattinen sairaus, monimuotoisia psykiatrisia oireita, vakavia psykososiaalisia ongelmia, kuten työpaikan menetys tai merkittävien ihmissuhteiden katkeaminen ja ylipäättään kaikki asiat sekaisin. Oli tilanne mikä tahansa, tarjoamme perusturvan, mahdollisuuden integroitua yhteiskuntaan uudelleen ja käynnistämme uuden turvaverkon kutomisen. Lähtökohtaisesti uuden alussa tulee olla oikeus päihdeettömään ympäristöön, muuten uuden alun luominen on vaikeampaa.

Toinen keskeinen on edellä kuvaamani **palveluiden tarkoituksenmukaisuus**. Majatalotyypissä toiminnassa mukavuustekijät ajavat usein tarkoituksenmukaisuuden edelle. Asiakkaille ilmaantuu päihteitä hoitopaikkaan, elämäntapaohjeet ja muu oman elämän vastuun lisääminen koetaan epämukaviksi ja subjektiivinen viihtyvyys alkaa ohjata niin sanottua kuntoutusta. Tarkoituksena tulisi olla uuden mahdollistumisen, ei voimien kerääminen vanhaan palaamiseen.

Kolmanteen keskeiseen tekijään havahduin, kun päihdekuntoutusyksikössämme tehtiin humeratsia ja samalla paljastui sen toimiminen jakelupisteinä. Huumekoira löysi jäämiä muun muassa oleskelutilan viideolaitteista ja pihan aurauskepeistä. Valitettavasti palvelujärjestelmään tarvitaan siten myös **kontrolli**. Meillä on asiakkaita, joilla jo aivan pieni määrä alkoholia voi johtaa peruuttamattomiin seurauksiin. Ulkoisen kontrollin ja sääntöjen tuominen koetaan valitettavan usein palveluiden huonontamiseksi ja asiakkaiden väheksynnäksi. Näistä näkökulmista tarjoutuu tehokas väylä toimintamme kritisoinnille ja olemmekin melko suojaattomia tällaisten väitteiden edessä.

Vastuulliseen lähimmäisyyteen tarvitaan myös kyseenalaistamista ja rajoittamista, muuten vaarannamme yksittäisten asiakkaidemme terveyden lisäksi järjestelmän olemassaolon. Verovaroin tapahtuvaa ryyp-päämisen mahdollistamista tai huumeiden levittämistä ei taatusti katsota kauaa ja vaarana on epäuskottaviksi miellettyjen palvelujen alasajo. Tällöin osa asiakkaistamme joutuisi pulaan, erityisesti palveluista eniten hyötyvät.

Ratkaisujen avaimia palvelujärjestelmän ongelmiin olemme etsimässä päihtyneen asiakkaan hoitopolun luomisesta. Juovuksissa oleville palvelujen eväämisen kulttuurin jatkamisen sijaan segmentoimme heidät ja luomme tähän pohjautuvat polut. Olemme esimerkiksi muuntaneet psykiatrisen osastomme tarpeettomaksi jääneen toisen eristyshuoneen selviämishoituhuoneeksi, jossa voimme toteuttaa alle 15 tunnin mittaisia seurantoja.

Järjestelmämme virheistä ja laiminlyönneistä merkittävä osa kohdistuu juuri päihtyneisiin asiakkaisiin. Sen sijaan, että ohjaamme heidät muualle, olisi tarkoituksenmukaisempaa luoda heille mahdollisimmat selkeät ja hallittavat palveluprosessit. Tämä vaatii kaikkien erikoisalojen ja sosiaalihuollon osaamisten yhdistämistä.

Päätäjämme ovat suhtautuneet asiaan sangen myönteisesti ja saimme luvan vuokrata kaksi hyväkuntoista palvelukotia. Nyt olemme luoneet viisiportaisen päihdeasumisen kokonaisuuden ja luopuneet kaikkein huonokuntoisimmista, jopa ihmisarvoille sopimattomista kiinteistöistä.

Monikontekstinen diagnostiikka palvelujen sisällön määrittelijänä

Psykiatrian keskeisenä haasteena on oikea ja tarkka diagnostiikka. Tämä ei kuitenkaan riitä määrittelemään yksilön kokonaisuuden taustalla olevia elementtejä. Toimintamme ohjaamiseksi mielenterveyspalvelujen ja myöhemmin psykososiaalisten palvelujen suuntaa tein yhteenvedon perinteisistä mielenterveyteen vaikuttavista elementeistä. Tämä on kulkenut aluksi nimellä monikontekstinen diagnostiikka ja myöhemmin monikontekstuaalisuus (taulukko 1).

Taulukko 1. Monikontekstuaalisuus

MONIKONTEKSTUALISUUDEN SANAKIRJA (kts. ed. dia)		
KONTEKSTIN ULOTTUVUUS	YDIN	TEEMAT
MINUUS/SUBJEKTIIVISUUS	Kuka ja mitä olen itselleni?	Oma käsitys tilanteesta, omat teoriat, suhde itseän, oma sisäinen kieli, Kokemuksellisuus, Selviytyvyys, Agenttisuus
OIREET	Subjektiiiset ja objektiiviset oireet	Oirekartoitus: Ahdistus, Masennus, Päihteiden käyttö, Syömishäiriö ym.
TASO	Häiriön luonne ja syvyys	Mistä on kyse? Neuroottiset häiriöt, Persoonallisuushäiriöt, Päihdesairaus Psykoosit, Skitsofrenia, Neuropsykiatriset häiriöt
TOIMINTAKYKY	Elämän rakenteet	Päivien sisältö ja rakentuminen , Arjen mielekkäisyys, Elämisen taidot ja valmiudet
OHEISSAIRAUDET	Mielen ja kehon vuoropuhelu	Somaattiset sairaudet , Fysiologiset ja metaboliset tekijät
SAIRAUSSPROESSIT	Minun sairauteni osana minun elämäni	Sairaus - Sairastuminen –Sairastaminen Yksilön suhde sairauteen
ELÄMÄNKERRALLISUUS	Elämän kulku	Elämän historia, Elämän tarina
ELÄMÄNKAARELLISUUS	”Punainen lanka”	Toistuvat teemat , tapahtuneiden asioiden samankaltaisuudet
TRANSGENERATIONAALISUUS	”Maapallo pyörii elävien ja kuolleineen”	Sukukronikat , Sukupolvesta toiseen siirtyvät ilmiöt, Kansalliset teemat
INTERPERSONAALISUUS	”Niin se metsä vasta kuin sinne huutaa”	Miten olen toisten kanssa , Suhde ydinteemoihin (ylläpitäminen, välttäminen, kompensaatio), Tarvitsevuus
SYSTEMISYYS	Elämä vuorovaikutusten verkossa	Arjen roolit kodissa ja työssä, omien positioiden vaihtumiset , ”Pelien pelaaminen”
TILANNEKOHTAISUUS	Miksi juuri nyt?	Laukaisevat tekijät , Elämän tilanne

Timo Salmisaari

Kuvaan tätä kokonaisuutta yhden kuvitteellisen asiakastapauksen kautta: Vastaanotolle tulee työterveysshuollon lähettämänä keski-ikäinen mies, joka **subjektiivisella tasolla** kokee, että hänellä on burn-out. **Oiretasolla** tulee esille masennus ja ahdistus. Tarkemmissa tutkimuksissa osoittautuu, että **häiriön taso** on persoonallisuushäiriö, vaativa persoonallisuus. Elämää kartoitettaessa tulee esille merkittävästi alentunut **toimintakyky**, jonka takia työpäivät ovat pidentyneet ja muu elämä on kapeutunut työstä selviytymiseksi. Puutteellinen elämänhallinta on johtanut elimistön ylikuormituksen aiheuttamiin **oheissairauksiin**, kuten metaboliseen oireyhtymään ja sydämen rytmihäiriöihin. Asiakkaalla ovat nämä tiedossa, mutta hän ei ole hyväksynyt tilannetta eli **sairausprosessi** sairastumisesta sairastamiseen puuttuu ja elimellinen ylivireystila jatkuu. Psykofyysisen epätasapainon taustalla on omaan itseen kohdistuva vaativuus, mikä taas pohjautuu lapsuudessa syntyneelle **elämänkerralliselle** tematiikalle. Lapsuuden koti oli pientila, jonka elämään kuuluivat köyhyys ja kova työnteko. Lapset saivat huomiota ainoastaan suoritusten myötä tai laiminlyönneistä jopa kuritettiin. **Elämänkaarelliseksi** teemaksi muodostui ”vain suoritusten kautta olet jotakin”. Lapsuuden ilmapiirin taustalla oli **transgeneraationaalisuus** eli kahden sukupolven takainen torpparilaitos. Jos taksvärkistä ei suoriutunut, niin edessä saattoi olla kodin menetys. Sama maailma ilmenee myös asiakkaamme **interpersoonallisissa** suhteissa, ihmissuhteet rakentuvat suorituksille tai hyödyille, ja vain menestyjillä on tilaa hänen elämässään. Tämä koskee myös läheisimpiä ihmissuhteita näkyen kodin systeemisessä tasapainossa. Parisuhdekin on suorittamisen foorumi ja kokemus lapsiin määrittänyt heidän aikaansaannostensa mukaan. Miksi juuri nyt kysymyksen eli **tilannekohtaisuuden** taustalla on edellä mainittujen teemojen aikaansaama psyykinen juuttuneisuus, joka ei mahdollista sopeutumista ajankohtaisiin muutoksiin työelämässä. Yksittäisten ongelmakohtien ratkaisuyritysten sijaan tämä monikontekstinen kokonaisuus tulisi kuvata hänelle ja saada ymmärrys tilanteeseen, ilman muutosta suhteessa ydinteemoihin eli minuuteen tilanne ei tule rauhoittumaan.

Asiakaslogistiikan segmentit

Meillä on vielä kesken yllä olevassa diassa kuvattu keskeinen teema eli miten eri tarpeita omaavat ja palveluprosesseissaan eri vaiheissa olevat asiakkaat tulevat organisaatioomme. Matalan kynnyksen palvelut eivät ehkä sittenkään ole asiakaslähtöisin ja tarkoituksenmukaisin ovi palveluihin. Sitä kautta on tarkoituksenmukaisinta ohjata sisään palveluita vailla olevat, akuutit ja epäselvät tapaukset, mutta muiden kohdalla vaarana on kahden tai jopa useamman hoidollisen todellisuuden muodostuminen saman organisaation sisälle ja näin aiemman hallintolähtöisen siiloutumisen tilalle onkin muodostunut toimintolähtöinen sisäänpäin kääntyneisyys sisämarkkinoineen. Haasteenamme on luoda erilaisten tarpeiden omaaville (taulukko 2) asiakasystävällisemmät ja nopeammin lisäarvoa tuottavat palvelukanavat. Tämä palvelisi samalla myös tuottavuuden tarpeita.

Taulukko 2. Asiakaslogistiikan segmentit.

ASIAKASSEGMENTTI	KOHDERYHMÄ	HAASTEET
1. AKUUTIT, KIIREELLISET JA EPÄSELVÄT	Palveluja vailla olevat	Matalan kynnyksen ylläpito, Palvelujen saatavuus
2. TUTKIMUS- JA SELVITYS-VAIHEESSA OLEVAT	Selvittelyt kesken, Tietoa käytettävissä, Kertomuksen täydentyminen	Päivystyksellisen tiedon mahdollinen lisäarvo tai täydentävyys sekä tietojen integraatio
3. SUBAKUUTIT, VAIHTELEVIEN VOINNIN JA TILANTEIDEN ASIAKKAAT	Labiili sairaus, Hallitsemattomat episodiat, tapah- tumat, Elämänhallinnan ongelmat	Todellisuuden rakenteiden kuvautumi- nen, Arjen dynamiikan näyttäytyvyys
4. LAITOSHOIDON JA ASUMISEN PALVELUJEN TARVITSIJAT	Itsenäisen asumisen riittämättömyys	Turva, Kuntoutuksellisen prosessin jatkuvuus, Yhteiskunnallisen osallisuuden ylläpito
5. REMISSIO, TASAPAINON YLLÄPITÄMINEN	Selvittelyjä ja toimenpiteitä tehty, Säättötoimenpiteiden tarve	Psykososiaalisen tuen tarve, Pahanemisen ennaltaehkäisy
6. ULOSKIRJOITETUT	Aiemman tiedon hyödyntäminen, Episodin muotoutuminen prosesseiksi	Relapsi vai uusi tilanne?
7. MONIALAISEN AVUN TARVITSIJAT	Yhden erikoisalalan palvelut ovat jo lähtö- kohtaisesti riittämättömät, Asiakasseg- mentin tunnistaminen ja monialaisten prosessien käynnistäminen	Verkostojen luominen, Dynaamisen konsensuksen muodosta- minen, Joukkueena toimiminen
8. JÄRJESTELMÄN ULKOPUOLELLA OLEVAT AVUN TARVITSIJAT	Terveyshaittojen tunnistaminen	Signaalien tavoittaminen ja järjestel- mään saattaminen, Motivointi
9. ASIAKKAAT, JOILLA HYVINVOINTI ON UHATTUNA JA TARVITAAN ENNALTAEHKÄISYÄ	Tulevat palvelujen käyttäjät, Tulevaisuuden palvelujärjestelmän muotouttajat	Ajan hengen aistiminen ja havainnointi, Skenaariosuunnittelu

Uudistusten lainalaisuutena onkin, että muutos vaatii rajojen tunnistamista, niiden siirron edellytysten kartoitusta ja toimenpiteitä. Samalla syntyy kuitenkin uusia rajoja, jotka siilouttavat toimintaa ja synnyttävät aiemmat kielteiset ilmiöt vain uudennäköisinä. Aiemmin mainittu organisatorinen ketteryys edellyttääkin jatkuvaa rajojen liikuttelua, mutta tämä tulee sitoa johonkin. Minusta se ei voi olla mikään muu kuin asiakaslähtöisyys sen edellä kuvatut näkökulmat huomioiden.

Kuntoutuksesta ja sen ideologiasta

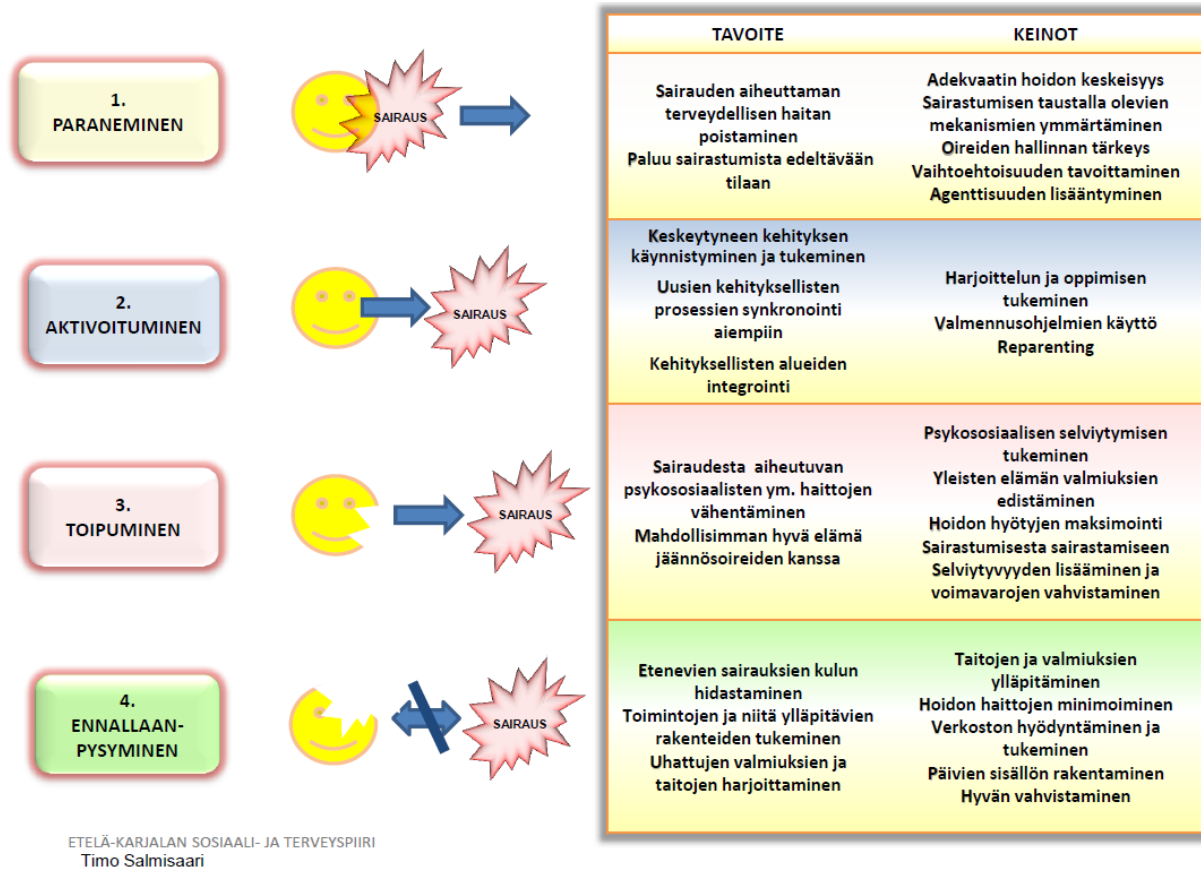
Palvelujärjestelmän onnistumisen avaintekijöitä on pitkäaikaisasiakkaiden palvelujen järjestäminen eli monimuotoinen ja turvaa antava kuntoutus. Tämä on laaja teemakokonaisuus käsittäen kaiken eettisyydestä logistiikkaan. Itse asiassa se on koko järjestelmän kypsyysskoe.

Kuntoutus on käsite, jota käytetään runsaasti ja sangen eri merkityksissä. Itse määrittelin sen samoin kuin erään pienen pohjoiskarjalaisen palvelukodin omistaja: kuntoutus on sitä, että arki sujuu. Se tulisi saada erikoisalasta, toiminnoista ja hallinnollisesta rakenteesta ideologiaksi, näkökulmaksi ja asenteeksi sekä edelleen horisontaalisesta vertikaaliseksi toiminnaksi. Kuntoutuksen tulisi olla kaikkialla.

Kuntoutus on hyvä esimerkki, kuinka järjestelmän sisään on kirjoitettu käsitteitä ja toimintatapoja, jotka pitävät yllä vanhaa ja ei-asiakaslähtöistä toimintaa. Tällainen esimerkiksi on palveluasuminen. Voisimme-ko puhua asiakaskohtaisesta räätälöidystä kuntoutuksen kokonaisuudesta, jonka toteuttaminen sisältää oman kodin ulkopuolisen asumisen, toisin sanoen tarvitaan palveluja, joita ei voi tuottaa omaan kotiin? Itsenäisen asumisen vaatimuksetkin muodostavat muuttujaluettelon, jonka voi purkaa ja miettiä, mitä voisi toteuttaa itse valituissa kodeissa.

Kyseisten ratkaisujen toteuttaminen voi olla kalliimpaa kuin palveluasuminen, mutta se kunnioittaa enemmän asiakkaan autonomiaa ja subjektiivisia valintoja. Tällaisessa tilanteessa ollaan valintojen edessä, jolloin vaakakupeissa ovat eettiset arvot, subjektiiviset valinnat, lyhyen ajan kustannukset, pitkäaikaiset kustannukset ja jopa ylisukupolviset teemat.

Olemme kuntoutusprosessiemme hallitsemiseksi segmentoineet ne neljään eri tasoon (Kuva 6). Näistä ensimmäinen tähtää kuntoutuksen hyödyntämiseen sairaudesta paranemisessa. Toinen huomioi sairauden aikana syntyneiden kehitysviiveiden kuromisen kiinni tai elämän valmiuksien ja haasteiden keskinäisen päivittämisen. Kolmannessa segmentissä tähdätään mahdollisimman hyvään elämään jäännösoireista huolimatta eli vahvuuksien hyödyntämiseen ja voimavarojen vahvistamiseen. Neljänteen kiteytyy pitkäaikais-sairauksien kanssa elämisen ydin: jotta huomien ei olisi tätä päivää huonompi. Tällöin psykososiaalisia keinoja painottaen pyrimme ylläpitämään arjen perusrakenteita, kuten vuorokausirytmää, kykyä itsenäiseen asumiseen ja juoksevien asioiden hoitamista.



Kuva 6. Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen segmentointi

Organisaatioon tullessani voimavarat oli keskitetty 3. ja 4. segmenttiin, mutta tavoitteet olivat ensimmäisessä. Tällöin turhautuivat sekä asiakkaat että henkilöstö. Näiden päivittämisen myötä vapautui huomattava määrä resursseja avohoidon lisäämiseen ja palveluvalikon laajentamiseen. Näiden kahden viimeisen segmentin hallinta on jokaisen organisaation kynnyksikysymys. Jos pitkäaikaisasiakkaiden palvelujen tuotantoa ei saada hallintaan, koko järjestelmän toimivuus ontuu, kustannukset kohoavat ja ennen kaikkea inhimillinen kärsimys lisääntyy merkittävästi.

Psykososiaalisen kuntoutuksemme palveluvalikko

Kuntoutuksemme arjen toteuttamismuodoista keskeisin on ryhmätoimintojemme konsepti. Toimintayksiköön lähetettäessä käytämme itselaatimaamme sähköistä prosessien hallintatyökalua, jossa toimintakyvyn mittarina toimii Tuva (FCG). Tällä pyritään siihen, että kuntoutukseen lähettäminen ei ole vain asiakkaiden siirtelyä, vaan taustalla on paneutuminen asiakkaan elämään ja hänen tarpeille rakentuva kuntoutuksen hypoteesinsa. Ryhmien ideologia voidaan jakaa neljään eri ryhmään:

- 1) Non-stop -ryhmät perustuvat vuosien varrella perinteisiksi muodostuneisiin konsepteihin, joiden olemassa olo tunnetaan ja on hyväksi havaittu.
- 2) Tilaaja-tuottaja -ryhmät ovat yksittäisten asiakkaidemme tarpeisiin perustuvia ryhmätoimintoja, joissa joko sovelletaan olemassa olevia ryhmiä myöhemmin kuvattavan moduulimallin avulla tai jopa muodostetaan aivan uusia ryhmiä. Tällaisen ryhmätoiminnan tilaajana voi olla kuka tahansa työntekijämme asiakkaiden tarpeiden pohjalta.
- 3) Kotona selviytymisen tuki ja taidottaminen. Nämä ryhmät ovat opetuksellisia ja kotona selviytymiseen tukea-antavia. Lähtökohdat ovat ennemminkin edukatiivisia kuin yhteisöllisiä ja sosiaalisuutta lisääviä. Näihin tarpeisiin voidaan käyttää olemassa olevia muita ryhmiä.
- 4) Työelämäosallisuuden tuki. Sovellamme kaikkia ryhmätoimintojamme myös pitkäaikaistyöttömien kuntouttamisessa ja työelämään palauttamisessa. Näiden ryhmien ydin on hyvin samanlainen kuin muissakin, mutta niitä täydennetään työelämän valmiuksia ja kansalaistaitoja lisäävillä toiminnoilla.

Kaikkia ryhmätoimintojamme voidaan täydentää yksilöllisillä kuntoutuksen moduuleilla, jotka käsittävät teemakohtaisia muokattavia ohjelmia. Näitä ovat psykofyysiset, kognitiiviset, sosiokognitiiviset, emotionio-, kansalaistaito- ja arjen valmiusmoduulit, joiden avulla räätälöidään ja täydennetään kunkin asiakkaan ryhmätoimintojen ympärille rakentuvaa kokonaisuutta em. teemojen osalta.

Alla olevassa taulukossa 3 on esitetty tiivistetysti psykososiaalisen kuntoutuksemme tämän hetkinen palveluvalikko ja sen yksiköt. Haasteenamme koko ajan on arvioida ja päivittää kuvan oikeanpuoleista saraketta. Löytyykö sieltä asiakkaan tarpeisiin mukautuva toiminta ja toisaalta, onko siellä jotakin tarpeetonta tai vanhaksi käynnyttä? Valikko ei siten ole koskaan valmis.

Taulukko 3. Psykososiaalisen kuntoutuksen palveluvalikko Eksotessa.

TOIMINTAYKSIKKÖ	SISÄLTÖ JA TAVOITE
VETURI	Laajat ryhmätoiminnot, Ryhmätoimintojen tilaaja-tuottaja -malli, Lähipalveluyksiköiden tuki
LIITO	Mielenterveys- ja päihdepalvelujen elinympäristöön tehtävä työ, Vastaanotto toiminta
PARKKI	Työtoiminta, Työelämävalmennus
KATAJAPUU	Nuorten aikuisten itsenäistymisportaikko (Tehostettu palveluasuminen, palveluasuminen, tukiasunnot, taidottamisryhmät, liikkuva työ)
PÄIHDETUKIASUNTOJEN PORTAIKKO	Psykososiaalisen tukiasumisen portaikon hallinta ja toteutus, Asumisen arjen tuki
RAITAPUU	Kuntouttavan tukiasumisen yksikkö, mukautuu omaksi kodiksi
TEOT (Työelämäosallisuuden palvelut)	Pitkäaikaistyöttömien kuntoutus, Työelämäosallisuuden palvelut, Apsy-Sas (kuntouttavan työtoiminnan lennonjohtotorni), Kuntouttavan työllistämisen oma tuotanto
NUORTEN PAJA	Nuorten yhteiskuntaosallisuuden ylläpito ja palautus, Syrjäytymisen ehkäisy ja kuntoutus, Rinnallakulkeminen
MIE-SAS	Psykososiaalisen kuntoutuksen lennonjohtotorni, Ostopalvelujen päätöksenteko
	Pystyvätkö yllä olevat kattamaan asiakkaidemme tarpeet?

Palvelukotien kilpailutus

Kaikkialla maassamme merkittävä osa kuntoutuksen budjetista sisältää palvelukotien ostopalveluja kuntouttavan asumisen nimissä. Ostopalvelut ovat osittain jääne vanhan mielisairaalarjestelmän purkamisen ajalta. Oli edullisempaa sijoittaa pitkäaikaispotilaat palvelukoteihin kuin pitää heitä sairaaloissa. Käsittelin aihetta aiemmassa artikkelissani.

Ostopalveluja säätelee hankintalaki. Eksoten kilpailutuksissa on toimittu perinteisesti lain vaatimukset täyttäen markkinaoikeuteen johtavien riskien ottoja välttämällä. Yleisesti hankintalaki mielletään toimintaa haittaavana ja rajoittavana. Me päätimme haastaa sen rajat jäljittämällä lain tavoitteita ja henkeä. Tuloksena saavutimme myöhemmin kuvattavat merkittävät hyödyt.

Tavallaan koko kehitystyössämme on ollut kyse samasta periaatteesta. Pyrimmekö perinteisyyteen, oikeaoppisuuteen ja samankaltaisuuteen muiden kanssa vai olemmeko valmiita haastamaan rajoja ja toimimaan harmailta alueilla tuntemattomia vesiä luodaten? Uuden synnyttäminen vaatii kyseenalaistamista ja riskienottoa. Meille hankintalaki oli mahdollisuus, ei rajoite.

Palvelukodit ovat saaneet elää hyvin pitkälti omaa elämäänsä toiminnan kehittämisen perustuessa pääosin omistajan toimenpiteisiin. Samalla niiden ympärille on syntynyt hyvin tuottajavetoinen järjestelmä, jossa asiakasvalinta on perustunut muihin kuin asiakkaan eduista lähteviin tekijöihin. Suuri osa toiminnasta on vastuullista, mutta aluehallintoviraston tarkastuskäynneillä löytyy askeettisia tiloja ja lukittuja jääkaappeja.

Järjestelmä on osittain ongelmallinen. Kun aluksi vastattiin aiemman laitostavan sairaalahoidon luomiin tarpeisiin, nyt on vaarana, että uudet asiakkaat kroonistuvat palvelukoteihin. Ne ovat kuitenkin keinotekoinen ympäristö, jonka valmiudet luoda itsenäisen asumisen valmiuksia ja sopeuttaa kuntoutujia yhteiskuntaan ovat rajalliset.

Olemmekin lopettaneet palveluasumisen ostamisen tällä nimikkeellä. Ostamme ainoastaan määräaikaista kuntoutusta, jonka toteuttaminen vaatii määräaikaista asumista kodin ulkopuolella. On selvää, että osa asiakkaista tarvitsee tätä loppuelämänsä ajan, mutta uuden ajattelun ideologinen ero vanhaan verrattuna on merkittävä. Tavoitteena on koko ajan itsenäinen asuminen omassa kodissa.

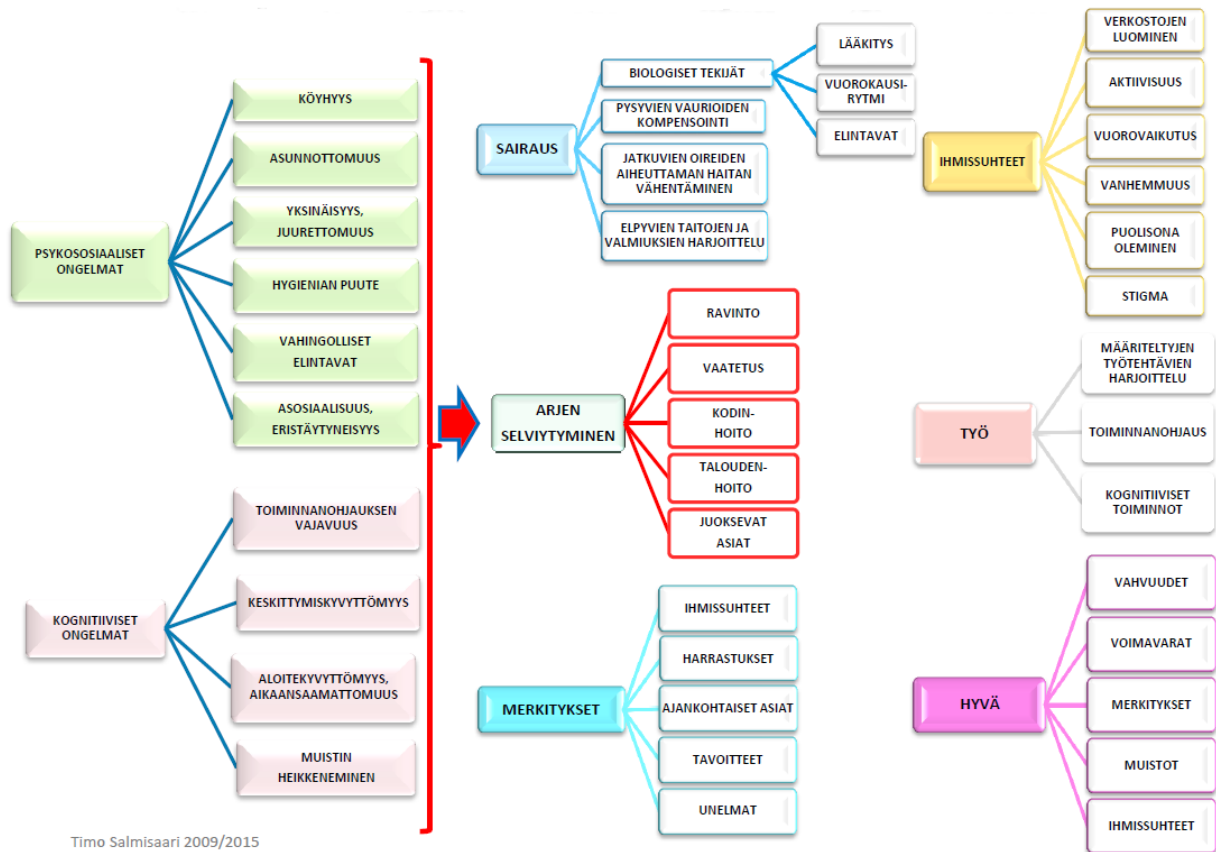
Tämän ideologis-toiminnallisen linjauksen myötä olemme saavuttaneet merkittävät kustannussäästöt ja ennen kaikkea suuren eettis-ideologisen muutoksen palvelukotien ostopalvelujen osalta. Asetimme kilpailutukselle seuraavat tavoitteet:

- **Asiakaslähtöisyyden lisääminen.** Lopetimme asumispalvelu-termin käytön. Ostamme ainoastaan kuntoutusta, jonka toteuttaminen edellyttää myös asumisen järjestämistä. Sisällöllisesti edellyttämme asiakkaan tarpeiden, palvelujen ja elämäntilanteen kohtaamisen vahvistamista tavoitteena itsenäinen asuminen.
- **Kustannusten hallinta.** Alueemme markkinat hinnoittelua myöten olivat hyvin tuottajavetoisia. Palvelukotikotikohtaiset vaihtelut olivat suuria ja hinnankorotukset vuotuisia ja realiteetteihin perustumattomia. Aiemmin kuvaamaani tuottavuuden nostamisen talkoot tuli saada koskemaan myös tätä osa-aluetta.
- **Palveluvalikon laajentaminen ja uusien palvelujen luominen.** Edellyitimme jo kilpailuun mukaan pääsyn yhteydessä riittävän laajaa palveluvalikkoa, joka sisälsi uudenlaisia ja poikkeavia ratkaisuja. Näillä mahdollistamme räätälöinnin ja innovoinnin vuoropuhelun yhdessä palvelun tuottajan kanssa. Edellyttämämme luettelo oli: palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen, päivätoiminta, työtoiminta, tukiasuminen, intervalliratkaisut, ryhmäkoti, kotikuntoutus, intensiiviset vastaanottokäynnit, muutostyöt asuinolosuhteissa, akuutti toiminta ja vertaistoiminta.
- **Kumppanuus.** Sopimuksiimme kuuluvat yhteiset hoito- ja kuntoutussuunnitelmakokoukset, joihin kolme kuntoutuskoordinaattorimme osallistuvat. Tämän työkuva luominen on ollut yksi onnistuneimmista uusista tehtävämäärittelyistämme. Tämän rajapinnan toimijat ja tehtävät ovat tulleet selkeästi määriteltyä puolin ja toisin. Kumppanuus tarkoittaa myös yhdessä tekemisen kulttuuria, jonka myötä palvelukotiyrityksiä on tietoinen odotuksistamme ja voi rakentaa tulevaisuutensa tämän yhteistyön varaan. Mielestämme olemme saavuttaneet win-win -tilanteen.

- **Markkinoiden liikuttaminen ja säätely.** Ennen Eksotea olimme tilanteessa, jossa palvelukodit markkinoivat itseään suoraan toimintayksiköihimme ja valitsivat asukkaansa itse. Heillä oli erilaisten henkilökytkösten kautta suora vaikutusvaltaa organisaatiomme toimintaan sekä talouden linjaukseen että henkilöstön valintaan liittyen. Asetimme siten tavoitteeksemme oman suvereniteetin saavuttamisen ja autonomian. Näin saisimme turvattua kehittämismahdollisuutemme ja toisaalta mahdollisuuden palkita hyvin toimineita yhteistyökumppaneitamme.

Lyhyesti sanottuna halusimme parantaa toimivien kumppanuuksien kautta markkinoiden funktionaalisuutta asiakkaidemme eduksi ja onnistuimme siinä. Nyt meillä on aiemman lähes 40 palvelutuottajan sijaan alle 10 yhteistyökumppania, joissa kuntoutuskoordinaattorimme vierailevat säännöllisesti. Tuottajille järjestelmä on mielekäs, koska jatkuva yhteinen dialogi auttaa heitä määrittämään tilaajan tarpeita, päivittämään toimintaansa ja näin luottamaan toimintansa jatkuvuuteen.

Palvelukotien päivittäisen toiminnan tulisi rakentua keskeisesti muillekin kuin lääketieteellisille tekijöille. Näitä ovat esimerkiksi yhteiskunnallisen osallisuuden ylläpitäminen, kansalaistaitojen tukeminen ja päivittäminen, subjektiivisten merkitysten kunnioittaminen ja vahvistaminen, sosiaalisten suhteiden ylläpito ja harjoittelu sekä subjektiivisen hyvän vahvistaminen (kuva 7). Aiempaa syvempi kumppanuus mahdollistaa näiden asiakkaan kannalta keskeisten, mutta palvelutuotannossa suhteellisten vieraiden teemojen tuomiseksi osaksi asiakkaan arkea.



Kuva 7. Vakava mielenterveysongelma – kuntoutuksen osa-alueita

Keskeisiä yksittäisiä ratkaisuja

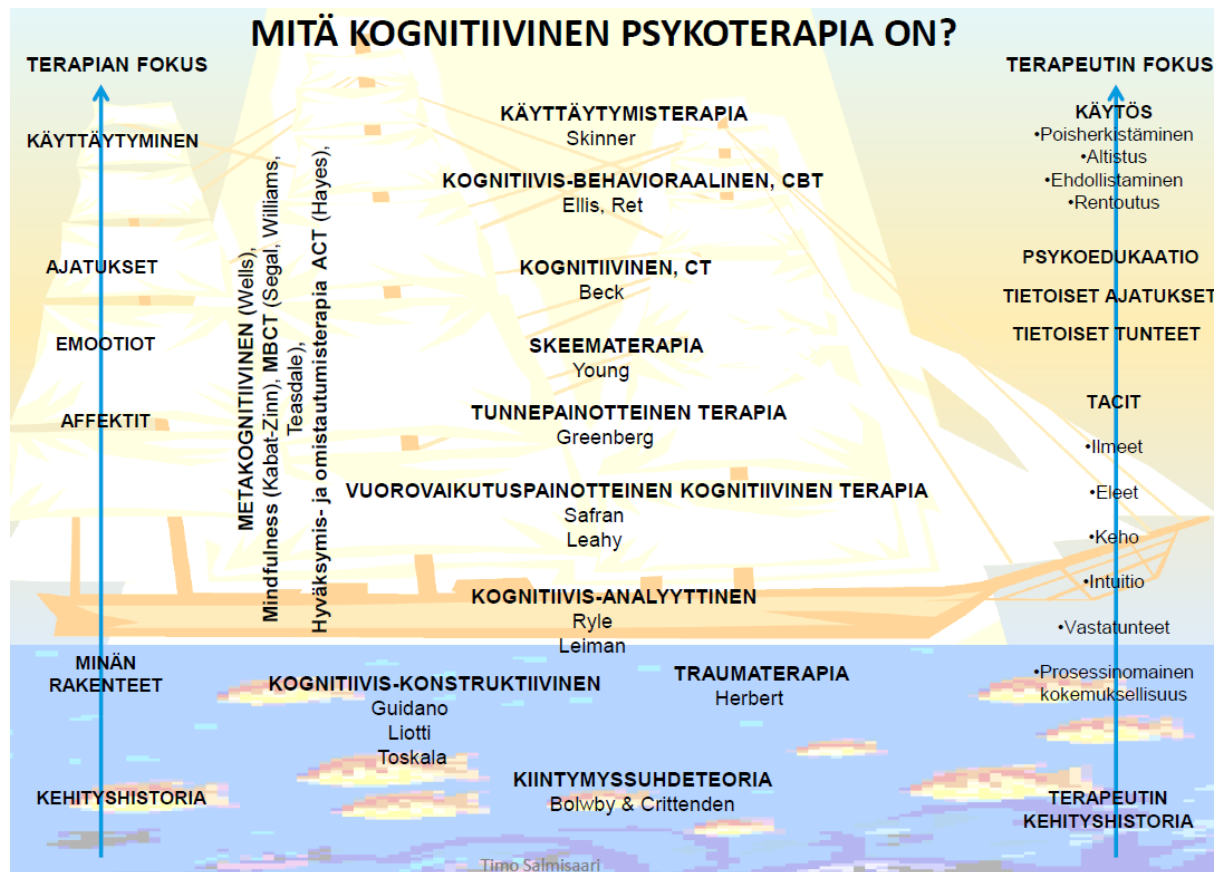
Olemme tehneet lukuisia omia sovelluksia tutuista toimintamalleista sovittamalla ne itsellemme sopiviksi, mutta myös omia ratkaisuja kokonaisuutemme puuttuviksi paloiksi. Esittelen ohessa joitakin ratkaisuja, jotka ovat keskenään kovin erilaisia. Tällä haluan kertoa muutoksemme vaatineen monen tasoisia operatiivisen tason ratkaisuja ideologisten ja strategisten muutosten ruumiillistumiksi.

Psykoterapiatiimi

Psykoterapia on sekä terminä että toimintana monilla tavoilla käsitettyä eri yhteyksissä. Psykoterapiayhteisöt ovat määritelleet sen omalla tavallaan ja psykoterapiajaksoja kuntoutuksena myöntävä Kela omallaan. Määrittelyt ovat jossain määrin yhtenäistyneet viime vuosina, kun psykoterapiakoulutusten järjestäminen siirtyi yliopistojen vastuulle.

Alla on kuvattu yhden psykoterapeuttisen viitekehyksen sisällä olevia suuntauksia ja lähestymistapoja. Jo tämän yhden terapiaperheen sisällä on keskenään sangen erilaisia sovelluksia. Kun sama ilmiö toistuu muissakin viitekehyksissä, niin psykoterapiatoiminnon luominen on sangen haastavaa. Ratkaisu ei löydy viitekehyksistä, vaan toiminnan organisoinnista ja roolista sekä siinä toimivien henkilöiden ammattitaidosta.

Kuvassa 8 alimpana (vedessä) olevat suuntaukset edustavat mielen sisäisten muuttujien kanssa opeoivaisia ja mitä ylemmäs edetään, sen enemmän on kyse käytöstason työskentelystä. Viitekehyksen lisäksi terapian keskeisimpiä tekijöitä ovat terapian fokus ja terapeutin fokus. Näiden teemojen alamuuttujia on kuvattu kuvan laidoilla.



Kuva 8. Kognitiivisen terapian viitekehyksen ulottuvuuksia

Psykoterapioita järjestetään kunnallisena toimintana sangen eri tavoilla. Tavoitteenamme oli luoda Ekso-teen psykoterapiatiimi, johon keskitetään psykoterapeuttista osaamista ja samalla luodaan kunnallisen psykoterapeutin toimenkuva, mikä mahdollistaa kyseisen yksikön työntekijöille riittävän keskittymisen ja työrauhan psykoterapioiden toteuttamiseen.

Tiimissämme on kolme henkilöä ja he edustavat ratkaisukeskeistä, kognitiivis-behavioraalista ja kognitiivista psykoterapiaa. Itse toimin osana tiimiä konsultoivana psykiatrina ja prosessin omistajana. Meillä on joka toinen viikko tapahtuvat yhteiset palaverit, joissa käsittelemme haastavimpia tapauksia ja asiakaslogistiikkaan liittyviä pulmia. Tällä hetkellä palveluiden kysyntä ja tarjonta kohtaavat toisensa.

Perheterapioita ja systeemistä lähestymistapaa varten meille on luotu 4-henkinen perheteimi. Perheiden hoitamisen lisäksi heidän työhönsä kuuluu myös systeemisen ajattelun edistäminen.

Psykoterapiaan lähettäminen on pyritty tekemään helpoksi selkeällä ohjeistuksella. Terapioiden alussa käytetään systemaattista arviointia mittareineen (SCL-90, YSQ, Core, URICA) ja etenemistä monitoroidaan (Core, Miller). Terapioiden kesto on rajattu kahteenkymmeneen kertaan. Tällainen voidaan perustelluista syistä uusua, mutta yleensä terapian tarpeen ollessa pidempi, on tarkoituksenmukaista ohjata asiakas Kelan tukemaan psykoterapiaan.

Toiminnan luomisen myötä on tullut tarkoituksenmukaiseksi havainnoida ja hyödyntää myös sen ympärille spontaanisti syntyneet oheistoiminnot, joita ovat:

- Aiempien hoitojen tuloksettomuuden mahdollisten syiden selvittäminen.
- Second opinion -toiminta, jonka myötä terapiaan johtamattomat arviot tuottavat hoitavalle taholle konsultatiivista tai jopa työnohjauksellista apua.
- Psykoterapia-käsitteen alla tapahtuvan toiminnan yhdenmukaistaminen organisaatiossamme.
- Kuntoutuksen toimintoihin ohjaamisen valmistelu. Psykoterapia-arvioon lähetetään kohtalaisen paljon asiakkaita, joilla haasteet liittyvät kuntoutuksellisiin tarpeisiin, kuten sosiaalistamiseen, arjen taitojen täydentämiseen tai toimintakyvyn palauttamiseen. Tämän toteaminen ja oikeaan palveluun ohjaaminen on tullut luontevaksi osaksi työtä.
- Vaikuttavuuden monitorointi, joka osaltaan auttaa palveluvalikon päivittämisessä. Tuloksia tuottavaa toimintaa on syytä lisätä.
- Mittareiden päivittäminen ja kehittäminen. Tämä haaste liittyy kaiken toimintamme kehittämiseen, mutta näyttäisi, että kyseisen toiminnan kautta saadaan lisätietoa muunkin hoidon vaikuttavuuden mittareihin.
- Kelan tukemaan terapiaan valmistaminen. Niin sanottuihin pitkiin terapioihin motivoiminen on luonnollinen osa yksilön kiinnittymistä pitkäjänteiseen työskentelyyn.
- Havaintojen tuottaminen johtamisen ja organisaation kehittämisen materiaaliksi. Itse koen tällaisten poikkiorganisatoristen prosessien ja organisaation osien solmukohtien tuottavan monentasoista tietoa johtamisen apuvälineeksi. Näin näen erilaisia organisaation sisäisiä toimimattomuuksia tai mistä asioista minun on syytä informoida kaksi kertaa kuukaudessa toteutuviissa tiedotustilaisuuksissani.

Elinympäristöön tehtävä työ

Elinympäristöön tehtävään työhön on panostettu meillä paljon. Käytämme mieluummin kyseistä termiä kuin kotihoito tai liikkuva työ. Funktionaalisesti sillä on kolme ulottuvuutta eli a) palvelu-/hoitotarpeen taustalla olevan informaation varmistaminen, b) välittämisen välittäminen ja c) hyvän viranomaistyön kriteereiden täyttäminen. Konseptin luominen on vielä kesken segmenttien määrittelyn keskeneräisyyden takia, mutta alustavasti se on viisiportainen:

Taulukko 4. Elinympäristössä tehtävä työ ja viranomaistuki

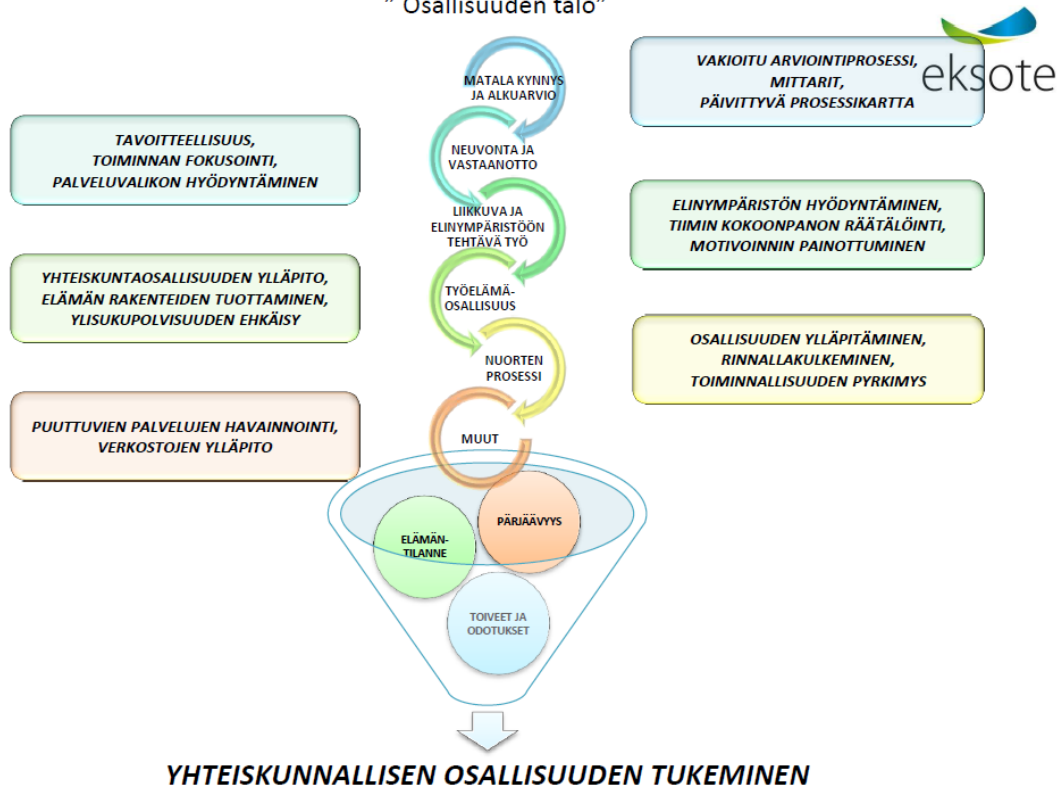
TOIMINTO	TEHTÄVÄ
LIITO	Elinympäristön teemat Arjen todellisuuteen perustuva hoito ja tuki Verkostojen ylläpitäminen Omaisten tuki
VETURI	Kotona selviytymistä tukevat ja edistävät ryhmätoiminnot Arjen rakenteiden ylläpito Taidottaminen, arjen valmiuksien täydentäminen Valmiudet ts. puutteellisten valmiuksien täydentäminen Kansalaistaidot; ylläpito ja päivitys
AIKUISSOSIAALITYÖN PROSESSI	Yhteiskunnallista osallisuutta uhkaavien signaalien määrittely ja havaitseminen Osallisuutta ylläpitävien menettelytapojen valikko Sosiaalihuollon toimintamallien kehittäminen ja soveltaminen Tukiasumisen tuki
TYÖELÄMÄOSALLISUUDEN PALVELUT	Työvalmentajien työelämään kuntouttava työ Arjen avustajien tuki Kuntouttavan työtoiminnan työnjohto Arjen avustajien kohdennetut arkea tukevat toimet Kuty-lähtöisyyden ylläpito ja palveluvalikon päivitys
KOTIHOITO	Jatkuva ja säännöllinen hoivan tarve

Aikuisten keskuksen toiminta ja aikuissosiaalityön prosessit

Meillä on juuri käynnistynyt uusi tilakokonaisuus, jossa samojen seinien sisällä yhtenä tiiminä toimivat aikuissosiaalityö, etuskäsittely, talous- ja velkaneuvonta, maahanmuuttajien palvelut, mielenterveys- ja päihdepalvelujen liikkuva työ sekä työelämäosallisuuden palvelut, jotka kuntouttavat pitkäaikaistyöttömiä takaisin työelämään. Haasteena on muodostaa näistä aiemmin erillään sijainneista ja itsenäisesti toimineista tahoista yksi suuri tiimi, joka vastaa monipuolisesti ja monialaisesti asiakkaiden tarpeisiin. Tämän Aikuisten Keskus – nimisen yksikön toiminnallinen nimi on Osallisuuden talo (kuva 9).

AIKUISTEN KESKUKSEN PROSESSEISTA

” Osallisuuden talo ”



Timo Salmisaari

Kuva 9. Osallisuuden talo – Aikuisten keskuksen prosessit

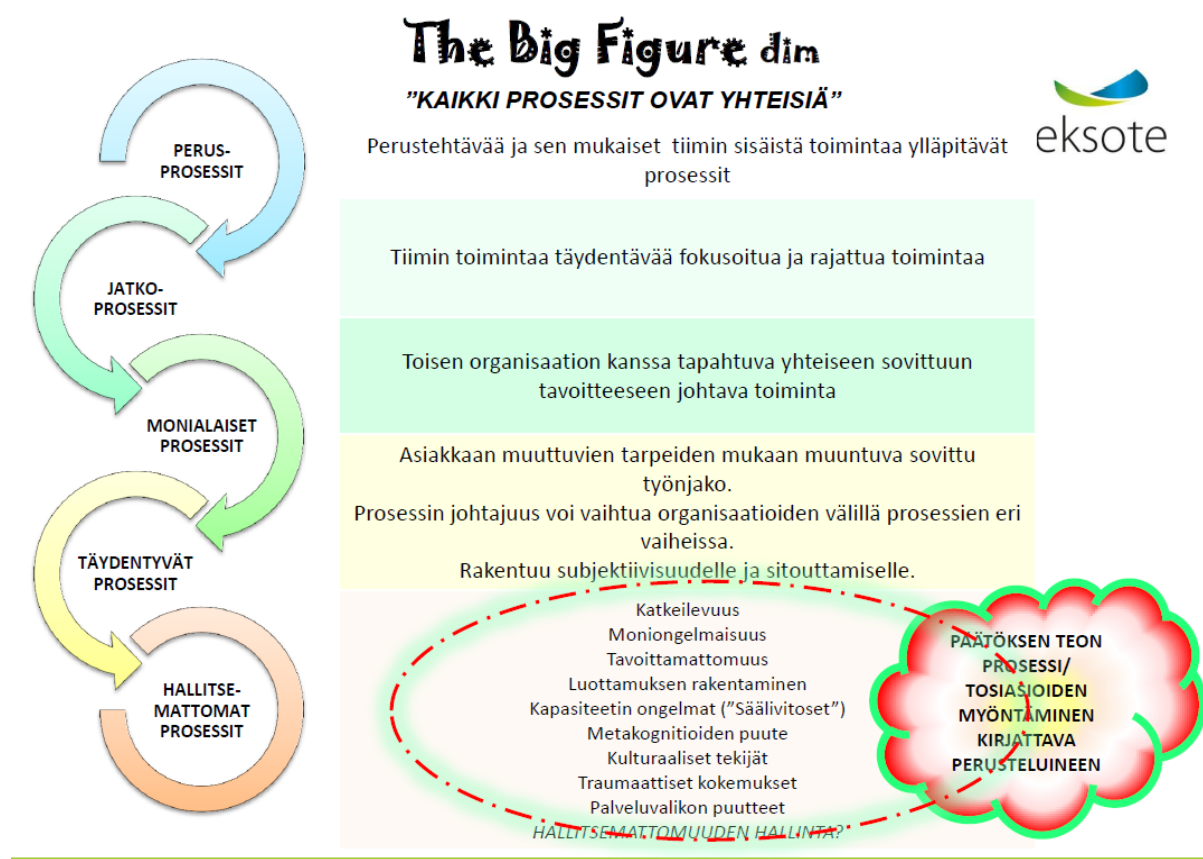
Tällä hetkellä työstämme tähän uuteen palvelukokonaisuuteen seuraavia prosesseja:

- Matala kynnys ja palveluohjaus (Matalan kynnyksen palvelujen prosessi)
- Syrjäytymisvaarassa olevat ja syrjäytyneet nuoret (Nuorten prosessi)
- Aikuissosiaalityön uusintakäynnit (Määräaikaisten ja suunniteltujen palvelujen prosessi)
- Aikuissosiaalityön kanta-asiakkaat (Kannattelun ja ylläpidon prosessi)
- Elinympäristöön tehtävä työ (Syrjäytyneiden löytäminen ja kuntoutus)
- Vaativat ja monialaiset palvelut (Monialaisten palvelujen prosessi)
- Puuttuvat prosessit

Keskeistä tässä työssä on aina kulloisenkin:

- Perusprosessin määrittäminen,
- Jatkoprosessien tunnistaminen ja luominen (miten asia etenee),
- Monialaisten prosessien konseptin luominen (osa asiakkaista ei voi edes saada apua yhdessä pisteessä),
- Asiakkaiden kuntoutumisen myötä muuttuvien tarpeiden mukainen prosessin muuttaminen sekä
- Niiden asiakkaiden prosessien luominen, joihin ei ole mahdollista satsata ilman molempien tahojen turhautumista. Tällöinkin periaatteena on, että ketään ei jätetä palvelujen ulkopuolelle, mutta liioiteltu toiminta johtaa voimavarojen riittämättömyyteen siellä, missä niitä tarvittaisiin enemmän. Tähän teemaan liittyen etsimme erilaisia motivoinnin keinoja ja ulottuvuuksia. Arvokas päämäärä on estää tilanteen paheneminen nykyisestä. Tavoitteena on yhteisen sävellajin löytäminen. Prosessien näkökulmasta kyse on hallitsemattomuuden hallinnasta. Konkreettisimmillaan tämä tarkoittaa sisämarkkinoiden eliminoimista.

Tästä lisää alla olevassa kuvassa 10.



Kuva 10. Aikuissosiaalityön prosessien kehittämisestä.

Yhteiskunnallisen osallisuuden organisaatio, hyvinvoinnin uhan signaalit ja uusi työn formaatti

Olemme parhaillaan työstämässä uudenlaista lähestymistapaa nimeltä yhteiskunnallisen osallisuuden organisaatio. Tällä tavoitellaan kansalaisille lisäarvoa tuottavaa viranomaistoimintaa tilanteissa, joissa yksilöiden tai perheiden hyvinvointi on uhattuna. Keskeisenä työkaluna tässä on osallisuutta tukeva poikkihallinnollinen räätälöityjen palvelujen valikko, joka koostuu erilaisten ei-ansiotöiden etsimisestä, organisoinnista ja kokoamisesta yhteen toiminnalliseksi kokonaisuudeksi, jotta arkeen tulisi sisältöä, merkitystä, rakenteita, sosiaalistumista ja ylisukupolvisten ilmiöiden ehkäisyä. Näin jokainen voi kuulua johonkin sosiaaliseen yhteisöön, osallistua yhteiskunnan rakentamiseen ja kantaa kortensa kekoon tässä kaikille yhteisessä yhteiskunnassamme. Samalla aikuiset välittävät lapsilleen maailman kuvaa, joka rakentuu työn teon ympärille ja välittävät näin keskeisiä kansalaistaitoja. Tavoitteena on yhteiskunnassa säilymiseen tähtäävän keinovalikon huomattava laajentaminen ja mottona ”Parempaa maailmaa tekemässä”.

Tavoitteemme on luoda entistä tiiviimpi yhteiskunnan turvaverkko, joka pyrkii turvaamaan kaikkien osallisuutta yhteiskunnassamme. Tähän tavoitteeseen pääsemiseksi ei riitä se, että kohdistamme toimenpiteitä jo järjestelmässämme oleviin ihmisiin. Tavoittelemme aiempaa varhemmin käynnistyviä ja laajalaisemmin vaikuttavia toimenpiteitä. Tähän tarvitaan hyvinvointia uhkaavien signaalien aiempaa parempi tunnistaminen ja tämän johtaminen palveluohjauksen kautta kansalaisten elämää tukeviin toimintoihin.

Näiden signaalien keruu on parhaillaan menossa koko Eksoten sisällä. Kartoitamme yhdessä hyvinvoinnin uhan signaaleja, asioita, jotka ennakoivat lisääntyvää palvelujen tarvetta ja heijastavat muutosta yksilön elämäntilanteessa. Alla kuvassa 11 on tiivistettynä kyseiseen aiheeseen liittyvät teemat:

HYVINVOINNIN UHAN SIGNAALIT JA UUSI TYÖN FORMAATTI

”Signaaleista toimintaan”



- **Mihin reagoidaan?**
 - Sovitut ja tarkoituksenmukaiset signaalit (esim. toimeentulotuen tarve)
 - Tunnistus- ja aktivoitumisjärjestelmät
- **Miten?**
 - Menettelytavat ja toimintamallit
 - Avain- ja vastuuhenkilöt
 - Palvelupuhelimet
 - Asiakkaan aktivoiminen ja motivoiminen
- **Kuka?**
 - Viestin vastaanotto, yhteys- ja vastuuhenkilöt
- **Implementointi ja prosessit;**
 - Mikä johtaa mihin,
 - Miten seurataan,
 - Miten mitataan?
 - Toimeenpanon haaste



Timo Salmisaari

Kuva 11. Hyvinvoinnin uhkien signaaleiden tunnistaminen

Olemme nyt luomassa yhteiskunnallisen osallisuuden verkostoja koko Eksoteen ja siten myös erikoissairaanhoidon sisään. Tämän uudenlaisen toiminnan konseptin tavoitteita ovat:

1. Osallisuuden lisääminen työllisyyden keinoin, kuten uudenlainen työtehtävien kartoitus ja kokoaminen yhteen. Etsimme silpputyötä, täydentäviä työtehtäviä ja arjessa avustamista, jolloin kuntoutuja tai pitkäaikaistyötön voi auttaa toista. Kyseenalaistamme perinteisen, ansiotöiden ympärille rakentuvan työn käsitteen. Tällä on kolme vaikutusmekanismia: a) osallisuuden vahvistaminen lisää oman elämän hallintaa ja näin vähentää palvelutarvetta, b) näillä työtehtävillä tuemme toimipisteitä perustehtäviin keskittymisessä ja c) vähennämme pitkäaikaistyöttömyydestä aiheutuvia sakkomaksuja.
2. Profioiden tukeminen psykososiaalisten toimintojen avulla. Etsimme toimintoja, joiden avulla vapautamme eri erikoisalojen osaajia entistä enemmän heille ominaisimpaan työhön ja lisäämme näin tuottavuutta (kuva 12). Tuemme asiakkaiden pärjäävyyttä monenlaisin keinoin (katso kuva 13), kuten sopeutumismuutoksella, vertaistuellalla, kokemusasiantuntijuuden organisoinnilla ja Liaison-työskentelyllä (yhteistyöpsykiatria). Kyseisessä funktiossa on nähtävissä kolme ulottuvuutta: a) Profioiden kannalta epätarkoituksenmukaisen toiminnan järjestäminen, b) täydentävän työn (arjen avustaminen, virkistystoiminta ym.) tuominen osaksi toimintaa ja c) integratiivinen toiminta/päällekkäisyyttä vähentävä uudellinen toiminta. Näin vähennämme päivitykseen ja erikoissairaanhoidon kohdistuvaa painetta.

KOHTI MONIALAISIA JA INTEGRATIIVISIA PALVELUJA

HALLINNONALA	PROFESSION KANNALTA EPÄTARKOITUKSEN-MUKAISET TOIMINNAT	TÄYDENTÄVÄN TYÖN MAHDOLLISUUDET	PALVELUJEN SUURKULUTTAJAT	INTEGRATIIVINEN TOIMINTO	ERITYISTÄ
DIAGNOSTIIKKA-KESKUS					
ENSIHOITO					
PÄIVYSTYS JA NOVA					
OPERATIIVINEN TOIMINTA					
VUODEOSASTOT					
POLIKLINIKAT					
NAISTEN JA LASTEN OSAAMISKESKUS					
ARMILAN KUNTOUTUSKESKUS					
STRATEGISET TUKIPALVELUT					
AVOTERVEYDEN-HUOLTO					

Timo Salmisaari

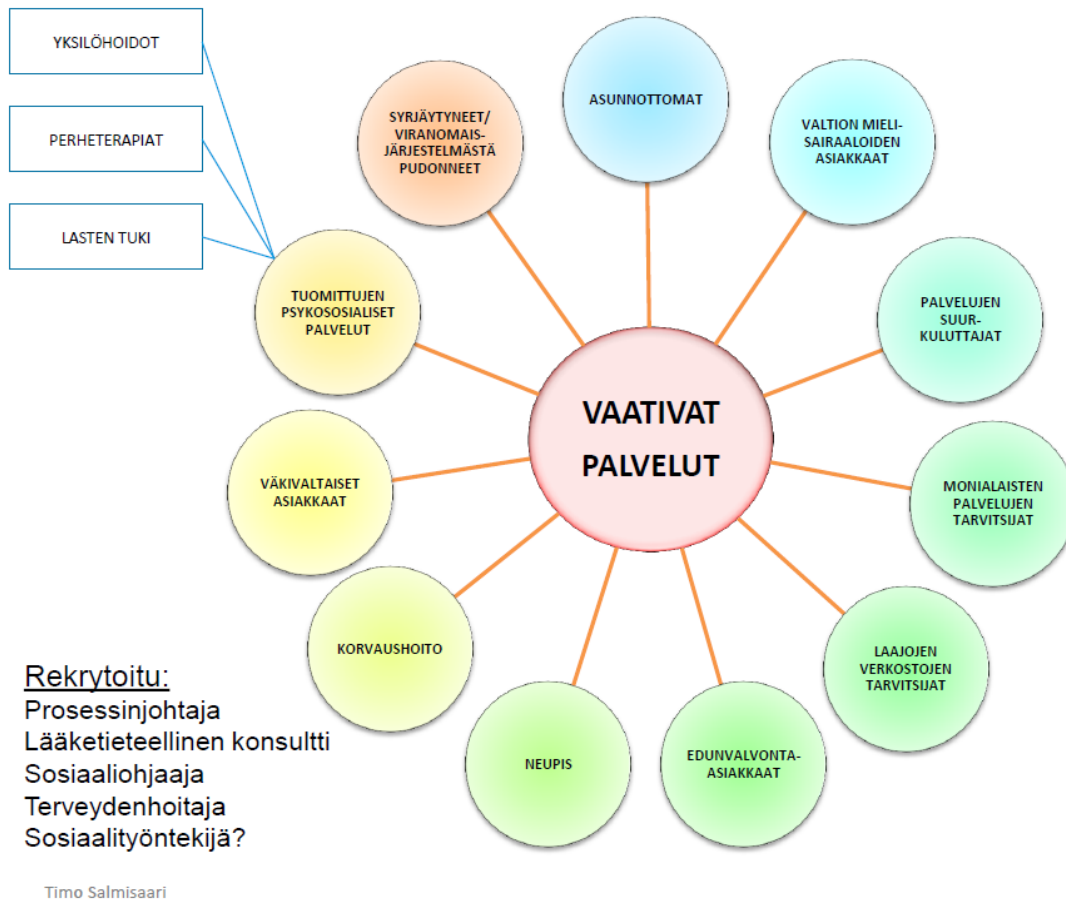
Kuva 12. Verkostoituvat psykososiaaliset palvelut ja uudenlaisen toiminnan kehittäminen

MONIKONTEKSTIAALISUUS JA TEHTÄVIEN JAKO



Kuva 13. Psykososiaaliset palvelut palveluvalikon täydentäjinä

3. Palvelujen suurkulutuksen taustalla olevien tekijöiden parempi hallinta. Keräämme yhdessä päivystyksemme ja ensihoidon kanssa tietoja palvelujen suurkuluttajista ja heiltä luvan kysytyämme haemme ratkaisuja ja tukea heidän tarpeisiinsa mm. Case management-toiminnalla, laajennetulla kotihoidon palveluvalikolla ja räätälöidyillä palvelukokonaisuuksilla. Olemme perustaneet tätä varten vaativien palvelujen yksikön, katso kuva 14. Tämän yksi toimialue on monialaisten tarpeiden tunnistaminen.



Kuva 14. Vaativien palvelujen organisaatio

Hieman johtamisesta

Vanha toiminta ei muutu tarkoituksenmukaiseksi ilman johtamista. Tämän osalta on syytä tehdä pikainen vilkaisu taustapeiliimme.

Eksoten alkuvuosia leimasi muutoksesta puhuminen ilman, että varsinaisesti asiat olisivat muuttuneet merkittävästi. Tällöin oli nähtävissä tulevan muutoksen demonisoituminen, yllä oli jokapäiväinen uhka, josta ei tiedetty konkreettisesti riittävästi. Muutos oli tuloillaan, mutta paikallaan olo kasvatti tulevaisuuden mörköä. Onneksi tämä alkoi pienetä, kun muutokset käynnistyivät.

Muutokseen ryhtymiseen liittyy aina paradoksaalisia ulottuvuuksia. Kukapa sitä ei haluaisi, mutta ehdot ovat erilaisia, jopa keskenään päinvastaisia. Oleellista on saada ymmärretyksi, että kaikki joutuvat tekemään kompromisseja. Näin myös taataan kaikkien mahdollisuudet päästä vaikuttamaan omalta osaltaan lopputulokseen. Käynnistyminen tuottaa siten monelle myös pettymyksen kokemuksia. Näiden vastaanottaminen, ratkaisujen perustelu ja uuden käsitteellistäminen ovat jokaiselta johtajalta vaadittavia valmiuksia.

Omakohtaisesti olen oppinut, että muutosjohtamiseen kuuluu jatkuva keskeneräisyyden kokemus. Maa-
lia ei ole ja loppusuoran odotus muuttuukin tavalliseksi matkan teoksi. Tavanomainen toive on, että kyllä
tämä helpottaa sen ja sen jälkeen, mutta näin ei ole vielä ollut. Ilmeisesti tämä on lopultakin muutoksen
johtamisen työtä? Ei ole maaliviivaa, on vain erilaisia aikoja, joihin aina kuuluvat selkään puukotukset ja
muut kivuliaat kokemukset. Helpomman ajan odotus on sama kuin seppä odottaisi viileää työympäristöä.
Hänen elämässään kuumuus on leivän edellytys ja seuraus, samoin kuin lapsuuteeni paperiteollisuuden
piippujen välissä leijunut sellun haju. Raha haisee, sanottiin.

Kaikkein tärkein toimenpide matkallamme on ollut rohkeus uudistaa esimieskuntamme, mikä on jul-
kishallinnossa sangen poikkeuksellista. On myös korostettava, että henkilöstöltä ei voi vaatia muutoksia tai
uudistuksia ilman heidän kannaltaan hyvää ja tarkoituksenmukaista johtamista. Johtaminen on ymmärrettä-
vä samanlaiseksi osaamista vaativaksi toiminnaksi kuin kaikki muukin toiminta sosiaali- ja terveydenhuol-
lossa.

Meillä johtamisjärjestelmä on ollut lähes pyhä asia. Esimiesten ohi johtaminen on kuin epästabiili selkä-
ranka. Kun tukirakenne pettä, niin seuraukset ovat ennakoimattomia. Kun se pettä kunnolla, niin selkä-
rankainen pystyssä kulkija muuttuu matelijaksi. Tämän periaatteen pohjalta syntyy hankalia tilanteita sil-
loin, kun organisaatio alkaa syystä tai toisesta irtaantumaan perustehtävästään. Johtamisjärjestelmän sisään
täytyy rakentaa hälytysjärjestelmä, jonka nappia voi kuka tahansa esimiehistä painaa.

Johtajan tulisi kyetä itsereflektion avulla tunnistamaan omat **puutteensa** ja mihin ei ole riittävästi aikaa.
Yksi johtamisjärjestelmän tehtävistä on kompensoida kunkin esimiehen rajallisuutta. Perinteisesti taipu-
muksena on valita itseemme kaltaisia johtajia. Kaikki on varmasti silloin harmonisempaa, mutta organisaatio
hyötyy enemmän erilaisuuksista, jotka synnyttävät hedelmällisiä, mutta hallittuja jännitteitä.

Kirjoitan parhaillaan omille kokemuksilleni rakentuvaa kirjaa julkishallinnon tuottavuutta alentavista
mekanismeista. Tavoitteeni on julkaista se ennen seuraavia kuntavaaleja 2017 ja osallistua näin ajankohtai-
seen yhteiskunnalliseen keskusteluun. Kyseiset vaalit ovat todelliset sote-vaalit, koska silloin valittavat
henkilöt ovat väistämättömien rakenteellisten uudistustemme toteuttajia – tai kansallisen taloudellisen krii-
simme syventäjiä. Panokset ovat kovat.

Keskeinen hypoteesini kirjassa on, että rajoittavat tekijät tulevat pääosin aina ensisijaisesti organisaation
sisältä. Hyvin moneen teemaan on olemassa käyttökelpoisia ja tuottavia ratkaisuja, mutta ne kaatuvat vallan
jakoon ja muihin psykologisiin teemoihin. Faktat ovat harvoin järkevän toiminnan rajoite, kyse on ihmisis-
tä. Haluan nostaa kyseisestä kokonaisuudesta kolme teemaa tähän yhteyteen:

Julkishallinnon päätöksenteon kulttuuri ei ole tarpeeksi toimintalähtöinen. Organisaatioiden perustehtä-
vät, strategiat, tulokset ja muut vastaavat keskeiset ohjaavat tekijät joutuvat väistymään henkilölähtöisyy-
den edessä. Ratkaisut perustuvat vaikutelmille, loukkaantumisten välttämiseksi, vaikutusvaltaisuudelle ja
käytöksen dominoivuudelle. Lopputuloksena on päätöksenteon epäoikeudenmukaisuus ja populistisuus
sekä kohta tarkemmin kuvattava toimeenpanon puute.

Henkilölähtöisyys kytkeytyy keskeisesti valtaan. Eksoten synty saattoi osittain rakentua vallan tavoitte-
lulle. Alueelle ajettiin vuosien ajan Saimaan kaupunkia, uutta laajaa kokonaisuutta, mutta tämä kaatui Lap-
peenrannan ja Imatran erimielisyyksiin vallan jaosta. Jos näin todella on, niin oikean asiakaslähtöisyyden
sijaan kokonaisuutta ohjaamassa voikin pääsääntöisesti olla vallan dynamiikka. Siksikin johtaminen on
operoimista narsististen teemojen ja voimien kanssa. Eksoten rakentaminen on voinut toimia joillekin Troi-
jan puuhevosena oman urakehityksen suhteen, eikä uutena mahdollisuutena palvelujen järjestämiselle.
Kaksi aivan eri motiivia samalle todellisuudelle.

Toiseksi keskeisin asia on organisaation sisältä nousevien vihamielisten toimenpiteiden ja invaasioyri-
tysten torjumiseen kuluva energia, joka on pois kaikesta muusta toiminnasta. Vastaan tulee huhuja ja väit-
teitä, joiden todenperäisyyttä tarkistamatta ollaan valmiita tekemään asiakkaiden palvelujen saatavuuteen
tai jopa turvallisuuteen kohdistuvia toimenpiteitä. Muiden osa-alueiden uudistumista kammitetaan aktiivi-
sesti, mutta jos siellä haitanteosta huolimatta saadaan jotakin aikaiseksi, niin se pyritään ottamaan omaksi
seurauksella, että uudistus liudentuu ympäröivään jäsentymättömään massaansa. Näin tapahtuu sama kuin
vietäessä kukkivia kasveja varjoon.

Kolmas keskeinen ongelma on toimeenpanon puute. Jokaisella kunnalla ja organisaatiolla on hienoja suunnitelmia ja strategioita. Itse asiassa koko sote-uudistusta ei tarvittaisi, jos nämä laitettaisiin toimeen. Seisovan veden kulttuuria on ylläpitämässä monenlaisia tekijöitä, kuten tulosvastuun puuttuminen, mittareiden käytön ongelmat, toiminnallisten lukujen hyödyntämisen vieraus, ketteryyden puute, varjoorganisaatioiden asema ja päättäjien keskittyminen epäkohtiin liikkeen ylläpitämisen kustannuksella. Johtamisen keskeisin tehtävä on saada asiat liikkeelle, mutta valitettavasti tämä on usein liian vieras toimintakulttuuri.

En voi olla ihmettelemättä julkishallinnossa niin usein vastaantulevaa ilmiötä, jossa huonojen tulosten tekeminen sallitaan, mutta johtoa ei saa loukata. Tämä johtaa noidankehämäiseen tilanteeseen, kun huonojen tulosten taustoja pitäisi tarkastella kriittisesti eikä tämä ole mahdollista ilman johtamisen tarkastelua. Näin kriittiset ja toiminnallisia muutoksia edellyttävät arviot jäävät tekemättä tai ainakin niistä vaietaan. Lopputuloksena suunnitelmallinen muutos jää toteutukseltaan vaillinaiseksi.

Reaalielämässä ihmiset eivät ole keskenään tasa-arvoisia. Sama pätee myös organisaatioihin. Rajapintojen toiminnan määrittämisessä ja asioista sopimisessa päätösvalta ei määräydy tulosten perusteella, vaan aivan muuta kautta. Asiakaslähtöinen, toimiva ja tuloksellinen toiminta voidaan ajaa alas silloin kun se ei käy palveluissaan ja tuloksissaan kompastelevalle, mutta vaikutusvaltaiselle yksikölle. George Orwellia siteeraten ”kaikki ovat tasa-arvoisia, toiset ovat vain toisia tasa-arvoisempia”.

Minulle vaikeinta on ollut hyväksyä tuloksistamme puhumisen kieltäminen. Se kuulemma loukkaa ja syyllistää muita Eksotessa. Itse olen ajatellut kertovani muutoksen mahdollisuudesta ja kannustaa muita, mutta tämä on koettu vihjailuksi, että muualla olisi tehty huonoa työtä. Karvainta tässä kiellossa on ollut, ettei henkilöstömme ole saanut ansaittua palautetta hyvästä työstä. Heidän palkitsemisensa piti tehdä salassa. Ilmiö on sama kuin että koulussa lopetettaisiin hyvien numeroiden antaminen, jotta toisille ei tulisi paha mieli. Samalla unohdetaan perustehtävämme ja vastuumme veronmaksajille, asiakaslähtöisyydestä puhumattakaan.

Edellä mainitun kiellon kanssa samanaikaisesti toimintamme ja tuloksemme ovat pyyhkiytyneet Eksoten esittelymateriaalista, jopa sellaisista toiminnoista, joiden toteutus tapahtui henkilöstömme toimesta (Hyvinvointiasemaraaportti). Organisaation ulkopuolelta toistuvasti saamani palautteen mukaan meistä kysyttäessä ei annettu vastauksia. Meitä ei enää ollut.

Johtamisen osatekijä leadership rakentuu keskeisesti johtamisen ansaitsemiselle. Tämän taustalla taas on johtamisen ansaintalogiikka. Johtajien arvostus ja uskottavuus rakentuvat organisaation keskeisissä tavoitteissa onnistumiselle. Jos tavoitteena on esimerkiksi palveluihin pääseminen, niin jonoista kärsivän organisaation johtajan on vaikea saada arvostusta. Sama pätee talouteen. Jos kustannusten hallintaan sitoutunut organisaatio tekee toistuvasti tappiota ilman yleisesti hyväksytyjä perusteluja, haasteena on, kuinka sitouttaa henkilöstö toimintaan.

Mikäli johtamisen perusteet tulevat muuten kuin avoimin ja näkyvin periaatteiden kautta, esimerkiksi vanhaan asemaan, henkilösuhteisiin tai poliittiseen vakaumukseen pohjautuen, ollaan haasteellisessa tilanteessa juuri leadershipin osalta. Tällöin johtamisen ansaintalogiikka tulee näkyä muuten, kuten operatiivisen toiminnan tulosten tai numeroiden kautta. Valitettavan usein kuitenkin törmäämme ilmiöön nimeltä dyskalkulia eli numeroiden tunnistamattomuus.

Johtamisen ansaintalogiikka pitää sisällään ansaitun uskottavuuden alueilla, joihin keskeisimmät haasteet kytkeytyvät. Jos on hyvä jalkapallossa, uskottavuus koripallon asiantuntijana ei ole paras mahdollinen. Nykyiset kehityksen painopisteet liittyvät tulevaisuuden palvelut turvaavaan voimavarojen hallintaan. On melko epäuskottavaa puhua tuottavuuden nostosta ja kustannusten hallinnasta, jos samanaikaisesti yleinen käsitys on, että vanhukset kodeissaan ovat oman onnensa nojassa resurssisyydestä. Muutosta johtamaan tarvitaan henkilöitä, joilla on näyttöä ja ansaittuja kannuksia ajankohtaisten haasteiden hallinnasta.

Perinteisesti leadershipin ansaintalogiikan osia ovat avoimuus, dialogisuus, päätösten perusteleminen, moniäänisyyden salliminen ja monet muut herkästi sivuun jäävät ja vaiettavat teemat. Jos johto on loukkaantumisherkkä tai muuten avointa keskustelua kapeuttava ja kyseenalaistamista rajoittava, niin muutosten edistäminen ja ylipäättään tavoitteisiin pääseminen vaikeutuvat huomattavasti.

Johtaminen koostuu myös arjen pienissä hetkissä tapahtuvasta päätösten teosta. Tähän vaaditaan paljon hentojen signaaleiden synnyttämistä ja kuulemista. Näiden osalta havaintoihin reagoimattomuuskin on ymmärrettävä valinnaksi. Spontaani hiljaisuus ja vaiennetusti äänetön todellisuus ovat samanlaisista ulkoasuistaan huolimatta toistensa vastakohtia.

Arjen johtamisen haasteista

Johtaminen tapahtuu monella tasolla, mutta näistä haasteellisin on arjen esimiestyö. Viikoittain minulle raportoidaan pyrkimyksistä palata vanhoihin ja työntekijälähtöisiin toimintatapoihin. Joku ilmoittaa, etteivät kotikäynnit tai jokin muu työtehtävä kuulu hänelle. Poislähtämisen kulttuuri on kuin rikkaruoho, joka kasvaa nopeasti ja leviää kaikkialle. Samoin potilaista ollaan valmiita luopumaan ennen kuin jatkon suunnitelmat on varmistettu – ei ole enää minun potilas. Nämä ovat vain joitakin esimerkkejä arjen dysfunktionaalisuuksista ja tästä johtamisen vaativimmasta alueesta. Mikäli muutokset eivät yllä tälle tasolle, ne ovat vain perinteistä korkealta ja kovaa tulevaa suunnittelujargonia.

Kaikki johtaminen puntaroidaan lopulta henkilöstön tekemän asiakastyön kautta. Vain tällä on merkitystä. Johdon tehtävä on edistää ydintoimintaa ja auttaa asiakkaiden kautta määrittyvien tavoitteiden saavuttamisessa. Johtamisen tuloksellisuus mitataan ruohonjuuritasolla toiminnassa.

Paradoksaalisesti tuottavuuden nostamisen esteenä on paljon aineettomia asioita, jotka eivät maksa mitään. Perustehtävään sitoutuminen, asiakaslähtöisyys, päätösten perustuminen tuloksille, oikeudenmukaisuus, yhteishenki ja monet muut yllä kuvatuista teemoista olisivat läsnä työmme arjessa ja siten käden ulottuvilla. Enemminkin niiden huomiotta jättäminen ja hyödyntämättömyys tulevat kalliiksi.

Ympyrä sulkeutuu?

Vuonna 2014 alusta aikuissosiaalityön liittyttyä meihin vastuullemme tuli myös pitkäaikaistyöttömien aktivoiminen. Kyseinen teema on ajatusmaailmamme kannalta yhteiskunnallisen osallisuuden nimissä tapahtuvaa kuntoutusta.

Meille syntyi samalla yhteinen rajapinta työvoimaviranomaisten kanssa. Tämä jakautuu kahteen erilliseen segmenttiin eli yhteistyöhön TE-toimiston sekä Työvoiman palvelukeskuksen (TYP) kanssa. Yhteistyö on merkinnyt kahden erilaisen kulttuurin yhteensovittamista. Asian osalta kaikkea muuta kuin neutraalina näen ongelmana asiakaslähtöisen ja työntekijälähtöisen kulttuurien muokkaamisen yhdeksi molempien vahvuuksia hyödyntäväksi toiminnaksi. Kun me yritimme luoda yleiset ja tasapuoliset asiakastyön kriteerit mittareineen, niin meidän koettiin kritisoivan toisen organisaation työtä. Meillä työntekijä on väline, jonka kautta tuotetaan asiakkaan tarvitsemat palvelut, kun toisaalla henkilöstö perustelee toimintatapojaan ammattitaidollaan ja kokemuksellaan. Keskustelu yhteisestä TV-ohjelmasta ei ottanut sujuakseen, koska tavaltaan emme katsooneet samaa lähetystä.

Oman johtamiseni näykykulmasta katsottuna palasimme organisaatiomme synnyttämisen maailmaan. Silloin muutoksemme alkua leimasivat ylimitoitettut vastarinnan muodot, kuten median lietsominen väärillä tiedoilla, perättömät yleisönosastokirjoitukset ja dramaattiset mielenilmaisut, kuten tappouhkaukset.

Elimme uudelleen todellisuutta, jossa eri tahot soittivat johdollemme uhaten organisaatioidensa vetämistä pois yhteisestä toiminnasta niiden lakisäteisyydestä huolimatta, vaatimalla allekirjoittaneen irtisanomista ja yksittäisten yhteisillä rajapinnoilla toimivien työntekijöidemme siirtoa muihin tehtäviin. Yhteisiä kokoontumisia leimasivat pilkanteko ja yksittäisten työntekijöiden nolaamiset. Sosiaalisessa mediassa julkaistiin työntekijöiden toimesta pilkkaa, halventavia kuvia ja kommentteja. Toimintojamme pilkottiin yhteistyökumppaneiden vaatimuksesta ja luotiin keinotekoisia asiakassegmenttejä. Huolestuttavinta mielestäni on, että toinen organisaatio kulki sisällämme toimintaamme määrittellen. Välillä tilanne meni niin pitkälle, että Kelan ylimmän johdon piti rauhoittaa omiensa toimintaa.

Esitetyt vaatimukset olivat rekyylejä yksittäisten työntekijöiden yksittäisiin tilanteisiin liittyneistä loukkaantumisista. Perusväite on ollut, ettemme arvosta heidän työtään. Hieman sarkastisesti totean tähän, etten osaa vastata väitteeseen oikein mitään, koska emme ole vielä päässeet keskustelemaan töistämme – asiakkaiden edun toteuttamisesta ja elämän eteenpäin saattamisesta. Toisten kunnioittaminen on tärkeä arvo, mutta perustehtävämme ihmisten auttaminen menee kauas sen edelle. Palvelutarpeisiin on vastattava, vaikka emme toisistamme tykkäisikään.

Ristiriitojen myötä nykyään meillä pitkäaikaistyöttömät jaetaan kahteen kastiin, niin sanottuihin työllistettäviin ja ylläpitävän kuntoutuksen asiakkaisiin. Kokemuksemme mukaan jako on sattumanvaraista ja mielivaltaista. Minkäänlaisia yleisiä kriteerejä tai mittareita ei ole käytössä. Viranomaisten subjektiivisilla ratkaisuilla ohjataan merkittävästi yksilöiden kohtaloja ja synnytetään seuraaviin sukupolviin siirtyviä vaikutuksia.

Jako koskee myös kuntouttavaa työtoimintaa tuottavia paikkoja. Nämä käsittävät entisiä niin sanottuja suoja- ja tukipaikkoja, joita tuottavat kunnat, kolmas sektori ja yleishyödylliset järjestöt. Viranomaiset määrittelevät työllistettävän oman näkemyksen sivuuttaen, kenellä on oikeus mennä mihinkin. Tavoite olisi ymmärrettävä, jos ihmiset olisivat oikeasti luokiteltavissa. Aiemmin selvinä kausinaan kierrätyskeskuksessa työskennellyt alkoholisti ei voi enää mennä sinne töihin, koska kyseinen työpiste ei ole enää hänen käytettävissään yksittäisen viranomaisen arvion perusteella. Myöskään työtoimintaa tuottavia tahoja ei ole asiassa kuultu.

Tiedolla johtamisessa keskeistä on päätösten ja muutosten sitominen numeroihin. Kaikista edellä mainituista toimenpiteistä huolimatta työllistämisen tuloksemme menevät alaspäin. Pitkäaikaistyöttömien määrä on nousussa ja kuntien sakkomaksut kasvussa, vaikka meillä on samanaikaisesti täyttämättömiä työpaikkoja. Ainakin toistaiseksi intohimot painavat enemmän kuin faktat. Mielenterveys- ja päihdetyötä ja sosiaalipalveluja koskeva integraatiomme on onnistunut, mutta työmarkkinat ovat jääneet tämän ulkopuolelle.

Onneksi viime kuukausien aikana asia on tuntunut menevän selvästi eteenpäin ja tilanne on rauhoittunut. Ainakin olemme saavuttaneet työrauhan, tulokset vielä odottavat itseään. Luotan edellä kuvatun selkkauksen opettaneen meitä, joten hyvää on nyt odotettavissa.

Kohti parempaa maailmaa virallisia teitä

Tätä kirjoittaessani viimeistelen kirjettä eduskunnan oikeusasiamiehelle. Minusta edellä kuvattu toiminta on moraalitonta ja epäeettistä. Olemme jopa luomassa yhteiskuntamme heikoimmassa asemassa oleviin ihmisryhmiin kohdistuvaa työelämän apartheidia. Pyydän valtakuntamme ylimmältä viranomaistoimintaamme valvovalta viranomaiselta kannanottoa seuraaviin kysymyksiin:

1. Onko ylipäätään mahdollista, että yhteiskunnassamme rajataan joitakin työpaikkoja kansalaistemme ulottumattomiin ilman, että taustalla on ammattipätevyyteen tai – taitoon perustuvat vaatimukset?
2. Kriteereiden julkisuus ja yhteneväisyys. Voidaanko tällainen erottelu tehdä ilman avoimia ja julkisia kriteereitä? Toteutuuko tässä hallintolain henki?
3. Valituskelpoinen viranomaispäätös. Voidaanko tällainen päätös tehdä ilman, että kansalaisella on mahdollisuus valittaa siitä ja mikä olisi se ulkopuolinen ja riippumaton taho, joka käsittelee nämä valitukset?

Tämän julkaisun ilmestyessä olemme saaneet vastaukset näihin kysymyksiin. Oli tulos mikä tahansa, koen toimineeni viranomaisen yhteiskuntavastuun nimissä. Viranomaistyöhön sisältyvä neutraliteetti ei vapauta yhteiskunnallisiin epäkohtiin reagoimiselta ja niiden näkyviin tuomiselta. Tämä sivuaa edellä kuvattua tapaus Erikaa - lain kirjaimen toteutuminen ei voi riittää, jos yksilö jää heitteille.

Mutta tulokseen on tyydyttävä ja sopeuduttava. Jos yhteiskuntamme hyväksyy tällaisen toiminnan, niin virkamiehenä siihen on sitouduttava tai sitten täytyy siirtyä muihin tehtäviin.

Pitkäaikaistyöttömyys on ongelmien kasauma ja synnyttäjä. Ilmiön sisälle ja ympärille kerääntyy paljon yhteiskunnallisia epäkohtia, osa on syitä ja osa seurauksia. Ongelman tekee moniulotteiseksi kokemus yhteiskunnan taholta tapahtuneesta hylkäämisestä. Se edustaa paljon samanlaisia teemoja kuin millä yhteiskuntamme on aiemmin suhtautunut mielenterveys- ja päihdeasiakkaisiin. Asiaa hoitava järjestelmä vie ratkaisujen mahdollisuuksia ja synnyttää ongelmia ruokkien itse itseään. Molempia asiakasryhmiä yhdistää myös mahdollisuus saada asioita paljon paremmalle tolalle. Kun aikoinaan puhuin nykyisen järjestelmäme tavoitteista, minulle todettiin tuo otsikosta tuttu ”tuollainen ei voi onnistua”. Uskon, että myös pitkäaikaistyöttömyyttä voidaan hoitaa paljon nykyistä paremmin.

Tässä kuitenkin olemme. Merkittävä ja monelta osin onnistunut rakennemuutos on takana, mutta aivan vastaavanlainen tilanne käsissä. Annetaanko meidän tehdä voitavamme pitkäaikaistyöttömyyden vähentämisessä? Mahdollisuuksia olisi paljon. Kyse on tahdosta ja toimivallasta sekä ennen kaikkea kollektiivisesta vastuusta. Pidämmekö huolta toisistamme?

Kiitokset

Haluan esittää tähänastisen taipaleemme johdosta erityiset kiitokset henkilöstöllemme. Olette toimineet upeasti ja tuloksellisesti. Suuri kiitos kaikista niistä kyseenalaistuksista ja ideoista, jotka ovat sparranneet meitä johdossa etsimään vielä toimivampia ratkaisuja. Muutosvastarinta on muutosjohtajan valmentaja. Uskon vuoropuhelumme koituneen asiakkaidemme hyväksi. Erityiset kiitokset haluan osoittaa dosentti Juha Moringille ja emeritusprofessori Martti Kekomäelle. Apunne kriittisinä hetkinä oli korvaamatonta. En tiedä, olisinko selvinnyt ilman tukeanne.

Olen kuullut kuljetun matkan aikana lukuisia hienoja esityksiä. Yksi koulutus kuitenkin muutti ajatusmaailmani täysin. Aalto-yliopiston järjestämässä ”Johtaminen Terveystaloudesta” – koulutuksessa professori Teemu Malmin koulutuspäivä avasi kiehtovan näkymän terveystaloustieteen maailmaan ja edelleen hyvinvointimme ytimeen. Tuon päivän jälkeen elämäni ei ole ollut entisellään.

”Totisesti minä sanon teille: sen, mitä olette tehneet yhdelle minun vähimmistä veljistäni, sen olette tehneet minulle.” Matt. 25:40.

Lähimmäisyys ja tuottavuus ovat kuin yö ja päivä, ilman toista ei olisi toista.

Haluan kiittää myös eri vaiheissa olleen käsikirjoitukseni lukijoita arvokkaista kommentteista. Kiitos Hannu Hakalisto, Hermann Hyytiälä, Esa Leppänen, Airi Partanen ja Ursula Viro. Kiitos myös muille, jotka olette olleet mukana matkallamme. Me olemme tarvinneet teitä kaikkia.

Lähteet

- | | |
|--|--|
| Salmisaari, Timo. Johtamisen kokemuksia palvelujärjestelmän muutoksessa. 2013. Teoksessa Moring Juha, Bergman Viveca, Nordling Esa, Markkula Jaana, Partanen Airi, Soikkeli Markku (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä | 2012” Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos, Työpäperi 15/2013. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-907-7 |
| | Salmisaari, Timo. Kevan uutiskirje 2015. |
| | George Orwell. Eläinten vallankumous. |
| | Hyvinvointiasemaraaportti |

4.4 Rahapeliongelma ja mielenterveysongelma – Peliklinikan havaintoja ja kokemuksia

Petteri Paasio, Tapio Jaakkola

Tämä artikkeli kuvaa rahapeliongelman ja mielenterveyden ongelmien suhdetta Peliklinikan aineiston kautta. Tavoitteena on kuvata sitä, miten mielenterveyden ongelmat näkyvät raha-peliongelman rinnalla ja nostaa esiin seikkoja, joihin tulisi kiinnittää huomiota niin rahapeliriippuvuuden kuin mielenterveyden häiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa.

Peliklinikan kokemuksen, kerätyn asiakastietoaineiston analyysin ja tutkimusten tulosten kautta nostetaan esiin ajatuksia siitä, miten sosiaali- ja terveystalouksissa tulisi ottaa huomioon rahapeliriippuvuus erityisesti työskenneltäessä mielenterveysongelmien parissa. Rahapeliriippuvuudella tarkoitetaan sellaista rahapeliongelmaa, joka on niin vaikea-asteinen, että sitä on normaaliväestössä noin 1 prosentti. Peliklinikan asiakastietolomakkeessa rahapeliongelmaa mitataan PGSI-mittarilla (Problem Gambling Severity Index). Tässä artikkelissa rahapeliriippuvuudella viitataan rahapeliongelmaan, joka PGSI-mittarilla tuottaa vähintään 8 pistettä.

Peliklinikka on erityisesti rahapeliongelmiin erikoistunut, Helsingissä sijaitseva palvelukokonaisuus, joka tuottaa ja kehittää monitoimijaperiaatteella matalan kynnyksen palveluja pelaajille, heidän läheisilleen ja peliongelmaa työssään kohtaaville. Asiakkaat voivat valita sopivat palvelut laajasta palveluvalikosta. Osa palveluista on valtakunnallisia, osa alueellisia. (Katso www.peliklinikka.fi).

Rahapeliriippuvuuden ja mielenterveysongelmien samanaikaisuus

Rahapeliriippuvuuden ja mielenterveysongelmien samanaikaisuus on hyvin tunnettu tosiasia. Kansainvälisessä tutkimuksessa rahapeliongelmaan liitetään rinnakkaisongelmana myös päihdeongelma. Esimerkiksi

Lönnqvist toteaa, että rahapeliriippuvuuden samanaikaisuutta ”psykiatristen sairauksien välillä on todettu voimakkaana päihteidenkäytön häiriöihin, mielialahäiriöihin ja ahdistuneisuushäiriöihin” (Lönnqvist J. 2014). Ledgerwood ja kumppanit toteavat mielialahäiriöiden, ahdistushäiriöiden ja persoonallisuushäiriöiden esiintyvyyden rahapeliriippuvuudesta kärsivien keskuudessa vaihtelevan niinkin korkealla kuin 41–61 prosenttien välillä (Ledgerwood ym. 2014). Yhdysvalloissa 2000-luvun alussa tehdyssä laajassa esiintyvyytutkimuksessa todettiin, että jostain mielenterveyden häiriöstä kärsivillä on 17-kertainen todennäköisyys altistua myös rahapeliriippuvuudelle. Todennäköisyys altistua rahapeliriippuvuuteen oli peräti 30-kertainen, jos henkilöllä oli vähintään kolme eri mielenterveyden häiriötä. (Kessler ym. 2008, 1357.) Australiassa 2011 tehdyssä rahapeliriippuvuuden seulonnan, arvioinnin ja hoidon suosituksissa esitetään, että kaikki päihde- tai mielenterveysongelmien vuoksi hoitoon hakeutuvat tulisi seuloa rahapeliongelmiensa osalta (Thomas ym. 2011).

Suomessa päihdetapauslaskennan aineistoon perustuen päihdepalveluihin hakeutuvien ongelmapelaajien keskuudessa mielenterveyden häiriöt ovat yleisempiä kuin pelkän päihdeongelman vuoksi hoitoon hakeutuvilla asiakkailta. Heistä kahdella kolmasosalla oli joko masennus tai muu mielenterveyden häiriö. Osalla kuitenkin ilmeisesti oli mielenterveyden häiriöksi diagnosoitu pelihimo (ICD F63.0) eli rahapeliriippuvuus. (Nuorvala ym. 2009).

Aineiston kuvaus

Tämä artikkeli perustuu ensisijaisesti Peliklinikan avohoidon ja osin myös Peli poikki-ohjelman asiakastietokantojen aineistoon¹. Peliklinikan avohoidon asiakkaita koskeva aineisto toimii otoksena kaikista rahapeliriippuvuudesta kärsivistä hoitoon hakeutuneista henkilöistä. Tämä asiakasaineisto on laaja. Se kattaa heinäkuusta 2010 vuoden 2014 loppuun saakka tiedot vajaasta 600 asiakkaasta. Aineisto on kerätty asiakkaiden täyttämistä asiakastietolomakkeista. Jokainen uusi asiakas täyttää asiakastietolomakkeen, kun hän tulee ensi kertaa vastaanotolle. Joiltain osin asiakkaista on kertynyt myös seurantatietoa. Lomakkeet tallennetaan tietokantaan ja asiakkailta pyydetään samalla suostumus käyttää tallennettuja tietoja tutkimustarkoituksiin. Tietokantaan ei tallenneta asiakasta yksilöiviä henkilötietoja.

Aineistossa käytetyt muuttujat ovat joko suoraan lomakkeissa esitettyjä kysymyksiä (esim. syntymävuosi) tai sitten niiden pohjalta tehtyjä summamuuttujia (esim. ikäryhmät) tai johdannaisia, jotka erottelevat tehokkaimmin aineistoa (esim. pelaajaprofiili, joka kuvaa aineistoa iän ja sukupuolen mukaan sekä pelaamisprofiili, joka kuvaa eri peleihin liittyvää dynamiikkaa).

Peliklinikan aineistossa mielenterveysongelmia tai mielenterveyspalvelujen käyttöä mittaava muuttuja muodostui useasta kysymyksestä, joissa asiakkaalla oli mahdollisuus tuoda esiin joko tunnistettu mielenterveyshäiriö tai jonkun mielenterveyspalvelun käyttö. Mielenterveysongelmien olemassaolo perustuu siis asiakkaan antamaan informaatioon.

Peliklinikan avohoidon asiakkaiden vertailuun on käytetty myös Peli poikki -ohjelman tietokantaa sekä kansainvälisiä ja suomalaisia tutkimuksia rahapeliriippuvuudesta. Peli poikki -ohjelman tietokanta koostuu ohjelmaan sisältyvistä seurantalomakkeista, joita asiakkaat täyttävät. Ohjelman on vuodesta 2007 vuoteen 2015 suorittanut jo noin 900 asiakasta. Seurantalomakkeet sisältävät useita validoituja mittareita kuten peliongelman vakavuutta mittaava NODS (NORC DSM Screen for Gambling Problems), päihdeongelmaa kartoittava AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test) sekä masennusmittari MADRS (Montgomery Åberg Depression Rating Scale).

Peli poikki -hoitomalli on kahdeksan viikon mittainen Peluurin hallinnoima verkossa toimiva oma-apuopas yhdistettynä terapeutin ohjaukseen. Siinä asiakas tapaa terapeuttia puhelimesta viikoittain ja osallistuu ohjelman keskustelufoorumiin netissä saaden tätä kautta vertaistukea. Ohjelmaan kuuluu myös oma-apuosuus, jossa asiakas saa tietoa ja työskentelee verkossa. Kahdeksan viikon hoito-ohjelma perustuu kog-

¹ Peliklinikan loppuraportti 2014 kuvaa tarkemmin Peliklinikan asiakasprofiilia ja asiakkaiden ongelmia. Raportissa on myös liitteenä asiakastietolomake, jolla aineisto on kerätty. Ks. www.peliklinikka.fi. Peli poikki -ohjelmasta www.pelipoikki.fi

nitiiiviseen käyttäytymisterapiaan ja motivoivaan haastatteluun. Peli poikki -ohjelma on arvioitu² vaikuttavaksi kokonaisuudeksi.

Peliklinikan avohoitoon on hakeutunut vuosittain 120–180 asiakasta ja Peli poikki-ohjelmaan rekisteröity vuosittain noin 200 uutta asiakasta.

Peliongelman vakavuus

Peliklinikan avohoidon asiakkaiden rahapeliongelman vakavuusastetta mitataan Problem Gambling Severity Index -mittarilla (PGSI) (Ferris J, Wynne H. 2001). Mittari muodostuu yhdeksästä kysymyksestä, jotka pisteytetään asteikolla 0–3 (en koskaan – lähes aina).

Peliklinikan avohoidon asiakaskunta edustaa vakavinta rahapeliongelman luokkaa, johon koko väestöstä kuuluu alle yksi prosentti aikuisista. Alle kahdeksan pistettä³ saaneita ei asiakaskunnassa juuri ole. Naisten rahapeliongelma näyttäisi olevan vaikeampi kuin miesten. Naisten PGSI-pisteiden keskiarvo on 19,59 ja miesten 18,02 ja ero on tilastollisesti merkitsevä ($p = .002$).

Ikäryhmittäin⁴ tarkasteltaessa tilastollisesti merkitsevä ero PGSI-pisteissä muodostuu alle 30-vuotiaiden naisten ja yli 50-vuotiaiden miesten välille. Alle 30-vuotiailla naisilla on aineiston korkeimmat PGSI-pisteet ja yli 50-vuotiailla miehillä matalimmat.

Palvelujen käyttö, päihdeongelma ja mielenterveysongelmat

Rahapeliongelma käärsivillä on toisaalta paljon palveluiden käyttöä, vaikka toisaalta heidän voi olla vaikea löytää itselleen sopivaksi kokemiaan palveluja. Suomalaisessa Peliklinikan aineistossa päihdeongelma ei ollut yhtä voimakkaasti kytkeytyneenä rahapeliongelmaan kuin kansainvälisissä tutkimuksissa. Sen sijaan mielenterveysongelmat liittyivät rahapeliongelmiin.

Pelaajien kontaktit palvelujärjestelmään

Rahapeliongelma käärsivät näyttävät työllistävän palvelujärjestelmää varsin laajasti. Toisaalta kolmasosalla asiakkaista ei ole mitään kontaktia palvelujärjestelmään Peliklinikalle tullessaan⁵. Peliklinikka on tavoittanut ja vastannut rahapeliongelman pääryhmän tarpeisiin – sellaisten ongelmapelaajien tarpeisiin, jotka muuten olisivat vailla apua. Näin on erityisesti miesten osalta. Alle 30-vuotiaista miehistä peräti 45 prosentilla ja 30–49-vuotiaista miehistä 37 prosentilla ei ole mitään kontaktia palvelujärjestelmään Peliklinikan ulkopuolella, kun samanikäisissä naisissa osuudet ovat 24 prosenttia ja 11 prosenttia.

² Carlbring P. & Smith F. (2008) Randomized Trial of Internet-Delivered Self Help With Telephone Support for Pathological Gamblers. *Journal of Consulting Psychology*, Degerman N. (2010) Internetbaserad självhjälpsbehandling i kombination med telefonstöd vid spelmani. En effectiveness-studie på kort och lång sikt samt prediktion av behandlingsutfall, avhopp från behandling och återfall. Linköpings universitet, Aspelin K. & Olerud P. (2010), Internetbaserat självhjälps-program för självberoende (2010), Castren S. et al. (2012) Castrén, S., Pankakoski, M., Ladouceur, R. & Lahti, T. (2012a) Internet-based 8-week therapy for gambling problems: sociodemographic characteristics of the participants. *Psychiatria Fennica* 43, 67-84., Castren S. et al. (2013) Randomized Trial of Internet-Delivered Self Help With Telephone Support for Pathological Gamblers. *Journal of Consulting Psychology*.

³ PGSI-mittarissa kahdeksan pistettä on ongelmapelaamisen tai mahdollisen rahapeli-riippuvuuden raja-arvo, maksimi on 27 pistettä.

⁴ Peliklinikan analyysissä ikäryhmät: alle 30-vuotiaat naiset/miehet, 30–49-vuotiaat naiset/miehet, yli 50-vuotiaat naiset/miehet

⁵ Olemme tarkastelleet kysymystä, onko pelaajalla kontaktia johonkin palvelujärjestelmään Peliklinikan ulkopuolella seuraavilla asiakastietolomakkeen kysymyksillä:

- Oletko hakenut aikaisemmin apua peliongelmaan?
- Muut sosiaali- ja / tai terveyspalvelujen asiakkuudet
- Ohjaava taho
- Oletko hakenut apua tai ollut hoidettavana seuraavien ongelmien vuoksi?
 - o Päihteet, mielenterveys, ihmissuhteet, velat / taloudelliset ongelmat

Mielenterveysongelmista kärsivät tai mielenterveyspalveluja käyttävät Peliklinikan avohoidon asiakkaista näyttäisivät kuuluvan ryhmään, joka kuluttaa runsaasti palveluja. Heistä peräti puolet (49 %) oli hakenut aikaisemmin apua rahapeliongelmaan, kun muista näin oli tehnyt noin kolmasosa (37 %) ($p=.004$).

Päihdeongelmalla ja rahapeliongelmallalla ei yhteyttä Peliklinikan aineistossa

Yleisesti niin kansainvälisessä kuin suomalaisessa tutkimuksessa on esitetty, että rahapeliongelma ja alkoholiongelma liittyvät yhteen hyvin usein. Peliklinikan avohoidon asiakkaiden kohdalla peliongelma ja päihdeongelmalla ei näytä olevan yhteyttä. AUDIT-C mittarilla mitaten avohoidon asiakkaiden alkoholin käyttö ei poikkea koko väestön alkoholin käytöstä. Peliklinikan avohoidossa eivät alkoholin käyttö ja rahapeliongelma liity toisiinsa. AUDIT-C pisteet vastaavat täysin suomalaista normaaliväestöä. Suomalaisessa tutkimuksessa AUDIT-C keskiarvo miehille oli 5,0 (Aalto M. ym. 2009). Peliklinikalla miesten keskiarvo on 4,7 ja naisilla 3,6.

Peliklinikan aineistosta nouseva havainto, että alkoholiongelma ei näyttäisi kytkeytyvän rahapeliongelmaan, on erittäin merkittävä. Se poikkeaa useimpien alan tutkimusten havainnoista ja edellyttäisi nyt lisätutkimusta. Tulisi selvittää, onko kyse Peliklinikan avohoidon asiakaskuntaan liittyvästä poikkeamasta vai todella suomalaisen rahapelaamiseen liittyvästä ilmiöstä, joka erottaa suomalaisen ongelmapelaajan kansainvälisen tutkimuksen ongelmapelaajan arkkityypistä.

Mielenterveysongelmat näkyvät Peliklinikan aineistossa

Rahapeliongelmaan liittyy lähes poikkeuksetta syyllisyyttä, häpeää ja itsetunnon ongelmia. Peliklinikan avohuollon asiakkaista 84 prosenttia ilmoitti kokevansa syyllisyyttä pelaamisestaan useimmiten tai lähes aina.

Peliklinikan avohoidon aineisto sisältää runsaasti kysymyksiä, jotka liittyvät psyykkiseen hyvinvointiin, mielenterveyspalveluiden käyttöön tai varsinaisiin tunnistettuihin mielenterveyshäiriöihin.

Aineistossa mielenterveysongelmia tai mielenterveyspalvelujen käyttöä mittaava muuttuja muodostui useasta kysymyksestä, joissa asiakkaalla oli mahdollisuus tuoda esiin joko nimetty mielenterveyshäiriö tai jonkun mielenterveyspalvelun käyttö. Mielenterveysongelmien olemassaolo perustuu siis asiakkaan antamaan informaatioon. Kaikista asiakkaina olleista naisista 56 prosentilla on mielenterveysongelmia⁶, kun miehistä niitä on noin kolmasosalla, 37 prosentilla.

Ongelmapelaamisen vakavuusaste ja tyytyväisyys eri elämän alueilla korreloivat. Selkeä yhteys asiakkaan peliongelman vakavuuteen on havaittavissa mielenterveyden, talouden, vapaa-ajan käytön ja itsetunnon osalta. Mitä vakavampi rahapeliongelma PGSI-mittarilla mitaten on, sitä tyytymättömmimpiä asiakkaat olivat erityisesti omaan mielenterveyteensä ja itsetuntoon⁷. Heikkoa itsetuntoa on pidetty rahapeliriippuvuuteen altistavana tekijänä. (Abbott M ym. 2013)

Rahapeliongelman ja mielenterveyden ongelmien välisestä suhteesta

Peliklinikan avohoidon aineisto tarjoaa mahdollisuuden rahapeliriippuvuuden ja mielenterveysongelmien keskinäisen suhteen tarkasteluun. Koko aineistosta on tehty kattava analyysi, jota esitellään laajemmin Peliklinikan 2014 loppuraportissa. Sen perusteella tiedetään, mitkä muuttujat tässä aineistossa liittyvät rahapeliongelmassa toisiinsa ja millä tavalla. Tässä artikkelissa käydään läpi vain mielenterveyteen liittyvien muuttujien suhde erityisesti rahapeliongelmaa koskeviin muuttujiin.

⁶ Mielenterveyspalvelujen käyttöä tai tunnistettu mielenterveyden häiriö

⁷ Pearson korrelaatio .310 ja .303, $p = .000$

Tässä artikkelissa käydään läpi kaikki nämä mielenterveyteen ja mielenterveyspalveluiden käyttöön liittyvät muuttajat. Ne ovat asiakkaan itsensä antamia vastauksia Peliklinikan avohoidon asiakastietolomakkeessa esitettyihin kysymyksiin. Muuttajat kuvaavat siis sitä, mitä asiakkaat ovat pitäneet olennaisena tullessaan asioimaan rahapeliongelmansa vuoksi. Vastausten voi tulkita kuvaavan ilmiöitä, joiden asiakkaat ajattelevat olevan jollain tavalla kytköksissä heidän rahapeliongelmaansa tai ainakin olevan relevantteja rahapeliongelman hoidon kannalta.

Avun hakeminen rahapeliongelmaan

Muuttuja ”avun hakeminen rahapeliongelmaan”, muodostuu kahdesta osasta: ensin kysytään onko näitä tahoja ja sen jälkeen asiakasta pyydetään nimeämään ne. Asiakkaista 58 prosenttia (n=565) ei ole hakenut aikaisemmin apua rahapeliongelmaan. Tämän perusteella voidaan olettaa, että nimenomaan rahapeliongelmaan keskittyneen yksikön olemassaolo on helpottanut heidän hoitoon hakeutumistaan. Havaintoa tukee myös se, että kun asiakkaita on pyydetty nimeämään palvelu, josta he ovat hakeneet apua rahapeliongelmaansa, eniten mainintoja saa joku muu Peliklinikkaan liittyvä palvelu kuten auttava puhelin Peluuri.

Toinen tärkeä havainto on, että apua on haettu olennaisesti useammin päihdehuollon palveluista kuin mielenterveyspalveluista. Silti hyvin harva on hakenut aikaisemmin apua kummastakaan: päihdepalveluista on apua rahapeliongelmaan hakenut 11 prosenttia asiakkaista ja mielenterveyspalveluista 3 prosenttia. Tätä havaintoa voi osaltaan selittää, että aiemmin ennen Peliklinikkaa ongelmapelaajat ohjattiin A-klinikoille. Se voi myös tarkoittaa, että mielenterveyspalveluja ei nähdä rahapeliongelman hoitopaikkana toisin kuin päihdehuollon palveluja.

Aikaisemmin apua hakeneiden rahapeliongelma on vakavampi PGSI-pisteillä mitaten. He ovat aloittaneet pelaamisen keskimäärin nuorempana ja peliongelma on syntynyt nuorempana kuin niillä, jotka eivät ole hakeneet aikaisemmin apua peliongelmaansa. Tämän lisäksi ne, jotka eivät ole hakeneet aikaisemmin apua ovat olennaisesti useammin maahanmuuttajataustaisia ja kokevat fyysisen terveydentilansa paremmaksi kuin ne, jotka ovat hakeneet aikaisemmin apua.

Rahapeliiriippuvuus vaikuttaa kielteisesti psyykkiseen hyvinvointiin

Peliklinikan aineiston perusteella näyttää siltä, että rahapeliiriippuvuus lähes poikkeuksetta vaikuttaa negatiivisesti henkilön psyykkiseen hyvinvointiin. Peliklinikan avohoitoon hakeutuessaan asiakkaat ovat kärsineet rahapeliongelmaasta keskimäärin 8,3 vuotta samalla kun heidän rahapeliongelman syntyyn vaadittiin keskimäärin 7,4 vuotta ongelmatonta rahapelaamista. Itsearvostus ja itsetunto saavat jatkuvia kolauksia alituisesta epäonnistumisesta rahapelaamisen hallinnassa.

Pelaamiseen uhrattu aika kaventaa pelaajan sosiaalista toimintakenttää. Sillä on omat psyykkiset seurauksensa. Mutta vielä konkreettisemmat seuraukset rahapelaamisella on henkilön ja tämän perheen taloudelliseen tilanteeseen. Peliklinikan avohoidon asiakkailla on keskimäärin 26 600 eroa velkaa. Oman ja perheen talouden vaarantaminen aiheuttaa syyllisyyttä, häpeää ja epätoivoa.

Rahapeliongelmaan liittyy häpeän lisäksi usein valehtelua läheisille. Jatkuvan valehtelun tai asioiden salaamisen psyykkiset kustannukset ovat hyvin suuret. Kuitenkin se, mikä on näiden negatiivisten psykososiaalisten seurausten suhde varsinaisten mielenterveyden häiriöiden syntyyn, on epäselvää.

Peliklinikan avohoidon asiakkaissa on paljon mielenterveyden häiriöistä kärsiviä. Asiakkaat ovat maininneet kaikkein useimmin omana pitkäaikaissairautenaan eritasoisen masennuksen. Seuraavaksi eniten mainintoja saavat skitsofrenia, ADHD, paniikkihäiriö. Osassa näistä tapauksista rahapelaaminen näyttäisi toimivan mielenterveyshäiriöstä aiheutuvan pahan olon lääkintämuotona tai ainakin pakopaikkana arjen ahdistavuudelle.

Mielenterveyspalvelujen käyttö

Tässä artikkelissa käsitellään mielenterveyden ongelmia, ei niinkään henkilöiden yleistä psyykkistä hyvinvointia. Tätä tarkastelua varten rakennettiin muuttuja ”mielenterveyspalvelujen käyttöä tai tunnistettu mielenterveyshäiriö”, joka koostuu viidestä eri asiakastietolomakkeen kysymyksestä:

- Kysymys: ”Muut sosiaali- ja / tai terveyspalvelujen asiakkuudet” Asiakas nimennyt asiakkuuden jossain mielenterveyspalveluissa. (tällä hetkellä)
- Kysymys: ”Onko todettuja pitkäaikaissairauksia?” Asiakas nimennyt jonkin tunnistettavan mielenterveyden häiriön.
- Kysymys: ”Käytätkö tällä hetkellä masennus- tai mielialalääkkeitä?” Asiakas vastannut myöntävästi tai nimennyt kyseisen lääkkeen.
- Kysymys: ”Oletko hakenut apua tai ollut hoidettavana seuraavien ongelmien vuoksi? Asiakas vastannut myönteisesti kohtaan: Mielenterveys (nyt tai aikaisemmin)
- Asiakas täsmentänyt vastaustaan mielenterveyspalveluiden aikaisemmasta käytöstä kirjoittamalla itsellään olevan tunnistettavan psykiatrisen diagnoosin.

Näiden välinen keskinäinen korrelaatio on korkea. Korkein se on kysymysten ”Käytätkö tällä hetkellä masennus- tai mielialalääkkeitä?” ja ”Onko todettuja pitkäaikaissairauksia: asiakas nimennyt jonkin tunnistettavan mielenterveyden häiriön” välillä⁸ ja matalin ”Asiakas täsmentänyt vastaustaan mielenterveyspalveluiden aikaisemmasta käytöstä kirjoittamalla itsellään olevan tunnistettavan psykiatrisen diagnoosin” ja ”Muut sosiaali- ja / tai terveyspalvelujen asiakkuudet: asiakas nimennyt asiakkuuden jossain mielenterveyspalveluissa⁹”.

Vastausten jakaumat olivat kuitenkin hyvin erilaisia. Kaikkein yleisintä (31 %) oli, että asiakas kertoi joskus hakeneensa apua tai olleensa hoidettavana mielenterveysongelmien vuoksi. Yhtä yleistä oli se, että asiakas kertoi käyttävänsä tällä hetkellä masennus- tai mielialalääkkeitä (31 %). Kysymykseen muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä vastasi myönteisesti 81 prosenttia Peliklinikan avohoidon asiakkaista-, mutta jonkun palvelun nimesi vain 27 prosenttia asiakkaista. Mielenterveyspalvelut nimesi 48 prosenttia kaikista, jotka mainitsivat jonkun palvelun.

Masennus- tai mielialalääkkeiden käytöllä oli tilastollisesti merkitsevä ($p < .01$) yhteys nimeltä mainittua urheilulajia harrastavien kohdalla ja myös päihdeongelmaan viittaavan käyttäytymisen kohdalla. Nimeltä mainittua urheilulajia harrastavista käyttää masennus- tai mielialalääkkeitä selvästi harvempi (27 %). Muilla asiakkailla mielialalääkkeiden käyttö oli yleisempää syö (40 %, $p = .004$). Samoin asiakkaat, joilla on päihdeongelmaan viittaavaa käyttäytymistä¹⁰, käyttävät masennus- tai mielialalääkkeitä useammin (41 %) kuin muut (28 %, $p = .003$).

”Mielenterveyspalveluiden käyttö tai tunnistettu mielenterveyden häiriö” mittaa sitä, onko asiakas vastannut myönteisesti edes yhteen edellä esitellyistä viidestä kysymyksestä (ks. s. 9) vai eikö hän ole missään kohdassa tuonut esille mielenterveyspalvelujen käyttöä tai mielenterveyden häiriöihin viittaavia seikkoja. Näin ollen muuttuja saa arvon 0 tai 1.

Kaikista asiakkaista 42 prosentilla oli ollut joko mielenterveyspalveluiden käyttöä tai mielenterveyden ongelmia. Tämä tulos on itsessään merkittävä. Ja se on yhdenmukainen kansainvälisen tutkimuksen kanssa.

Tämä mielenterveysongelmista kärsivä asiakasryhmä Peliklinikan avohoidon asiakkaissa näyttäisi kuuluvan ryhmään, joka kuluttaa runsaasti palveluja. Heistä peräti 49 prosenttia oli hakenut aikaisemmin apua rahapeli-ongelmaan, kun muista asiakkaista näin oli tehnyt 37 prosenttia.

⁸ Spearman rho = .629, $p = .000$

⁹ Spearman rho = .236, $p = .008$

¹⁰ Asiakas vastannut myöntävästi johonkin seuraavista kysymyksistä:

- Kärsii omasta tai muiden mielestä päihteiden väärinkäytöstä
- On hakenut apua tai ollut hoidettavana seuraavien ongelmien vuoksi? | Päihteet
- Juo itsensä humalaan vähintään kerran viikossa

Mielenterveyspalveluiden käyttäjistä oli vain 35 prosenttia hakenut apua taloudellisiin kysymyksiin ja velkoihin. Muista asiakkaista 78 prosenttia oli käyttänyt näitä palveluja.

Mielenterveyspalveluiden käyttö tai tunnistettu mielenterveyden häiriö-muuttujan toimivuutta testattiin. Testin tulos oli, että tämä alkuperäinen muuttuja tavoitti kaiken olennaisen vaihtelun eikä mikään vertailumuuttujista tuonut uutta informaatiota. Näin ollen jatkossa tässä analyysissä käytetään pelkästään sitä. Puhtuudessa mielenterveysongelmista, viitataan juuri tämän muuttujan tuottamaan informaatioon.

Rahapeliongelman ja mielenterveyden ongelmien suhde

Tämän osan tarkoitus on analysoida rahapeliongelman ja mielenterveysongelman välistä suhdetta. Se saadaan havainnollisemmin esiin käyttämällä muuttujaa ”Mielenterveyspalveluiden käyttö tai tunnistettu mielenterveyshäiriö summamuuttuja”, joka vertaa kahta ryhmää toisiinsa: 1) asiakkaita, joilla on mielenterveyspalvelujen käyttöä tai tunnistettu mielenterveyden häiriö ja 2) niitä joilla ei ole mielenterveyspalvelujen käyttöä tai mielenterveyshäiriötä.

Ensimmäinen analysoitava asia on tärkein: poikkeako rahapeliongelman vakavuusaste mielenterveysongelmasta kärsivillä verrattuna muihin. Vastaus on, että se poikkeaa, mutta hyvin vähän. Mitä vakavampi on rahapeliriippuvuus, sitä useammin asiakkaalla oli mielenterveyspalveluiden käyttöä tai tunnistettu mielenterveyden häiriö. Peräti puolella vaikeimmasta rahapeliriippuvuudesta kärsivistä (PGSI 21–27) oli mielenterveyspalveluiden käyttöä tai tunnistettu mielenterveyden häiriö. Lievemmästä rahapeliriippuvuudesta (PGSI 8-14) kärsivistä vain 38 prosenttia näyttäisi olevan mielenterveyden ongelmia. Vakavimmasta rahapeliongelma kärsivillä oli myös huonoin kokemus omasta psyykkisestä hyvinvoinnistaan.

Rahapelimaailman tuoma helpotus arjen tuskaan näyttäisi olevan erityisen houkutteleva mielenterveyden häiriöistä kärsiville. Pääsääntöisesti rahapeliongelman syntyyn menee vuosia. Henkilöistä, joiden rahapeliongelma kehittyi alle kahdessa vuodessa, on mielenterveysongelmista kärsiviä 54 prosenttia. Mielenterveysongelmia oli 35 prosentilla heistä, joille rahapeliongelman kehittymien vei pidemmän aikaa. Tämä voi osin selittyä juuri tämän mielenterveysongelmista kärsivän ryhmän korkeammalla iällä. Myöhemmällä iällä aloitettu rahapelien pelaaminen näyttäisi altistavan nopeammin peliongelmalta. (Slutske W ym. 2014)

Henkilöistä, joilla ei ole mielenterveysongelmia, on aloittanut rahapelaamisen yli 30-vuotiaana vain 14 prosenttia. Sen sijaan mielenterveysongelmista kärsivien joukossa tämän ryhmän koko on tasan kolmannes eli 33 prosenttia.

Rahapelaamisen tavalla ja mielenterveysongelmilla yhteys

Peliklinikan asiakasaineiston analyysissä tutkittiin myös pelaamisen tavan (pelaamisprofiili) liittymistä asiakkaiden muihin ominaisuuksiin. Mielenterveyspalvelujen käyttö tai tunnistettu mielenterveyshäiriö ovat selkeästi ja tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä pelaamisprofiiliin, jota kuvaa raha-automaattien, arpojen ja numeroarvontapeliin pelaaminen. Mielenterveysongelmista kärsivien osuus profiilissa on 53 prosenttia, kun tätä ryhmää muissa pelaamisprofiileissa oli 28–32 prosenttia. Tämä pelaamisdynamiikka liittyy siis olennaisesti mielenterveysongelmiin, ja siinä keskeistä on pelaajan tapa käyttää rahapeliä tunteiden säätelyyn, pakoon huolista ja ahdistuksesta.

Yhteenveto - rahapeliriippuvuus ja mielenterveysongelmat

Seuraavassa on tiivistetty artikkelissa tehdyn analyysin sisältö ja johtopäätökset. Kyse on siis edelleen Peliklinikan avohoidon asiakaskunnasta.

Peliriippuvuudesta kärsivät asiakkaat, jotka olivat käyttäneet mielenterveyspalveluita tai joilla oli tunnistettu mielenterveyden häiriö

- ovat hakeneet harvemmin taloudellista apua. – Näistä asiakkaista 35 prosenttia oli hakenut taloudellista apua, kun muista heitä oli 78 prosenttia.
- kokevat psyykkisen hyvinvointinsa harvemmin hyväksi. – Heistä psyykkisen hyvinvoinnin kokee hyväksi tai melko hyväksi 23 prosenttia, kun muista asiakkaista näin kokee 46 prosenttia.
- omaavat pienemmät nettotulot. – Heidän nettotulonsa kuukaudessa ovat keskimäärin 1 150 euroa, kun muiden nettotulot ovat 1 550 euroa.

- kokevat fyysisen hyvinvointinsa harvemmin hyväksi. – Fyysisen hyvinvoinnin osalta ero ei kuitenkaan ole niin suuri kuin psyykkisen hyvinvoinnin osalta.
- kokevat terveysongelmia useammin. – Heistä vain 16 prosenttia ilmoittaa, että pelaaminen aiheuttaa terveysongelmia korkeintaan joskus. Muilla rahapeliongelma kärsivillä vastaava luku on 32 prosenttia. Sukupuoli ei selitä eroa. Miesten ja naisten ero niin tällä ryhmällä kuin muiden asiakkaiden välillä on täsmälleen yhtä suuri prosenttiyksiköissä.
- on vähemmän alkoholin riskikäyttöä. – Heidän AUDIT-C pisteensä ovat keskimäärin 4,0 ja muiden 5,1. Eroa ei selitä kuitenkaan esimerkiksi naisten suurempi osuus tässä ryhmässä. Eron selittää miesten käyttäytyminen. Tämän ryhmän miehet juovat olennaisesti vähemmän kuin muut miehet (4,2 vs. 5,4 AUDIT-C pistettä keskimäärin). Naisten kohdalla alkoholin kulutuksessa ei ole tilastollisesti merkitsevää eroa.
- ovat useammin naisia. – Naisten osuus heistä on 37 prosenttia ja muissa ryhmissä 22 prosenttia.
- ovat iäkkäämpiä. – He ovat keskimäärin 4 vuotta iäkkäämpiä asiakkuuden alussa kuin muut. Tämä ero selittyy yksinomaan sillä, että alle 30-vuotiaiden miesten ikäryhmässä heitä on selkeästi vähemmän kuin muissa asiakasryhmissä ja se on suurin ikäryhmä Peliklinikan avohoidon asiakkaissa.
- ovat harvemmin parisuhteessa. – Parisuhteessa elää heistä kolmannes ja muista puolet. Tämän voisi johtua tämän ryhmän muita korkeammasta iästä. Mutta eri-ikäisten, parisuhteessa elävien, miesten ja naisten osuudelle ei löydy tilastollisesti merkitsevää eroa. Ainoa tilastollisesti merkitsevä ero on se, että tässä ryhmässä 30–49-vuotiaista miehistä parisuhteessa elää 47 prosenttia kun vastaavaan ikäisistä muista miehistä parisuhteessa elää kaksi kolmesta (67 %).

Näitä havaintoja peliriippuvuudesta kärsivistä asiakkaista, jotka olivat käyttäneet mielenterveyspalveluita tai joilla oli tunnistettu mielenterveyshäiriö selittävät osin seuraavat demograafiset nominaalimuuttujat:

- eläkeläisiä enemmän. – Suurin ero on ansiotyössä käyvien ja eläkeläisten välillä. Eläkeläisistä keskimäärin kolme neljästä (76 %) kuuluu tähän ryhmään rahapeliriippuvuudesta kärsivien joukossa. Heistä ansiotyössä käyvien osuus on 29 prosenttia. Tämä selittää myös heidän alhaisemmat tulonsa.
- yksineläviä enemmän. – Siviilisääty on vahvasti kytköksissä mielenterveyspalvelujen käyttöön tai tunnistettuun mielenterveyden häiröön rahapeliriippuvuudesta kärsivien keskuudessa. Heitä on yksin asuvista puolet ja eronneista heitä on 60 prosenttia. Avo- tai avioliitossa olevista heitä on vain kolmannes.

Ajatuksia tulevaisuuden toiminnalle ja tutkimuksen suuntaamiselle

Seuraavaan on koottu Peliklinikan aineiston analyysin ja toiminnasta tulevan kokemuksen kautta nousseita havaintoja, joita tulisi mielestämme ottaa huomioon rahapeliongelman ja mielenterveysongelmien hoidossa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää kehitettäessä, ammattilaisten osaamisen kehittämisessä ja tutkimuksen suuntaamisessa.

Naiset, rahapelit ja mielenterveysongelmat

Peliklinikan avohoidon aineiston perusteella voimme todeta erityisesti keski-ikäisten ja vanhempien naisten kuuluvan riskiryhmään. Heillä sekä mielenterveyden ongelmat että rahapeliongelma näyttäisivät esiintyvän useammin yhdessä. Sosiaali- ja terveystalveissa näihin ryhmiin tulisi kohdistaa erityistä huomiota, kun he hakevat apua mielenterveysongelmiensa vuoksi ja heidät tulisi seuloa myös rahapeliongelman suhteen.

Mielenterveysongelma näyttäisi liittyvän niin sanottuun pakopelaamiseen, jossa rahapelaaminen toimii tunteiden säätelyn välikappaleena. Tämä pelaamisen muoto on erityisen tyypillistä naisille. Tämän tyyppin pelaajat pelaavat usein onnenpelejä kuten raha-automaatteja tai arpoja.

Mielenterveydenongelmat liittyvät useammin vaikeampiin rahapeliongelmiin. Samoin niihin liittyy enemmän terveyshaittoja, pelivelkoja ja yksinäisyyttä. Tässä kohden toiminta pitäisi ilmeisesti kohdentaa enemmän mielenterveysnäkökulmasta kuin rahapelaamista ajatellen.

Rahapeliongelman tunnistaminen ja varhaisen vaiheen tuki

Mahdollisuus mielenterveysongelmien esiintymiseen samanaikaisesti rahapeliongelman kanssa on merkittävä. Lähes puolella Peliklinikan avohoidon asiakkaista oli ollut joko mielenterveyspalveluiden käyttöä tai mielenterveyden ongelmia.

Lisäksi tilastollisesti merkitsevästi niiden ihmisten rahapeliongelma oli olennaisesti vaikeampi, joilla on kontakti muuhun palvelujärjestelmään Peliklinikan lisäksi. Tämä voisi viitata siihen, että järjestelmä ei tunnista peliongelmaa eikä siihen osata reagoida; tunnistaminen, puheeksi otto, varhainen tuki puuttuvat. Tulisi kouluttaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökuntaa laajemmin tunnistamaan rahapeliongelma ja ottamaan asia puheeksi. Usein ilmeisesti hakeudutaan hoitoon mielenterveysongelmien vuoksi, esimerkiksi masennuksen vuoksi ilman että puhutaan taustalla olevasta peliongelma.

Mielenterveyspalveluissa tulisi tiedostaa asiakkaiden kohonnut riski vakavalle rahapeliongelmalta ja hankkia sen tunnistamiseen liittyvää osaamista. Tämän lisäksi on huomioitava, että rahapeliongelman hoidossa mielenterveysongelmiin liittyvä osaaminen on ydinosaamista.

Koordinaatio ja työnjako palvelujärjestelmässä

Suomessa tulisi selvittää, miten paljon mielenterveyspalveluissa kohdataan rahapeliongelma kärsiviä. Mikäli rahapeliongelma tunnistetaan tai sitä epäillään, mitä näille asiakkaille tehdään? Mihin heitä ohjataan ja mitä menetelmien käytetään hoitoon? Tässä kohden tietomme ovat edelleen kovin vajavaiset eikä Peliklinikan aineisto anna juurikaan vastauksia. Peliklinikan kokemus osoittaa, että jos asiakkaan rahapeliongelmaa ei tunnisteta ja hoidetaan vain mielenterveysongelmaa, ongelma kestää pidempään.

Niin yksittäisen asiakkaan kohdalla kuin koko palvelujärjestelmän osalta yksi keskeinen haaste on sopia järkevästä työnjaosta peruspalvelujen erityispalvelujen kuten mielenterveys- ja päihdepalvelujen tai rahapeliongelmaan erikoistuneiden palveluiden kesken. Järkevän työnjaon toteuttaminen eri toimijoiden kesken näyttäisi olevan tulevaisuudessa tärkeä vaikuttavuustekijä.

Mielenterveyspalveluja käyttävät tai mielenterveyden häiriöistä kärsivät ongelmapelaajat kuluttavat runsaasti palveluja. Yksittäisen asiakkaan vaikuttavan hoidon kannalta samoin kuin palvelujärjestelmän kustannus-vaikuttavuuden kannalta koordinoitu ja selkeään työnjakoon perustuva palvelusuunnittelu on avainkysymys. Juuri tämä on taustalla myös uudessa sosiaalihuoltolaissa jossa korostetaan monialaista yhteistyötä ja asiakkaan oikeutta saada ”omatyöntekijä” (SHL 41 § ja 42 §).

Tunnistaminen; seulonta ja arviointi

Peliongelman tunnistaminen edellyttää useimmiten seulontaa tai vähintäänkin asian kysymistä asiakkaalta. Seulontaan on käytettävissä lyhyitä mittareita. Mittarien käyttö seulonnassa antaa luotettavamman tuloksen ja myös mahdollistaa varhaisen puuttumisen.

Vuonna 2011 Australiassa julkaistiin viranomaisten vahvistama laajaan tutkimukseen perustuva suositusasiakirja. Seulonnan ja arvioinnin tavoitteiksi asetettiin saada useampi hoidon piiriin, parantaa hoitotulosta ja kyetä hakemaan sopivat hoitomenetelmät eri ryhmille. Näissä seulonta suositellaan kohdistettavaksi henkilöihin, joilla on tai jotka hakeutuvat hoitoon mielenterveysongelmien vuoksi sekä niihin ryhmiin, joilla on suhteellisen korkea peliongelmariski. Lisäksi suositellaan, että ongelmapelaajat seulotaan muiden ongelmien suhteen, kuten esimerkiksi ahdistuneisuus, masennus, päihdeongelma, persoonallisuushäiriöt, muut impulssikontrollihäiriöt, kotiväkivalta. (Thomas ym. 2011)

Mittarien¹¹ luotettavuudesta todetaan, että ne pitäisi tutkia myös ympäristössä, jossa niitä käytetään. Nämä pitäisi kuitenkin validoida, tarkistaa niiden ominaisuudet suomalaisessa kontekstissa ja sen jälkeen tehdä suositus käytettävistä mittareista.

¹¹ Suomennettuja ja Suomessa käytettyjä mittareita ovat; South Oaks Gambling Screen (SOGS), Problem Gambling Severity Index (PGSI), NORC DSM Screen for Gambling Problems (NODS), DSM-5, Lie/Bet-seula, Brief Biosocial Gambling Screen-seula (BBGS) -seula. Lisää ks. <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/rahapelit/rahapeliongelman-hoito-ja-tuki/rahapeliongelman-mittarit>.

Arviointityökalut kuten PGSI palvelevat myös tiedonhankintaa, jos saadut vastaukset syötetään tietokantaan. Suomessa näytetään käyttävän erittäin vähän mittareita ongelmien arviointiin rahapeliongelmiensa kaltaisten ongelmien kohdalla. Muualla mittareiden käyttö on selvästi yleisempää. Mittarit antavat enemmän tietoa ja toimivat puheeksi ottamisen perustana. Saisimme myös tarkemman kuva ongelmasta tiedonkeruun pohjaksi. Tämä kaikki varmasti edellyttäisi myös koulutusta ja ammattilaisten asenteisiin vaikuttamista.

Havaintoja ja ehdotuksia jatkon tutkimukselle

Peliklinikan aineistosta kertoo, että AUDIT-C mittarin perusteella alkoholiongelma ei näyttäisi kytkeytyvän rahapeliongelmaan. Se poikkeaa useimpien alan tutkimusten havainnoista ja edellyttäisi nyt lisätutkimusta, jotta voidaan selvittää, onko kyse otokseen, Peliklinikan avohoidon asiakaskuntaan liittyvästä poikkeamasta vai todella suomalaisen rahapelaamiseen liittyvästä ilmiöstä, joka erottaa suomalaisen ongelmapelaajan kansainvälisen tutkimuksen ongelmapelaajan arkkityypistä.

Asiakastiedon hyödyntäminen

Peliklinikan asiakasaineisto ja sen käyttäminen tämän artikkelin perustana osoittaa esimerkin kautta kuinka systemaattisesti kerätyn tiedon avulla voidaan alkaa tuottaa tietoa eri ilmiöiden (rahapeliongelma, mielen-terveysongelma) välisistä suhteista. Tarvitsemme asiakaspalveluorganisaatioissa suunnittelun ja kehittämisen tueksi tutkittua tietoa asiakasmäärien ja suoritteiden lisäksi myös muusta ilmiöön liittyvästä. Vähintäänkin focal point-ajattelulla pitäisi kerätä tietoa, jota voidaan sitten käyttää kehittämisen ja tutkimuksen pohjana.

Lähteet

- Aalto Mauri, Alho Hannu, Halme Jukka T. & Seppä Kaija. AUDIT and its abbreviated versions in detecting heavy and binge drinking in a general population survey. *Drug and Alcohol Dependence* 103(1/2) (2009) 25-29.
- Abbott Max, Binde Per, Hodgins David, Korn David, Pereira Alexius, Volberg Rachel, Williams Robert. *Conceptual Framework of Harmful Gambling: An International Collaboration*. (2013) The Ontario Problem Gambling Research Centre (OPGRC), Guelph, Ontario, Canada
- Ferris J, & Wynne H. *The Canadian Problem Gambling Index: Final report*. (2001). Ottawa, ON: Canadian Center on Substance Abuse.
- Kessler RC, Hwang I, LaBrie R, Petukhova M, Sampson NA, Winters KC & Shaffer HJ DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine* 38, (2008) 1351–1360.
- Ledgerwood D.M., Loree A, & Lundahl L.H. Predictors of Treatment Outcome in Disordered Gambling. Teoksessa: Richard DCS, Blaszczynski A & Nower L: *The Wiley-Blackwell Handbook of Disordered Gambling*. (2014, 289). Chichester: John Wiley & Sons.
- Lönnqvist J. Pelihimo. Teoksessa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M & Partonen T: *Psykiatria*. (2014, 457). Helsinki: Duodecim.
- Nuorvala Yrjö, Järvinen-Tassopoulos Johanna, Huhtanen Petri. Mielenterveyden häiriöt yleisiä peliongelmaisilla päihdepalvelujen käyttäjillä. (2009) *Tiimi* 2/2009.
- Slutske W, Piasecki T, Deutsch A, Statham D, & Martin N. Telescoping and gender differences in the time course of disordered gambling: evidence from a general population sample. *Addiction* 110, (2014) 144-151.
- Thomas S, Merkouris S, Radermacher H, Dowling N, Misso M, Anderson C & Jackson A. Australian guideline for treatment of problem gambling: an abridged outline. *MJA Online First*, 22 November 2011 (2011) DOI: 10.5694/mja11.11088 <http://www.mja.com.au/>

4.5 Vankien terveydenhuollon kehittäminen

Heikki Vartiainen

Vangit ovat yksi syrjäytyneimmistä väestöosista. Onneksi, muiden pohjoismaiden tavoin, heidän osuutensa väestöstä on pieni. Suomessa sisällä olevien vankien määrä on pienentynyt keskimäärin noin 3000:een. Tutkimuksissa vankien sairastuvuuden on todettu olevan moninkertainen yleisväestöön nähden (Möller ym. 2007, Herbert ym. 2012). Suomalaisten vankien eliniän ennuste on hyvää kehitysmaatasoa eli 47 vuotta (Tyni 2011a). Useimmissa maissa vankien terveydenhuolto on jonkin muun kuin terveysministeriön alaisuudessa, yleisimmin oikeusministeriössä.

Näin on ollut myös Suomessa kuluvan vuoden loppuun saakka. Vuoden 2016 alusta alkaen Suomen vankien terveydenhuolto irrottautuu suositusten mukaisesti (UNODC ja WHO 2013) rangaistusjärjestelmästä siirtyessään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisuuteen. Esivaiheena voidaan katsoa olleen vuonna 2006 muodostetun vankien itsenäisen terveydenhuoltoyksikön, joka kykeni toteuttamaan yhtenäisiä linjauksia vankien terveydenhoitoon eivätkä sitä enää johtaneet yksittäiset vankilanjohtajat.

Nykytila

Suomessa vankiloiden koko vaihtelee muutamasta kymmenestä paikasta kolmeensataan. Väestön keskittyessä etelään ja kasvukeskuksiin, on vankiloiden määrä myös hieman vähentynyt, mutta edelleen terveydenhuolto toimii 26 poliklinikalla ja kahdessa sairaalassa. Noin kahdensadan työntekijän henkilöstömme tarjoaa kaikille vangeille perusterveydenhuollon palvelut ja Psykiatrisen vankisairaalan osastot Turussa ja Vantaalla mielenterveyspalvelut. Hämeenlinnan Vankisairaala vastaa yleislääkäritasoisesta sairaalahoidosta ja kuntoutustoiminnasta. Muut erikoislääkäripalvelut ostamme pääasiassa läheisistä yliopisto- ja keskussairaaloista sekä käytämme myös yksityisiä palveluita. Lääkekeskuksemme toimittaa kilpailutetut lääkkeet vankiloihimme, joka osittain tapahtuu koneellisen jakelun kautta.

Valtio vastaa vankeinhoidon kustannuksista täysimääräisesti myös terveydenhoidon osalta. Hoitokäytännöt on yhtenäistetty ja ohjeistettu Käypä hoito -periaatteiden pohjalta (<http://www.kaypahoito.fi>). Olemme luoneet laatujärjestelmän puitteet toiminnallemme. Vaikka resurssimme ovat muihin pohjoismaihin verrattuna vankimäärään suhteutettuna puolta pienemmät, olemme pystyneet pääsääntöisesti tarjoamaan kaikille vangeille vastaanoton parissa päivässä ja lääkäriin pääsyn kahdessa viikossa. Akuutit tilanteet on luonnollisesti hoidettu välittömästi.

Vankien terveys

Edustavassa ja kattavassa tutkimuksessamme Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve (Joukamaa ja työryhmä. 2010) tuli esille myös eroja eri vankiryhmien välillä. Sairaimpia olivat nais- ja sakkovangit ja terveimpiä elinkautisvangit sekä yhdyskuntapalvelua suorittavat rikosseuraamusasiakkaat.

Joukamaan aiempaan tutkimukseen (Joukamaa 1991) verrattuna itse ilmoitetut sairaudet lähes kaikissa sairausryhmissä olivat lisääntyneet. Terveys 2000 -tutkimukseen verrattuna (Häkkinen ja Alha 2006) vangeilla esiintyi ainoastaan verenpainetautia vähemmän. Joukamaan ensimmäiseen tutkimukseen verrattuna vankien lääkkeiden käyttö oli huomattavasti lisääntynyt 20 vuodessa. Etenkin psyykenlääkkeitä käytettiin runsaasti, sillä mielenterveyden häiriöihin käytti vuonna 2006 psyykenlääkehoitoa miesvangeista 23 prosenttia ja naisvangeista 45 prosenttia, kun vastaavat luvut vuonna 1985 olivat yhdeksän ja 24 prosenttia. Unettomuuteen psyykenlääkkeitä käytti vuonna 2006 miehistä 29 ja naisista 45 prosenttia sekä vuonna 1985 vastaavasti 10 ja 9 prosenttia. Aiemmin oli ainakin jossakin psykiatrisessa avohoidossa ollut uudemman tutkimuksemme mukaan naisvangeista 70 ja miesvangeista 53 prosenttia. Vastaavat luvut Terveys 2000 -tutkimuksessa olivat asiantuntija-apua mielenterveysongelmiinsa hakeneissa naisista 17 ja miehistä 7 prosenttia.

Työryhmämme tutkimuksessa (Joukamaa ja työryhmä 2010) tehtiin kaikille 700 tutkitulle laajat mielenterveyden häiriöitä diagnosoivat SCID I ja II -haastattelut (First ym. 1997a ja b). Aiemmissa suomalaisissa väestötutkimuksissa on saatu 18–25 prosentin luokkaa olevia lukuja jonkin mielenterveyden häiriön esiin-

tymisestä tavallisessa väestössä (Lehtinen ym. 1991, Pirkola ym. 2005, Perälä ym. 2007). Tutkimuksemme yli 90 prosentilla tutkittavista oli jokin elämänaikainen mielenterveyden häiriö ja tutkimushetkellä ainakin jokin psykiatrinen diagnoosi asetettiin 75 prosentille tutkituista. Kaikkein yleisin oli päihderiippuvuus, jota esiintyi koko vankipopulaatiossa lähes 90 prosentilla elämänaikaisesti ja toisena jokin persoonallisuushäiriö, jota esiintyi kahdella kolmasosasta vangeista.

Suomalaisessa väestössä alkoholihäiriöiden esiintyvyydeksi on Terveys 2000 -tutkimuksessa todettu miehillä 7 ja naisilla 2 prosenttia (Pirkola ym. 2005). Persoonallisuushäiriöitä siinä arvioitiin miehillä esiintyvän 8 prosentilla ja naisilla 5,5 prosentilla. Vankitutkimuksemme (Joukamaa ja työryhmä 2010) esiintyi myös ahdistuneisuushäiriöitä ja mielialahäiriöitä vangeilla 2–6 kertaa enemmän kuin yleisväestössä. Skitsofreniaa ja muita sen kaltaisia psykooseja ei esiintynyt vangeilla muuta väestöä yleisemmin.

Kokemusten ja tutkimuksen soveltaminen käytäntöön

Edellä mainituista tutkimuslöydöksistä voidaan päätellä, että vangit tarvitsevat erityisen voimakkaita psykososiaalisia tukitoimia päihde- ja mielenterveysongelmiensa hoitamiseksi. Valtaosa henkirikoksista tehdään päihdeiden vaikutuksen alaisena ja merkittävä osa muista rikoksista liittyy päihdeiden hankintaan. Usein vankila on ensimmäinen paikka, jossa persoonallisuushäiriöinen henkilö joutuu kohtaamaan rajat ja vieroittautumaan. Vankilassa ei voi vapaasti toteuttaa omia mieltymyksiään tai hakea mukavampaa ”vaihtoehtohoitoa”. Tämä tilanne tulisi käyttää hyväksi ja motivoida sekä sitouttaa vanki oman elämänsä hallintaan ja vaikuttavaan hoitoon. Vankitutkimuksemme osoitti, että aiemmat hoidot vangeilla eivät useinkaan ole toteutuneet, vaan hoidot ovat siviilissä katkenneet ja hoitopaikat vaihtuneet alinomaan.

Vankien hoito vaatii erityisosaamista, jotta esimerkiksi todetut psykopaatit (vangeista 17 prosenttia) eivät hyväksikäyttäisi muita (Jüriloo ym. 2014). Huono hoitoon kiinnittyminen on johtanut sekä psykkisten että somaattisten sairauksien hoidon laiminlyöntiin. Se voi aiheuttaa elinkaaren loppupuolella kasaantuvia kalliitakin hoitoja, kuten esimerkiksi tutkimuksemme puolella vangeista todettu C-hepatiitti (Viitanen ym. 2010). Kliinisessä kokonaisarviossa lääkäri totesi 90 %:n tarvitsevan jotain lääketieteellistä hoitoa (Joukamaa ja työryhmä. 2010). Kuitenkin vankien subjektiivinen kokemus oli toisenlainen. Selkein ero koetun ja todetun ongelman kohdalla ilmeni mielenterveys- ja päihdeongelmien kohdalla. Vaikka moni vanki käytti päihdeitä tai psyykenlääkkeitä ja oli ollut avo- ja sairaalahoidossa, keskimäärin 40 prosenttia koki olevansa sekä somaattisesti että psyykkisesti hyvässä kunnossa. Naiset kokivat kuntonsa miehiä huomommaksi.

Kaikista huonokuntoisempia olivat kuitenkin sakkovangit, joiden vankeuden kesto jää selvästi muita lyhyemmäksi (Wuolijoki ym. 2011). Lyhyt vankeusaika rajoittaa heidän hoitojaan ja kuntoutustoimia harvoin edes ehditään käynnistää. Vuonna 2013 vapautuneiden vankien keskimääräinen vankeuden kesto oli 10 kuukautta ja 40 prosenttia oli ollut vankilassa enintään 3 kuukautta (Rikosseuraamuslaitoksen tilastoja 2013).

Pystymmekö me riittävässä määrin vaikuttamaan tähän päihderiippuvuuden (Lintonen ym. 2011) ja persoonallisuushäiriön rasittamaan marginaaliryhmään? Yli puolet ensikertalaisista vangeista ei palaa tutkimuksen mukaan vankilaan (Tyni 2011b). Vanki voi siis muuttua ja oppia kokemuksistaan, mutta hyödynnämmekö me nykyisellään riittävästi käytössämme olevia resursseja? Vankien terveydenhuolto nimittäin kattaa nykyisellään lähinnä vain sairaanhoidolliset palvelut. Psykososiaalinen integraatio ei vankiloissa ole toteutunut eikä toteudu ministeriön vaihdoksenkaan yhteydessä, sillä psykologit, päihdetyöntekijät ja sosiaalityöntekijät säilyvät edelleen vankilan työntekijöinä. Psykologit ja päihdetyöntekijät tekevät paljon muuta työtä kuin hoitoa eivätkä välttämättä samaistu terveydenhuollon viitekehukseen. Täten heidän työpanoksensa ei integroidu terveydenhuollon vähäisiin resursseihin niin, että niitä pystyttäisiin suunnitelmallisesti ja parhaimmalla tavalla hyödyntämään.

Tulevaisuuden haasteet

Vankien terveydenhuollon kannalta on tärkeää, että jatkossakin terveydenhuollon linjaukset säilyvät yhtenäisinä ja perustuvat tutkimuksella osoitettuun vaikuttavuuteen. Vangin hoito ei voi vaihdella vankilasta toiseen. Tämä edellyttää jatkossakin selkeitä hoitolinjauksia ja laatu järjestelmän ylläpitoa sekä itsenäistä

valtakunnallista organisaatiota. 3000 vangin hoitokäytäntöjen pilkkominen paikallisten vankiloiden terveyskeskusten vastuulle pysäyttäisi kehityksen. Hoitojatkumot eivät katkea juurikaan siitä syystä, että organisaatio vangin lähtiessä siviiliin muuttuu, vaan vangin päihde- ja persoonallisuushäiriöiden sekä hoitoon sitouttamisen ja sosiaalisten tukitoimien puutteesta.

Nykyisin vaaditaan kattavia palveluita kaikkiin syrjäisiin ja pieniin vankiloihin vankeuslakiin vedoten. Vankiloita ei kuitenkaan pitäisi rinnastaa terveydenhuollon laitoksiin, joita ne eivät ole eivätkä valtiolla tule koskaan olemaan sellaiseen rinnastukseen hukattavia resursseja. Riittävän erityisosaamisen turvaaminen vankiloissa edellyttää valikoivaa sijoittelua ja/tai keskittämistä nykyisiä suurempiin väestökeskusten vankiloihin.

Vankien mielenterveys- ja päihdepalveluiden sekä ehkäisevän ja edistävän työn kehittämisessä olisi tärkeää, että psykologit, päihdetyöntekijät ja sosiaalityöntekijät voisivat kokea terveydenhuollon viitekehyyden jatkossa itselleen läheisemmäksi ja integroituisivat yksikköömme. Kokonaisvaltaista, terveysteroja kaaventavaa, ehkäisevää ja kuntouttavaa terveydenhoitoa ei voida toteuttaa suunnitelmallisesti ilman heidän työpanoksensa suunnitelmallista hyödyntämistä. Tavoitteeksi asettamani maailman parhaan vankiterveydenhuollon kehittäminen ei edellytä suuria lisäresursointia vaan ennen kaikkea asennemuutosta.

Lähteet

- First M, Anthony J, Tepper S, Dryman A. Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I disorders, Research version, Non-patient edition (SCID-I/NP). New York: Biometrics Research, New York Psychiatric Institute; 1997a.
- First M, Anthony J, Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Benjamin L. Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II). New York: Biometrics Research, New York Psychiatric Institute; 1997b.
- Herbert K, Plugge E, Foster C, Doll H. Prevalence of risk factors for non-communicable diseases in prison populations worldwide: a systematic review. *Lancet* 2012; 379: 1975–1982.
- Häkkinen U ja Alha P (toim.). Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006 Hakapaino Oy, Vammala 2004.
- Joukamaa M. Suomalaisten vankien terveys. Kansanterveystieteen julkaisuja M 107/91, Turku 1991.
- Joukamaa M. ja työryhmä. Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2010, Vammalan kirjapaino 2010. Saatavana internetissä <http://www.rikosseuraamus.fi/fi/index/ajankohtaista/julkaisut/risenjulkaisusarja.html>.
- Jüriloo A, Lauerma H, Holmalahti T, Tyni S, Aarnio J, Viitanen P, Wuolijoki T, Mattila A, Lintonen T, Joukamaa M, Vartiainen H. Psychopathic traits in a representative sample of Finnish male prisoners. *Nordic Journal of Psychiatry* 2014; 68: 117–122.
- Lehtinen V, Joukamaa M, Jyrkinen T, Lahtela K, Raitasalo R, Maatela J, Aromaa A. Suomalaisten aikuisten mielenterveys ja mielenterveyshäiriöt. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:33, Helsinki, Turku 1991.
- Lintonen T, Vartiainen H, Aarnio J, Hakamaki, S, Viitanen P, Wuolijoki T, Joukamaa M. Drug use among prisoners: by any definition, it's a big problem. *Substance use & Misuse* 2011; 46: 440–451.
- Möller L, Stöver H, Jürgens R, Gatherer A, Nikogosian H (eds.). Health in Prisons, a WHO guide to the essentials in prison health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2007.
- Perälä J, Suvisaari J, Saarni S, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, Partonen T, Tuulio-Henriksson A, Hintikka J, Kieseppä T, Harkänen T, Koskinen S, Lönnqvist J. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry* 2007; 64: 19–28.
- Pirkola S, Isometsä E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen K, Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist J. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. Results from the Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005; 40: 1–10.
- Rikosseuraamuslaitoksen tilastoja 2013. Blomster P. ym. (toim.). Kopijyvä 2014.
- Tyni S. Henkilökohtainen tiedonanto Heikki Vartiainen Lääkärilehden pääkirjoitukseen 4.11.2011. Rikosseuraamuslaitos, Tietotuotanto. Helsinki 2011a.
- Tyni S. Rikosseuraamusasiakkaiden uusintarikollisuus. Teoksessa: Lavikkala R ja Linderborg H (toim.). Rikosseuraamustyön kehittämisen kysymyksiä. Rikosseuraamusalan koulutuskeskus, 150–171. Vantaa 2011b.
- United Nations Office on Drug and Crime and World Health Organization. Good governance for prison health in the 21st century. WHO Regional office for Europe. Copenhagen 2013.
- Viitanen P, Vartiainen H, Aarnio J, von Gruenewaldt V, Hakamaki S, Lintonen T, Mattila A, Wuolijoki T, Joukamaa M. Hepatitis A, B, C and HIV infections among Finnish female prisoners – Young females a risk group. *J Infection* 2011; 62: 59–66.
- Wuolijoki T, Vartiainen H, Aarnio J, von Gruenewaldt V, Lintonen T, Mattila A, Joukamaa M. Sakkovangit ovat vangeista sairaimpia ja huono-osaisimpia. *Lääkärilehti* 2011; 44: 3301–3306.

4.6 Järjestöjen asema ja merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä

Pekka Lund

Mieli 2009-2015 suunnitelman pääteemat tuntuvat liittyvän läheisesti päihde- ja mielenterveysjärjestöjen työhön.

Järjestöjen työtä ohjaa jo perinteisesti asiakaslähtöisyys. Asiakkaan aseman vahvistaminen on aina ollut edunvalvontajärjestöjen perusintressi. Järjestöjen perustehtävä on tuoda esiin jäsentensä tai kohderyhmänsä asia, edustaa ryhmäänsä ja ajatella asioita ryhmän näkökulmasta.

Myös oman paikan löytyminen palvelujärjestelmästä on ollut erityisen tärkeää palveluntuottajajärjestöille. Järjestöjen rooli palveluiden tuottajina kasvoi Mieli-hanketta edeltäneinä parinäkymmenenä vuotena, kun kolmatta sektoria tarvittiin täydentämään julkisia palveluita. Vaikka läheskään kaikki järjestöt eivät tuota palveluita, monille se on tärkeä ja välttämätönkin osa toimintaa. Myös kolmas Mieli-hankkeen päälinja - panostaminen ennaltaehkäisyyn - on monille järjestöille toiminnan keskeinen elementti, jopa päätoimiala.

Mieli-hankkeen tavoitteet tuntuvat linkittyvän läheisesti kirjavan järjestökentän perustoimintoihin. Miksi sitten niin moni järjestöaktiivi toteaa, että Mieli-ohjelmalla ei juuri ole ollut vaikutuksia toimintaan?

Olen tätä tekstiä varten kysellyt kokemuksia erilaisilta paikallisilta ja valtakunnallisilta päihde- ja mielenterveysjärjestöjen toimijoilta. Kyseleminen on tapahtunut sekä sähköpostitse että kasvotusten ja olen hyödyntänyt siinä omien suorien kontaktieni lisäksi RAY-rahoitteisen Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimushankkeen (MIPA 2015-2018) verkostoja. Näkökulma painottuu päihdejärjestöihin, siis järjestöihin, joiden taustat ovat päihdetyössä. Raja päihde- ja mielenterveystyöhön ei sinällään ole tarkka, juuri niistä syistä, jotka ovat Mieli-hankkeen ytimessä. Voinee silti todeta, että vaikka monet järjestöt strategioissaan korostavat sektorirajat ylittävää luonnettaan, ei tämän kirjoittajan tietoon ole tullut järjestöjä, jotka selkeästi identifioituivat tasavertaisesti päihde- ja mielenterveysjärjestöiksi kuulumatta ensisijaisesti jompaankumpan leiriin.

Kyseleminen ei ole tavoitellut mitään tutkimuksellista edustavuutta eikä kattavuutta. Kyse on ollut vain omien havaintojen täydentämiseksi haalituista näkemyksistä. Vaikka tiedonkeruu on ollut vajavaista, järjestöjen vastaukset ovat aidosti sekä tuoneet kokonaan uusia näkemyksiä tarkasteluun että muuttaneet aiempia käsityksiäni.

”Järjestöistä” puhuminen ei ole aivan yksinkertaista, sen sijaan se on herkästi yksinkertaistavaa. Järjestöihin katsotaan yleisesti kuuluvaksi esimerkiksi säätiöt, joiden toimintalähtökohta voi olla kovin erilainen kuin henkilöjäsenyyteen perustuvissa yhdistyksissä. Usein järjestöjä valitaan edustamaan suuret, valtakunnalliset toimijat – joista osa voi olla säätiöitä -, vaikka iso osa järjestöistä on paikallisia ja monet myös pieniä. Koko kolmanteen sektoriin kohdistuneen tarkastelun ja tutkimuksen ongelma on ollut paikallisen tutkimuksen ohuus, vaikka järjestöjen toiminta tapahtuu juuri paikallisessa sopimisessa, kumppanuudessa ja verkostoissa. Mieli-hankkeen kannalta paikallisuus on myös avainkysymys, koska päihde- ja mielenterveyspalvelut ovat paikallisen toimijan, kunnan vastuulla.

Näistä palasista nousee tekstiä ohjaava kysymys: Miksi Mieli-ohjelma ei ole koskettanut järjestöjä? Miksi suhtautuminen siihen on enemmän apaattista kuin intohimoista?

Lähestyn järjestöjen suhdetta Mieli-ohjelmaan kolmesta näkökulmasta. Tarkastelen ensin järjestöjen myönteisiä kokemuksia Mieli-ohjelmasta, sen jälkeen kielteisiä kokemuksia ja lopuksi pohdin, miksi järjestöjen suhtautuminen Mieli-ohjelmaan on niin laimeaa.

Myönteisiä kokemuksia

Asiakaslähtöisyys ja yksi ovi

Päihde- ja mielenterveysjärjestöt vastaavat monista sellaisista toiminnoista, joihin hakeutuminen ei edellytä päihde- tai mielenterveysdiagnoosia. Erilaiset matalan kynnyksen toimipisteet ovat hyvä esimerkki tällaisesta toiminnasta, johon voi osallistua paitsi ilman diagnoosia myös nimettömänä. Avoimesta luonteesta

huolimatta tällaiset toimipisteet, kuten päiväkeskukset, ovat usein hyvin linkittyneitä palvelujärjestelmään: niistä sekä ohjataan kävijöitä asiakkaiksi palveluihin että niihin ohjataan kävijöitä.

Toisaalta kriittisesti on voitu kysyä, synnyttävätkö tällaiset matalan kynnyksen toimipisteet oman, toisen luokan palvelujärjestelmänsä kohderyhmilleen. Eli on kysytty, tapahtuuko liikettä esimerkiksi päiväkeskuksen ja terveyskeskuksen tai sosiaalitoimiston välillä riittävästi.

Kun diagnooseja ei kysellä eikä ihmisten osallistumista rajoiteta tällaisin kriteerein, päihde- ja mielenterveysongelmaiset ovat jo vuosia eläneet sulassa sovussa. Normaalin päihdetyön päiväkeskuksen arkeen kuuluvat päihdeongelmaiset, mielenterveysongelmaiset, ne, joilla on sekä päihde- että mielenterveysongelmia, sekä ne, joilla ei ole kumpikaan, vaan jotka hakeutuvat päiväkeskukseen esimerkiksi yksinäisyyden ja/tai köyhyyden takia.

Jo paljon ennen Mieli-hankkeen alkamista tiedettiin, että päiväkeskuksissa käy sekä päihde- että mielenterveysongelmaisia sekä monia muita, kuten työttömiä ja eläkeläisiä. Tiedettiin myös, että mitä pienemmällä paikkakunnalla päiväkeskus toimi, sitä laajempi sen kävijäkirjo oli. Suurella paikkakunnalla erikoistunutta tukimuotoja oli saatavilla eri kohderyhmille, mutta pienellä paikkakunnalla päiväkeskus oli ainoa mahdollisuus erilaisille kävijöille. Päihde- ja mielenterveysongelmaisten sijoittuminen samaan toimintoon oli luontevaa.

Tästä lähtökohdasta ei ole yllättävää, etteivät järjestöt koe Mieli-hankkeen toteutumista mitenkään sävähdyttävänä. Ajatus asiakkaan aseman vahvistamisesta sekä päihde- ja mielenterveysongelmien rinnakkaisesta ja sisäkkäisestä kohtaamisesta ei ole uusi. Näin on toimittu aiemminkin, koska toiminta on ohjautunut kävijöiden todellisuudesta ja tarpeista, ei diagnostisesta luokittelusta tai hallinnollisesta sektoriajattelusta.

Siksi järjestöt ovat kokeneet Mieli-hankkeen aikana aktivoituneen mielenterveystyön ja päihdetyön vuoropuhelun lisääntymisen ja jopa syvenemisen myönteisesti: tarve tähän on tunnistettu omassa työssä vuosien ajan. Joillain paikkakunnilla on jopa havaittu, että yhden luokun periaatteiden toteutuminen on toiminut ihan käytännössäkin.

Monen järjestötoimijan näkökulmasta perusasetelma Mieli-hankkeessa on ollut asiakaslähtöisyydessään ja sektoriajattelun rajat ylittävässä otteessaan järkevä. Tämä myönteinen suhtautuminen palautuu siihen, että juuri tällaisen moniongelmaisen ryhmän kanssa järjestöt tekevät työtänsä. Päiväkeskuksissa, asumis- palveluissa ja avohoidossa päihde- ja mielenterveysongelmaiset ovat sulassa sovussa, lähes kaikilla on useita diagnooseja, eikä aina ole mahdollista edes päätellä, mikä on alkuperäinen tai vahvin diagnoosi. Järjestöjen näkökulmasta Mieli-hanke puhuu oikeasta asiasta, mutta koska työtä on tehty näistä lähtökohdista jo vuosia, Mieli-hanke ei sykähdytä.

Kun Mieli-hankkeen asettaa laajempaan kehityslinjaan, sitä voi tarkastella julkisen ja järjestölähtöisen vuorovaikutuksen pitkässä kaaressa. 1970-1980-luvuilla julkinen hyvinvointijärjestelmä otti hoitaakseen lukuisia aiemmin järjestöjen vastuulla olleita toimintoja ja monisti ne valtakunnanlaajuisiksi. Myönteisesti voi ajatella, että Mieli-hankkeessa on tehty samaa: omaksuttu järjestöjen hyvät käytännöt, asiakaslähtöisyys ja sektorirajat ylittävä toiminta, julkisen palvelujärjestelmän puolelle. Vaikka järjestöjen näkökulmasta Mieli-ohjelma tuntuu näiltä osin laimealta, pitkän kaaren näkökulmasta järjestöillä on syytä iloita: heidän edustamaansa tapaa ajatella halutaan omaksua myös julkisella sektorilla. Jos näin voi sanoa asiakaslähtöisyydestä, ylisektorisuudesta ja yhden oven periaatteesta, vielä vahvemmin järjestöjen työtavan omaksuminen julkisen järjestelmän käyttöön näkyy kokemusasiantuntijuuden ja vertaistuen arvon nostamisessa.

Kokemusasiantuntijuus ja vertaistuki

Mieli-hankkeessa järjestöjen toimialaa koskettaa erityisesti kokemusasiantuntijuuden ja vertaistuen korostaminen. Kokemusasiantuntijoiden ja vertaisten hyödyntämisellä on tavoiteltu asiakkaan äänen kuulumista sekä palveluiden kehittämistä jatkuvasti tarkoituksenmukaisemmiksi. Kun asiakkaan ja työntekijän väliin sijoitetaan kokemusasiantuntija tai vertainen, perinteinen valta-asetelma hälvenee: asiantuntemus ei liity vain koulutettuun ja työsuhteessa olevaan työntekijään.

Myös nämä näkökulmat ovat olleet järjestöille itsestäänselvyyksiä, tosin juuri tässä kohden yleinen puhe ”järjestöistä” on vaikeaa: ammattimaiset palveluntuottajat eivät välttämättä jaa tätä järjestöperustaa. Moni järjestö rakentuu kuitenkin kokemusasiantuntijoiden tai vertaisten varaan, järjestön toiminnan perusluonne voi olla nimenomaan vertaisuuden tarjoaminen. Edelleen huonosti käsitteenä määritelty kokemusasiantuntijuus on tarkoittanut erilaisissa järjestöissä eri asioita, ihan niin kuin kokemus voi kohdistua eri kohteisiin: ongelmaan, läheisenä elämiseen, palvelun käyttämiseen, ongelmasta selviämiseen.

Mieli-hankkeen vuosien jälkeenkään tämä käsitteistö ei tunnu olevan selkeää eikä ”kokemusasiantuntijasta” puhuttaessa voi tietää, riittääkö kokemus omasta tai läheisen ongelmasta, vai edellytetäänkö myös kokemusta palvelun asiakkuudesta tai mahdollisesti jopa jonkinlaisesta toipumisesta. Myös järjestöissä näitä termejä voidaan käyttää edelleen vaihtelevissa tarkoituksissa.

Jonkinlaisen kokemusasiantuntijuuden läsnäolo järjestöjen työssä on tarkoittanut ammatillisten käytäntöjen ja kirjoista opitun tiedon jatkuvaa haastamista, ehkä myös ylenkatsomista. Järjestöt ovat kehittäneet toimintakäytäntöjään siten, että kokemuksen ääni on ollut vahva. Monessa tapauksessa kokemusasiantuntija ei ole ollut vain siihen rooliin tilattu ja istutettu kokemuksen asiantuntija vaan myös työntekijä, yhä useammin myös koulutettu työntekijä.

Järjestöjen todellisuudessa ei ole Mieli-hankkeen alkaessakaan ollut tarpeen täydentää työntekijä-asiakas -asetelmaa kokemusasiantuntijalla, koska asetelma ei alun perinkään perustu kahteen rooliin, työntekijään ja asiakkaaseen. Todellisuudessa toimintayksikössä on läsnä kirjo henkilöitä, ääripäissä ovat asiakas ja koulutettu työntekijä, mutta väliin jää monia asteita vapaaehtoisuutta, työllistämistyötä, työharjoittelua, oppisopimusta ja tuntityötä. Kaikilla portailla, myös koulutettuna työntekijänä, voi hyvin olla henkilö, jota täysin perustellusti voidaan myös kutsua kokemusasiantuntijaksi – tai kokemusammattilaiseksi, kuten jotkut käyttö-, palvelu- ja toipumistaustan omaavat ja myöhemmin ammattiin kouluttautuneet ovat itseään kutsuneet.

On hyvä muistaa, että monissa päihdejärjestöissä aloitettiin päihteiden käytöstä ja siitä toipumisesta kokemusta omanneiden ja työntekijöiksi muuttuneiden henkilöiden ammatillinen kouluttaminen jo hyvissä ajoin ennen Mieli-hanketta – eikä syynä ollut Mieli-hanke, vaan kilpailutusten myötä kiristyneet työntekijöiden pisteysten kriteerit. Tästä näkökulmasta on hieman huvittavaa, että kaupungin terveysasema voi yleensä kertoa kokemusasiantuntijan toimimisesta asiakkaiden tukena – sinänsä hienosti kehitetty toimintamuoto – ja samaan aikaan kilpailuttaa palveluita, joiden tuottamisessa järjestöt eivät saa pisteen pistettä siitä, että niillä on vuosikymmenten ajan hiottua osaamista kokemusasiantuntijoiden monipuolisesta hyödyntämisestä osana päihde- ja mielenterveysongelmallisille tarjottua tukea.

Pitkässä katsannossa, ehkä vuosikymmenten päästä, järjestöt voivat yleensä katsoa näihin vuosiin ja todeta, miten juuri Mieli-hankkeen aikana järjestöjen perusideologia, kokemuksen ja vertaisuuden ääneen kuuleminen, alkoi integroitua julkiseen palvelujärjestelmään. Järjestöjen ja julkisen järjestelmän vuorovaikutus on parhaillaan juuri tätä: järjestöt kehittävät erilaisia tapoja toimia ja osoittavat niiden vaikuttavuuden, minkä jälkeen julkinen sektori voi omaksua toimintakulttuurit ja levittää niiden soveltamisen ympäri valtakuntaa.

Kokemusasiantuntijuuden ja vertaistuen korostaminen on järjestöjen näkökulmasta Mieli-hankkeen keskeisintä ydintä. Sen voi nähdä tunnustuksena järjestöjen pitkään edustamalle näkökulmalle. Parhaimmillaan se myös edistää yhteistyötä ja vuoropuhelua julkisten palveluiden ja järjestöjen välillä. Kun julkinen järjestelmä opettelee kokemusasiantuntijuuden ja vertaisuuden merkitystä, toimintatapaa ja kieltä, sen on ehkä helpompi kohdata järjestöt.

Näistä myönteisistä näkökulmista huolimatta Mieli-hanke päättyi järjestöjen näkökulmasta ristiriitaisessa tilanteessa: kaupungit yrittävät kehittää tapoja tuoda kokemusasiantuntijasta omiin palveluihinsa ja samalla ne ostavat kokemusasiantuntijuuden erityisosaajilta palveluita, joissa kokemusasiantuntijuuden soveltamisella ei ole markkina-arvoa. Ei ehkä ihme, että järjestöt eivät koe innostusta Mieli-hankkeen tuoksista.

Vaikka kilpailutusprosessit ja Mieli-hanke ovat oikeasti aivan eri kehitysprosesseja, kuntien kanssa asioiden järjestöjen näkökulmasta ei ole olemassa kahta eri kuntaa, toista, joka noudattaa Mieli-hankkeen periaatteita järjestölähtöisiä periaatteita, ja toista, joka kilpailuttaa järjestöt arvostamatta niiden järjestölähtöistä otetta.

Kielteisiä kokemuksia

Vaikeat ongelmat sekoittuvat

Monella ihmisellä on sekä päihde- että mielenterveysongelmia. Tällaisten henkilöiden tukeminen tai asiakkaiden auttaminen toteutuu luontevasti toiminnoissa, joissa ihmisiä ei jaotella diagnoosien perusteella. Avointen toimintojen lisäksi monet asumisen palvelut ovat nykyään tällaisia ja ehkä nimenomaan asumisen palveluiden suhteen Mieli-hankkeen ideologia on saanut aikaan selviä muutoksia palvelujärjestelmässä: päihde- ja mielenterveysasuminen ovat yhdistyneet, mitä voi monella tapaa pitää perusteltuna.

Mutta kaikilla ihmisillä ei ole molempia, sekä päihde- että mielenterveysongelmia. Monella ihmisellä on vaikeita päihdeongelmia tai vaikeita mielenterveyden ongelmia. Vaikeilla tarkoitan ongelmia, jotka vaativat merkittävää ja osaavaa apua, lääkitystä ja ammattitaitoisen henkilökunnan apua.

Mieli-hanke on ainakin joidenkin järjestöjen mukaan edesauttanut tämän tajun katoamista. Kuvitellaan, että vaikeatkin päihde- ja mielenterveyspotilaat soveltuvat hoidettaviksi samoihin yksiköihin. Syntyy mahdollisuuksia yhtälöitä, joissa yritetään ratkaista hoidon, tuen ja asumisen kysymyksiä tilanteissa, joissa narkomaanit ja skitsofreniapotilaat yritetään istuttaa samaan yksikköön.

Näin on voinut käydä, jos päihde- ja mielenterveyspalveluiden integroimisen asemesta on päädytty valitsemaan joko päihde- tai mielenterveyspalvelut. Eli on kuviteltu, että kyse on niin samasta ongelmakentästä, että toisen toimialan osaaminen riittää molempien ongelmavyyhtien selvittämiseen. Näinhän ei tietenkään ole. Kaikki asiakkaat eivät ole niitä monen päällekkäisen diagnoosin ihmisiä, joiden kohtaaminen esimerkiksi matalan kynnyksen toiminnoissa tai asumisen palveluissa onnistuu luontevasti.

Huoli omasta professiosta

Vaikeat ongelmat tulee edelleen kohdata sen erityisasiantuntemuksen turvin, joka sekä päihde- että mielenterveyssektorilla on kehittynyt. Jostain syystä osa järjestöistä kokee, että päihde- ja mielenterveyspalveluiden harmonisointi ja integroiminen on tarkoittanut tämän välttämättömän erityisosaamisen näivettymistä.

Erityisesti tämä huoli oman profession tukahtumisesta esiintyy päihdejärjestöissä. Päihdepuolen alisteisuus suhteessa mielenterveyspuoleen tuskin on vain alan järjestöjen kokemus, mutta myös alan järjestöt kokevat toteutuneen kehityksen surullisena. Paljon vuosikymmenten aikana kehitettyä perinnettä ja osaamista on kadonnut viime vuosien aikana ja tämän kadotetun perinteen uudelleen tavoittaminen voi olla mahdotonta muutamien vuosien kuluttua. Päihdetyö, myös järjestöjen päihdetyö, on varmasti kehittynyt ja myönteisellä tavalla uudistunut yhteistyössä mielenterveystoimen kanssa, mutta myönteisistä näkökulmista huolimatta yhteistyön koetaan jyränneen enemmän kuin kehittäneen.

Kehitys on paikallisesti usein edennyt siten, että kun päihde- ja mielenterveystyö on yhdistetty, vastuun toiminnasta on ottanut lääkärivetoinen terveydenhuolto. Kun päihdejärjestöt ennen neuvottelivat työstään sosiaalijohtajan kanssa, uudessa tilanteessa neuvottelukumppanina on ollut ylilääkäri, jolle järjestöjen asiakaslähtöinen ja kokonaisvaltainen lähestymistapa on ollut täysin vieras.

Helppo nähdä, että mielenterveystoimen ylivalta suhteessa päihdetyöhön oli nähtävissä jo Mieli-ohjelman perusteissa. Ihan ensimmäinen kahdeksastatoista ohjelman linjauksesta määrittelee, että ”mielenterveys- ja päihdeongelmiin paneudutaan samalla vakavuudella kuin muihinkin terveysongelmiin”. Tämä myönteinen viesti pitää sisällään vahvan kannanoton, sen, että päihdeongelmaan paneudutaan terveysongelmana.

Tälle on varmasti suomalaisessa sosiaalipainotteisessa päihdehuollossa ollut tarvetta ja tilausta, mutta päihdeongelman tarkasteleminen terveysongelmana on ehkä kuitenkin ollut suurempi paradigman muutos kuin tuon linjauksen kirjoittajatkään tajusivat. Kuulen järjestöjen surussa päihdetyön perinteiden ja osaamisen katkeamisesta juuri huolen siitä, että päihdeongelman moniulotteisuus on hukummassa, kun sitä tarkas-

tellaan lääketieteellisenä kysymyksenä. Huoli sosiaalisen päihdetyön tulevaisuudesta eli järjestöissä jo Mieli-ohjelman alussa ja ohjelman vuodet ovat vahvistaneet huolen perustelluksi.

Pienen ei-lääketieteellisesti orientoituneen päihdeongelmaisia auttamaan pyrkivän päihdealan järjestön näkökulmasta paradigman muutos on ollut huima. Ei-lääketieteelliselle tuelle ei enää ole kysyntää ja nämä perinteet katkeavat. Järjestöjä on kuihtunut ja järjestöjen toimintamuotoja lakkautunut. Järjestöjen peruluonteeseen kuuluu kuitenkin mukautumiskyky, jota voinee havainnollistaa työllistämistoiminnan kasvuna Sininauhaliiton jäsenjärjestöissä. Kun uuden terveystieteellisen korostavan paradigman mukaan päihdealan ei-lääketieteellisesti orientoituneella järjestöllä ei ole saatavissa resursseja päihdeongelmaisten auttamiseen sosiaali- ja terveystoimen varoista, kohderyhmän auttaminen ja tukeminen on siirtynyt toisille momenteille.

Työllistämistoiminta

Monet pienet paikalliset päihdealan järjestöt ovat erikoistuneet työllistämistoimintaan, nimenomaan sellaiseen työllistämistoimintaan, joka kohdistuu päihde- ja mielenterveysongelmisiin henkilöihin. Järjestöjen työllistämistehtävillä on kiinnostava jatkumo siihen sosiaalisen päihdetyön toimintakäytäntöön, joka vielä 1980-luvulla eli Suomessa vahvana: pitkät kuntoutusjaksot, jotka sisälsivät työharjoittelua. Kun 1990-luvun lama leikkasi kuntoutusjaksot kolmesta kuukaudesta kolmeen viikkoon, 2000-luvun lama leikkasi ne kolmesta viikosta kolmeen päivään. Monen järjestön tavalle toimia – voisi sanoa näiden järjestöjen ihmiskäsitteelle – tällainen kolmen päivän täsmähoito ei ole sopinut. Siksi järjestöt ovat vahvistaneet työllistämistoimintaansa, koska näiltä momenteilta rahaa on saatavilla ja pitkäkestoista tukea pystytään näin antamaan.

Tällaisia pitkäkestoisia toimintoja ei voi kuvitella enää rahoitettavan kuntien päihde- ja mielenterveysbudjetista, mutta järjestöjen ratkaisu on ollut kehittää työllistämistoimintaa. Tuettu työ on sellaista kokonaisvaltaista tukea, joka jäljittelee perinteistä sosiaalialan näkemystä päihdetyöstä yhteisöllisenä ja toiminnallisena kuntoutuksena. Tietenkään resurssit eivät työllistämisrahoilla ole riittävät kunnolliseen kuntouttavaan tukeen, mutta kuntouttamisen eetos elää työllistämistoiminnassa vahvana.

Mistä tässä on kyse? Ainakin neljästä asiasta. Yhtäältä siitä, että järjestöt ovat luovineet ja etsineet mahdollisuuden tehdä oman identiteettinsä mukaisesti kokonaisvaltaisella otteella päihde- ja mielenterveysongelmaista ihmistä tukevaa työtä. Toisaalta siitä, että kun päihdeongelma on alettu nähdä terveydellisenä kysymyksenä, kokonaisvaltainen ote päihdeongelmailmiöön on hukkumassa. Päihdeongelmaa ei useinkaan voida eristää elämän muista ongelmista, joista monet ovat luonteeltaan sosiaalisia: elämän hallinnan ongelmia, asumisen ongelmia, työttömyyttä, rikkonaisia ihmissuhteita. Päihdeongelma voi olla vain seuraus, oire, joten pelkästään sen hoitaminen ei ratkaise itse ongelmaa.

Moni sanoo, että voisi kyllä lopettaa päihdeiden käytön, jos keksisi, mitä sitten tekisi. On olemassa ihmisiä, joilla on päihdeongelma, joka voidaan hoitaa, ja elämä jatkuu sen jälkeen mallikkaasti. Usein taustalla on silloin muuten hallittu elämä: työ, perhe, koti, harrastukset. Mutta on olemassa paljon ihmisiä, joilla päihdeongelma on osa elämänhallinnan ongelmia, eikä päihdeongelman hoitaminen ratkaise näitä muita ongelmia, vaikka voikin auttaa niiden selvittämisessä.

Vaikeasti päihdeongelmaisia kohtaavat järjestötyöntekijät tuskailevat sellaisten kuntapäätäjien kanssa, jotka luulevat keskiluokkaisten läheistensä päihdeongelman takia tietävänsä, mistä päihdeongelmasta on kyse. He tietävät osan, epäilemättä, mutta on itsepetosta ja ymmärtämisen kannalta haitallista luulla tietävänsä moniongelmaisen päihderiippuvaisen arjesta ja sen haasteista sen turvin, että on seurannut läheltä koulutetun, työssäkävyn, perheellisen ihmisen kamppailua kesällä päälle jääneen juomaputken katkaisemiseksi. Tarkoitus ei ole vähätellä jälkimmäistä vaan alleviivata päihdeongelmista puhumiseen liittyvän yksinkertaistamisen ongelmia, joita kapeaan terveystieteelliseen näkökulmaan voi sisältyä.

Kolmanneksi, edellä sanotusta seuraa, että päihdeongelmaan paneutuminen ”samalla vakavuudella kuin muihinkin terveysongelmiin” on hyvästä tarkoituksestaan huolimatta voinut olla yksi tekijä yhteiskunnan eriarvoistumisen syvenemisessä. Järjestöjen näkökulmasta päätyy helposti kysymään, onko terveystieteellinen paradigma johtanut siihen, että moniongelmaiset ja elämäntapaongelmaiset, joiden päihdeongelma ei ole vain terveystieteellinen kysymys, jäävät syrjään.

Onko syntymässä tai jo syntynyt kahden tason käsitys päihdeongelmasta: keskiluokan päihdeongelma, jota voidaan tarkastella terveystieteellisesti ja hoitaa kuntoon täsmälääkkeillä ja kuntoutuksella, ja toisaal-

ta marginaaliin ajautuneiden kokonaisvaltainen päihdeongelma, jossa päihteet ovat sekä syy että oire, osa ratkaisua, mutta eivät missään tapauksessa ainut ratkaistava ongelma.

Neljänneksi työllistämistehtailun kasvu päihdealan järjestöissä näyttäisi kertovan siitä, että laajasti ymmärretty päihdetyö on enenevässä määrin siirtynyt varsinaisen sosiaali- ja terveystoimesta ohjatun päihde- ja mielenterveystyön ulkopuolelle. Jos päihdeongelmaisen saama keskeisin tukimuoto on työllistämisrahoista rahoitettu tukityö, jota täydennetään kansalaistoimintaan myönnetystä toiminta-avustuksesta rahoitulla päiväkeskuksella, tapahtuu paljon päihde- ja mielenterveysongelmaista kansalaista tukevaa toimintaa ilman, että päihde- ja mielenterveystoimea on tarvinnut vaivata lainkaan.

Ehkä tätä voi pitää hyvänä, ainakin se on osoitus innovatiivisuudesta, mutta oliko Mieli-hankkeen tarkoitus, että osa päihde- ja mielenterveystoimesta löytää paikkansa päihde- ja mielenterveystoimen ulkopuolelta. Tämä ei kuulosta otsikon ”Palveluista toimiva kokonaisuus” mukaiselta tilanteelta.

Laimea suhtautuminen

Yllä todetut myönteiset ja kielteiset näkemykset selittävät paljolti järjestöjen laimeaa suhdetta Mieli-hankkeeseen. Hanke on pyrkinyt tuomaan julkiselle sektorille järjestöille tuttuja teemoja asiakaslähtöisyydestä, yhden oven periaatteesta ja kokemusasiantuntijoiden käytöstä ja siten tuonut järjestöille vain vähän uusia näköaloja työhön. Toisaalta terveysnäkökulma on kaventanut päihdejärjestöjen toimialaa, tehnyt tyhjäksi vuosien kehittämistyön ja pakottanut etsimään vihreää nurmea varsinaisten päihde- ja mielenterveyspalveluiden ulkopuolelta. Vähän on jäänyt käteen.

Laimeudesta ei tietenkään voi vastuuttaa yksin Mieli-hanketta. Taloudellisesti ennakoitua paljon huonompi kansan- ja kuntataloudellinen kehitys vuosina 2009-2015 on varmasti osittain syönyt niitä odotuksia, joita Mieli-hankkeeseen ladattiin. Resurssia uuden kehittämiseen ja kokeilemiseen ei varmasti ole ollut järjestettävissä niin paljon kuin taloudellisesti lihavana suunnitteluvuosina ajateltiin.

Tähän liittyen mutta ehkä vielä vahvemmin järjestöjen näkökulmaan on vaikuttanut kuntien roolin kehittyminen ja toisaalta kehittymisen epäselvyys viime vuosina. Jos ajatus oli, että kunnat kehittävät ja koaavat omat, järjestöjen ja yritysten päihde- ja mielenterveyspalvelut mielekkääksi kokonaisuudeksi, tavoitteesta on erkaannuttu kauas.

Järjestöt ovat joutuneet sopeutumaan hybriditilanteeseen, jossa niiden perusidentiteetti on kansalaistoinnassa, edunvalvonnassa ja yhteiskunnallisessa vaikuttamisessa, mutta pysyäkseen hengissä niiden on kilpailtava tuotemarkkinoilla yritysten kanssa. Kumppanuuskunnasta puhutaan, mutta monissa paikoissa kumppanuuden asemesta kunnat ovat tilaaja- ja kilpailutusorganisaatioita.

Monen järjestön näkökulmasta Mieli-hankkeen vuodet ovat tuotteistamisen, ammatillistamisen ja kilpailamisen vuosia. Tuotteisiin, ammatillisuuteen ja kilpailuun esimerkiksi kokemusasiantuntijuus ei ole mahdunut, joten Mieli-hankkeen lähtökohdista huolimatta järjestöjen kehitys on saattanut kulkea juuri päinvastaiseen suuntaan: aiemmasta kokemusasiantuntijavaltaisuudesta ammatillisen osaamisen korostamiseen.

Kun kymmenen vuotta sitten päihdeasumisyksiköstä saattoi vastata kaksikymmentä vuotta sitten päihdeiden käytön lopettanut ja sen jälkeen päihdetyötä tehnyt henkilö, nykytermein kokemusasiantuntija, nyt samaa tehtävää hoitaa AMK-tason sosiaali- tai terveystutkinnon tehnyt ammattilainen. Mieli-hankkeen tavoittelema palveluiden toimiva kokonaisuus on ainakin joidenkin asiakasryhmien osalta saattanut toteutua, mutta järjestöjen näkökulmasta palveluiden kehittäminen on tapahtunut kaukana kunnassa – ja ehkä kunnankin näkökulmasta hallitsemattoman ja epämääräisen tulevaisuuden savuverhon takana, kun kunta- ja sote-uudistuksia on pyöritetty viime vuodet.

Ehkä yksi syy järjestöjen laimeaan suhteeseen Mieli-hankkeeseen liittyy myös toimintalogiikkojen erilaisuus. Mieli-hanke lähtee ohjelmallisesta ajattelusta ja strategioista, jotka ovat suuren ja vauraan pelaajan työkaluja. Tietysti myös suuret, valtakunnalliset ja ammattimaiset järjestöt voivat toimia näin, mutta ne edustavat huonosti järjestökenttää. Paikallinen pieni järjestö toimii toisin: sen on luovittava mahdollisuuksien suossa, tehtävä sitä, mikä on sen ideologian mukaista ja mistä maksetaan korvaus. Sellaista resurssia, jolla tällainen kädestä suuhun ja hoidosta työllistämiseen ohjautuva toimintakulttuuri olisi voitu ohjata toiselle uralle, ei ole ollut käytettävissä.

Yksinkertaisesti, olisi tarvittu paikallinen kunta, joka olisi ottanut asiakseen Mieli-hankkeen jalkauttamisen yhdessä paikallisten toimijoiden kanssa. Tämä tuskin on ollut köyhtyvien kuntien prioriteettilistalla kärkipäässä, kun ne ovat miettineet lähinnä sitä, ovatko ne olemassa tulevina vuosina ja jos ovat, minkä suuralueen tai kuntayhtymän osina. Paikallisen järjestön näkökulmasta valtakunnallinen ohjelmapolitiikka on kaukaista, mutta ehkä se on ollut kaukaista myös kuntien näkökulmasta.

Tulevaisuus?

Aina on helppo kertoa, mikä on pielessä ja mikä meni vikaan. Entä mitä pitäisi tehdä?

Mieli 2009–2015 nosti esiin järjestöjen pitkään noudattamia periaatteita ja parhaimmillaan onnistui istuttamaan niitä kuntien toimintakulttuureihin. Asiakaslähtöisyyden, yhden oven periaatteen ja kokemusasiantuntijuuden korostuminen kunnan – tai mikä yksikkö jatkossa vastaakaan julkisista peruspalveluista – toiminnossa voi tarjota sellaisen kosketuspinnan, jonka turvin kuntien ja järjestöjen keskinäinen yhteistyö voi kehittyä. Jos kunta oppii näitä järjestöjen toimintakäytänteitä ja saa niistä hyviä kokemuksia, kunta voi oppia arvostamaan ja hyödyntämään myös järjestöjä aiempaa paremmin. Kunta voi esimerkiksi havaita, että kokemuksen ääntä kannattaa kuulla ammattilaisen äänen rinnalla tai että ihmisten auttamisessa tärkeintä on kohtaaminen ja vastuun otto eikä ohjaaminen toiselta sektorilta löytyvän paremman asiantuntijan kontolle. Tämän tajuttuaan kunta voi oppia suhtautumaan järjestöjen osaamiseen ja vahvuuksiin uudella tavalla. Kunta ehkä ymmärtää, että sen ei kannata ostaa järjestöltä vain ammatillista palvelua vaan myös sitä Mieli-hankkeen mukaista osaamista, jonka omaksumisesta kunta itse on hyötynyt.

Vaikka Mieli-hankkeen kausi ajoittui kuntien ja järjestöjen suhteen näkökulmasta ongelmallisesti, muutoksen merkkejä on ehkä jo näkyvissä. Ongelma tänä aikajaksona siis oli, että kuntien toimintaa ohjasi New Public Management (NPM)-henkinen kilpailuttaminen, jossa järjestöt rinnastuivat aivan tarpeettoman vahvasti yrityksiin. Tämä kehitys on synnyttänyt jakoa suuriin ja vahvoihin ja ainakin toistaiseksi sinnitteleviin järjestöihin sekä pieniin ja palvelutoiminnasta vetäytyneisiin järjestöihin. Samalla se on käynnistänyt prosessin, jonka tulokset eivät vielä ole selvillä: aatteellisten osakeyhtiöiden synnyn. Aika näyttää, miten osakeyhtiölähtökohta ja aatteellinen perusta ovat yhdistettävissä.

Uusi julkinen johtaminen, NPM, ei näytä kuitenkaan jäävän viimeiseksi tai ainoaksi sanaksi julkisen johtamisen kentällä. New Public Governance (NPG), uusi julkinen hallinta, on sekä paperilla että käytännössä alkanut nostaa päätään. Ajattelu perustuu yhteistyö- ja verkostosuhteiden rakentamiseen, yhteisöllisyyteen ja kumppanuuteen. Paikallinen pieni sosiaalipolitiikka tukeutuu uuteen julkiseen hallintaan, jossa toimintaympäristö ja ihmiset otetaan paremmin huomioon kuin uudessa julkisessa johtamisessa. Julkisen vallan ote ei ole manageroiva ja muita toimijoita palvelutuottajina kilpailuttava vaan osaamista, näkökulmia ja innovaatiota kokoavasti hallitseva. Tällaisessa asetelmassa järjestöt voivat olla sekä jäsentensä ja asiakkaitensa edunvalvojina ja viestinviejinä että palveluiden tuottajina, mikä lienee järjestöille luonteva rooli. Uuden julkisen hallinnan ajatus ehdottaa, että julkinen johtaminen ei olisi ulkopuolelle asettuvaa vaan osallistavaa. Se ei myöskään edellytä, että julkisella järjestelmällä täytyisi olla paras osaaminen ja ymmärrys, vaan tarpeista ja niihin vastaamisesta voidaan keskustella kansalaisten ja heidän edustajiensa kanssa. Tällaiseen kansalaisyhteiskuntaan luottavaan ja tukeutuvaan julkisen hallinnan ajattelutapaan järjestöt ihan perinteisesti ymmärrettyinä voisivat sopia hyvin.

On tietysti vaikea sanoa, mikä on se paikallinen julkinen valta, joka jatkossa manageroi tai hallitsee, minkä takia spekulatiot tulevaisuudesta ovat juuri tällä hetkellä utuisia. Mieli 2009-hanke on kuitenkin voinut edistää kuntien ja järjestöjen yhteistyön edellytyksiä nostaessaan järjestötoimintaan kuuluvia näkökulmia julkisen palvelujärjestelmän agendalle. Asiakaslähtöisyys, kokonaisvaltainen ja sektorirajat ylittävä ote sekä kokemuksen kuuleminen kuulostavat hallinnalta enemmän kuin johtamiselta. Jos julkinen valta on omaksunut ja omaksuu näitä Mieli 2009-hankkeen näkemyksiä, tästä voi syntyä tarttumapintaa ja yhteistä ymmärrystä siitä, miten päihde- ja mielenterveysongelmiin liittyvää tukea ja apua jatkossa järjestetään ja kehitetään.

5 Kokemusasiiantuntijuus

Kokemusasiiantuntijatoiminta on 2000-luvulla kehittynyt toimintamuoto, joka perustuu kansalais- ja järjestötoiminnan pohjalta syntyneisiin kokemuksiin erilaisista ongelmista ja niistä selviytymisestä. Kokemusasiiantuntijatoiminnan hyödyntämistä on alettu kehittää myös julkisella sektorilla. Tässä luvussa tarkastellaan kokemusasiiantuntijatoimintaa monesta eri näkökulmasta: kokemusasiiantuntijaksi kasvaminen, toiminnan ja siihen liittyvän koulutuksen kehittäminen sekä kokemusasiiantuntijatoiminnan kehittäminen ja vakiinnuttaminen sairaanhoitopiirin toiminnassa.

Kokemusasiiantuntijatoiminnan rinnalla on tärkeä myös muistaa vertaistoiminnan jo vakiintuneet muodot. Vertaisryhmien toiminta alkoi AA-toimintana jo 1930-luvulla USA:ssa, ja ensimmäiset vertaisryhmät Suomessa aloittivat Suomessa 1940-luvulla. Vertaistoiminnan käsite on yleistynyt 1990-luvun puolivälin jälkeen etenkin vammais-, potilas-, omais- sekä päihde- ja mielenterveysjärjestöissä. Vertaistoiminta viittaa toimintaan, jossa olennaista ovat samankaltaisessa tilanteessa elävien ja samankaltaisia asioita kokeneiden ihmisten keskinäinen tuki, apu ja kokemusten jako. Vertaistoiminnan muotoja ovat esimerkiksi ryhmät, yhteisöllinen toiminta sekä vapaamuotoinen yhteistoiminta. Vertaistoiminta voi olla myös kahdenkeskistä tukea.

5.1 Kokemusasiiantuntijatoimintaa kehittämässä – kokemusasiiantuntijan näkökulma

Päivi Rissanen

Mielen avain -hankkeessa kehitetty kokemusasiiantuntijakoulutusmalli ja kokemusasiiantuntijatoiminnan kehittäminen vastasivat Kaste -ohjelman tavoitteisiin sekä Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ehdotukseen asiakkaan osallisuuden lisäämisestä sekä kokemusasiiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden ottamisesta mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin (STM 2009; Partanen & Moring 2013). Tavoitteisiin pyrittiin järjestämällä kokemusasiiantuntijakoulutuksia hankealueella, kehittämällä kokemusasiiantuntijakoulutusmallia, osallistamalla kokemusasiiantuntijatoiminnan kehittämiseen valtakunnallisesti sekä vaikuttamalla kokemusasiiantuntijatoiminnan kehittämisen esteisiin.

Tässä artikkelissa tarkastelen kokemusasiiantuntijakoulutuksen merkitystä, kokemusasiiantuntijaksi kasvamista ja kokemusasiiantuntijatoiminnan kehittämistä kokemusasiiantuntijan näkökulmasta (vrt. Marjo Kurjen artikkeli tässä julkaisussa). Käytän aineistona maaliskuussa 2014 Mielen avain -hankkeen kokemusasiiantuntijakoulutukseen osallistuneille tehtyä osallisuuskyselyä. Siinä kartoitettiin kokemusasiiantuntijakoulutuksen merkitystä, sisältöä, hyötyjä ja kehittämistarpeita sekä kokemusasiiantuntijatehtävissä toimimista. Vastauksia saatiin 41 koulutetulta kokemusasiiantuntijalta. Artikkelissa käyttämäni lainaukset ovat kokemusasiiantuntijoiden vastauksia.

Kokemusasiiantuntijatoiminnan merkitys

Mielen avain -hankkeessa kokemusasiiantuntijaksi määriteltiin kokemusasiiantuntijakoulutuksen käynyt henkilö, jolla on omakohtaista kokemusta mielenterveys- ja/tai päihdeongelmasta, joko sitä sairastavana, siitä kuntoutuvana, palvelun käyttäjänä tai hänen läheisenään, ja jolla on halu auttaa muita tai kehittää palveluja kokemuksensa perusteella (STM 2009; Kuosmanen ym. 2013). Hankkeessa järjestettyjen kokemusasiiantuntijakoulutusten (ks. tarkemmin Marjo Kurjen artikkeli) tavoitteena oli vahvistaa kokemusasiiantuntijoiden osallisuutta ja tarjota valmiuksia toimia erilaisissa kokemusasiiantuntijatehtävissä.

Tässä artikkelissa määrittelen osallisuuden palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymiseksi ja tunnustamiseksi niin, että sitä hyödynnetään palvelujen suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa (Laitila 2010). Tämän kaltaisen osallisuuden toteutuminen edellyttää palvelun käyttäjien näkökulmien ja kokemusten pitämistä arvokkaina ja pätevinä (Lester ym. 2006). Tällainen aito ja todellinen osallisuus on myös

voimaannuttavaa ja vaikuttaa monella tavalla ihmisten hyvinvointiin. Kokemusasiatuntijatoiminta perustuu samankaltaiseen ajattelutapaan. Palvelun käyttäjiä ei pidetä vain hoidon tai kuntoutuksen kohteina vaan aktiivisina toimijoina. Kokemusasiatuntijuuden kautta voidaan myös antaa ääni perinteisesti ”äänettömille” asiakasryhmille. (Rissanen 2015.)

Kokemusasiatuntijatoiminta voi hyödyttää kokemusasiatuntijaa itseään, toisia kuntoutujia, ammattiauttajia sekä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää. Ammattiauttajille toiminnan merkitys on siinä, että kokemusasiatuntijat voivat antaa ruohonjuuritason tietoa ja palautetta ammattilaisten työstä sekä haastaa arvioimaan ammatillisia toimintatapoja ja auttamismenetelmiä. Kuulemalla todellisiin kokemuksiin perustuvia tarinoita ammattiauttajat saavat tietoa sairastamisesta, kuntoutumisesta ja kuntoutujien arjesta. Tällöin he voivat ymmärtää entistä paremmin asiakassuhteisiin, palvelujen sisältöön, vuorovaikutukseen ja järjestelmän toimivuuteen kohdistuvia odotuksia sekä tarpeita. Lisäksi kokemusasiatuntijuus voi auttaa vahvistamaan asiakaslähtöisyyttä ja osallisuutta osana palvelujen yhteiskehittämistä. (Hietala & Rissanen 2015.)

Kokemusasiatuntijan näkökulmasta kokemusasiatuntijuudessa on tärkeää mahdollisuus kääntää sairaus, ongelmat tai vaikeat kokemukset ja elämäntilanteet voimavaraksi. Kokemusasiatuntijaksi kouluttaminen tai kokemusasiatuntijatehtävissä toimiminen onkin monelle tärkeä vaihe kuntoutumisessa ja elämässä eteenpäin menemisessä. Se voi olla osa siirtymää avun vastaanottajasta sen antajaksi tai palvelujen kehittäjäksi. (Hietala & Rissanen 2015.) Kokemusasiatuntijana yksilö voi kokea olevansa taas hyödyllinen yhteiskunnan jäsen.

”Sairastuminen ja toipuminen saivat uutta arvoa ja merkitystä. Selviytymismuistot antoivat lisää rohkeutta ja itsetuntoa.”

”On ihanaa ajatella, että minua vielä tarvittaisiin ja voisin olla hyödyksi kokemusasiatuntijatoiminnassa.”

Kokemusasiatuntijuuden keskeinen viesti – toivo – voi muuttaa potilaan tai kuntoutujan identiteettiä. Lisäksi kokemusasiatuntija voi osoittaa toisille kuntoutujille, että toipuminen on mahdollista, kaikesta huolimatta jokaisella on jotain annettavaa, ja kokemustietoa tarvitaan sekä halutaan hyödyntää (Rissanen 2007; 2015). Kuten eräs kokemusasiatuntija totesi kokemusasiatuntijakoulutuksen merkityksestä itselleen ja elämälleen: ”Sain uskoa itseeni ja omiin mahdollisuuksiini. Jokin ovi avautui. Tulevaisuus näyttää valoisammalta. Tunnen meneväni kohti jotain hyvää.”

Kokemusasiatuntijuudessa yksilöä voimaannuttavaa on myös sen tuomat mahdollisuudet merkitykselliseen toimintaan. Se tarjoaa mahdollisuuden vaikuttaa, opiskella, kehittää itseään tai tehdä työtä. Potilaasta tai kuntoutujasta voi tulla aktiivinen toimija, kokemusasiatuntija, jonka kokemusta ja tietoa arvostetaan. Oleellista on toiminnan omatahtisuus ja vapaaehtoisuus (Hietala & Rissanen 2015). Tämänkaltainen osallisuus ja osallistuminen voi lisätä osallistujien uskoa itseensä, mahdollisuuksiinsa ja tulevaisuuteensa sekä vahvistaa itsetuntoa. Kokemusasiatuntijakoulutukseen osallistuminen on ”tuonut voimaa, valoa ja iloa omaan kuntoutumiseen ja on saanut lisää tieto-taitoa miten voi olla hyödyksi avuksi vielä itse toivuttuaan.”

Toiminta vaikuttaa myös kokemusasiatuntijan jokapäiväiseen elämään ja arkeen. Se voi tuoda siihen säännöllisyyttä, mielekästä sisältöä ja motivoivaa tekemistä. Kokemusasiatuntijatoiminta onkin muuttanut mielenterveyskuntoutuksen työtoiminnan perinteitä. Perinteinen käsillä tekeminen, askartelu tai käsityöt eivät yksinkertaisesti sovellu eivätkä motivoi kaikkia, ja palvelujärjestelmään tarvitaan erilaisia mahdollisuuksia toimia. (Rissanen 2015.)

”Kokemusasiatuntija koulutus on auttanut jäsentämään suunnitelmia tulevaisuuteni, työn ja koulutuksen suhteen.”

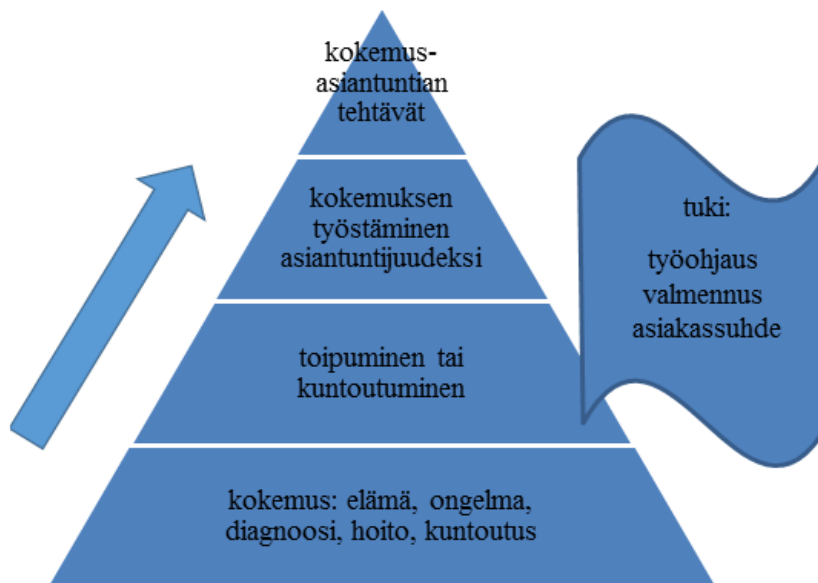
Kokemusasiatuntijat itse pitävät vertaistukea ja toistensa tarinoiden kuulemista tärkeänä ja hyödyllisenä. Mahdollisuus jakaa kokemuksia toisten samankaltaisia asioita kokeneiden kanssa voi tuoda uudenlaisen kokemuksen ymmärtämisestä ja ymmärretyksi tulemisesta. Vertaisia kohtaamalla on mahdollista löytää uusia ihmissuhteita, ja vertaistuki voi vastata esimerkiksi psyykkiseen sairastumiseen usein liittyvään sosi-

aaliseen eristäytymiseen tai ihmissuhdeverkoston supistumiseen. (Rissanen 2015.) Toisten kokemusten kuuleminen voi lisätä valmiuksia toimia kokemusasiantuntijana avaamalla uudenlaisia näkökulmia mielen-terveys- ja päihdeongelmiin.

”Erilaiset ihmiset ja tarinat avasivat omaa näkemystä ja kokemukset antoivat voimaa ja uskoa selviytymiseen niin läheisenä kuin kokemusasiantuntijanakin.”

Kokemusasiantuntijaksi kasvaminen

Kokemusasiantuntijana toimiminen on sekä voimaannuttavaa että vaativaa ja haastavaa. Jo muutos potilaasta tai kuntoutujasta kokemusasiantuntijaksi vaatii kypsyyttä ja tietoa (Lehto & Hietala-Paalamaa 2007). Se edellyttää jonkinlaista toipumis- tai kuntoutumisprosessia tai etäisyyttä vaikeista kokemuksista tai elämäntilanteesta (Jankko 2008; Hietala & Rissanen 2015). Kokemus on myös työstettävä asiantuntijuudeksi koulutuksen, valmennuksen, vertaistuen, mentoroinnin, itseopiskelun tai tehtävissä oppimisen kautta. Kokemusasiantuntijuus edellyttää siis kouluttautumista, reflektoitua tiedontuottamista, ajankohtaisten asioiden seuraamista, keskustelua, kokemusten jakamista toisten kuntoutujien, tutkijoiden ja palvelujen kehittäjien kanssa (Jankko 2008; Salo 2010) sekä jatkuvaa asioiden kyselemistä ja kyseenalaistamista (Rissanen 2015). Tehtävissä toimimisen rinnalla kokemusasiantuntijat tarvitsevat tukea, kuten esimerkiksi työohjausta, valmennusta tai asiakassuhteen (Hietala & Rissanen 2015). Kokemusasiantuntijuus myös kypsyy ja kehittyy samalla tavalla kuin asiantuntijuus yleensä. Olen hahmottanut tien kuntoutujasta kokemusasiantuntijaksi kuvaksi (kuva 1).



Kuva 1. Tie kokemusasiantuntijaksi

Kokemusasiantuntijuus perustuu omakohtaiseen kokemukseen, mutta kokemusasiantuntijalla on oltava kyky reflektoida sitä ja taito välittää kokemustietoa eteenpäin. Hänen on osattava ottaa huomioon toimintaympäristö ja kussakin tilanteessa käytettävä kieli, mutta kyettävä säilyttämään oma näkökulmansa ja tuomaan se esiin tarkoituksenmukaisesti. Valmennuksen ja koulutuksen onkin tärkeä tarjota valmiuksia näiden vaatimusten kohtaamiseen. (Hietala & Rissanen 2015.) Osallisuuskyselyn vastausten perusteella Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutuksissa tarjottu asiantuntijatieto ja saadut valmiudet olivat tärkeitä. Ne lisäsivät ymmärrystä mielen-terveys- ja päihdeongelmista, mikä taas auttaa kokemusasiantuntijaa ymmärtämään asioita ja ihmisiä entistä laajemmin.

”Luennot ja luennoitsijat ovat tarjonneet upeasti ammattilaisten näköaloja, josta on ollut hyötyä.”

Oma tarina on kokemusasiantuntijan tärkeä työkalu ja sen työstäminen kerrottavaan muotoon kuului kiinteästi Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutusmalliin (Rissanen ym. 2012). Toisaalta tarinan kirjoittaminen on konkreettinen tapa työstää kokemusta asiantuntijuudeksi. Oman tarinan kertominen koetaan usein voimaannuttavana ja toivoa lisäävänä, mutta myös ahdistavana ja vaikeana (Rissanen 2015). Lisäksi oman tarinan pohtiminen ja kirjoittaminen voi tuoda uuden näkökulman omaan tai läheisten elämään.

”Oman tarinan läpikäyminen ja käsittely olikin isompi ja vaikuttavampi homma kun olin luullut, mutta antoi paljon itselle, ajatuksia, huomioita, jäsentelyä omasta elämästä ja olemisesta.”

Kokemusasiantuntija ja sosiaaliturvajärjestelmä

Kokemusasiantuntijatoiminnan on havaittu tukevan osallistujien hyvinvointia ja kuntoutumista, minkä lisäksi sillä on yhteiskunnallista merkitystä. Esimerkiksi moni Mielen avain -hankkeessa koulutetuista kokemusasiantuntijoista on aloittanut tai jatkanut ammatillisia opintoja tai palannut takaisin työelämään pitkänkin työttömyyden, sairausloman, kuntoutustuella tai eläkkeellä olemisen jälkeen. Kokemusasiantuntijatoiminta reittinä takaisin työelämään liittyy ajankohtaiseen keskusteluun osatyökykyisyyden hyödyntämisestä ja työurien pidentämisestä (Rissanen 2015).

Kokemusasiantuntijoiden työkyky ja heidän suhteensa niin sanottuihin tavallisiin työmarkkinoihin vaihtelee. Kokemusasiantuntijana toimiminen voi olla välivaihe, jonka aikana yksilö parantaa mahdollisuuksiinsa ja valmiuksiaan palata työelämään tai aloittaa ammatilliset opinnot. Kokemusasiantuntijatoiminta tukee työkykyä, sillä se voi auttaa arvioimaan, löytämään ja vahvistamaan omia voimavaroja, tarjoaa uusia työllistymismahdollisuuksia sekä vahvistaa verkostoja. Toisaalta kokemusasiantuntijuudesta voi tulla pitkäaikainen ja pysyvä osa arkea, jolloin yksilö toimii erilaisissa kokemusasiantuntijatehtävissä vointinsa ja jaksamisensa mukaan, vaikkei aio tai jaksaa palata esimerkiksi kokopäiväiseen palkkatyöhön. Tällöin kokemusasiantuntijatoiminta tarkoittaa toimintakyvyn ylläpitämistä. Se tuo sisältöä ja merkitystä arkeen sekä antaa arvokkaan lisän sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän toimintaan. Kokemusasiantuntijan pääasiallinen toimeentulo koostuu usein erilaisista sosiaaliturvaetuuksista ja kokemusasiantuntijatehtävistä saadut ansiot ovat täydentävää tai lisätuloa. (Hietala & Rissanen 2015.)

Haasteena ja kokemusasiantuntijatoiminnan kehittymisen haasteena – ja jopa esteenä – on ollut jäykkä sosiaaliturvajärjestelmä, erityisesti sosiaaliturvaetuuksien ja palkkatulojen yhteensovittaminen. Suhteellisenkin pienet palkkiot ovat voineet vaarantaa tai pienentää kokemusasiantuntijan perustoimeentulon tai kokemusasiantuntijakoulutukseen osallistuminen on kyseenalaistanut osallistujan oikeuden työttömyysturvaan. Mielen avain -hankkeessa pyrittiin vastaamaan näihin haasteisiin sekä Mieli 2009 -suunnitelman väliraportissa (STM 2012) esitettyihin erityisesti tehostettaviin toimenpiteisiin vaikuttamalla paikallisella ja valtakunnallisella tasolla. Hankkeen työntekijät olivat esimerkiksi yhteydessä paikallisiin viranomaisiin ja kirjoittivat lausuntoja. Lisäksi Mielen avain -hankkeen, Kuntoutussäätiön ja Mielenterveyden keskusliiton yhteistyönä laadittiin opas kokemusasiantuntijatoiminnasta (Hietala & Rissanen 2015). Oppaassa kuvataan pääasiassa julkisella sektorilla sekä päihde- ja mielenterveys kentällä tapahtuvan kokemusasiantuntijatoiminnan lähtökohtia, kokemusasiantuntijakoulutusta, erilaisia työtehtäviä ja korvauskäytäntöjä sekä niiden suhdetta sosiaaliturvaetuuksiin.

Voi todeta, että olisi tarvetta luoda entistä joustavampi ja oikeudenmukaisempi palkkioiden ja sosiaaliturvaetuuksien yhteensovittamisen malli. Se mahdollistaisi kokemusasiantuntijoiden osatyökyvyn ja heidän tietonsa hyödyntämisen sekä parantaisi kokemusasiantuntijoiden todellista osallistumista ja osallisuutta yhteiskuntaan.

Kokemusasiantuntijatoiminnan haasteet ja tulevaisuus

Vaikka valtakunnallisissa suosituksissa ja useissa tutkimuksissa on korostettu palvelujen käyttäjien osallisuutta sekä nostettu esiin kokemusasiantuntijuuden merkitys osana mielenterveys- ja päihdetyön toimintaa (Kuosmanen 2009; STM 2009; Laitila 2010), niin tutkimus- ja kehittämistyössä sekä palvelujen suunnittelussa heillä on pitkään ollut marginaalinen asema (Rantanen & Toikko 2006; STM 2012). Mielen avain -hankkeessa on kuitenkin havaittu, että sosiaali- ja terveydenhuollossa on yhä enemmän alettu pohtia sitä, missä ja miten kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä voidaan hyödyntää, minkälaista osaamista ja valmiuksia kokemusasiantuntijana toimiminen edellyttää sekä kuinka ammattilaiset voisivat omaksua palvelun käyttäjiä ja kansalaisia osallistavia menetelmiä työhönsä.

Kokemusasiantuntijatoiminnan kehittämisen haasteena on se, että palvelun käyttäjien ja ammattiauttajien yhteistyön tekemisestä puuttuvat rakenteet ja perinteet erityisesti julkisella sektorilla sekä terveydenhuollossa. Kokemusasiantuntijan ja ammattilaisen roolit yhteistyössä ovat edelleen määrittelemättä ja epäselviä. Toiminnan vakiintumattomuus tuo omat ongelmansa myös hyvien käytäntöjen juurruttamiseen ja kokemusasiantuntijoiden tukemiseen. Erityisesti tarvitaan työnohjausta, jatkokoulusta, kokemusasiantuntijan roolien, vastuukysymysten, vakuutusturvan, palkkioiden maksamisen ja toiminnan puitteiden selventämistä (Hietala & Rissanen 2015).

Kokemusasiantuntijoiden osallistuminen palvelujen toteuttamiseen, suunnitteluun ja arviointiin asettaa haasteita ammattiauttajille ja työkäytännöille. Ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden tasavertainen yhteistyö edellyttää toiminnan tavoitteiden ja sisältöjen määrittelemistä yhdessä, yhteisten pelisääntöjen pohjalta. Kaikilla osapuolilla on oltava valmius toimia senkaltaisessa yhteistyössä, missä palvelun käyttäjät voivat tuoda esiin uusia ja erilaisia näkemyksiä palveluiden tarkoituksesta ja työn tavoitteista.

Haasteista huolimatta kokemusasiantuntijuus voi avata uusia toimintamalleja sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan, tutkimukseen ja kehittämiseen. Kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen soveltuu esimerkiksi kehittämistyöhön, jossa suunnitellaan palveluja tai arvioidaan niiden toimivuutta ja tuloksellisuutta. Se tuo palvelun käyttäjien äänen ja kokemukset tutkimus- ja kehittämistyön prosessiin. Toisaalta kokemusasiantuntijoiden, ammattiauttajien ja tutkijoiden yhteistyössä tekemässä tutkimuksessa on mahdollista yhdistää erilaisia asiantuntijarooleja. Kokemusasiantuntijoiden kokemukset ja näkemykset voivat auttaa muotoilemaan uusia ja arvokkaita tutkimuskysymyksiä. Ammattiauttajat voivat selvittää ammatillisen toiminnan sääntöjä ja käytäntöjä. Tutkijat taas saavat mahdollisuuden löytää uusia tutkimuksen lähetystapoja ja käytäntöjä perinteisesti tutkimuskohteen rooliin jääneiden toimijoiden kanssa. Kuten muussakin sosiaalisessa toiminnassa tasavertainen vuorovaikutus luo parhaan mahdollisen perustan tutkimuskäytäntöjen arviointiin ja kehittämiseen. (Hyväri & Rissanen 2014.)

Kokemusasiantuntijuus näyttää hyödyttävän toiminnan kaikkia osapuolia sekä palvelujärjestelmää. Ammattilaisten ymmärryksen lisääntyminen parantaa asiakastyön laatua, lisää heidän työtyytyväisyyttään ja palvelujen asiakaslähtöisyyttä (Simpson & House 2003). Useissa maissa, kuten esimerkiksi Australiassa, Kanadassa, Isossa-Britanniassa, Uudessa-Seelannissa ja USA:ssa on käytetty vertaistyöntekijöitä koulutuksessa ja palvelujen arvioinnissa jo kauan. Tämän on todettu vähentäneen sairaalahoitojen tarvetta, mielenterveyspalvelujen käyttöä ja psyykkistä kärsimystä, lisänneen elämänlaatua, työllisyyttä ja olevan kustannustehokasta. Vertaistyöntekijöiden osallistuminen vähentää myös kuntoutujiin kohdistuvaa stigmaa, sillä se osoittaa heidän voivan tuoda panoksensa palvelujärjestelmän toimintaan. (Peters 2010.)

Asiakastyössä ja palvelujärjestelmässä voidaan hyödyntää myös ammattilaisilla olevaa kokemusasiantuntijuutta. Se voi perustua työntekijän kokemukseen omasta sairaudesta, ongelmasta, palveluiden käyttämisestä, läheisenä olemisesta tai työstä. Erityisesti päihdetyössä ammattilaisten omakohtaiset kokemukset ovat saaneet merkittävän aseman osana asiantuntijuutta (Andersson ym. 2011).

Mielen avain -hankkeen varsinainen toiminta on päättynyt, mutta se jatkuu monella taholla. Ainakin Keski-Uudenmaan a-pajaverkosto, A-klinikkasäätiön Verkottaja -hanke ja KoKoA -koulutetut kokemusasiantuntijat ry. jatkavat osaltaan Mielen avain -hankkeessa aloitettua työtä. Kokemusasiantuntijatoiminta on myös alkanut juurtua hankealueen kuntiin ja sairaanhoitopiireihin. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammatilliset oppilaitokset ovat jatkaneet aktiivista yhteistyötä pohtiessaan mahdollisuuksia toteuttaa kokemusasiantuntijakoulutusta yhdessä eri toimijoiden kanssa. Tämän hetkisten myönteisten kokemusten pe-

rusteella voi ennustaa, että kokemusasiantuntijatoiminta tulee laajenemaan erilaisiin kohde-, ammatti- ja väestöryhmiin. Lisäksi erilaiset yhteistyökuviot tulevat vakiintumaan ja tulevaisuudessa kokemusasiantuntijat toimivat entistä enemmän ammattilaisten rinnalla.

Lähteet

- Andersson, Maarit & Pirttijärvi, Eero & Rajamäki, Matti: Kokemusasiantuntijuudesta päihdetyössä. Julkaisussa Moring, Juha & Martins, Anne & Partanen, Airi & Bergman, Viveca & Nordling, Esa & Nevalainen, Veijo (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Toimeenpanosta käytännöön 2010. Raportti 6. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011: 69–73.
- Heikkilä, Matti & Julkunen, Ilse: Obstacles to an increased user involvement in social services. A commissioned background document. Finland: STAKES, 2003.
- Hietala, Outi & Rissanen, Päivi: Kokemusasiantuntija - hoidon ja avun kohteesta omien kokemusten jakajaksi sekä palveluiden kehittäjäksi: Opas kokemusasiantuntijatoiminnasta. Kuntoutussäätiö ja Mielenterveyden Keskusliitto. Helsinki: Unigrafia Oy, 2015.
- Jankko, Terhi: Mielenterveyden kokemusasiantuntijuuden merkityksestä kuntoutujien ja omaisten ryhmäkeskusteluissa. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma (julkaisematon), 2008.
- Kuosmanen, Lauri: Personal Liberty in Psychiatric Care - Towards Service User Involvement. *Annales Universitatis Turkuensis D* 841, 2009.
- Laitila, Minna: Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, 31, 2010.
- Lehto, Markku & Hietala-Paalasmaa, Outi [verkkodokumentti]: Kuntoutuja asiantuntijakoulutus. Teoksessa Hietala-Paalasmaa, Outi; Narumo, Reija; Yrttiäho, Kaiju (toim.) Kuntoutuja, ammattilainen, vertainen. Mielenterveyskuntoutuksen kolme asiantuntijaa: TRIO -projektin arviointi- ja loppuraportti. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto, 2007: 91–106. [Haettu 20.4.2012] http://mtkl-fi-bin.directo.fi/@Bin/6b538c736c53930ab9bd3c35e22783f2/1399825850/application/pdf/10768/Trio_raportti2007.pdf.
- Lester, Helen; Tait, Lynda; England, Elisabeth & Tritter, Jonathan: Patient involvement in primary care mental health: a focus group study. *British Journal of General Practice*, June, 2006: 415–422.
- Partanen, Airi & Moring, Juha & Nordling, Esa & Bergman, Viveca (toim.): Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.
- Peters, Janet: Walk the walk and talk the talk: A Summary of Peer Support Activities in Some IIMHL Countries (International Initiative for Mental Health Leaders). New Zealand: Te Pou, National Centre for Research, Information and Workforce Development 2010.
- Rantanen, Teemu & Toikko, Timo: Käytäntötutkimuksesta kansalaislähtöiseen kehittämiseen. *Janus* 14 (2006):4, 403–410.
- Rissanen, Päivi (2007) Skitsofreniasta kuntoutuminen. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Rissanen Päivi: Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Väitöskirjan käsikirjoitus 2015.
- Rissanen, Päivi; Sinkkonen, Niina & Kurki, Marjo: Kokemusasiantuntijakoulutus Mielen avain -hankkeessa. Teoksessa Lepistö, Päivi & Kuosmanen, Lauri & Partanen, Airi & Moring, Juha (toim.) Parempaan palvelun avaimia: Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano Mielen avain -hankkeessa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012: 14–16.
- Salo, Markku: Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusrvioinnin kohteina: ITHACA -hankkeen Suomen raportti. Raportti 22. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.
- Simpson, Emma L. & House, Allan O.: User and carer involvement in mental health services: from rhetoric to science. *British Journal of Psychiatry* 183 (2003), 89–91.
- STM 2009: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009.
- STM 2012: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015: Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 24. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012.

5.2 Kokemusasiantuntijatoimintaa kehittämässä Mielen avain -hankkeessa

Marjo Kurki

Mielen avain – hanke

Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke Mielen avain on Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste -ohjelmaan perustuva hanke. Sen päätavoitteena on ollut parantaa eteläsuomalaisten mielenterveyttä ja päihhteettömyyttä sekä parantaa niiden ihmisten avunsaantia, joilla on mielenterveys- ja päihdeongelmia. Hanke toimi vuosina 2010–2015 ja hankealueena oli Uusimaa, Kymenlaakso ja Etelä-Karjala, joiden väestöpohja on 1 800 000.

Mielen avain -hanke toteutti Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (STM 2009) toimeenpanoa. Yhtenä neljästä Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteesta on asiakkaan aseman vahvistaminen ja sen osana on ehdotus kokemusasiantuntijoiden mukaan ottamisesta palveluiden suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin. Mielen avain -hankkeessa mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien asiakkaiden osallisuutta vahvistettiin erityisesti kokemusasiantuntijatoiminnan avulla. Tältä pohjalta hankkeessa kehitettiin kokemusasiantuntijakoulutusmalli, joka mahdollisti kokemusasiantuntijatoiminnan leviämisen ja juurtumisen mielenterveys- ja päihdetyön erilaisissa toimintaympäristöissä.

Neljän vuoden aikana Mielen avain -hanke järjesti seitsemän kokemusasiantuntijakoulutusta ja koulutti Etelä-Suomen alueella 84 kokemusasiantuntijaa. Koulutuksia järjestettiin Helsingissä, Lohjalla, Raaseporissa, Kouvolassa, Porvoossa ja Lappeenrannassa, ja niiden yhteistyökumppanit vaihtelivat alueellisten tarpeiden mukaan. Esimerkiksi Lohjalla mukana toimijoina olivat Laurea AMK ja alueellinen mielenterveysyhdistys, ja Raaseporin koulutus oli ruotsinkielinen ja toteutettiin yhteistyössä ammatillisen aikuisoppilaitos Axxellin ja klubitalo Fontanan kanssa. Kaikki koulutukset palvelivat kutakin lähialuetta, mutta ensimmäinen pilottikoulutus oli suunnattu koko hankealueelle.

Kokemusasiantuntijakoulutus ei ole uutta Suomessa, sillä kokemusasiantuntijoita on koulutettu Suomessa jo 2000-luvun alusta alkaen. Mielenterveystyön kentällä koulutusmalleja ja järjestäjiä on ollut monia, kuten Tampereen Muotialan asuin- ja toimintakeskus, Välittäjä 2013 ja Pohjanmaa -hankkeet, Mielenterveyden keskusliitto ja Omaiset mielenterveystyön tukena ry. (Nordling & Hätönen 2013.) Lisäksi Mielen avain -hanke kehitti kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten yhteisen täydennyskoulutuksen, jota on toteutettu kaksi kertaa yhteistyössä A-klinikkasäätiön kanssa.

Mielen avain -hankkeessa kokemusasiantuntijakoulutukselle määriteltiin eritasoisia tavoitteita. Päätaavoitteena oli antaa koulutukseen osallistujille valmiuksia toimia kokemusasiantuntijoina erilaisissa tehtävissä sekä toimia yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa palveluiden kehittämisessä, toteuttamisessa, arvioimisessa ja suunnittelemisessa. Kokemusasiantuntijat voivat toimia erilaisissa rooleissa esimerkiksi vertaisryhmien ohjaajina, kokemuskouluttajina, tukihenkilöinä ja moniammatillisten työryhmien jäseninä. (Falk ym. 2013.)

Kokemusasiantuntijatoiminnan ja -koulutuksen laajempaan tavoitteena oli vaikuttaa asenteisiin levittämällä oikeanlaista ja realistista tietoa mielenterveys- ja päihdeongelmista ja siitä, mitä tarkoittaa niiden kanssa eläminen sekä hoito- ja kuntoutumiskokemuksista. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujiin kohdistuu yhteiskunnassamme vielä tänäkin päivänä valitettavan paljon negatiivisia asenteita ja stigmaa. Ihmisillä on mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyviä pelkoja ja vääriä uskomuksia sekä tietämättömyyttä. Asenteita on myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla sekä kokemusasiantuntijakoulutusten osallistujilla. Asenteet ilmenevät esimerkiksi asiakkaan oikeuksien tai mielipiteiden vähättelynä, tai tavassa, jolla heistä puhutaan, tai palveluiden saamisessa.

Kokemusasiantuntijakoulutusmalli

Kokemusasiantuntijoiden kouluttaminen perustuu ajatukseen, että yksilö tarvitsee omakohtaisen kokemuksen rinnalle tietoja, taitoja ja valmiuksia, jotta hän voi toimia erilaisissa kokemusasiantuntijatehtävissä. Koulutus nähdään tärkeänä, sillä kokemusasiantuntijana toimiminen on vaativaa, ja siten teorialieto on hyödyllistä kokemustiedon rinnalla. Kokemusasiantuntijakoulutus ei ole ammattitutkinto, mutta osa koulutuksen käyneistä on hakeutunut myöhemmin sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammatilliseen koulutukseen. Mielen avain -hankkeen kehittämä kokemusasiantuntijakoulutusmalli pohjautuu Tampereen Muotialan asuin- ja toimintakeskuksen sekä Pohjanmaa- ja Välittäjä-hankkeiden kokemusasiantuntijakoulutusten hyviin käytäntöihin.

Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutuksen tavoitteet:

- Antaa valmiuksia toimia kokemusasiantuntijana yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten kanssa
- Lisätä mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien ihmisten sekä heidän omaistensa osallisuutta
- Tukea ja vahvistaa mielenterveys- ja päihdeongelmista toipuvien ihmisten kuntoutumisprossia
- Vähentää mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyviä negatiivisia asenteita ja leimautumista

Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutus rakentui neljästä erillisestä koulutusmoduulista (taulukko 1). Koulutuksen kesto oli noin kahdeksan kuukautta siten, että jokainen moduuli oli kestoltaan noin kaksi kuukautta. Koulutus toteutettiin kerran viikossa ja se kesti kerrallaan noin neljä tuntia. Teorialuentojen lisäksi koulutuseroilla oli ryhmän jäsenten omien tarinoiden esityksiä. Kouluttajina toimivat terveydenhuoltoalan ammattilainen ja vertaisohjaaja. Vierailivat luennoitsijat tulivat pääasiassa Mielen avain -hankkeesta.

Taulukko 1. Mielen avain -hankkeen moduulimuotoinen kokemusasiantuntijakoulutus

Moduuli	Sisältö
Moduuli 1. Mitä on kokemusasiantuntijuus?	Kokemusasiantuntijuuteen ja kokemusasiantuntijatehtäviin perehtyminen Oman tarinan kertomiseen perehtyminen
Moduuli 2. Tietoa kokemuksen rinnalle	Kokemusasiantuntijatoiminnassa tarvittavan tiedon kartuttaminen Asiantuntijaluentoja eri aiheista mm. mielenterveys- ja päihdetyö, sosiaalilainsäädännön perusteet ja kuntoutujan oikeudet, mielenterveys- ja päihdeongelmat, hoito- ja kuntoutusjärjestelmä, kehityspsykologia
Moduuli 3. Minä kokemusasiantuntijana	Omien valmiuksien ja tavoitteiden selkiyttäminen ja työstäminen Oman elämäntarinan työstämiseen ja kertomiseen valmistautuminen
Moduuli 4. Kokemusasiantuntijuus käytännössä	Verkostoituminen oman alueen toimijoiden kanssa Kokemusasiantuntijatehtävissä toimimisen harjoittelu

Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijatoiminnan kehittämisen ja juurtumisen tueksi perustettiin Kokemusasiantuntijatoiminnan kehittämisen ohjausryhmä. Sen asiantuntijajäsenet laativat vuonna 2015 kokemusasiantuntijakoulutuksen suositukset, jotka linjaavat Mielen avain -hankkeessa tehdyn kehittämissuunnitelman pohjalta koulutuksen keskeiset periaatteet ja hyvät käytännöt (Rissanen ym. 2015). Alla on tiivistettyinä keskeinen sisältö Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutuksen suosituksista.

- Kokemusasiantuntijakoulutuksen yhteinen lähtötilanne ja näkemys
- Kokemusasiantuntijakoulutus on yksilökohtainen prosessi, jossa tuetaan yksilön omien tavoitteiden muodostumista ja aktiivista toimijuutta. Lähtökohtana on uudenlainen tapa ajatella, joka sisältää käsityksen perinteistä poikkeavista työntekijän ja asiakkaan rooleista. Valta-asetelmien kyseenalaistaminen, voimaantumisen kokemus, osallisuus ja tasavertaisuus ovat keskeisiä koulutuksessa.
- Kokemusasiantuntija-ammattilainen -työpari toteuttavat koulutuksen. Työparityöskentelyn tulee perustua aitoon yhteistyöhön ja tasavertaisuuteen. Näin kumpikin osapuoli tuo työskentelyyn oman asiantuntemuksensa ja samalla osallistujille mallinnetaan uudenlainen työtap.
- Hakuprosessi ja valintakriteerit laaditaan siten, että ne ovat avoimet ja selkeät. Koko hakuprosessin ajan noudatetaan sensitiivisyyttä. Keskeistä on selvittää hakijan motivaatio ja halu toimia ryhmässä. Diagnoosien kysyminen ei ole tarkoituksenmukaista, koska koulutuksessa halutaan pois sairauskeskeisyydestä ja vanhoista valta-asetelmista. Haastattelussa pyritään dialogiseen keskusteluun, jossa yhdessä rakennetaan ymmärrystä siitä, miten hakija hyötyisi koulutuksesta.
- Ryhmän rakenne ja koko kannattaa muodostaa mahdollisimman heterogeeniseksi siten, että se koostuu eri-ikäisistä mielenterveys- ja päihdekuntoutujista sekä heidän läheisistään. Tämä lisää ryhmän kokemustietoa, mahdollistaa näkökulmien laajentamisen, vähentäen samalla ennakkoluuloja ja kielteisiä asenteita.
- Koulutuksen aloitusvaiheessa laaditaan arvot ja säännöt yhdessä, ja niitä konkretisoidaan käytännössä. Ohjaajien tulee osoittaa toiminnallaan, että sovitusta säännöistä pidetään kiinni. Ryhmässä noudatetaan tasavertaista vuorovaikutusta ja toisten kunnioittamista. Luottamuksellisuuden merkityksestä korostetaan koko koulutuksen ajan.
- Koulutussuunnitelma ja koulutuksen rakenne suunnitellaan etukäteen. Suunnitelmaan jätetään väljyyttä, jotta sisältöä voidaan muokata ryhmän palautteen ja tarpeiden mukaisesti. Koulutuksen aikana tehdään yhteistyötä eri tahojen, kuten oppilaitosten, kuntasektorin ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa.
- Koulutuksen sisällön tulee olla korkeatasoista ja ajankohtaista sekä monipuolisesti ja kriittisesti arvioitua. Sisällön tulee vastata sitä mielenterveysalan kenttää, jossa kokemusasiantuntijat tulevat työskentelemään.
- Opetusmenetelminä käytetään vuorovaikutuksellisia teorialuentoja, oman tarinan työstämistä ja käytännön harjoitteita. Koulutuksen aikana voidaan järjestää erilaisia kehittämis- tai koulutuspäiviä edellä mainittujen verkostojen kanssa. Koulutuksessa on tärkeä korostaa kokemuksellisuuden merkitystä. Koulutuksen osallistujissa herättämistä ajatuksista tulee keskustella avoimesti koko koulutusprosessin ajan.
- Oman tarinan kertominen kuuluu usein kokemusasiantuntijan tehtäviin. Tarina on kokemusasiantuntijatoiminnassa tärkeä työkalu. Osallistujille on tärkeä avata tarinan kertomisen merkitystä ja sen teoreettista viitekehystä. Oman tarinan kertominen tarkoittaa, että kokemusasiantuntija kertoo omakohtaisen kokemuksensa siitä, millaista on olla ja elää psyykkisen sairauden ja/tai päihdeongelman kanssa tai niistä kärsivän läheisenä. Tarinoiden kautta on mahdollista löytää yhteinen kieli, lisätä ymmärrystä ja tietoa, tuoda inhimillisyyttä sekä nostaa esiin konkreettisia asioita, jotka vaikuttavat jaksamiseen tai selviämiseen.
- Pedagoginen ote varmistetaan. Koulutuksen vieraileville kouluttajille kerrotaan etukäteen osallistujien toiveista liittyen päivän teemaan ja tarkennetaan dialogisuuden merkitystä. Kokemusasiantuntijakoulutuksessa tulee tarjota korkeatasoista ja ajantasaista asiantuntijatietaa ja tutkimustietoa.
- Koulutuksen päättäminen ja määräaikaisuus on tärkeä tuoda esiin alusta alkaen. Koska koulutuksessa käsitellään ja jaetaan vaikeita, henkilökohtaisia asioita, voi koulutus olla osallistujille ajoittain rankka. Tällöin ryhmän vertaistuellinen voima kannattelee ja antaa toivoa. Ryhmän muodostama tuki sekä kou-

lutuksen aikana koettu voimaantumisen tekevät koulutuksesta ja ryhmästä osallistujille merkityksellisen, ja näin ryhmästä luopuminenkin voi olla raskasta.

- Arviointia hyödynnetään kehittämistyössä. Jatkuvan ja systemaattisen palautteen kerääminen koulutukseen osallistujilta on tärkeää, jotta koulutusta voidaan kehittää ja muuttaa tarvittaessa.

Kokemusasiiantuntijatoiminnan leviäminen

Mielen avain -hankkeen kokemukset kokemusasiiantuntijatoiminnan leviämisestä sosiaali- ja terveydenhuollon erilaisiin toimintaympäristöihin ovat olleet erittäin myönteiset. Koulutetut kokemusasiiantuntijat, jotka ovat toimineet paikallisesti aktiivisesti, ovat saaneet melko monipuolisesti erilaisia tehtäviä. Toisaalta on hyvä muistaa, että kaikkien koulutukseen osallistuneiden tavoitteena ei ollut suuntautua erilaisiin kokemusasiiantuntijatehtäviin, vaan koulutus on saattanut palvella enemmän omaa kuntoutumisprosessia.

Kokemusasiiantuntijatoimintaan liittyvät palkkiokäytännöt ovat puhuttaneet paljon toiminnan leviämisen myötä. Suomessa palkkiokäytännöt ovat vakiintumattomat ja sen vuoksi suositusten tarve oli suuri erityisesti hankkeen alkuaikoina. Mielen avain -hankkeessa lähtökohtana oli, että kokemusasiiantuntijatyöstä maksetaan palkkio. Palkkiokäytäntöön tehtiin suositukset, joiden mukaan toimittiin hankkeen sisällä. Kokemusasiiantuntijatoiminnan leviämisen kannalta olisikin tärkeä sopia palkkiokäytännöistä, joita kokemusasiiantuntijoille maksetaan eri tehtävistä. Se edesauttaisi toiminnan leviämistä ja juurtumista paikallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteisiin.

Mielen avain -hankkeen arviointitulokset osoittivat, että koulutukseen osallistuneet kokivat oman mielen hyvinvointinsa muuttuneen positiiviseen suuntaan. Suurin muutos tapahtui itsensä hyödylliseksi kokemisessa. (Sinkkonen 2014.) Valtakunnallisen selvityksen mukaan erityistä huomiota tulisi kiinnittää kokemusasiiantuntijakoulutukseen osallistuneiden tukemiseen koulutuksen jälkeen. Systemaattisen tuen tarjoaminen koulutetuille kokemusasiiantuntijoille mahdollistaisi paremmin kokemusasiiantuntijoiden laajemman käytön erilaisissa tehtävissä ja siten kokemusasiiantuntijatoiminnan juurtumisen osaksi mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmää. (Nordling & Hätönen 2013.)

Mielen avain -hankkeen kehittämistyössä linjattiin, että kokemusasiiantuntijakoulutus antaa valmiuksia toimia kokemusasiiantuntijana yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten kanssa. Hankkeessa puhuttiin koulutetuista kokemusasiiantuntijoista. On kuitenkin muistettava, että koulutus ei kuitenkaan ole edellytys kokemusasiiantuntijana toimimisessa tai toiminnan leviämisessä, vaan oleellista on kokemuksellisuus ja motivaatio toimia kokemusasiiantuntijana.

Kokemusasiiantuntijan tehtäviä ovat esimerkiksi:

- ryhmänohjaaja vertaisryhmässä tai työntekijän työparina
- kokemuskouluttaja oppilaitoksissa, koulutustilaisuuksissa ja seminaareissa
- palvelujen kehittäjä ohjausryhmissä, työryhmissä, suunnittelu- ja kehittämisryhmissä
- kokemusrarvioija tutkimushankkeissa
- vertaisvastaanotto
- tiedottaja antamalla haastatteluja medioihin tai toimittamalla lehteä tai radio-ohjelmaa tai toimimalla sosiaalisessa mediassa

Päihdetyön vertaisvastaanottotoiminta

Yksi innovatiivinen esimerkki Mielen avain -hankkeen koulutettujen kokemusasiiantuntijoiden työstä on vertaisvastaanotto terveysasemalla (Vantaalla ja Helsingissä) ja päihdekllinikalla (Lohja ja Porvoo). Vertaisvastaanottoa pitävällä koulutetulla kokemusasiiantuntijalla on omakohtaista kokemusta mielenterveys- tai päihdeongelmista joko niitä sairastavana tai niistä toipuneena ja palveluita käyttäneenä. Vertaisvastaanottotoiminnan tavoitteena on madaltaa päihdeongelmaisten ja heidän omaistensa kynnystä hakea apua ja tukea. Kokemusasiiantuntija tukee päihdeongelmasta eroon haluavaa, motivoi asiakasta kohti omaehtoista toipumista ja lisää uskoa toipumiseen kuuntelemalla sekä keskustelemalla luottamuksellisesti asiakkaan kanssa. Tarvittaessa kokemusasiiantuntija voi auttaa asiakasta päihdepalveluihin hakeutumisessa. Asiakas saa vastaanotolla kokemusasiiantuntijalta konkreettista tietoa päihdepalveluista sekä vertaistukea tarjoavista yhdistyksistä ja erilaisista keskustelu- ja harrastusryhmistä.

Jatkokoulutus

Kokemusasiantuntijatoimintaa voidaan jalkauttaa ja juurruttaa paikallisesti kouluttamalla kokemusasiantuntijoita ja ammattilaisilla yhdessä. Päihde- ja mielenterveystyön yhteiskehittäminen -valmennus toteutettiin kaksi kertaa yhteistyössä Mielen avain -hankkeen, A-klinikkasäätiön Verkottaja 2013–2016 – Päihde- ja mielenterveystyön kokemusta, vertaisuutta ja ammattiapua -projektin (RAY) sekä Koulutetut kokemusasiantuntijat KokoA ry:n kanssa. Valmennuksen tavoitteena oli vahvistaa asiakas- ja potilastyön ymmärrystä ja osaamista sekä valmiuksia toteuttaa ammattilais- ja kokemustaustaisten toimijoiden yhteistyötä jaetun asiantuntijuuden periaatteella. Yhteiskehittämisen valmennuksen kohderyhmänä oli sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöstö ja koulutetut kokemusasiantuntijat ja vertaistyon toimijat.

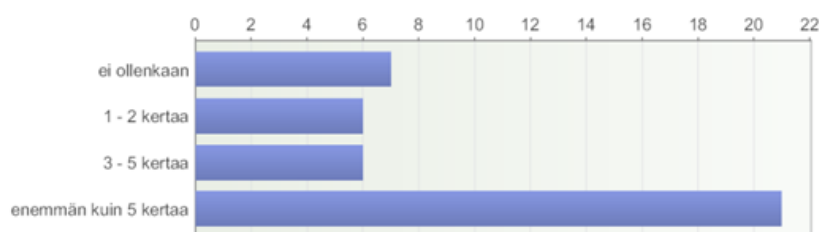
Valmennuskokonaisuus (4 op) sisälsi kuusi teemaseminaaripäivää, jotka käsittelivät motivoivaa kohtaamista ihmissuhdetyössä, suhde- ja verkostolähtöistä palvelunohjausta sekä hoitoryhmän ohjaamista. Lisäksi koulutus sisälsi etätehtäviä, itsenäistä opiskelua ja käytännön soveltavaa yhteiskehittämistyöskentelyä omassa toimintaympäristössä.

Arviointituloksia kokemusasiantuntijana toimimisesta

Mielen avain -hankkeessa kartoitettiin keväällä 2014 koulutetuilta kokemusasiantuntijoilta (N=63) 1–1½ vuotta koulutuksen jälkeen tehtävien määrää ja kokemuksia kokemusasiantuntijana toimimisesta. Kyselyyn vastanneet olivat käyneet koulutuksen Helsingissä, Porvoossa, Kouvolassa tai Raaseporissa. Kyselyyn vastasi 67 prosenttia (n=43) koulutetuista kokemusasiantuntijoista.

Tehtävien määrää kartoitettaessa hieman yli puolet (53 %) raportoi toimineensa kokemusasiantuntijana yli viisi kertaa. Vajaa viidennes (18 %) ei ollut toiminut ollenkaan. Moni toivoi, että kokemusasiantuntijatoiminta ja siihen liittyvät käytännöt olisivat olleet paremmin levinneitä oman kunnan alueella. Eräs kokemusasiantuntija kuvasi tyytymättömyyttään tehtävien määrään: ”Olen työtön ja halu auttaa muita on kova. Esimerkiksi kouluihin yläasteelle ja lukioon pitäisi päästä puhumaan nuorille ajoissa ja katkoille ym. tarveta meille on mutta en tajua kunnan ja muiden tahojen haluttomuutta.”

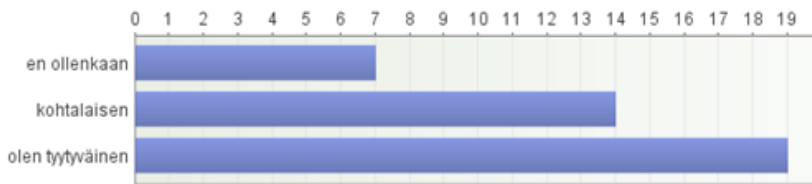
Kuinka monta kertaa olet toiminut kokemusasiantuntijana?



Kuvio 1. Kokemusasiantuntijatehtävien määrä

Kysyttäessä olivatko kokemusasiantuntijat olleet tyytyväisiä tehtävien määrään lähes puolet (47 %) vastaajista oli tyytyväisiä ja kolmannes (35 %) kohtalaisen tyytyväisiä. Vajaa viidennes oli tyytymättömiä (18 %), koska tehtäviä oli ollut toivottua vähemmän esimerkiksi sen vuoksi, ettei kokemusasiantuntijatoiminta ollut jalkautunut omaan kuntaan. Tyytyväisyyttä tehtävien määrään ja monipuolisuuteen kuvattiin esimerkiksi seuraavalla tavalla: ”Olen päässyt tekemään paljon erilaisia, mielenkiintoisia ja vaihtelevia tehtäviä erilaisten ihmisten, ammattilaisten, vertaisten ja kuntoutujien kanssa. Kokemusasiantuntija koulutuksen ansiosta, samoin kuin jatkokoulutuksen (ryhmänohjaaja- & motivoiva haastattelu menetelmä-koulutukset) olen saanut kaksi vakituista työpaikkaa.”

Oletko itse tyytyväinen tehtävien määrään?

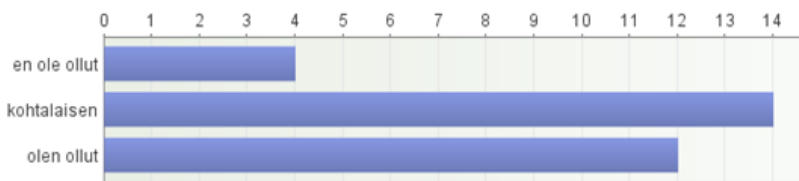


Kuvio 2. Tyytyväisyys kokemusasiiantuntijatehtävien määrään

Kokemusasiiantuntijat (n=30) arvioivat kokemusasiiantuntijatoiminnasta saatujen korvauksien määrää. Valtaosa kokemusasiiantuntijoista (87 %) olivat tyytyväisiä tai kohtalaisen tyytyväisiä saatuun korvaukseen ja vain 13 prosenttia oli tyytymättömiä. Palkkioiden korvauskäytäntö vaihteli paljon eikä vastausten perusteella voi löytää yhteistä linjaa, kuten eräs kuva: ”Palkkiot ovat vaihdelleet hyvin paljon. Pienin korvaus 12€ / päivä ja suurin korvaus muistaakseni 150€ / luento.”

Kun palkkioihin ei ole yhtenäisiä käytäntöjä, vaatii se kokemusasiiantuntijalta neuvottelutaitoja: ”Pääsääntöisesti olen saanut sovittua itselleni sopivan korvauksen, joskus se on ollut kiva rahasumma, joskus miellyttävä mukana olo. Toki niitäkin kokemuksia mahtuu mukaan, että on jäänyt kaivelemaan. Mutta palkkioiden suhteen oppii toimimaan ja löytämään hyvät luotettavat yhteistyökumppani. Eikä raha/korvaus/palkkio ole aina va-linnan perusta.”

Jos olet saanut korvauksen, oletko ollut siihen tyytyväinen?



Kuvio 3. Tyytyväisyys saatuun korvaukseen

Mielen avain -hankkeen arviointitulosten mukaan erityistä huomiota tulisi kiinnittää siihen, miten kokemusasiiantuntijoita rekrytoidaan tehtäviin. Organisaatioiden tulisi selvittää siihen liittyvät käytännöt ja tehdä ne kokemusasiiantuntijan kannalta mahdollisimman selkeiksi ja sujuviksi. Myös palkkiokäytännöt tulisi olla selvitetty ennen kuin kokemusasiiantuntijoita rekrytoidaan tehtäviin. Erilaisten etuuksien yhteensovittaminen on haasteellista ja siihen on haettu vastauksia kirjassa Opas kokemusasiiantuntijatoiminnasta (Hietala & Rissanen 2015). Opas toteaaakin, että ”kokemusasiiantuntijatoiminnan asema ammattimaisen ja palkkatyön sekä toisaalta kansalaistoiminnan ja vapaaehtoistyön välimaastossa on moniselitteinen”. Kuitenkin kokemusasiiantuntijatoiminnan juurtumisen kannalta on tärkeä pohtia palkkiokäytännöt mahdollisimman läpinäkyviksi ja luoda niihin paikallisia käytäntöjä.

Kokemusasiiantuntijatoiminnan leviämistä ja juurtumista edistävät tekijät

Kokemusasiiantuntijatoiminnan leviämistä eri organisaatioissa voidaan edistää monella systemaattisella toimenpiteellä. Kansallisen Mielen terveys- ja päihdesuunnitelman linjausten mukaisesti monissa kunnissa tätä työtä on tehty ja uusia paikallisia käytäntöjä kehitetty. Mielen avain -hankekaudella kokemusasiiantuntijakoulutus on yksittäisenä ja melko laajana panostuksena edesauttanut toiminnan leviämistä ja jalkautumista. Hankeajan jälkeen jää nähtäväksi kuinka paljon kunnat ja sairaanhoitopiirit tulevat järjestämään koulutuksia, jotka sinällään ovat tärkeitä toiminnan onnistuneen juurtumisen kannalta. Koulutusten järjestäminen vaatii kuitenkin paljon erilaisia resursseja ja sitoutumista, mutta toisaalta se takaa hyvät edellytykset kokemusasiiantuntijatoiminnan aidolle paikalliselle juurtumiselle.

Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen on ollut yksi merkittävä vaihe mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden osallisuuden lisääjänä ja aseman vahvistamisessa. Kehittämistyö jatkuu ja erilaisia uusia malleja tullaan kehittämään tulevaisuudessakin, mikä on myönteistä. Erityisen lupaa-valta vaikuttaa ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden yhteinen täydennyskoulutusmalli, jossa opetellaan yhdessä uudenlaista tapaa tehdä työtä ja samalla muutetaan perinteisiä rooleja ja valta-asemia. Myös eri sairausryhmien yhteisiä kokemusasiantuntijakoulutusmalleja ollaan kehittämässä eri puolilla Suomea. Sen etuna on, että mielenterveys- ja päihdeongelmia tarkastellaan silloin samanarvoisina sairauksina kuin muitakin pitkäaikaissairauksia.

Keskeistä on myös pohtia sitä, millä tavalla tuetaan kokemusasiantuntijoita työssä jaksamisessa esimerkiksi silloin, jos hän toimii ryhmänohjaajajana tai pitää vertaisvastaanottoa. Kokemusasiantuntijalle tulisi voida tarjota työnohjausta tai muuta vastaavaa tukea, kuten muille ammattilaisille. Jos kokemusasiantuntija tekee asiakastyötä, tulisi kaikki käytännöt olla pohdittu huolella etukäteen. Tällaisia ovat esimerkiksi kirjaaminen, vaitiolokysymykset, yksin- ja/tai työparityöskentely sekä hoitovastuuseen liittyvät kysymykset. Jotta erilaiset uudet hyvät käytännöt leviävät ja juurtuvat osaksi paikallista toimintaa, tulee ohjausryhmän tukea toimintaa riittävän kauan. Sen avulla on mahdollista tehdä näkyviksi erilaisia juurtumiseen liittyviä haasteita ja hakea niihin yhdessä ratkaisuja. Mielenterveys- ja päihdetyönkenttä on edelleen varsin moninainen eri puolella Suomea. Tämän vuoksi ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden yhteistyön edistämistä on tärkeä tukea myös ohjausryhmätyöskentelyllä ja johdon sitoutumisella. Tällä tavalla turvataan kokemusasiantuntijatoiminnan aito integroituminen palvelujärjestelmäämme, mikä puolestaan vahvistaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asemaa ja osallisuutta.

Lähteet

- Falk H, Kurki M, Rissanen P, Kankaanpää S, Sinkkonen N. 2013. Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. Työpaperi 39/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hietala O, Rissanen P. 2015. Opas kokemusasiantuntijatoiminnasta. Kuntoutussäätiö ja Mielenterveyden keskusliitto.
- Nordling E, Hätönen H. 2013. Miten toteutuu kokemusasiantuntija-toiminta? Teoksessa Moring J, Bergman V, Nordling E, Markkula J, Partanen A, Soikkeli M. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 . Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. Työpaperi 15/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rissanen P, Sinkkonen N, Sohlman T, Kurki M. 2015. Kokemusasiantuntijakoulutusosuudet. Mielen avain -hanke.
- Sinkkonen N. 2014. Kokemusasiantuntijakoulutuksen aikana tapahtuneet muutokset osallistujien positiivisen mielenterveyden kokemuksissa. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201405147950>
- STM. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.

5.3 Kokemusasiantuntijat asiakaslähtöisyyttä rakentamassa Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä – palautteen antajasta kehittäjäkumppaniksi.

Nina Peränen, Annukka Harjula, Kristiina Grahn, Kirsti Kasila, Tarja Kettunen

Johdanto

Asiakaslähtöisyyttä pidetään sosiaali- ja terveydenhuollossa palvelujen järjestämisen lähtökohtana. Se on kuitenkin monitulkintainen ja -tasoinen ilmiö. Se on paitsi pieniä ja merkityksellisiä tekoja vuorovaikutuksessa myös koko palvelujärjestelmän kykyä osallistaa asiakas omaa tilannettaan koskevaan päätöksentekoon ja laajemminkin palvelujen kehittämiseen (Günther ym. 2013). Tärkeä lähtökohta on arvioida millaiseen ja kenen tietoon arjen käytännöt perustuvat; ammattilaisen, potilaan, omaisen/läheisen, palvelun käyttäjän vai kansalaisen. Voidaan todeta, että palvelut ovat asiakaslähtöisiä vasta silloin, kun palvelujen käyttäjät ovat itse mukana toiminnassa ja osallistuvat palvelujen suunnitteluun ja kehittämiseen (Greenhalgh ym. 2011, Kaseva 2011). Parhaimmillaan asiakaslähtöisyys toteutuu kehittäjäkumppanuutena, joka tarkoittaa tiivistä, pitkäjänteistä, molemminpuoliseen luottamukseen perustuvaa ja yhteistyössä rakentuvaa kehittämistoimintaa (Oravasaari & Järvensivu 2012), jossa korostuvat uudenlainen osaamisen kohtaaminen ja yhteinen ratkaisujen tuottaminen. Tämä johtaa palvelujärjestelmän muutoksiin ja avaa ammattilaisille asiakkaan näkökulmaa uudella tavalla (Mockford ym. 2012).

Näkemykset asiakaslähtöisyydestä vaihtelevat palvelukäytännöissä. Tässä artikkelissa kuvataan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella tapahtunutta kokemusasiantuntijatoimintaa asiakaslähtöisyyden kehittämistyössä. Toiminnan juurruttaminen palvelukäytäntöihin on käynnistynyt vuonna 2013.

Lähtökohtana asiakaslähtöisyys

Kokemusasiantuntijatoiminnan käynnistyminen.

Kokemusasiantuntijoiden kouluttaminen aloitettiin Keski-Suomessa vuonna 2013. Koulutus päätöksen taustalla olivat sairaanhoitopiirin strategia sekä johdon vahva tahto vahvistaa entisestään asiakaslähtöisyyttä palveluissa. Koulutuksesta vastasivat sairaanhoitopiiri ja Arjen mieli- hanke (Kaste-hanke). Koulutuksesta tiedotettiin lehdistössä ja ammattilaisten potilastapaamisissa. Se herätti paljon kiinnostusta ja hakijoita koulutukseen oli yli 50. Haastatteluiden jälkeen koulutukseen valittiin 23 kuntoutujaa/lähiomaista, joista 21 kokemusasiantuntijaa valmistui kahdeksan kuukauden koulutuksen jälkeen syksyllä 2013. Koulutukseen otettiin (muusta Suomesta poiketen) sekä päihde- ja mielenterveyskuntoutujia ja kuntoutujien omaisia että somaattisen sairauden tai fyysisen vamman omaavia henkilöitä.

Koulutuksessa hyödynnettiin muualla Suomessa toteutettuja koulutusmalleja, jotka sovellettiin Keski-Suomeen sekä koulutettavien taustaan sopiviksi. Kouluttajina toimivat ensisijaisesti sairaanhoitopiirin ja yhteistyökumppaneiden ammattilaiset. Esimerkkeinä voidaan mainita, että ilmaisu- ja vuorovaikutustaitojen kouluttajana toimi teatterialan ammattilainen, kirjoitustaitoja opetti kirjailija, mediataitoja sairaalan tiedottaja ja mielenterveysaiheita käsitteli psykiatri. Palvelukäytännöistä ja järjestelmän toiminnasta kertoivat sairaanhoitopiiriin johtavat viranhaltijat. Näin varmistettiin se, että kytkös arjen käytäntöihin muodostui mahdollisimman varhain. Koulutukseen sisältyi 34 lähiopetuspäivää. Jokainen kokemusasiantuntija työsti koulutuksen aikana omaa tarinaansa, jonka he esittivät koulutuksen lopussa muille koulutukseen osallistuneille. Ryhmäläiset kommentoivat jokaisen tarinaa ja tarinoista keskusteltiin esittämisen jälkeen yhdessä.

Arjen mieli -hankkeen päätyttyä syksyllä 2013 kokemusasiantuntijatoiminnan koordinoitavastuu siirtyi kokonaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikköön. Kokemusasiantuntijatoiminnasta tiedotettiin erikoissairaanhoitossa, eri oppilaitoksissa, järjestöissä sekä alueen kunnissa. Syksyn 2013 aikana toteutui noin 25 toimeksiantoa. Näitä olivat muun muassa oman tarinan esittely ammattilaisten koulutuspäivissä, työ- ja ohjausryhmätyöskentely, kunnan päihdetyöntekijän valintaprosessi sekä erilaisia materiaalien arviointitehtäviä kuten palautetta verkkosivuista ja neuvontamateriaaleista.

Asiakasnäkökulman tuominen kehittämiseen

Kokemusasiatuntija erikoissairaanhoidon työntekijänä ja kehittämistyöryhmän jäsenenä.

Helmikuussa 2014 Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin palkattiin palkkatuen turvin ensimmäinen kokemusasiatuntija. Tämä työpanos mahdollisti paitsi laajemman toiminnan kehittämisen myös toiminnan markkinoinnin erikoissairaanhoidon yksiköihin. Kokemusasiatuntijan osastotunnit, joissa kokemusasiatuntija kertoi toiminnasta, toteutettiin lähes kaikilla erikoissairaanhoidon osastoilla ja suuremmilla poliklinikoilla, muutamissa jopa useampaan kertaan.

Vuoden 2014 aikana toimeksiannot lisääntyivät ja niitä oli yhteensä 49 kappaletta. Merkittävää oli, että kokemusasiatuntijoiden haluttiin osallistuvan myös pidempikestoisiin työryhmiin. Toimeksiannoista jo lähes puolet koski pitkäaikaista työryhmätyöskentelyä. Tällä hetkellä kokemusasiatuntijoita on osallistunut muun muassa Uuden Sairaalan suunnitteluryhmiin, moniammatillisen potilasohjauksen kehittämistyöryhmään, mielenterveystalo-hankkeeseen, SOTE2020 -hankkeen työryhmiin, lähisuhdeväkivalta -hankkeen projektiryhmään, hoitoketjutyöryhmiin sekä hoitoeettinen -työryhmään. Lisäksi sairaanhoitopiiriin koulutuspalvelut hyödyntävät kokemusasiatuntijoita alustajina lähes kaikissa koulutustilaisuuksissa. Tämän lisäksi kokemusasiatuntijoita on ammattilaisen ryhmäohjauksen tukena erilaisissa potilasryhmissä kuten elämäntapa- ja kipuryhmässä sekä psykiatrian potilasryhmissä. Psykiatristen potilaiden kokemusryhmä on toiminnallinen, kuukausittain kokoontuva keskusteluryhmä, jonka tehtävänä on antaa vertaistukea ja luoda toivoa oman sairauden hyväksymisessä. Kokemusasiatuntijoiden mukana olo ryhmäohjauksessa psykologin rinnalla on lisännyt levottomien potilaiden jaksamista ryhmässä.

Entistä enemmän kokemusasiatuntijoita on otettu mukaan yksiköiden ja toimialueiden kehittämispäiviin sekä suunnittelemaan muutoksia hoitokäytäntöihin ja -prosesseihin. Kehittämispäivissä on esimerkiksi pohdittu henkilöstön kanssa työyksikön vahvuuksia ja kokemusasiatuntija on tuonut asiakkaan näkökulmaa keskusteluihin pohtimalla, miten nämä vahvuudet näkyvät asiakkaalle. Konkreettisia, potilaiden tarpeita vastaavia muutoksia on saavutettu kokemusasiatuntijan avustuksella esimerkiksi lääkärin kiertoaikoihin ja potilasohjausmateriaaleihin. Henkilökunta on kokenut saaneensa arvokasta näkökulmaa esimerkiksi kipupotilaan tilanteen ymmärtämiseen kuuntelemalla kokemusasiatuntijan mietteitä sairastumisestaan. Kokemusasiatuntijatoimintaa esitellään säännöllisesti ammattikorkeakoulusta sekä aikuis- ja ammatitopistosta valmistuville sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille sekä satunnaisesti myös muille opiskelijaryhmille (esimerkiksi yliopiston psykologian opiskelijat). Kokemusasiatuntijoiden oma työnohjaus alkoi syksyllä 2014.

Asiakastiedon tuottaminen ja yhteiskehittäminen

Asiakas kehittäjäkumppaniksi -kokeilu Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä.

Vuoden 2014 aikana kokemusasiatuntijoiden ja ammattilaisten yhteiskehittämistä syvennettiin. Kehittäjäkumppanuus -kokeilu toteutettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin strategisena kehittämishankkeena vuonna 2014. Se toteutettiin Jyväskylän yliopiston tutkijoiden, Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin henkilöstön ja kokemusasiatuntijoiden yhteistyönä. Kokemusasiatuntijat havainnoivat päiväsairalan ja reumapoliklinikan toimintaa. He keräsivät tietoa asiakaslähtöisyyden toteutumisesta havainnoimalla hoitotyön arkea ja hoitokontakteja. Kokemusasiatuntija seurasi potilaan kulkua hoitajakson aikana ja selvitti asiakkaan kannalta palvelujen kriittisiä pisteitä ja sitä, millaisia potilaan omahoitoa tukevia käytänteitä toiminnassa oli nähtävissä.

Havainnoinnin avulla pyrittiin erityisesti selvittämään potilaiden saamaa omahoidon tukea hoitokontaktin aikana; miten potilasta valmennettiin ongelmien ratkaisuun ja päätöksentekoon, jotka liittyivät pitkäaikaissairausten hoitoon ja elämäntapoihin. Hoito- ja vastaanottotilanteiden havainnointi perustui tutkittuun tietoon siitä, millaiset vuorovaikutukselliset asiat auttavat potilaan hallinnan tunteiden muodostumista ja omahoidon vastuun ottamista (Kettunen ym. 2006, De Haes & Bensing 2009). Kehittäminen toteutettiin vaiheittain: suunnittelu- ja valmistelutyö, tiedonkeruu toimintakäytännöistä sekä tulosten analysointi- ja raportointi (Kuva 1). Kehittämistoimien nimeäminen siirtyi hankkeen jälkeiseen aikaan.



Kuva 1. Kehittäjäkumppanuuden vaiheet ja sisällöt

Tiedonkeruun suunnittelu ja toteutus kokeilussa

Tiedonkeruu suunniteltiin toukokuussa 2014. Suunnitteluvaiheessa etsittiin tutkimuskirjallisuutta terveydenhuollon asiakaslähtöisyyden arvioinnista ja havainnointimenetelmistä. Lisäksi kartoitettiin kokemusasiantuntijatoiminnan malleja sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Suunnitteluvaiheessa halukkaaksi yhteistyöyksiköksi valikoitui päiväsaaraala ja reumapoliklinikka, jotka sijaitsevat fyysisesti lähellä toisiaan ja joilla on sama osastonhoitaja. Päiväsaaraala on yksi kokonaisuus, jossa on monta erikoisalaa. Siellä hoidetaan potilaita, jotka tarvitsevat seurantaa hoitonsa aikana, mutta heidän hoitonsa ei vaadi yöpymistä osastolla. Tällaisia potilasryhmiä voivat olla esimerkiksi sytostaattihoidoissa käyvät syöpäpotilaat tai sellaiset potilaat, jotka tarvitsevat suonensisäistä lääkitystä sairautensa hoitoon. Päiväsaaraalan yhteydessä toimivalla reumapoliklinikalla hoidetaan keskisuomalaisia nivelreumaa sairastavia sekä erilaisia tulehduksellisia tuki- ja liikuntaelinsairauksia sairastavia henkilöitä. Yhteistä näille potilasryhmille on se, että heillä on pitkäaikaisa sairaus, joka vaatii sitoutumista omahoitoon ja he tarvitsevat toimivan hoitosuhteen voidakseen toteuttaa omahoitoa itsenäisesti.

Kehittämistyötä koordinoi projektityöntekijä. Päiväsaaraalan osastonhoitaja osallistui suunnittelutyöhön. Kokemusasiantuntijoiden rekrytointi tapahtui yhteistapaamisessa tiedottamalla hankkeesta ja tiedustelemalla kunkin kiinnostusta ja käytettävyyttä hankkeessa. Kuusi vapaaehtoista Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä koulutettua kokemusasiantuntijaa ilmoitti halukkuutensa osallistua hankkeeseen. Kokemusasiantuntijoiden toiminta oli palkkiollista ja sisältyi hankkeen budjettiin. Suunnitteluun käytettiin kokemusasiantuntijaresursseja 72 tuntia ja projektityöntekijän kuukauden työpanos. Projektityöntekijä ja kokemusasiantuntijat tapasivat neljä kertaa ja tapaaminen kesti kolme tuntia kerrallaan. Kokemusasiantuntijat myös tutustuivat yksikön tiloihin ja potilaan hoitajakson polkuun. Suunnittelutyötä ohjasi projektityöntekijä. Päiväsaaraalan

potilaille ja henkilöstölle laadittiin tiedotteet havainnoinnin toteuttamisesta. Henkilöstö sai tiedotteen henkilökohtaisesti sähköpostilla ja henkilöstölle järjestettiin infotilaisuus kaksi viikkoa ennen havainnointijakson alkua.

Kokemusasantuntijat valitsivat joukostaan kaksi henkilöä suunnittelun ja toteutuksen yhteyshenkilöiksi. Tiedonkeruutavat ja -käytännöt (lomakkeet, haastattelut, potilaiden poimiminen, tiedon koonti jne.) suunniteltiin yhdessä tutkijoiden, ammattilaisten ja kokemusasantuntijoiden kanssa. Kokemusasantuntijoiden tiedonkeruujakson perehdytys toteutui yhden päivän aikana. Perehdytys sisälsi tietoa tutkimuseettisistä kysymyksistä ja havainnoinnista tutkimusmenetelmänä sekä niiden harjoittelun päiväsairaalassa. Tiedonkeruu toteutettiin yhden viikon aikana (viisi arkipäivää) syksyllä 2014. Kuusi kokemusasantuntijaa havainnoi työpareittain potilastilanteiden vuorovaikutusta sekä hoitotyön toimintoja ja asiakkaan polkua hoitokontaktin aikana reumatautien poliklinikalla ja päiväsairaalassa.

Potilailta ei kerätty henkilökohtaisia potilastietoja, mutta potilaita haastateltiin anonyymeinä kehittämistoimien selvittämiseksi. Kokemusasantuntijat olivat läsnä potilastilanteissa potilaan ja henkilöstön antamalla luvalla. Suullinen suostumus kirjattiin numeroituun tiedonkeruulomakkeeseen. Potilaille annettiin kirjallinen tiedote tiedonkeruusta sekä kokemusasantuntijatoiminnan esite.

Kokemusasantuntijat merkitsivät tekemänsä havainnot tiedonkeruulomakkeille. He pitivät myös havaintoihin ja muistiinpanoihin perustuvaa päiväkirjaa. Tämän lisäksi kokeiltiin kosketusnäyttötietokoneelle kehitettyä Ideaikkuna -nimistä graafista käyttöliittymää (Kuva 2. Lahtinen ym. 2014), johon havainnoijat merkitsivät huomioitaan ja kehittämissuhteita.



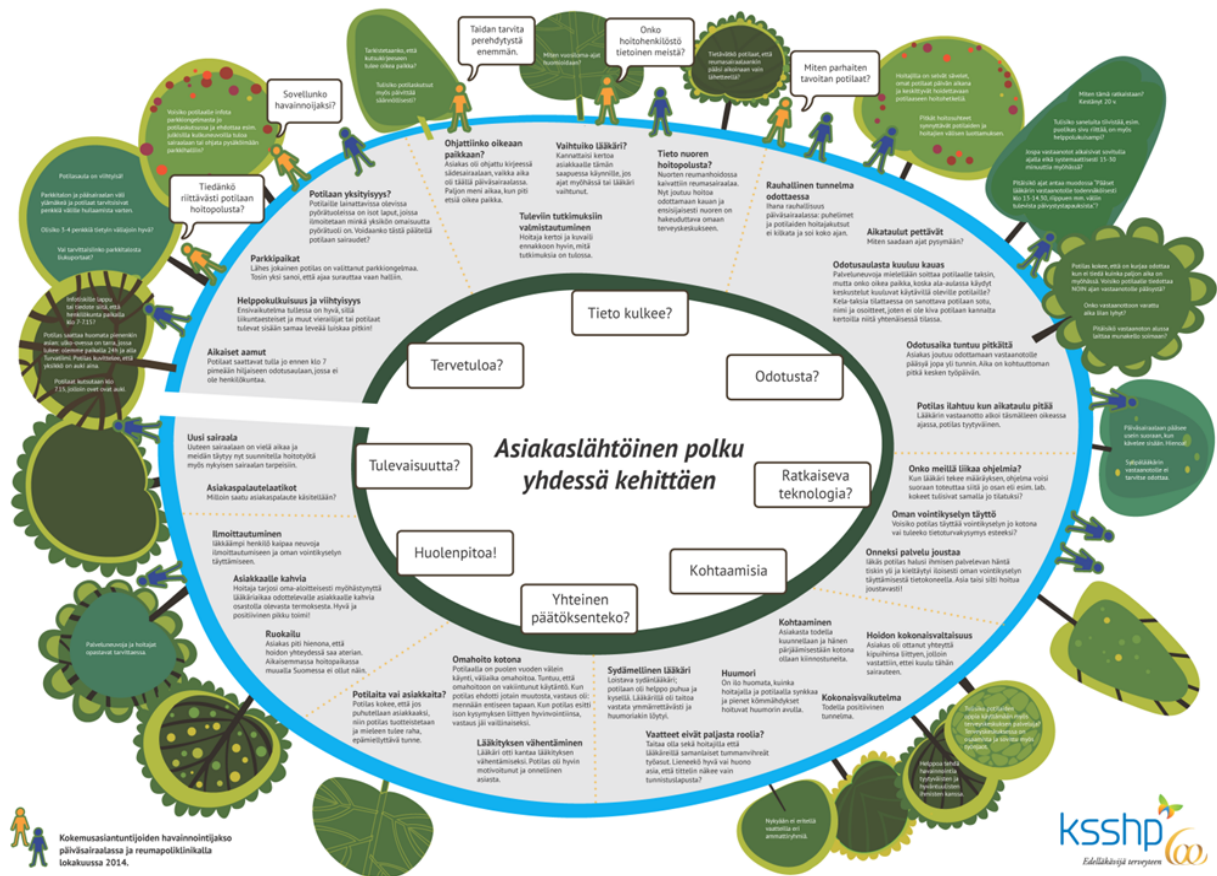
Kuva 2. Ideaikkuna

Kokemusasantuntijoiden tiedonkeruun jälkeen myös henkilökunnalla oli mahdollisuus osallistua graafisen käyttöliittymän kautta aineiston tuottamiseen täydentämällä jo syntyneitä ideoita tai tekemällä itse uusia huomioita työyksikön toiminnasta. Tiedonkeruun aineistot ja niiden merkitys näkyvät taulukosta 1.

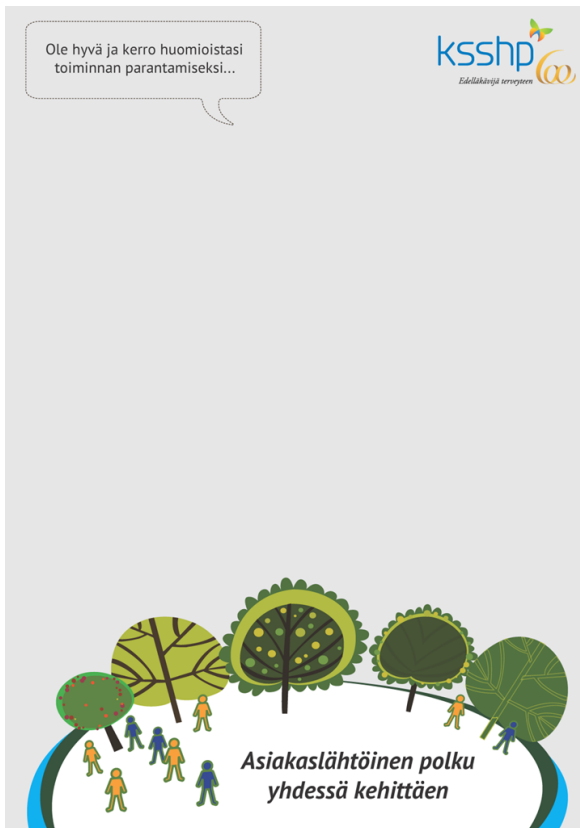
Taulukko 1. Tiedonkeruun aineistot ja niiden merkitys

Arviointikohte	Aineisto	Miksi?
Potilaan ja ammattilaisen vuorovaikutus	Potilastilanteiden havainnot (n=51)	Keskeinen omahoidon tuki ja valmennus
Potilaan polku	90h havainnointia ja haastatteluja	Palvelun kriittisten pisteiden löytyminen ja potilaan äänen vahvistaminen
Kehittämisen ideointi	Ideaikkuna-aineisto	Yhteiskehittämisen innovointi
Kokemusasiantuntijoiden kokemukset	SWOT 60 sivua päiväkirjatekstistä	Kokemusasiantuntijoiden jaksamisen haasteet ja yhteisten mahdollisuuksien arviointi

Ideaikkunaan kertyneestä havainnointiaineistosta koostettiin päiväsaalan ja reumatautien poliklinikan yhteisiin tiloihin posterit, joihin potilaat ja henkilökunta ovat voineet vielä kokeilun jälkeen kirjoittaa ideoita ja kommenttejaan osana yksikön jatkuvaa kehittämistyötä (Kuvat 3 ja 4).



Kuva 3. Ideaikkunan pohjalta koostettu posterit (osa 1)

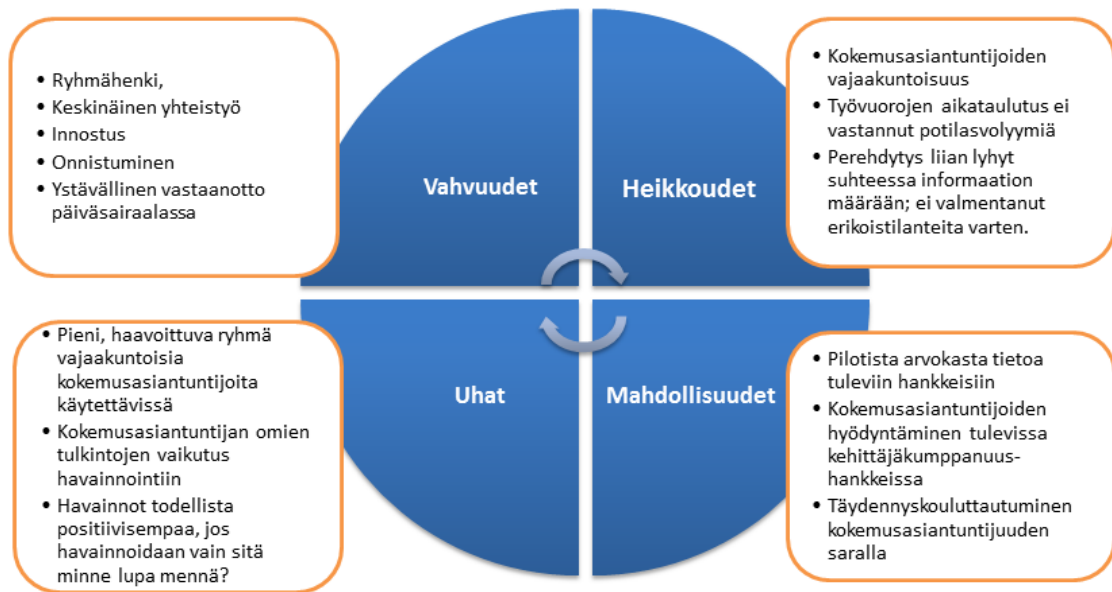


Kuva 4. Ideakunnan pohjalta koostettu poster (osa 2)

Projektityöntekijä ja yhteyshenkilöinä toimineet kokemusasiantuntijat vastasivat kerätyn aineiston yhteenvedosta ja palautetilaisuuden järjestämisestä yhteistyöyksikköön. Tutkijoiden rooli oli ohjaava. Palaute-tilaisuus henkilöstölle ja toimialueen johdolle pidettiin joulukuussa 2014. Palaute-tilaisuudessa keskusteltiin kokemusasiantuntijoiden tekemistä huomioista ja sovittiin niiden jatkotyöstämisestä yksikön toimintasuunnitelmaan.

Kokeilun arviointi

Kokemusasiantuntijoita pyydettiin arvioimaan SWOT -analyysin pohjalta asioita, missä onnistuttiin ja missä olisi jatkossa kehitettävää, kun toiminta laajenee (Kuva 5). Vahvuutena pidettiin kokemusasiantuntijoiden ryhmähenkeä ja keskinäistä yhteistyötä. Kokemusasiantuntijat kokivat havainnoinnin innostavana ja he kokivat myös onnistuneensa havainnoijina kentällä. Yhteistyöyksikön vastaanotto koettiin pääsääntöisesti myönteisenä, ystävällisenä ja innostuneena. Myös projektityöntekijän kentällä olon koettiin antavan tukea tiedonkeruuseen. Tiedonkeruun päiväkohtainen suunnittelu, havainnointilomakkeet, kirjaaminen ja päiväkirjan kirjoittaminen nähtiin myös toteutuksen vahvuuksina. Tiedonkeruun koettiin lisänneen kokemusasiantuntijoiden itsetuntemusta ja se auttoi heitä muodostamaan käsityksiä vahvuuksistaan ja omasta roolistaan kehittämistyössä tulevaisuudessa.



Kuva 5. Kokemusasiantuntijoiden SWOT-analyysi

Heikkouksina nähtiin kokemusasiantuntijoiden vointi ja vajaakuntoisuus ja siten viikon havainnointijakso koettiin pitkänä. Tiedonkeruu nähtiin kuitenkin kokeiluna, jossa kaikkia esille tulleita ongelmia ei osattu ennakoita. Esimerkiksi suunniteltua äänitallenteiden käyttöä ei lopulta toteutettu, koska osa kokemusasiantuntijoista ei muistanut laittaa digitalenninta päälle tai ilmoittaa etukäteen sen käytöstä haastattelutilanteessa. Heikkouksina koettiin myös se, että kokemusasiantuntijoiden työvuorojen aikataulusuhteet ja toteutuminen eivät vastanneet todellista potilasvolyymia. Lääkäreiden vastaanotoilla oli aamuisin määrällisesti enemmän potilaita kuin mihin kokemusasiantuntijoiden työvuoroaikataulusuhteissa oli varauduttu. Vastaavasti potilaiden määrä vaihteli myöhempinä ajankohtina eikä havainnoitavia vuorovaikutustilanteita riittänyt useammalle kokemusasiantuntijalle iltapäivisin. Pehdytyksen osalta koettiin, että informaation määrä olisi ollut helpompi sisäistää pienemmissä erissä. Lisäksi kaivattiin selkokieliä. Myös henkilökunnan havainnoinnista kieltäytymisen osalta toivottiin parempaa ennakkovalmistautumista.

Mahdollisuutena nähtiin tulevaisuuden kehittäjäkumppanuus. Koettiin, että kokeilu antoi arvokasta tietoa pehdytyksen, tiedonkeruulomakkeiden sekä ennakkosuunnittelun kehittämiseen yhteistyössä henkilöstön kanssa. Mahdollisuutena nähtiin myös täydennyskouluttaminen kokemusasiantuntijuudessa.

Uhkana nähtiin kokemusasiantuntijoiden vajaakuntoisuus, joka vaikuttaa pitkäkestoiseen jaksamiseen ja tekee siten pienen ryhmän toiminnasta haavoittuvaa. Tämä tulisi huomioida erityisesti kokemusasiantuntijoiden rekrytoinnissa. Uhkana mainittiin myös omien tulkintojen tai aiempien kokemusten vaikutus havainnointituloksiin. Uhkana tuotiin esille myös se, että havainnointitilanteessa havainnointi saattaa värittyä todellista positiivisempaan, mikäli havainnoidaan ainoastaan tilanteita, jonne havainnoijalla on lupa mennä.

Yhteensä projektityöntekijän ja kokemusasiantuntijoiden työpanos oli 754 tuntia. Pilotiin käytetty kokemusasiantuntijaresurssi oli yhteensä 238 tuntia pitäen sisällään suunnittelu-, valmistelu-, toteutus- sekä raportointivaiheen. Työpanokset vaihtelivat kokemusasiantuntijoiden välillä riippuen kunkin omista henkilökohtaisista mahdollisuuksista ja kunnosta osallistua pilotin eri vaiheissa. Kokemusasiantuntijoiden työpanos oli suunnitteluvaiheessa 73 tuntia, valmisteluvaiheessa 31 tuntia ja toteutusvaiheessa 90 tuntia. Tiedonkeruun jälkeiseen tulosten analysointi- ja raportointivaiheeseen käytettiin kokemusasiantuntijoiden työpanosta 44 tuntia.

Projektityöntekijän työpanos oli suunnitteluvaiheessa 153 tuntia, valmisteluvaiheessa 153 tuntia ja toteutusvaiheessa 76 tuntia pitäen sisällään kokemusasiatuntijoiden ohjauksen ja tuen tiedonkeruun aikana sekä henkilökunnan ohjauksen ideaikkunan käyttöön havainnointijakson jälkeen. Tulosten ja palautteen koostamiseen projektityöntekijän työpanosta kului 134 tuntia. Palautetilaisuudessa voitiin esitellä tuloksia, mutta varsinainen kirjallinen tulosten raportointi jäi hankkeen jälkeiseen aikaan tutkijoiden omaksi työpanokseksi.

Yhteenvetona voidaan todeta, että valtaosa havainnoista oli myönteisiä. Vuorovaikutustilanteet tukevat omahoitoa. Erityisesti tuotiin esille rauhallista ilmapiiriä ja ystävällistä kohtaamista, potilaiden kannustamista omahoitoon ja selkeiden perustelujen esittämistä. Sen sijaan potilaiden omat arvioinnit ja hoitopäätöksiin osallistuminen sekä omahoidon ratkaisujen ideoiminen ja sairauteen liittyvät tunteet jäivät vähemmälle käsittelylle.

Raportointiin ei osattu varata riittävästi resurssia. Yksityiskohtaisen tulosten raportoinnin viivästyminen ei kuitenkaan haitannut yhteistyöyksikön kehittämissyyskiä, sillä kehittämistoimet nimetään osana varsinaista budjetti- ja toimintasuunnitteluprosessia vasta keväällä 2015.

Millainen on kehittäjäkumppanuuden tulevaisuus?

Kokeilu antoi runsaasti oppia ja teki käytäntöihin liittyvää hiljaista tietoa näkyväksi. Se ei vielä anna kokonaiskuvaa yhteistyöyksikön asiakkaiden kokemuksista, koska aineisto oli ajallisesti valikoitunut ja suhteellisen pieni. Tuen tarpeen ja kriittisten pisteiden löytymiseen tarvitaan pitempiaikaista tiedon keruuta myös muissa yhteyksissä kuin erikoissairaanhoidossa. Parhaiten kokeilu antoi aineksia kehittää erilaisia tiedonkeruun käytäntöjä omahoidon tuen selville saamiseksi ja se on merkittävä askel varsinaisen kehittäjäkumppanuuden kehittämiseen. Kokeilu vahvisti sen, että kehittäjäkumppanuuden rakentumisen alkuvaihe vaatii erityistä koordinointiin ja ohjaukseen panostamista.

Kokemusasiatuntijoiden päiväkirjoista näkyi, että heillä oli intoa vaikuttaa potilaiden puolesta ja helpottaa näin sairauden kokeneiden viestien esille pääsyä. Kirjoituksista kävi ilmi kiitollisuus päästä mukaan kehittämistyöhön tällä tavoin. Kokemusasiatuntijat näkivät itsensä etuoikeutettuina, kun pääsivät yhdessä ammattilaisten kanssa, yhteishengessä luomaan uutta. Se oli heille kunnia-asia. Tiedonkeruussa koettiin raskaaksi alati vaihtuvat uudet tilanteet ventovieraiden ihmisten kanssa sangen vaikeassa ympäristössä kuten sairaalan hoitotilanteissa. Tiedonkeruu koettiin jännittäväksi kun luottamus oli luotava joka kerta uudelleen sekä ammattilaiseen että potilaaseen. Jännittävää oli aluksi henkilökunnan suhtautuminen ja kontaktin otto potilaisiin. Tämä kuitenkin helpottui päivien myötä.

Tulevissa tiedonkeruissa tulee lisätä havainnoitavan yksikön henkilöstön osallistumista suunnitteluun. Näin jo tiedonkeruumateriaali koetaan yhteiseksi. Henkilöstö tarvitsee myös valmennusta siihen, että toimintaa arvioivat näkyvästi potilaat. Osalle henkilökuntaa oman työn näkyvä havainnointi voi olla hämmentävää. Rinnakkain työskentely vaatii työntekijöiltä uudenlaista joustavuutta, osaamista, asennetta ja yhteistyökykyä (Kettunen & Kivinen 2012). Kehittäjäkumppanuus käynnistää muutosprosessin, jonka aikana ammattilaiset joutuvat pohtimaan omaa identiteettiään ja toimenkuviaan sekä ammatillisen ja kansalaistyön rajapintoja. Omien olettamusten, pelkojen, esteiden, riskien ja toiminnan merkitysten pohdinta lisää valmiuksia uusien ajatusten rakentumiselle. Se auttaa myös näkemään mahdollisuuksia oman työn sisällöissä, säännöissä ja toimintatavoissa.

Kokemusasiatuntijoiden jaksamisen näkökulmasta tiedonkeruun aikataulutukseen tulee kiinnittää huomiota. Se kannattaa jaksottaa pidemmälle aikavälille. Lisäksi kokemusasiatuntijoiden rekrytointiin ja perehdytykseen tulee panostaa. Havainnointia kannattaa harjoitella enemmän kuin kerran, jotta havainnoijat tulevat tutuiksi havainnoitavien asioiden kanssa ja pystyvät havainnoimaan mahdollisimman huomaamattomasti ja luotettavasti. Tiedotustilaisuuksien ohella tarvitaan myös havainnoijien esittäytymistä ja kahvihuonekeskusteluja, että kaikki havainnoijat tulevat yhteistyöyksikön henkilökunnalle tutuiksi etukäteen. Kokemusasiatuntijat tarvitsevat tuekseen työnohjausta, jossa he voivat purkaa havainnointijakson tunteita ja tapahtumia.

Lopuksi

Asiakaslähtöisyyden tae on asiakasymmärrys. Asiakasymmärryksen lisäämiseksi asiakkaiden kokemustiedon kerääminen on tärkeää ja tässä kokemusasiantuntija on luonteva kumppani. Tietoa on kerättävä mahdollisimman edustavasti eri potilasryhmiltä, jotta kehittämistoimet voidaan kohdentaa niitä eniten tarvitseville potilasryhmille. Palvelukäytäntöjen ja -ketjujen selkiyttämällä ja räätälöinnillä voidaan vähentää päällekkäisyyksiä ja auttaa potilaita helpommin löytämään tarvitsemansa palvelut.

Palveluiden kehittäminen ei ole vain tiedon keruuta, vaan kerättyä tietoa on myös yhdessä analysoitava, jotta uudenlaista asiakastulkintaa ja -ymmärrystä syntyisi kehittämistyön pohjaksi. Potilaiden aktiivisuutta kehittäjäkumppaneina vahvistaa, kun kerätty ja analysoitu tieto saatetaan myös julkiseksi esimerkiksi www-sivustoilla, potilasryhmien järjestötapahtumissa ja yksikön potilastiloissa. Julkisuus osoittaa asennetta ja halukkuutta asiakkaiden mielipiteiden kuuntelemiseen.

Palvelurakenteen murros ja potilaiden ongelmien monimuotoisuus pakottavat katsomaan toimintakäytäntöjä uusin silmin, hakemaan nykyistä vahvempaa potilasnäkökulmaa ja kollektiivisempaa kehittämistä. Uudet voimavarat ja innovaatiot löytyvät elämäntaidoiltaan ja kyvyiltään erilaisista potilaista ja palveluja käyttävistä kansalaisista. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on otettu merkittäviä askelia kohti asiakkaan todellista osallisuutta toimintakäytäntöjen ja palvelujen suunnittelussa. Toteutuneet kokemusasiantuntijoiden osallisuuden muodot ovat osoittaneet kokemuksen tiedon arvon ja nostaneet asiakkaiden äänen vahvemmin esiin. Hoitohenkilöstö voi yhteisissä keskusteluissaan käydä läpi oivalluksia yhteistyön tärkeydestä potilaiden parhaaksi ja liittää kokemusasiantuntijan luonnolliseksi osaksi moniammatillista yhteistyöverkostoaan potilaan hoitoketjun eri vaiheissa, kuten monissa maissa on jo tehtykin (vrt Mockford ym. 2012).

Kehittäjäkumppanuus on pitkäjänteisen työskentelyn tulos. Se on otettu yhdeksi strategiseksi painopistealueeksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä ja sen kehittämistä laajennetaan ja syvennetään lähivuosina neljässä yksikössä. Kokemusasiantuntijuutta hyödyntävä kehittämistyö jatkuu alueellisesti huomioiden uuden sairaalan toimintamallit. Sitä tuetaan Tekesin Innovaatiot sosiaali- ja terveystaloudessa ohjelmasta vuosina 2015–2017. Kehittäjäkumppanuuden ohella kokemusasiantuntijat koulutautuvat ja osallistuvat elämäntapamuutosten verkko-ohjaukseen Keski-Suomen kunnissa. Kehitämme myös kokemusasiantuntijoiden ja vapaaehtoisten vertaisten vastaanotto toimintaa. Uudet asiakaslähtöiset terveystaloudskonseptit toimivat myös kilpailuetuna, kun asiakas valitsee hoitopaikkansa tulevaisuudessa. Osallisuuden myötä asiakkaiden vastuu omasta hoidosta kasvaa, sairauden hallinta vahvistuu ja terveydentila kohenee, mikä lisää myös hyvinvointia ja elämänlaatua.

Lähteet

- De Haes, Hanneke & Bensing, Jozien: Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling* 74 (2009): 287–294.
- Greenhalgh, Trisha & Humphrey, Charlotte & Woodard, Fran: *User involvement in health care*. Wiley-Blackwell/BMJ Books, 2011.
- Günther Kirsi, Raitakari, Suvi, Juhila, Kirsi, Saario, Sirpa, Kaartamo, Riina, Kulmala, Anna: Asiakaslähtöisyys vakavaa mielen sairautta sairastavien nuorten aikuisten kuntoutuskurssilla. Etnometodologinen tapaustutkimus. Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:n julkaisusarja. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry, 2013.
- Kaseva, Kaisa: Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä – integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 16 (2011).
- Kettunen, Tarja, Liimatainen, Leena, Villberg, Jari, Perko, Ulla: Developing empowering health counseling measurement. Preliminary results. *Patient Education and Counseling* 64 (2006): 159–166.
- Kettunen, Tarja & Kivinen, Tuula: Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnan näyttäjänä. *Tutkiva hoitotyö* 10 (2012): 40–42.
- Lahtinen, Katriina, Kaartemo, Valteri, Laalo, Hanna, Järvinen, Marika & Lumiaho, Liisa: Co-designing Employee-driven Service Development Instruments for Public Health Care. *Proceedings of the XXIV International RESER Conference 2014. Services and New Societal Challenges: Innovation for Sustainable Growth and Welfare*. September 11–13, Reser & VTT, Helsinki, Finland (2014).
- Mockford, Carole, Staniszewska, Sophie, Griffiths, Frances, Herron-Marx, Sandra: The impact of patient and public involvement on UK NHS health care: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care* 24(2012): 28–38.
- Oravasaari, Tomi & Järvensivu Timo (toim.): Vapaaehtoistoiminnan ja hoivayritysten kumppanuusmalli Vapaaehtoiset kumppaneiksi (Vapari) –hanke. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu, 2012

5.4 Kokemusasiantuntijatoiminta osana palvelujärjestelmää

Minna Laitila, Antero Lassila

”Kun sinusta tuntuu että haluat ymmärtää paremmin itseäsi ja sairauttasi tai haluat tietää miten joku toinen kokee saman sairauden. Haluat kuulla myös muiden tarinoita omasta sairaudestaan, siitä miten kaikki alkoi ja miten toipuminen on mahdollista. Haluat ehkä auttaa muita olemalla tukena, vertaisena, se auttava käsi joka voi ”taluttaa” hetken matkaa eteenpäin, ymmärtää sanoitta, selittelemättä. Yhdessä meissä on voimaa. Ja yhdessä saman kokeneiden kanssa saamme uusia toipumisen eväitä elämäämme.”

Kohti osallisuutta

Valtakunnallisessa Mielen terveys- ja päihdesuunnitelmassa (STM 2009) keskeisenä tavoitteena on asiakkaan aseman vahvistaminen. Siinä esitetään, että kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat tulee ottaa mukaan mielen terveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Mieli-suunnitelman mukaan kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden osallistumista mielen terveys- ja päihdepalveluiden suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin tulee lisätä, jotta palvelujärjestelmä voi ottaa nykyistä paremmin huomioon asiakkaiden tarpeet.

Osallisuus voi käytännössä toteutua monella eri tasolla ja monin eri tavoin. Esimerkiksi Peck kollegoineen (2002) on määritellyt neljä tasoa, joilla osallisuus voi toteutua. Ensimmäisenä tasona on vuorovaikutus palveluiden käyttäjien kesken esimerkiksi vertaistuen muodossa. Toisen tason muodostaa palveluiden käyttäjien ja ammattilaisten välinen vuorovaikutus. Kolmas taso pitää sisällään vuorovaikutuksen paikallisten palveluiden tuottajien ja johtajien kanssa, ja neljäs, laajin taso on osallistumista yleisemmin palveluiden suunnitteluun. Storm kumppaneineen (2010a; 2010b) näkee osallisuuden toteutuvan kahdella eri tavalla. Yhtäältä se toteutuu palvelun käyttäjien osallistumisena ja vaikutusmahdollisuuksia oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen ja toisaalta heidän vaikutusmahdollisuuksinaan mielen terveyspalvelujärjestelmään laajemmin. Laitilan (2010) mukaan palveluiden käyttäjän osallisuus toteutuu mielen terveys- ja päihdetyössä kolmella eri tavalla: 1) osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, 2) osallisuutena palveluiden kehittämiseen sekä 3) osallisuutena palveluiden järjestämiseen.

Asiakkaan osallisuus osana palvelujärjestelmää – miten kirjallisuus meitä neuvoo?

Asiakkaiden ja palveluidenkäyttäjien osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksien parantamista korostetaan useissa kansallisissa ja kansainvälisissä ohjelmissa ja julkilausumissa, mutta osallisuuden käytännön toteutumisessa on edelleen puutteita (Laitila 2010) ja ainakin osittain palveluiden käyttäjien osallisuus mielen terveyspalveluissa on näennäistä (McCann ym. 2008; Omeni ym. 2014). Norjassa tehdyn tutkimuksen (Storm ym. 2010a) mukaan palveluiden käyttäjien osallisuus mielen terveyspalveluissa toteutui heikommin palveluiden kehittämisessä ja suunnittelussa kuin omaan hoitoon osallistumisessa.

Työntekijöiden asenteilla on todettu olevan suuri merkitys sille, miten asiakkaiden osallisuus käytännössä toteutuu (McCann ym. 2008; Petersen ym. 2012). McCannin ja kumppaneiden (2008) tutkimuksen perusteella työntekijöiden asenteet palveluiden käyttäjien osallisuutta kohtaan olivat positiivisempia silloin, kun kyseessä olivat yleiset asiat kuten hoidon suunnittelu. Kun mentiin perinteisille ammattilaisten vastuualueille, kuten sairauskertomukseen kirjaamiseen tai työntekijöiden kouluttamiseen, vastaajien asenteet palveluiden käyttäjien osallisuutta kohtaan muuttuivat negatiivisempaan suuntaan.

Muun muassa USA:ssa, Isossa-Britanniassa ja Australiassa on yksilöllisen kuntoutumis- tai toipumisprosessin tukeminen, eli recovery-ajattelu, otettu mielen terveyspalveluiden kehittämisen lähtökohdaksi. Recovery-ajattelun perustana on, että ihminen voi elää täysipainoista ja mielekästä elämää mielen terveyden häiriöstä tai sen oireista huolimatta (Shepherd ym. 2008). Vaikka kuntoutuminen on yksilöllinen prosessi, on siinä myös yleisiä piirteitä, kuten toivo, optimismi ja voimavaralähtöisyys, osallisuus, itsemäärääminen ja vastuu omasta elämästä, omahoito, mielekäs elämä ja toiminta sekä sosiaaliset suhteet ja niistä saatu tuki (mm. Shepherd ym. 2008; Slade 2013).

Palvelujärjestelmän ja siinä työskentelevien ammattilaisten roolina on mahdollistaa ja tukea palveluidenkäyttäjien omaa, yksilöllistä kuntoutumisprosessia. (Shepherd ym. 2009; Slade 2013.) Kuntoutumisen tukemiseen tähtäävät palvelut edellyttävät työntekijältä avoimuutta, kykyä työskennellä tasavertaisesti palveluiden käyttäjien kanssa, voimavara-suuntautuneisuutta ja vastavuoroisuutta (Shepherd ym. 2008). Ammattilaisen rooli muuttuu auktoriteetista valmentajaksi. Keskeistä on oikea-aikainen apu ja tuki, toivon ja optimismin ylläpitäminen sekä kuntoutujan tukeminen uuden kokeilemisessa ja riskinotossa (Roberts & Wolfson 2004).

Asiakkaan osallisuus osana palvelujärjestelmää – mitä huomioitava käytännössä?

Psykiatrisen sairaalan laaja-alaisessa kehittämistyössä (Rise ym. 2014) tutkittiin palvelun käyttäjien ja ammattihenkilöiden kokemuksia palveluiden käyttäjien asemaa parantavista hankkeista. Erityishuomiota kiinnitettiin näiden hankkeiden implementaation onnistumiseen. Hankkeiden myönteinen eteneminen ja käytäntöön juurtuminen liittyivät toimiviin organisaatorakenteisiin, hankkeita priorisoivaan johtamiseen, toimintakulttuurin muutoksiin, johdonmukaiseen päätöksentekoprosessiin, riittävään läpäisevyyteen organisaatiossa, vastuun kiinnittymiseen ja vastuuseen sitoutumiseen, riittävään resurssien priorisointiin ja ymmärrykseen käyttäjien osallisuudesta ja heidän mielipiteensä huomioimisesta.

Etelä-Pohjanmaalla valmisteltiin kokemusasiatuntijakoulutusta vuosina 2008 ja 2009. Koulutuksen tavoitteeksi otettiin mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden sekä heidän omaistensa aseman ja osallisuuden vahvistaminen mielenterveys- ja päihdetyössä. Hankkeessa tulisi kouluttaa kokemusasiatuntijoita ja vertaistoimijoita käytännön työhön toimimaan ammattilaisten rinnalla. Malli koulutuksen sisältöön haettiin Tampereen Muotiala ry:stä.

Jo ennen kokemusasiatuntijakoulutuksen käynnistymistä pyrittiin luomaan edellytykset sille, että tuleva kokemusasiatuntijatoiminta integroituisi mahdollisimman hyvin psykiatriseen palvelujärjestelmään. Kaikkia Risen ja kumppaneiden (2014) edellä kuvaamia hankkeen hyvän ja toimivan implementaation taustatekijöitä emme toki osanneet huomioida, mutta osan kylläkin. Tuleva kokemusasiatuntijakoulutus priorisoitiin korkealle Etelä-Pohjanmaan psykiatrian toiminta-alueella, ja se nimettiin toiminta-alueen johtoryhmän päätöksellä toiminta-alueen ainoaksi hankkeeksi, jolle haettiin sairaanhoitopiiriin tutkimus- ja kehittämistä rahaa (Tuke-rahalla) vuosille 2010–2012.

Kokemusasiatuntijakoulutuksen vastuuhenkilöiksi ja kouluttajiksi valittiin sairaanhoitopiiriin psykiatrian käytännössä ja hanketyössä jo aiemmin meritoituneet ja verkostoituneet työntekijät. Osaamisen juurruttamiseen ja ensimmäiseen kokemusasiatuntijakoulutukseen saimme erinomaisen avun ja tuen sosiaalipsykologi Petri Karoskoskelta, jolla oli jo aiempaa osaamista ja kokemusta Muotiala ry:n toiminnasta.

Keskeisimpänä teoreettisena lähtökohtana kokemusasiatuntijakoulutuksen taustalla olivat vaikuttamassa yleiseen suhteellisuusteoriaan (Bertalanffy 1949) pohjautuvat perhe- ja verkostokeskeisyyden mallit, joista hyödyllisimmiksi osoittautuivat Tom Andersenin käsitykset systeemeistä ja niissä tapahtuvien muutosten mahdollisuuksista (Andersen 1987; 1990). Andersenin mukaan kahden erilaisen systeemin välillä tapahtuvat muutokset toteutuvat sen mukaan, kuinka samanlaisia tai erilaisia kyseiset systeemit ovat. Jos systeemit ovat liian samanlaisia tai liian erilaisia, toteutuva muutos on vain pieni tai sitä ei tapahdu lainkaan. Systeemien ollessa sopivan erilaisia on muutos yleensä merkittävin. Juuri tämä ”sopivan erilainen” on ollut tavoitteemme ja keskeinen työvälineemme, kun olemme pyrkineet jalkauttamaan kokemusasiatuntijakoulutusta - ja työtä osaksi psykiatrista hoito- ja kuntoutuskulttuuria.

Mitä tämä ”sopivan erilainen” on ollut käytännössä? Kokemusasiatuntijakoulutukseen oli avoin haku ja varsin usein koulukseen hakeneet keskustelivat koulutukseen hakeutumisesta omien hoitavien henkilöidensä kanssa ja arvioivat omaa toipumisprosessiaan ja sen vaihetta. Huomattavalla osalla kokemusasiatuntijakoulutukseen hakeneista ei ollut enää ajankohtaista hoitosuhdetta. Valintaprosessissa pyrittiin huomioimaan alueellinen tasapuolisuus (osallistujia eri puolilta Etelä-Pohjanmaata), sekä osallistujien erilaiset taustat (diagnoosi, elämäntilanne, ikä). Haastatteluissa painottuivat muun muassa hakijan oma motivaatio ja mahdollisuudet sitoutua vuoden kestäväseen koulutusprosessiin, toipumisen vaihe sekä ryhmässä toimimisen taidot. Koulutusryhmät ovat olleet sekä ikärakenteeltaan että taustoiltaan varsin heterogeenisiä, mikä on koettu suurena rikkautena.

Kokemusasiatuntijakoulutuksen haastattelu- ja valintameteihin voidaan perustellusti esittää vahvaa kritiikkiä: mahdollistaako menettely vain tietynlaisten, psykiatrisen palvelujärjestelmän määrittelemien kokemusten esilletulon? Mitä tapahtuu tässä valintaprosessissa liian erilaisille kokemuksille ja näitä kokemuksia omaaville kuntoutujille ja kansalaisille? Syvästi tietoisena tästä ongelmasta perustelimme kokemusasiatuntijakoulutuksen haku- ja valintamenettelyjä muun muassa seuraavasti: koulutuksiin haetaan, ja niissä on aina jotkut haastattelijat ja valintakriteerit, kokemusasiatuntijakoulutus on vaativa ja tiivis vuoden mittainen koulutus, jossa toimitaan ryhmässä ja tarvitaan ryhmätyön taitoja. Toisaalta myös psykiatrian alan työntekijät ovat koulutuksiinsa hakeutuneet, tulleet valituiksi koulutuksiin ja nykyisiin työtehtäviinsä.

Valintoja ja priorisointia on tehtävä (Rise ym. 2014). Me valitsimme ”sopivan erilaisen”. Tuleva kertoo, miten meni.

Kokemuksesta oppia - vertaisuudesta voimaa

Kokemusasiatuntijakoulutus Kokemuksesta oppia – vertaisuudesta voimaa käynnistyi 2010. Koulutus kesti vuoden ja sisälsi noin 36 koulutuspäivää. Koulutuksen sisältö oli varsin monipuolinen (taulukko 1). Etelä-Pohjanmaan ensimmäiset kokemusasiatuntijat valmistuivat keväällä 2011. Toinen ryhmä valmistui toukokuussa 2012 ja kolmas toukokuussa 2013. Kaiken kaikkiaan hankkeen aikana vuosina 2010–2013 koulutettiin noin 60 kokemusasiatuntijaa Etelä-Pohjanmaan alueelle.

Taulukko 1. Kokemuksesta oppia – vertaisuudesta voimaa kokemusasiatuntijakoulutuksen sisältö.

<ul style="list-style-type: none"> • ihmisen psyykinen kehitys ja elämäntapa • psyykkiset häiriöt ja psykiatriset sairaudet • psykoterapiat ja psykoterapeuttisuus • mielenterveystyö ja psykiatrisen hoito • päihitteet • pedagogiset perusvalmiudet ja vertaisryhmän ohjaus • atk-valmiudet • ilmaisu- ja vuorovaikutustaidot sekä omien materiaalien työstö • mediataidot • tunne- ja kirjallisuusryhmät • sisäinen koulutus ja suunnittelu • henkilökohtaiset ohjauskeskustelut • tilaisuuksien ja seminaarien järjestäminen

Kokemusasiatuntijoita alettiin Etelä-Pohjanmaalla kouluttaa ajatellen lähinnä palveluiden kehittämistä ja sitä hyötyä, mitä he tuottavat palvelujärjestelmälle. Hyvin pian kävi kuitenkin ilmi, että opiskelulla oli myös toipumista edistävä ja voimaannuttava vaikutus opiskelijoiden elämässä. Koulutukseen osallistujien palaute kuvaa hyvin tätä:

”Koulutuksessa saamieni uusien näkökulmien avulla olen tehnyt vielä kerran uuden matkan omaan itseeni. Enää en koe sairauttani erilliseksi osaksi itseäni vaan se on osa minua. Koulutuksen ansiosta tunnen itseni eheäksi, kokonaiseksi ihmiseksi, selviytyjäksi.”

”Päihderiippuvuus yhdellä perheenjäsenellä sairastuttaa koko perheen. Siksi on tärkeää, että läheinen, joka on selviytynyt, voi auttaa (mahdollisesti) muita samassa tilanteessa olevia ihmisiä. Koulutusta tähän tehtävään saa monipuolisesti kokemusasiatuntijakoulusta.”

”Kokemusasiatuntijakoulutus selkeyttää sinulle itsellesikin toipumisesi tien! Koulutus antaa itsevarmuutta. Sinun kokemuksesi on niin tärkeä että muidenkin on hyvä kuulla se. Älä pihtaa – anna kokemuksesi parantaa tietoisuutta. Kouluttaudu! Opit antamaan ja saamaan!”

”Jaa oma kokemuksesi muille ja saat moninkertaisesti kuulla uusia kokemuksia, joista voit ottaa opiksi. Kokemuksista opiksi! Eletyn elämän vaikeat vaiheet otetaan opiksi ja jaetaan kokemukseksi. Et ole yksin kokemustesi kanssa vaan ympärillä on useita, kovia kokeneita ihmisiä.”

Kokemuksesta oppia – vertaisuudesta voimaa, mitä me opimme?

Kokemuksesta oppia – vertaisuudesta voimaa TUKE-hankkeen 2010–2012 aikana ymmärsimme, että kokemusasiatuntijakoulutuksen kautta tavoitimme psykiatrisessa palvelujärjestelmässä ja sen kehittämisessä jotakin hyvin merkittävää ja ainutlaatuista, jotakin sellaista, mistä halusimme pitää kiinni.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin TUKE-hankkeiden ohjeistus ei mahdollista kolmea vuotta pidempää rahoitusta yhdelle TUKE-hankkeelle. Tämä systeemisesti tarkasteltuna erinomainen rajausta edellytti meiltä uusien – ja sopivan erilaisten – työmallien etsimistä ja kehittämistä. Syntyi Voimaa arkeen -kurssitoiminta.

Voimaa arkeen kurssitoiminta

Kokemuksesta oppia – vertaisuudesta voimaa -hankkeen päätyttyä haluttiin sekä vahvistaa kokemustiedon asemaa mielenterveys- ja päihdetyötä tekevien työntekijöiden ja alan opiskelijoiden koulutuksessa että jatkaa kokemusasiatuntijakoulutusta. Vuodesta 2009 jatkunut yhteistyö Skotlannin Lanarkshiren alueen kanssa sekä tutustuminen Lontoon Recovery College -toimintaan vahvistivat ajatusta siitä, että toimintatapoja on tarpeen myös Etelä-Pohjanmaan alueella muuttaa kohti asiakkaan/potilaan voimaantumista ja kuntoutumista (recovery) tukevaa otetta.

Mahdollisuus opiskeluun ja uuden oppimiseen sekä opiskelijan roolin omaksuminen vahvistavat kuntoutujan itsetuntoa, omanarvontunnetta ja elämänhallinnan tunnetta. Perkins kumppaneineen (2012) on todennut, että muutos terapeutisesta opetukselliseen lähestymistapaan muuttaa toiminnan fokusta sekä asiakkaan ja työntekijän suhdetta kuntoutumista tukevaan suuntaan (taulukko 2).

Taulukko 2. Terapeuttisen ja opetuksellisen lähestymistavan vertailua.

Terapeuttinen lähestymistapa	Opetuksellinen lähestymistapa
<ul style="list-style-type: none"> fokus ongelmissa, vajavuuksissa ja toimintakyvyn puutteissa laajenee koskettamaan muutakin toimintaa kuin varsinaisia terapiaistuntoja aikaansaa kaiken toiminnan muuttumisen ”terapiaksi” ammattilainen, ”ekspertti” määrittelee ongelmat ja valitsee terapian ylläpitää vallan epätasapainoa ja vahvistaa uskoa ammattilaisten asiantuntemukseen 	<ul style="list-style-type: none"> auttaa ihmisiä tunnistamaan ja hyödyntämään kykyjään ja resurssejaan auttaa ihmisiä löytämään mahdollisuutensa ja kehittämään kykyjään tukee päämäärien ja tavoitteiden saavuttamisessa henkilökunnasta tulee valmentajia, jotka auttavat ihmisiä löytämään omat ratkaisunsa opiskelijat valitsevat omat opintonsa, löytävät merkityksen tapahtumista ja saavuttavat oman elämänhallintansa asiantuntijuuden

Voimaa arkeen on kurssimuotoista toimintaa, jonka tavoitteena on tukea mielenterveys- ja/tai päihdekuntoutujien ja omaisten voimavaroja sekä arjessa selviytymistä. Toiminta tarjoaa uuden oppimisen mahdollisuuden myös mielenterveys- ja päihdetyötä tekeville ammattilaisille ja alan opiskelijoille. Kouluttajina jokaisella kurssilla toimivat kokemusasiatuntija ja ammattilainen yhdessä. Vuoden kestävä ja aiemman kaltaisen rakenteen omaava kokemusasiatuntijakoulutus on rakennettu kurssitoiminnan sisälle. (http://www.epshp.fi/1/etusivu/ajankohtaista/voimaa_arkeen_kurssitoiminta)

Vuoden 2014 aikana Voimaa arkeen -kurssitoiminnan puitteissa järjestettiin 29 erilaista ja eripituista kurssia, joille osallistui 1190 henkilöä. Kurssitoiminta suunnattiin kokemusasiatuntijaopiskelijoille, kokemusasiatuntijoille, mielenterveys- ja päihdekuntoutujille, heidän läheisilleen, sosiaali- ja terveysalan

opiskelijoille sekä ammattilaisille ja kaikille asiasta kiinnostuneille. Kursseille osallistui kaikista edellä mainituista ryhmistä olevia henkilöitä.

Palaute kursseista on ollut positiivista. Kouluarvosanalla 4–10 arvioituna keskiarvot kurssien onnistuneisuudesta ovat olleet 8,6–8,9. Osallistujat ovat arvioineet, että kursseilla tuotiin riittävästi esiin kokemuksellista tietoa (ka 8,9) ja niistä oli heille hyötyä (ka 8,8). Kurssien ja niiltä saadun arvioitiin myös tukevan arjessa selviytymistä (ka 8,6). Eri osallistujaryhmistä omaiset vaikuttivat olevan tyytyväisimpiä kurssien antiin (ka 9,0–9,3). Seuraavaksi tyytyväisimpiä olivat työntekijät (ka 8,6–9,0) ja kuntoutujat (ka 8,7–8,9). Opiskelijoiden antamat palautteet olivat hiukan kriittisempiä (ka 8,2–8,7).

Ensimmäisen kurssivuoden kokemusten perusteella vaikuttaa siltä, että Voimaa arkeen -kurssitoiminta on toteutunut asetettujen tavoitteiden suuntaisesti. Sen avulla on pystytty tukemaan mielenterveys- ja/tai päihdekuntoutujien sekä omaisten omahoitoa, voimaantumista ja arjessa selviytymistä. Yhteinen oppimismalusta on vahvistanut kokemustiedon asemaa mielenterveys- ja päihdetyötä tekevien sekä alan opiskelijoiden koulutuksessa. Kuntoutujien, omaisten, työntekijöiden ja opiskelijoiden yhteisillä koulutuksilla vähennetään leimautumista ja vaikutetaan yleisiin asenteisiin. Hankkeen tuloksena saadaan myös vahvistettua koulutettujen kokemusasiantuntijoiden joukkoa ja tuetaan heidän osallistumistaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella.

Kokemusasiantuntijatoiminta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä

Kokemusasiantuntijatoiminnan juurtuminen osaksi käytännön toimintaa on edennyt vähitellen. Koulutettuja kokemusasiantuntijoita alueella on tällä hetkellä 70 ja noin puolella heistä on työsopimus sairaanhoitopiirin kanssa. Työsopimukset tehdään vuodeksi kerrallaan ja niiden perusteella työtehtäviä voi jaksamisen ja kysynnän mukaan olla säännöllisesti tai satunnaisesti. Työtehtävien tilauksia, toimeksiantoja ja rahaliikennettä koordinoi sairaanhoitopiirin palkkaama työntekijä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimintayksikön erilaisissa kehittämisyöryhmissä ja toiminta-alueen johtoryhmässä kokemusasiantuntijoita on jo mukana. Sairaalan ryhmätoiminnoissa ja psykiatrisilla osastoilla kokemusasiantuntijat toimivat ohjaajina niin erilaisissa ryhmissä kuin vertaistukitehtävissäkin osana arkipäivän toimintaa. Yhteistyö alueen oppilaitosten kanssa on vilkasta.

Osaltaan kokemusasiantuntijatoiminnan juurtumista kuvaavat sairaanhoitopiirissä kokemusasiantuntijoiden kanssa tehtyjen työsopimusten ja kokemusasiantuntijatehtävien määrän kasvu (taulukko 3). Huomioitavaa on, että näiden tehtävien lisäksi kokemusasiantuntijat työskentelevät myös muissa tehtävissä ja organisaatioissa, kuten oppilaitoksissa, järjestöissä ja peruspalveluiden piirissä. Haasteena on saada useampia koulutuksen läpikäyneitä mukaan kokemusasiantuntijatoimintaan. Muutoin uhkana on, että aktiivisesti mukanaolevat uupuvat tehtävässään. Erilaiset taloudelliset haasteet, kuten se, että kokemusasiantuntijatehtävistä saatu palkkio vähentää asumistukea, voivat myös olla esteitä aktiiviselle osallistumiselle.

Taulukko 3. Kokemusasiantuntijoiden työsopimusten ja työtehtävien lukumäärää Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä, kpl/vuosi.

Vuosi	Työsopimusten määrä, kpl	Työtehtävien määrä, kpl
2011	14	146
2012	25	205
2013	39	293
2014	34	524

Sairaanhoitopiirin henkilökunnan kokemuksia kokemusasiantutijatoiminnasta selvitettiin pienimuotoisesti sähköpostikyselyn avulla loka-marraskuussa 2014. Vastausten perusteella henkilökunnan kokemukset ovat olleet pääosin positiivisia. Kokemusasiantutijan rooli nähdään merkittäväksi toivon ja toipumisuskon antajana. Työntekijät kokevat, että vertaistuella on valtava voima. Kokemusasiantutijat antavat myös henkilökunnalle arvokasta tietoa hoidon vaikuttavuudesta sekä yleisemminkin palautetta toiminnasta. Kokemusasiantutija tuo omasta kokemusmaailmastaan käsin palvelurakenteen ongelmakohdat hyvin konkreettisesti esille. Koulutuksissa kokemuksellinen tieto tuo syvyyttä käsiteltävään asiaan.

Kokemusasiantutijatoiminnan juurtumisessa on myös haasteita. Koulutukseen valinnassa tulee kiinnittää huomiota siihen, että henkilö on riittävän pitkällä omassa toipumisessaan. Sekä koulutus että työskentely kokemusasiantutijana ovat pääosin ryhmätyötä, joten toiminta ryhmässä nousee tärkeään rooliin. Henkilökunta tuo välillä esiin huolensa kokemusasiantutijoiden jaksamisesta. Tähän tuleekin kiinnittää erityistä huomiota ja tukea sitä muun muassa työnohjauksella ja vertaistapaamisilla. Ryhmätyönohjauksia järjestetään kerran kuukaudessa. Järjestettyjä vertaistapaamisia on koulutuksen aikana viikoittain ja sen jälkeen noin 1-2 kertaa vuodessa. Lisäksi matalan kynnyksen kohtaamispaikka Olkkari toimii kokemusasiantutijoiden ja vertaistoimijoiden ”kotipesänä”.

Toiminnan saaminen pysyväksi edellyttää sen koordinoitua ja riittäviä resursseja. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä kokemusasiantutijatoimintaan on palkattu koordinaattori, joka on koulutukseltaan psykiatrinen sairaanhoitaja. Hänen työparinaan toimii palkattu kokemusasiantutija. Koordinoinnin kustannukset katetaan psykiatrian toiminta-alueen yhteiskustannuksista. Vastuuyksiköiden talousarvioon on varattu määrärahat kokemusasiantutijoiden palkkakuluihin. Johdon tuki toiminnalle on ehdoton edellytys. Tärkeää on kiinnittää huomiota myös ammattilaisten rooliin ja vastuuseen. Asenteet muuttuvat hitaasti, ja asiantutijavallasta luopuminen vaatii aikaa. Uhkana on, että kokemusasiantutijatoiminta ei kehity aidosti palveluiden käyttäjien osallisuutta tukevaksi vaan jää näennäisosallisuudeksi. Vain organisaation ja yksittäisten työntekijöiden toimintakulttuurissa saavutetut muutokset ovat pysyviä.

Lähteet

- Andersen T.: The reflecting team: dialogue and metadiologue in clinical work. *Family Process* 26 (1987): 415-428.
- Andersen T.: The reflecting team. *Dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: W.W. Norton, 1990.
- Bertalanffy von L.: General systems theory. *General Systems* 1 (1949): 1-10.
- Laitila M.: Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. *Dissertations in Health Sciences* 31. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, 2010.
- McCann, TV., Baird, J., Clark E. & Lu S.: Mental health professionals' attitudes towards consumer participation in inpatient units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15 (2008): 10–16.
- Omeni, E., Barnes, M., MacDonald, D., Crawford, M. & Rose, D. Service user involvement: impact and participation: a survey of service user and staff perspectives. *BMC Health Services Research* 14 (2014): 491 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/491>
- Peck, E, Gulliver, P. & Towel, D.: Information, consultation or control: user involvement in mental health services in England at the turn of the century. *Journal of Mental Health* 11(2002): 441–451.
- Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M. & Brown, H.: *Implementing Recovery through Organisational Change*. Recovery Colleges. Centre for Mental Health and NHS Confederation Mental Health Network, 2012 http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Recovery_Colleges.pdf
- Petersen, K., Hounsgaard, L., Borg, T. & Nielsen CV.: User involvement in mental health rehabilitation: a struggle for self-determination and recognition. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 19 (2012): 59–67.
- Rise, MB., Solbjør, M. & Steinsbekk, A.: Experiences from the implementation of a comprehensive development plan for user involvement in a mental health hospital: A qualitative case study. *International Journal of Social Psychiatry* 60(2014): 387–395.
- Roberts, G. & Wolfson, P.: The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment* 10 (2004): 37–49.
- Shepherd, G., Boardman, J. & Slade, M.: *Making recovery a reality*. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2008 http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf
- Shepherd, G., Boardman, J. & Burns, M.: *Implementing recovery: a new framework for*

- organisational change. Position Paper. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2009
http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/implementing_recovery_paper.pdf
- Slade, M.: 100 ways to support recovery. A guide for mental health professionals. 2nd edition. London: Rethink Mental Illness, 2013
http://www.rethink.org/media/704895/100_ways_to_support_recovery_v2.pdf
- STM: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, Helsinki, 2009.
- Storm, M., Hausken, K. & Knudsen, K.: Inpatient service providers' perspectives on service user involvement in Norwegian community mental health centres. *International Journal of Social Psychiatry* 57(2010a), 551–563.
- Storm, M., Hausken, K. & Mikkelsen, A.: User involvement in inpatient mental health services: operationalisation, empirical testing, and validation. *Journal of Clinical Nursing* 19 (2010b), 1897–1907.

6 Tietoteknologia organisaation työvälineenä

Tietoteknologiaa on kehitetty ja hyödynnetty jo pitkään organisaatioiden työssä, esimerkiksi sähköisissä asiakastietojärjestelmissä. Teknologian merkitys tulee edelleen kasvamaan palveluiden toteuttamisessa sähköisiä kanavia myöten. Tässä luvussa pyritään ensin antamaan kokonaiskuva tietoteknologian kehittämisestä Kanta-, Kansa- ja Sade-hankkeissa. Sen jälkeen tarkastellaan MielenterveysRAI-järjestelmän hyödyntämistä sekä Eksotessa tehtyä sähköisten työkalujen kehittämistä.

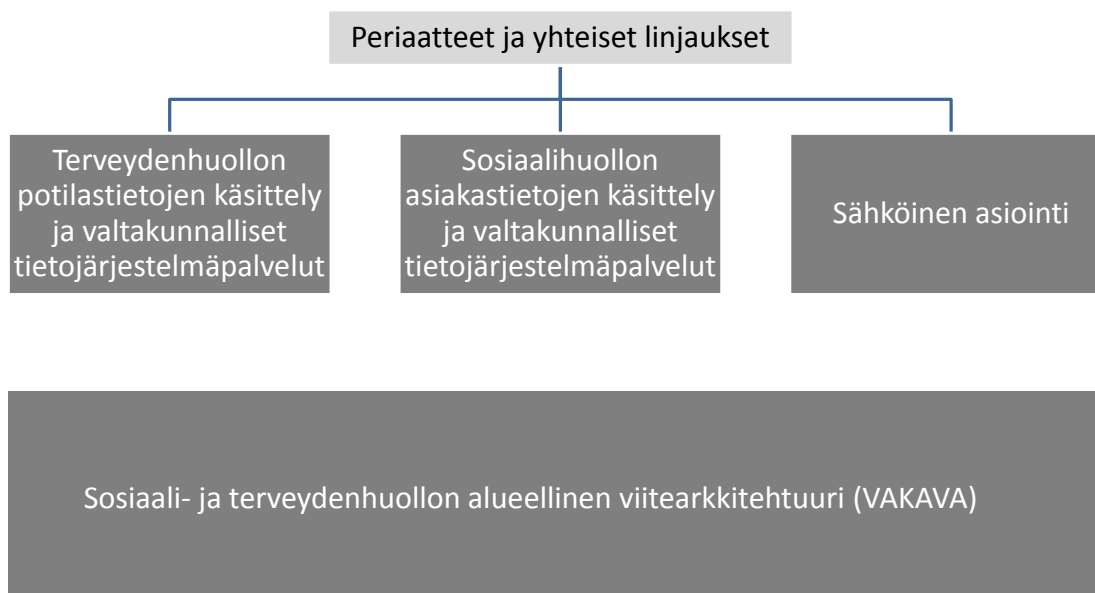
6.1 Valtakunnalliset sähköiset palvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa

Viveca Bergman

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) tiedonhallinnan strategian ”Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palveluiden tukena – sote-tieto hyötykäyttöön 2020” keskeinen tavoite on tukea kansalaisten aktiivisuutta oman hyvinvoinnin ylläpidossa ja edistää palvelujärjestelmän vaikuttavuutta paremman tiedonhallinnan ja sähköisten palveluiden avulla. Pitkätähitimen visiona on toimiva, valtakunnallisella ja paikallisella tasolla käyttäjiä ja asiakkaita palveleva tietojärjestelmäkokonaisuus, jossa asiakkaan tiedot ovat siellä missä asiakasta palvellaan. (Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 -strategia).

Viime vuosina on valtakunnallisesti edetty määrätietoisesti kohti visiota sekä terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujen että kansalaispalvelujen kehittämisen osalta. Kehittämisen lähtökohtana on ollut yhdenmukaistaa potilas- ja asiakastiedon sisältöjä ja käsittelyä sekä edistää tiedon saatavuutta ja hyödyntämistä. Kansallisilla ratkaisuilla turvataan terveydenhuollon ja sosiaalihuollon tietojen saatavuus yli sektorirajojen.

Tässä artikkelissa kuvataan kehitteillä olevia valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluita. Pääpaino on nykytilassa eli tuotannossa jo olevissa palveluissa (kuva 1).



Kuva 1. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen kokonaisarkkitehtuurin tavoitetilakuvaukset (Lähde: Huovila ym. 2015)

Kanta-palvelut

Sähköinen resepti, Lääketietokanta, Potilastiedon arkisto ja sen osana Tiedonhallintapalvelu sekä Omakanta ovat verraten uusia julkisia tietojärjestelmäpalveluja. Palveluja kutsutaan myös Kansallisen Terveysarkiston palveluiksi (Kanta-palvelut). Ne muodostavat lainsäädäntöön perustuvan palvelukokonaisuuden, joka tulee kansalaisten, terveydenhuollon ja apteekkien käyttöön vaiheittain vuosina 2010–2016. (www.kanta.fi).

Kanta-palvelut tulevat kaikkien ulottuville asuinpaikasta riippumatta. Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajat voivat käyttää sähköistä reseptiä ja Potilastiedon arkistoa, ja kaikilla Suomen apteekeilla on jo valmiudet toimittaa sähköisiä reseptejä.

Kansalaiselle muodostuu valtakunnallisissa Kanta-palveluissa vähitellen sähköinen potilastietojen kansio, johon koottua potilastietoa voi luovuttaa hoitavien terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttöön haluamassaan laajuudessa – ja käyttää tietoja myös itse. Keskeiset potilastiedot pysyvät tallessa ja seuraavat tietoturvallisesti potilasta sähköisessä muodossa, kun hän asioi missä terveydenhuollon palvelupisteessä hyvänsä. Potilas määrittelee aina itse, ketkä tietoja voivat katsoa. Kun olennainen tieto seuraa mukana ja on hoitavalla lääkärillä käytettävissä, hoidon jatkuvuus ja suunnitelmallisuus paranevat.

Kansalainen ei tarvitse tietokonetta käyttöönsä voidakseen hyödyntää Kanta-palveluja. Esimerkiksi reseptitiedot voi pyytää tulostamaan paperille terveydenhuollossa tai apteekissa. Jos henkilö käyttää verkkopankkia tai muita internet-palveluja, hän oppii varmasti käyttämään myös Kanta-palveluja.

Sähköinen resepti terveydenhuollossa

Sähköinen resepti helpottaa terveydenhuollon ammattilaisten työskentelyä. Potilaan reseptitietojen saaminen hoidon pohjaksi nopeuttaa työskentelyä ja auttaa kokonaislääkityksen hallinnassa. Potilas ja lääkäri näkevät molemmat, mitä lääkkeitä on aiemmin määrätty, ja kuinka paljon niitä on apteekista haettu.

Sähköisistä resepteistä muodostuu Reseptikeskukseen kansalaisen oma reseptikansio, joka on potilaan sekä kaikkien reseptikeskukseen liittyneiden terveydenhuollon toimintayksiköiden ja apteekkien saatavilla säädösten mukaisesti. Kaikki tiedonsiirto terveydenhuollon, apteekkien ja Reseptikeskuksen välillä tapahtuu salattuna. Jokaisen lääkkeen määrääjän ja lääkkeen toimittajan henkilöllisyys sekä oikeus kirjoittaa tai toimittaa resepti varmistetaan vahvaa sähköistä tunnistusta käyttäen. Sähköiset reseptit kirjoitetaan potilastietojärjestelmässä, ja ne allekirjoitetaan sähköisesti terveydenhuollon varmentajan ammattikortilla. Sähköinen allekirjoitus on luotettavampi kuin perinteinen allekirjoitus. Sitä ei voi väärentää, ja se takaa allekirjoitetun sisällön muuttumattomuuden. Sen avulla voidaan myöhemmin todentaa, kuka reseptin on kirjoittanut ja koska hän on sen tehnyt. Potilastietojärjestelmä lähettää reseptin Reseptikeskukseen. Siellä se on aina tallessa eikä sitä voi väärentää. Potilas saa potilasohjeen, joten resepti ei joudu hukkaan hänelläkään, koska potilasohje ei ole resepti. Potilaalla on edelleen mahdollisuus saada paperi-, puhelin- tai telefaksiresepti, jos hän ei halua sähköistä reseptiä. Paperiresepti kirjoitetaan myös, jos teknisen syyn vuoksi ei ole mahdollista kirjoittaa sähköistä reseptiä.

Potilastiedon arkisto

Potilastiedon arkisto on valtakunnallinen aktiivikäytössä oleva terveydenhuollon tietojärjestelmä, jota käytetään potilastietojärjestelmällä. Se mahdollistaa keskitetyn sähköisten potilastietojen arkistoinnin ja tietojen pitkäaikaisen säilyttämisen. Arkistolla on keskeinen rooli tietojen välittämisessä terveydenhuollon palvelujen antajien kesken. Kansalainen näkee terveydenhuollossa kirjattuja tietoja Omakanta-palvelun kautta.

Potilastiedon arkistoon tallentanut terveydenhuollon toimintayksikkö on tuottamiensa tietojen rekisterinpitäjä. Potilastiedon arkistoon kuuluu Tiedonhallintapalvelu, johon tallennettujen suostumuksenhallinta-asiakirjojen ja tahdonilmausten rekisterinpitäjä on Kansaneläkelaitos (Kela). Arkistoon tallennetut potilastiedot ovat tiedot tallentaneen rekisterinpitäjän käytettävissä. Jos potilastietoja haetaan toisen rekisterinpitäjän rekisteristä, kyseessä on luovutus, johon tarvitaan potilaan suostumus. Potilaan antama suostumus on voimassa toistaiseksi ja käsittää kaikki tietojärjestelmässä jo olevat ja myös siihen myöhemmin tallennettavat potilastiedot. Potilas voi kuitenkin rajata suostumuksen laajuutta erikseen tekemällään kiellolla, jonka voi kohdistaa tietyn palvelutapahtuman tai palvelujen antajan tietoihin. Ennen suostumuksen antamista

terveydenhuollossa kerrotaan potilaalle valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista, arkistointipalveluun tallennetuista tiedoista ja niiden käyttömahdollisuuksista sekä mahdollisuudesta rajoittaa tietojen luovutusta.

Potilastiedon arkiston loki- ja valvontapalvelujen avulla varmistetaan potilastietojen tietoturvallinen ja lainmukainen käyttö. Tietojärjestelmiä käyttävät henkilöt tunnistetaan, ja he kirjautuvat tietojärjestelmiin omalla, yksilöllisellä terveydenhuollon ammattikortilla. Kaikki tiedonsiirto terveydenhuollon ja potilastiedon arkiston välillä tapahtuu salattuna. Kaikesta potilastietojen käytöstä ja luovutuksista kirjataan lokitiedot, jotka mahdollistavat jälkivalvonnan.

Tiedonhallintapalvelu

Osana arkistointipalvelua ylläpidetään valtakunnallista potilastietojen Tiedonhallintapalvelua. Tiedonhallintapalveluun merkitään potilaan antama suostumus tietojen luovutukseen ja mahdolliset luovutuskiellot, sekä suostumuksen ja luovutuskieltojen peruutukset. Lisäksi palveluun tallennetaan tieto siitä, että potilasta on informoitu valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista. Tiedonhallintapalveluun tallennetaan potilaan hoidon kannalta merkityksellisiä tietoja, kuten hoitotahto tai potilaan kanta elinluovutuksiin. Palvelun kautta terveydenhuollon toimintayksiköt saavat lisäksi käyttöönsä potilaan keskeiset terveystiedot.

Omakanta

Omakanta on kansalaisille tarkoitettu henkilökohtainen internetpalvelu, josta yli 18-vuotias voi katsella omia sähköisiä resepti- ja potilastietojaan sekä tulostaa yhteenvedon sähköisistä resepteistä.

Omakannasta näkyy tietoja, kun potilaalle on kirjoitettu sähköinen resepti tai hänen potilastietojaan on tallennettu Potilastiedon arkistoon. Palvelusta näkee organisaatiotasolla, missä potilaan tietoja on katsottu tai käsitelty. Omakanta löytyy suoralla osoitteella www.omakanta.fi. Palveluun kirjaututaan tyypillisimmin omilla pankkitunnuksilla, mutta palveluun voi kirjautua myös HST-kortilla tai mobiilivarmenteella.

Sähköiset reseptit ja lääkeostot apteekkeissa näkyvät Omakannassa 2,5 vuotta siitä päivästä, jolloin sähköiset reseptit on kirjoitettu. Palvelusta ei näe paperi-, puhelin- tai faksireseptejä. Potilas voi pyytää yhteenvetotulosten resepteistään terveydenhuollosta lääkäriltä tai sairaanhoitajalta ja apteekista.

Omakannan kautta potilas näkee omat terveydenhuollossa kirjatut tietonsa. Hän voi tarkastella lähes kaikkia avohoidossa tallennettuja potilastietojaan. Jos potilas on osastohoidossa, Omakannasta näkee tallennettujen hoitotietojen yhteenvedon. Kaikkia päivittäishoidon tietoja ei palvelusta näy. Terveydenhuollon ammattilainen voi tarvittaessa hoidollisista syistä viivästyttää merkintöjen näkymisen Omakannassa. Terveystiedot näkyvät Omakannassa niin kauan, kuin niiden lakisääteinen säilytysaika edellyttää. Palvelusta näkee myös tiedot siitä, missä terveydenhuollon yksiköissä potilastietoja on käsitelty.

Omakannassa potilas voi antaa suostumuksensa omien terveystietojensa luovuttamiseen muiden terveydenhuollon palveluntarjoajien käyttöön Potilastiedon arkiston kautta. Jos lupa on, tietoja voidaan hyödyntää hoitotilanteissa. Potilas voi myös tehdä arkistoon tallennettuja terveystietoja koskevan luovutuskiellon. Potilas voi kieltää tietyn käynnin tietojen tai hoitajakson tietojen tai terveydenhuollon tietyn potilasrekisterin tietojen luovuttamisen. Tietojen luovutuskiellot koskevat myös sairaanhoitopiirin yhteisrekisterissä olevia tietoja, mikä estää tietojen luovutuksen myös yhteisrekisteriin kuuluvien organisaatioiden välillä. Yhteisrekisterissä kiellot koskevat kaikkia potilastietoja, ei vain Potilastiedon arkistoon tallennettuja tietoja.

Omakannassa voi myös tallentaa tahdonilmaisun omasta hoidostaan. Tahdonilmaisuja ovat hoitotahto ja elinluovutustahto. Toistaiseksi nämä tahdonilmaisut eivät välity potilastietojärjestelmiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettu web-reseptipalvelu (Kelain)

Kelain on Kelan toteuttama web-reseptipalvelu, joka mahdollistaa sähköisen reseptin laatimisen ja käsittelyn. Se on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ja ensivaiheessa niille lääkäreille ja hammaslääkäreille, joilla ei ole käytettävissään potilastietojärjestelmää tai reseptisovellusta.

Palvelua suunnitellaan ja toteutetaan parhaillaan. Tavoitteena on, että Kelaimella voidaan liittyä e-resepti-palveluun vuoden 2016 aikana. Hyvän käytettävyyden saavuttamiseksi yhteistyötä tehdään muiden muassa Suomen Lääkäriliiton kanssa.

Sosiaalihuollon tietojärjestelmät

Sosiaalihuollon tietojärjestelmiä on tähän asti kehitetty pääosin organisaatio- ja palvelukohtaisesti. Kaikilla palveluja järjestävillä tai tuottavilla organisaatioilla ei ole käytössään sähköistä tietojärjestelmää. Tämä on tyypillistä pienille julkisille toimijoille (pieni kunta) tai yksityiselle palveluntuottajalle. Lainsäädännössä ei ole määritelty toimijaa, jonka vastuulla olisi sosiaalihuollon tietojärjestelmien yhteensovittaminen, kuten se on määritelty sairaanhoitopiirin tehtäväksi terveydenhuollossa. Sosiaalihuollossa ei ole tyypillisesti alueellista toimintaa ainakaan kaikkien palveluiden osalta, joskin alueellisia yhteistoiminta-alueita on sovittu myös sosiaalipalveluissa viime vuosina. Sosiaalihuollossa asiakastiedon kirjaaminen on ollut pääasiassa vapaamuotoista ja asiakastieto on ollut vain paikallisesti saatavilla. Tietojärjestelmien välistä sähköistä tiedonsiirtoa organisaatioiden tai järjestelmien välillä ei ole juurikaan toteutettu. Myös sosiaalihuollon henkilökäsitteerit perustuvat paikallisiin toimintatapoihin. Tiedon luovutuskäytännöt vaihtelevat organisaatioittain. Sosiaalipalveluissa ei ole käytössä yhdenmukaista palvelujäsenystä. Vertailukelpoisen tiedon koonti on haasteellista. (Laaksonen ym., 2015)

Sosiaalihuollon tiedonhallinnan yhdenmukaistaminen ja valtakunnallinen kehittäminen käynnistettiin vuonna 2005 osana Sosiaalialan kehittämishanketta ja toteutettiin myöhemmin Tikesos-hankkeessa 2008–2011. Hankkeessa laaditut määrittelyt ja arkkitehtuurikuvaukset ovat luoneet kestävä pohjaa kehittää järjestelmällisesti arkkitehtuurin kaikkia osa-alueita. Tavoitella vuoteen 2020 saakka on kuvattu ”Sosiaalihuollon asiakastietojen käsittely ja valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut, Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen kokonaisarkkitehtuuri, Tavoitella 2020” -julkaisussa.

Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 -strategiassa yhtenä toimenpiteenä palvelujärjestelmän kehittämiseksi on esitetty sosiaalihuollon tietovarantoratkaisun toteuttamista osana Kanta-palveluja. Tämä tarkoittaa nojautumista terveydenhuollon valtakunnallisiin tietojärjestelmäpalveluihin sekä terveydenhuollossa jo tehtyihin määrittelyihin, toteutuksiin ja toimintamalleihin.

Strategian toimeenpanon kannalta keskeiset lakiuudistukset (Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 254/2015 ja Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain 10 ja 14 §:n muuttamisesta 255/2015) tulivat voimaan 1.4.2015. Uudistuksia ennakoiden on käynnistetty ”Sosiaalihuollon valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden ja määrämuotoisen kirjaamisen toimeenpanohanke vuosille 2014–2020 -hanke” (Kansa-hanke). Kansa-hankkeen tavoitteena on luoda yhdenmukainen asiakastietojen käsittely sekä keskitetty tietojen säilytys ja tiedonsaantipalvelu ammattilaisille ja asiakkaille. Näiden käyttöön otosta hyötyvät sosiaalihuollon asiakkaat, ammattilaiset sekä asiakirja- ja tietohallinto. Edellytyksenä on, että sosiaalihuollon palvelunantajien asiakastietojärjestelmät ovat yhteentoimivia sekä käyttävät avoimia rajapintoja, yhteisiä tietojärjestelmäpalveluja ja valtakunnallisia tietovarantoja.

Hankkeessa kehitetään ja otetaan käyttöön kaikissa sosiaalipalveluja tuottavissa yksityisissä ja julkisissa organisaatioissa asiakastiedon määrämuotoinen kirjaaminen sekä sosiaalihuollon valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut tiedon saatavuutta edistämään. Hankkeen toteutus jakautuu 7 osahankkeeseen, joissa luodaan edellytyksiä määrämuotoisen kirjaamisen ja valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttöön ottoon. Valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut otetaan käyttöön neljässä päävaiheessa, joista kaksi ensimmäistä vaihetta toteutetaan Kansa-hankkeen aikana vuoteen 2020 mennessä. Valtakunnallisesti määritellyt yhdenmukaiset asiakasasiakirjat tallennetaan sosiaalihuollon valtakunnalliseen asiakastiedon arkistoon. Asiakasasiakirjoja käytetään ja luovutetaan asiakastiedon arkistosta tietosuojasäännösten mukaisesti asiayhteyden perusteella. Keskeisimmät sosiaalihuollossa käyttöön otettavat sähköiset palvelut ovat Omakanta, sosiaalihuollon valtakunnallinen asiakastiedon arkisto ja tiedonhallintapalvelu sekä ammattilaisen käyttöliittymäpalvelut. Sosiaalihuollon asiakastiedon arkisto hoitaa myös asiakasasiakirjojen määräaikaissäilytyksen.

Tavoitetilassa asiakastietojen käsittely perustuu kansallisesti määritettyjen prosessien mukaiseen toimintatapaan, jota noudatetaan toimintayksiköstä riippumatta. Käytännössä asiakkaasta kirjataan samoja tietoja yhtenäisellä tavalla riippumatta siitä, missä palveluyksikössä asiakasta palvellaan. Määrämuotoisen kirjaamisen käyttöönotto tulee vaikuttamaan jokaisen sosiaalihuollon asiakastietoja käsittelevän henkilön toimintaan, kun dokumentoinnin käytännöt ja asiakirjarakenteet yhdenmukaistetaan. Ammattilaisten näkökulmasta keskitetty asiakastietojen säilyttäminen mahdollistaa sen, että kerran kerätty tieto on saatavilla aina, kun

sitä tarvitaan. Saatavuus vähentää päällekkäistä kirjaamista, eikä asiakkaan tarvitse selvittää aikaisempia tausta- tai historiatietoja moneen kertaan. Sosiaalihuollon asiakastyö tulee näkyvämmäksi asiakkaalle, ja asiakas pystyy osallistumaan oman asiansa hoitamiseen valtakunnallisten sähköisten palveluiden kautta. Asiakas myös näkee, minne häntä koskevia tietoja on luovutettu ja mitä asiakastietoa hänestä kirjataan. Asiakas hyötyy siitä, että hän tietää, mitä asioita ja miten hänen asioitaan hoidetaan sosiaalihuollossa. Asiakkaan ei myöskään tarvitse säilyttää itseään koskevia asiakirjoja paperisena, kun ne ovat aina saatavilla keskitetysti ja tietoturvaselvästi yhdestä paikasta.

Kansallisesti ohjatut toimintaprosessit vaikuttavat myös sosiaalipalveluja tuottavien organisaatioiden toimintatapaan. Valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttöönottojen myötä paikallisia tai alueellisia asiakastietoja käsittelevien tietojärjestelmien toiminnallisuuksia tullaan ohjaamaan valtakunnallisesti. Valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttöönotto edellyttää joko merkittäviä muutoksia nykyisiin sosiaalipalveluissa käytettäviin asiakastietojärjestelmiin tai uusien tietojärjestelmien käyttöönottoa.

Lähivuosina valtakunnallisten sosiaalihuollon tietojärjestelmien kokonaisarkkitehtuuriin vaikuttavat lainsäädäntöhankkeiden lisäksi sosiaali- ja terveystieteiden uudistaminen ja kuntauudistus. Myös palvelutoiminta tulee tiivistymään sosiaali- ja terveydenhuollon integrointia tavoittelevien poliittisten linjausten myötä.

SADe-ohjelmassa kehitetyt kansalais- ja muut palvelut

Omakannan lisäksi valtakunnallisia kansalaispalveluja on viime vuosien aikana kehitetty SADe-ohjelman puitteissa. (SADe Sote- Sosiaali- ja terveystieteiden sähköisen asiointin viitearkkitehtuuri, 2015). Näistä Omahoitopolut on julkaistu toukokuussa 2015. Palveluvaaka on julkaistu syksyllä 2015 ja sisältöä täydennetään parhaillaan. Kirjoitushetkellä palvelujen ja määrittelyiden ylläpidosta ei ole tehty sitovia päätöksiä.

Kehitettyjen kansalaispalvelujen avulla pyritään tukemaan kansalaisia oman hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi, hoito- tai palveluyksikön valinnassa ja palveluun hakeutumisessa. Palvelukokonaisuudessa toteutetut verkkopalvelut tarjoavat keinovalikoiman ja työkalut myös ammattilaiselle.

Omahoitopolut.fi

Omahoitopolut.fi on kansalaisille suunnattu verkkopalvelu, josta löytyy luotettavaa tietoa ja testejä terveydestä ja hyvinvoinnista. Myös ammattilaiset voivat hyödyntää palvelua esimerkiksi elintapaohjauksessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on tuottanut palvelun tietosisällön yhdessä eri yhteistyökumppanien kanssa. Omahoitopolut.fi keskittyy ensinnäkin neljään eri asiakaspainopistealueeseen:

- Lasten terveen kasvun tukeminen (lihavuuden ehkäisy)
- Päihdeongelmien ehkäisy ja mielenterveyden edistäminen
- Valtimosairauksien ehkäisy
- Ikäihmisten toimintakyvyn ylläpito

Päihteet ja mielenterveysosiossa (<https://www.omahoitopolut.fi/web/paihteet-ja-mielenterveys>) kansalainen voi kartoittaa omaa psyykkistä hyvinvointia lyhyen kyselyn avulla. Kyselyssä on mukana myös päihteiden käyttöä selvittävä kysymys. Vastausten perusteella henkilö ohjataan avun ja tiedon lähteisiin. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa vain pari minuuttia.

Omahoitopolut.fi -verkkopalvelu on toteutettu avoimilla rajapinnoilla, joten palvelu on integroitavissa muihin kansallisiin sähköisiin palveluratkaisuihin lähitulevaisuudessa.

Palveluvaaka ja kansallinen palveluhakemisto

Palveluvaaka.fi -verkkopalvelussa kansalainen voi etsiä, verrata ja arvioida sosiaali- ja terveystieteiden palveluja ja palveluntuottajia. Uudistettu Palveluvaaka.fi on otettu käyttöön vuonna 2015 ja siinä hyödynnetään kansallisen palveluhakemiston tietoja organisaatio-, toimipaikka- ja palvelutietojen osalta. Palveluvaaka tukee vuoden 2014 alusta laajentunutta kansalaisen vapautta valita hoitopaikkansa. Palveluntuottajat pääsevät itse ylläpitämään tietojään Palveluvaakaan kytketyssä palveluhakemistossa ja siten varmistamaan niiden ajan tasaisuuden. Toistaiseksi palveluhakemistoon viedään vain luvanvaraisten palveluntuottajien perustiedot. Näiden lisäksi palveluhakemistoon on tarkoitus viedä asiakaspalvelu- ja asiointitiedot (aukioloajat, asiointin esteettömyys), palveluprosessin tiedot (tarvitaanko ajanvarausta, voiko tulla suoraan), tiedot sähköisistä

palveluista (ajanvaraus, sähköinen yhteydenottolomake), laatu tiedot (palveluiden saatavuus, erikoissairaanhoidon vaikuttavuus, potilasturvallisuus ja kansallisten asiakaspalauteselvitysten tulokset) sekä Palveluvaakaan annettujen asiakasarvioiden tulokset.

Palveluvaaka- ja palveluhakemistokokonaisuus on tällä hetkellä THL:n ylläpitämä tietojärjestelmäpalvelu. Palvelussa on avoimet rajapinnat palveluhakemistotietojen alueellista hyödyntämistä ja ylläpitoa varten. Palvelua pilotoidaan SADeHyvis -projektissa.

Palautepalvelut – kansalliset asiakaspalautekyselyt

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat voivat jatkossa vastata sähköisesti toteutettaviin, koko maan kattaviin asiakaspalautekyselyihin. Kyselyt toteutetaan THL:n toimesta yhteistyössä terveyskeskusten kanssa parillisten vuosien syksyisin. Kyselyjen tulokset julkaistaan Palveluvaaka.fi -verkkopalvelussa. Kyselyihin osallistuneet yksiköt näkevät omat tuloksensa myös THL:n raportointipalvelun kautta. Kansallisissa mittareissa on kussakin lisäksi erityisiä väittämiä, esimerkiksi neuvolamittarissa pyydetään arvioimaan, kuinka neuvolan henkilökunta onnistui raskauden seurantaan ja lapsen kehitykseen liittyvissä asioissa.

Vuonna 2014 lasten- ja äitiysneuvoloiden kysely toteutettiin jo koko maan laajuisena ja suun terveydenhuollon kysely toteutettiin noin 50 suurimmassa kaupungissa/kuntayhtymässä. Suun terveydenhuollon kysely leviää koko maahan 2016 ja terveysasemien sairaanhoidon vastaanottojen kysely toteutetaan sähköisenä ainakin 12 isoimman kaupungin terveysasemilla. Myös ikääntyneiden palveluja kartoittava asiakaskysely toteutetaan asteittain 2016 alkaen.

Sähköinen ajanvaraus

Valtakunnallisten palvelujen kehittämisen rinnalla on tehty kehitystyötä kansallisesti määriteltävien, mutta alueellisesti toteutettavien palvelujen osalta.

SADeHyvis-kumppanipilottiprojektissa toteutetaan Hyvis-alueille (Etelä-Karjala, Etelä-Pohjanmaa, Etelä-Savo, Itä-Savo, Kanta-Häme, Keski-Suomi, Kymenlaakso ja Päijät-Häme) hoitoon hakeutumisen ja kansalaisen ajanvarauspalvelut. Sähköisen ajanvarauksen projekti on luonteeltaan tukiprojekti, jonka tavoitteena on tukea kansallisten toimenpiteiden ja määritysten toteutusta sekä varmistaa SADeHyviksessä tehtävien alueellisten investointien ja kehitettävien ratkaisujen kansallinen hyödynnettävyys. Yhteistyössä toteutetaan ajanvarauksen tietomäärittelyt sekä rajapinta- ja yhteentoimivuusmäärittelyt.

Tukiprojektissa valmistuvat ajanvarausasiakirjan määrittelyyn liittyvät koodistot, joista esimerkkinä ovat tietosisältö ja yhteyshenkilön tyyppi. Edellä mainitut koodistot on julkaistu lokakuussa 2015 THL:n sisältövastuulla olevalla koodistopalvelimella. Sosiaali- ja terveysalan palvelunimikkeistön ja muiden parhaillaan käsittelyssä olevien koodistojen julkaisutavoite on marraskuussa 2015. Tukiprojektin tavoitteena on näin auttaa SADeHyvistä varmistamalla tulosten ja hyötyjen toteutuminen sekä kansallinen levitettävyys.

Turvallinen viestinvälitys

Kahdessa valtionavusteisessa yhteistyöprojektissa on kehitetty turvallista sähköistä viestinvälitystä asiakkaiden ja palveluorganisaatioiden välillä; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) pilotoima Kansalaisen asiointitili sekä Lohjan kaupungin hallinnoima @Sosiaalipalvelut -hanke, jossa on mukana Lohjan kaupungin lisäksi Sosiaalitalo Oy sekä viisi muuta sosiaalialan osaamiskeskusta.

Turvallisen viestinvälityksen tukiprojektissa on tuettu viestinvälityksen toiminnallisten sekä arkkitehtuuri- ja yhteentoimivuusvaatimusten määrittelytyötä sekä koottu yhteen sosiaali- ja terveysalan erityiset asiointitiliä koskevat kehittämisvaatimukset, jotka Valtori huomioi asiointitilin uudistamisen yhteydessä 2015–2017. Tarkoituksena on ollut auttaa edellä mainittuja yhteistyöprojekteja turvallisen viestinvälitykseen liittyvien sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvaatimusten määrittelyssä, palveluiden toteutuksessa sekä käyttöönnoton ja levittämisen suunnittelussa.

Spontaani palaute

Spontaanin palautteen kansalliset määrittelyt valmistuivat huhtikuussa 2014. Ne tarjoavat keskeiset määrittelyt spontaanin palautteen hallinnan alueelliselle kehittämiselle kansallisen toimintamallin muodossa.

Spontaanin palautteen kansallisten määrittelyiden perusteella toteutettava ratkaisu otetaan käyttöön SADe-Hyvis-hankkeessa. Kansallisten määrittelyiden ja SADeHyviksessä tehtävän työn ja kokemusten perusteella kansalliseen levitykseen valmistuu yleinen toimintamalliohjeistus, jota muut organisaatiot voivat käyttää tukena ja mallina spontaanin palautteen käsittelyjärjestelmää kehittäessään.

Lisätietoja verkkosivuilta

Kela: www.kela.fi

Omahoitopolut: <https://www.omahoitopolut.fi/>

Palveluvaaka: <https://www.palveluvaaka.fi/>

Lähteet

- Huovila, M., Aaltonen, A., Porrasmaa, J., Laaksonen, M. & Korhonen, M. (2015). Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen kokonaisarkkitehtuuri - Periaatteet ja yhteiset linjaukset. THL Ohjaus 2015_012. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-531-8>.
- Huovila, M., Aaltonen, A., Hyppönen, K., Porrasmaa, J.; Vuokko, R. & Jalonen, M. (2015). Terveystietojen käsittely ja valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut 2016 - Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen kokonaisarkkitehtuuri. THL Ohjaus 2015_010. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-525-7>.
- Kanta. <http://www.kanta.fi/fi/web/ammattilaisille>.
- Laaksonen, M., Aaltonen, A., Hyppönen, K., Huovila, M., Peksiö, T., Suhonen, M. & Wahlroos, M. (2015). Sosiaalihuollon asiakastietojen käsittely ja valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut - Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen kokonaisarkkitehtuuri, Tavoitela 2020 v. 1.0, THL Ohjaus: 2015_009. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-515-8>.
- Laaksonen, M., Berglind, H., Huovila, M., Hyppönen, K. & Peksiö, T. (2015). Sosiaalihuollon valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen ja määrämuotoisen kirjaamisen toimeenpanohanke (Kansa-hanke) Hankesuunnitelma vuosille 2014–2020.
- SADe Sote Sosiaali- ja terveysalan sähköisen asioinnin viitearkkitehtuuri, Luonnos v 0.8. (2015).
- Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena - Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. (2014). STM. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3548-8>.

6.2 Mielenterveys-RAI:sta hyötyä mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa?

Britta Sohlman, Tiina Puotiniemi

Johdanto

RAI-järjestelmä on kansainvälinen tiedonkeruun ja havainnoinnin väline, joka on tarkoitettu asiakkaan hoidon-/ palvelutarpeen (terveys ja sosiaalinen tilanne) arviointiin sekä hoito- kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen (Finne-Soveri, 2015). RAI on myös laadun ja kustannus-vaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä. RAI on Suomessa saanut vankan jalansijan ikääntyneiden laitos- ja kotihoidossa. Mielenterveystyöhön on myös kehitetty RAI-työvälineet ja niitä on Suomessa käytössä noin parissakymmenessä erilaisessa ja erikokoisessa organisaatiossa. Tässä artikkelissa keskitymme interRAI-CMHn antamiin mahdollisuuksiin mielenterveyskuntoutujien asu-mispalveluissa, niin mielenterveyskuntoutujan kuin palveluja tuottavan yksikön näkökulmasta.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut on merkittävä osa mielenterveyspalvelujen kokonaisuutta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa oli vuoden 2013 lopussa 7 962 asiakasta. Vuosien ajan asumispalveluissa olevien määrä on lisääntynyt, mutta vuoden 2013 asiakkaiden määrä oli 0,6 prosenttia edellisestä vuodesta pienempi. Yhdistykset ja yritykset tuottavat mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista noin 90

prosenttia. Kunnat ja kuntayhtymät ovat lisänneet viime vuosina omaa tuotantoaan, mutta osuus koko tuotannosta ei ole oleellisesti muuttunut. (THL, Sotkanet.) Kansallisen Mieli 2009 -ohjelmassa arvioidaan, että ohjelmakaudella 2009–2015 psykiatrisesta sairaalahoidosta vähenee 1600 sairaansijaa, mikä edellyttää asumisen ja sitä tukevien palvelujen lisäämistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Myös Asumisen ja rahoittamisen kehittämiskeskuksen (ARA) 2011 tekemässä asuntomarkkinakyselyssä kunnat toivat esiin tarpeensa saada lähivuosina mielenterveyskuntoutujille lisää sekä tukiasuntoja että palvelu- ja tehostettuja palveluasuntoja (Ympäristöministeriö 2012).

Asumispalveluiden haasteita

Käytämme tässä artikkelissa palveluasumisesta ja kuntoutuskodista käsitettä asumispalvelut. Hoito- ja palvelusuunnitelmalla viitataan kaikkiin mielenterveyskuntoutujalle asumispalveluissa tehtäviin suunnitelmiin kuten kuntoutussuunnitelmaan. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista on esitetty huolestuneita kommentteja esimerkiksi hoidon laadusta, palvelusuunnitelmien laadinnasta ja seurannasta, kuntoutujien asumisesta liian tuetuissa asumismuodoissa ja riittämättömästä valvonnasta. Hoidon laatua on kyseenalaistanut esimerkiksi Suomen psykiatryhdistyksen puheenjohtaja Minna Valkonen-Korhonen. Psykiatryhdistys on kiinnittänyt huomiota kuntoutuskotien hoidon laatuun. Palveluja ostetaan lähinnä hinnan perusteella (Jauhiainen 2014). Useimmat mielenterveyskuntoutajat saavat tukea ja apua arkipäivän toimintoihin, mutta liian vähän kuntoutumiseen ja itsenäiseen asumiseen tukevaa hoitoa (ks. Priebe ym. 2009). Mielenterveyden keskusliiton tekemän mielenterveysbarometri 2013 mukaan noin puolet kuntoutujista, omaisista ja ammattilaisista kokivat kuntoutuskodit ja asumispalveluyksiköt säilyttävinä (Mielenterveyden keskusliitto 2013). Myös Särkiniemen (Särkiniemi 2011) tutkimustuloksissa tuli esille säilyttävä hoito ja kuntouttavan työotteen puute.

Toinen mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen yhteydessä esitetty huoli liittyy asukkaan palvelutarpeiden arviointiin ja hoito- ja palvelusuunnitelmien laadintaan. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskevassa kehittämissuosituksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007) todetaan, että kuntoutujan palvelutarpeet tulee arvioida yksilöllisesti. Hoito- ja palvelusuunnitelma tulee laatia asiakkaalle ennen asumispalveluihin sijoittamista ja sitä tulee päivittää tarpeen mukaisesti. (Valvira 2012). Ongelmana on, ettei suunnitelmia päivitetä. Myös toteuttamisessa ja arvioinnissa olisi kehittämisen varaa. (Särkiniemi 2011) Kun mielenterveyskuntoutujan tuen ja palvelujen tarvetta ei ole huolellisesti kartoitettu, niin seurauksena on tueltaan väärin mitoitettu asumispalveluyksikkö. Osa mielenterveyskuntoutujista on liian tuetussa asumisessa (Määttä 2012, Törmä ym. 2014) ja osa riittämättömästi tuetussa asumispalveluyksikössä. Toisaalta on vaikeuksia löytää ne mielenterveyskuntoutajat, jotka kipeimmin tarvitsisivat tuettua asumista (Kettunen 2011).

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen laadun arviointi ei voi olla ainoastaan ulkopuolisen valvonnan varassa, vaan omavalvonnalla on merkittävä osuus siinä. Omavalvonta on osa yksikön toiminnan kehittämistä ja laadunhallintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, Valvira 2012). Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) on yhteistyössä aluevalvontavirastojen (AVIt) kanssa laatinut valvontaohjelman mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautisiin asumispalveluihin sekä päihdehuollon laitoshoidon. Ohjelman tavoitteena on yhdenmukaistaa päihdehuollon- ja mielenterveysasiakkaiden asumispalveluihin liittyvät valvonnan menettelytavat ja ratkaisut aluehallintovirastoissa. Ohjelmaa sovelletaan sekä julkisiin että yksityisiin mielenterveys- ja päihdehuollon asumispalveluyksiköiden sekä päihdehuoltolaitosten valvontaan/palveluihin yhdenmukaisesti. (Valvira 2012) Omavalvonnan tavoitteena on, että johdolla ja käytännön työntekijöillä on yhteinen käsitys palvelun riskeistä ja kehittämistarpeista (Suomen Kuntaliitto 2012).

Asumispalvelujen valvonnan ohjeistamisesta huolimatta koetaan, että tarvittaisiin lisää valvontaa. Mielenterveysbarometrin 2013 (Mielenterveyden keskusliitto 2013) mukaan kuntoutujista ja heidän omaisistaan yli 80 prosenttia koki, että kuntoutuskotien ja asumispalveluyksiköiden laatua tulisi valvoa nykyistä paremmin. Mielenterveystyön ammattilaisista kolme neljästä edellyttäisi ainakin jonkin verran tarkempaa kontrollia. Joensuun kaupungin tekemän selvityksen mukaan asumispalveluiden arviointi ja valvonta voisi olla strukturoidumpaa (Joensuun kaupunki 2013). Osana asumispalvelujen arviointia ja valvontaa tulee

kiinnittää enemmän huomiota myös siihen, miten kuntoutujien kuntoutumisen edistämistä arvioidaan ja palvelujen vaikuttavuutta arvioidaan (Nordling ym. 2008, Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009).

RAI-järjestelmä

Edellä mainittujen asioiden yhteydessä on usein mainittu, että käytettävissä ei ole sopivia arviointivälineitä. Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelman mukaan (WHO 2013) jäsenvaltioiden tulisi perustaa yhtenäisiä arviointikäytäntöjä mielenterveys- ja sosiaalipalvelujen toimijoiden välille. Yksi mahdollinen tällainen väline on mielenterveysRAI-järjestelmä, joka on osa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) hallinnoimaa RAI-järjestelmää.

RAI-järjestelmä on alun perin Yhdysvalloissa 1980-luvulla ikäihmisten laitoshoidon luotu järjestelmä (Hawes ym. 1997). Tällä hetkellä RAI-järjestelmiä on kehitetty erilaisiin toimintaympäristöihin, kuten kotihoitoon, akuuttihoitoon, kehitysvammaisten palveluihin sekä lasten ja nuorten mielenterveystyöhön. RAI-järjestelmän copyright-oikeudet omistaa voitto tavoittelematon tutkijayhteisö, interRAI (www.interrai.org). Tutkijayhteisössä on jäseniä yli kolmestakymmenestä maasta mm. Suomesta. Kaikki RAI-työvälineet koostuvat standardoiduista kysymyslomakkeista, kysymysten sisältöä täsmentävistä käsikirjoista sekä apuvälineistä (Clinical Assessment Protocols, CAPs), jotka auttavat yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa. RAI-järjestelmät on kehitetty ensisijaisesti henkilön tarpeiden ja hoidon/palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Yksittäisistä RAI-arviointitiedoista kootaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimesta kansallinen tietovaranto. Tämä mahdollistaa vertailukehittämisen yksikkö-, organisaatio- ja kuntatasolla. (ks. Hirdes ym. 2002, www.interrai.org, www.thl.fi/finrai).

Mielenterveystyöhön on kehitetty kolme interRAI-työvälinettä erilaisiin toimintaympäristöihin: interRAI-ESP, interRAI-MH ja interRAI-CMH (Hirdes ym. 2000, Hirdes ym. 2002). InterRAI-ESP (Emergency Screener for Psychiatry) on työväline tilanteisiin, joissa on tarpeen saada nopea arvio potilaan itsemurha-alttiudesta, väkivallan uhasta ja kyvystä huolehtia itsestä (Rabinowitz ym. 2013). InterRAI-MH (Mental Health) on tarkoitettu käytettäväksi mielenterveystyön ympärivuorokautisessa hoidossa, lähinnä sairaalahoidossa, mutta Suomessa sitä käytetään jonkin verran mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa (Hirdes ym. 2010a). InterRAI-CMH (Community Mental Health) -mielenterveystyön avohoito -työväline on tarkoitettu avohoidossa olevan henkilön kotona selviytymisen arviointiin ja soveltuu käytettäväksi mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa (Hirdes ym. 2010b).

Kaikissa interRAI-työvälineissä on joukko yhteisiä kysymyksiä, jotka edistävät tiedon kulkua eri toimijoiden välillä. MielenterveysRAI-lomakkeissa avohoidon ja akuuttitilanteen arviointilomakkeet pohjautuvat suurelta osin interRAI-MH -arviointilomakkeeseen. Esimerkiksi interRAI-MH -lomakkeessa yli 80 prosenttia kysymyksistä on samoja kuin interRAI-CMH -lomakkeessa. (Gray ym. 2009.)

Mielenterveys-RAIn tavoitteena on saada kokonaiskuva henkilön tarpeista ja voimavaroista hoidon ja palvelujen suunnittelun avuksi. InterRAI-CMH -arviointin osa-alueet kattavat psyykkisen, fyysisen, sosiaalisen toimintakyvyn sekä muistin ja ajattelun toiminnan. Lisäksi kartoitetaan palvelujen käyttöä ja ympäristöä. Mielenterveys-RAI-arviointi tehdään yhdessä henkilön, hänen omaistensa ja hoitohenkilökunnan kanssa keskustellen, havainnoimalla potilaan toimintaa, käyttäytymistä ja vuorovaikutusta. Lisäksi tietoa saadaan eri dokumenteista, kuten läheteestä ja potilasasiakirjoista. RAI-arviointi perustuu viime kädessä arvioijan ammatilliseen arviointikykyyn lukuun ottamatta muutamaa kysymystä, joihin kirjataan potilaan suora ilmaisu. (ks. Hirdes 2010a,b, Rabinowithz ym. 2013.)

Arviointilomakkeet ovat sähköisessä muodossa, joten RAI-arviointiin sisältyvät mittarit, tunnusluvut ja hoidon apuvälineet (CAPsit) ovat heti ammattilaisen käytettävissä. Psykkisen toimintakyvyn mittareita ovat mm. kyky huolehtia itsestä, todennäköisyys vahingoittaa itseä tai muita. Avohoidon RAI-arviointiin sisältyy 21 CAPsia, joista mainittakoon sosiaaliset suhteet (henkilöllä on sosiaalista eristäytymistä ja häiriöitä perhesuhteissa tai henkilöllä ongelmia läheisissä ystävyyssuhteissa). (Hirdes ym. 2011.)

Esimerkkejä interRAI-CMH -arvioinnin käytöstä

Tässä esitämme muutamaa esimerkkiä käyttäen THL:ään kertynyttä interRAI-CMH -tietovarantoa. Olemme valinneet aineistoon viiden erikokoisen asumispalveluyksikön arvioinnit vuosilta 2013–2014. Tässä osaineistossa oli 1855 arviointia, osalla asukkaista voi olla useita arviointeja. Miehiä aineistossa oli 53 prosenttia, alle 45-vuotiaita oli 22 prosenttia ja yli 64-vuotiaita myös oli 22 prosenttia. Taulukossa 1. on kuvattu joillain interRAI-CMH -mittareilla asukkaiden psyykkistä, fyysistä, sosiaalista, kognitiivista toimintakykyä ja terveydentilan vakautta tässä osajoukossa.

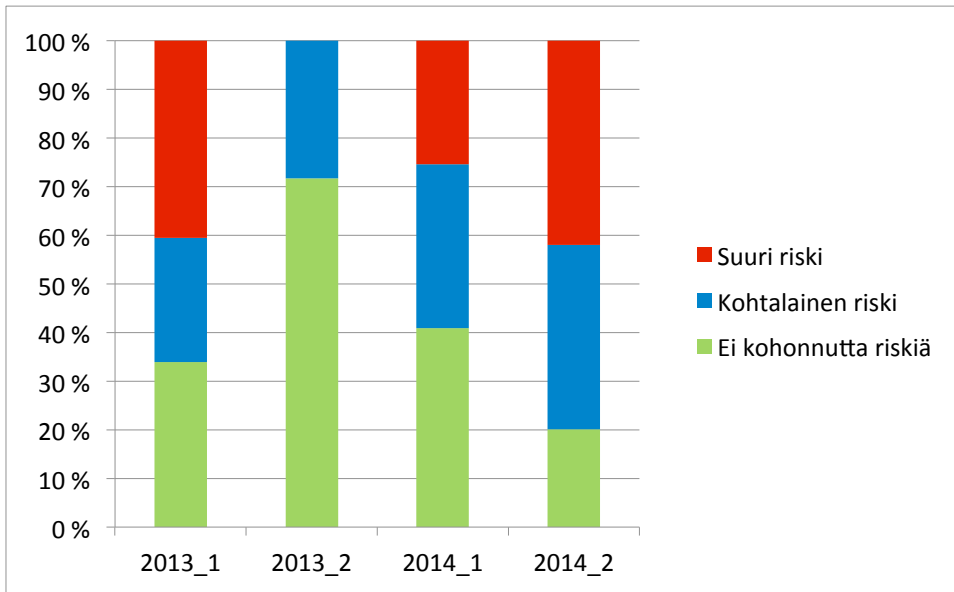
- ”Itsearvioitu mieliala, (Depression Rating Scale_Self Rated, DRS-SR)” -mittari pohjaa asukkaan omiin arvioihin kokemistaan tunteista, jotka ovat: ”Etteivät yleensä mielihyvää tuottavat asiat”, ”Ahdistuneisuutta, rauhattomuutta, jännittyneisyyttä” ja ”Surullisuutta, masentuneisuutta, toivottomuutta”. Tämä on esimerkki kysymyksistä, joissa ei huomioida työntekijöiden tai omaisten mielipiteitä.
- ”Todennäköisyys vahingoittaa toisia (Risk to harm to others, RHO)” -mittari koostuu ”Poliisi on puutunut henkilön asioihin”, ”Olosuhteet, joihin poliisin toimenpiteet liittyvät”, ”Väkivaltaiset teot”, ”Muiden pelottelu tai väkivallalla uhkaileminen”, ”Muihin kohdistuva väkivalta”, ”Harhaluulo”, ”Vaikeus nukahtaa tai pysyä unessa; herää liian aikaisin, aikainen herääminen, rauhaton nukkuminen, herätessä ei levännyt olo”, ”Uniongelmat, jotka liittyvät hypomaniaan tai maniaan”, ”Kyky ymmärtää omaa mielen terveysongelmaa”, ”Hallusinaatiot, aistiharhat”, ”Käskävät aistiharhat”, ”Poikkeava epänormaali ajatuksenkulku”, ”Karkea kielenkäyttö”, ”Pahoimpitely”, ”Sosiaalisesti sopimaton tai häiritsevä käyttäytyminen”, ”Hoitotoimien vastustelu”. ”Muiden vahingoittaminen -CAP muodostuu tästä mittarista.
- ”Henkilöllä on vahva ja kannustava suhde perheeseen” on yksittäinen kysymys henkilön voimavaroista. InterRAI-CMH -lomaketta on päivitetty ja on käytössä uusimmassa RAI-ohjelmistoversiossa. Päivityksessä lomakkeeseen lisättiin kysymyksiä aloitekyvystä ja osallistumisesta ja näistä muodostuu ”Sosiaalisen osallistumisen” -mittari.
- ”ADL_hierarkkinen” on päivittäistä suoriutumista mittaavan neljän kysymyksen hierarkkinen mittari. Kysymykset ovat ”Henkilökohtainen hygienia”, ”Liikkuminen”, ”WC:n käyttö” ja ”Syöminen”.
- ”Kognitio (Cognitive Performance Scale, CPS)” on älyllisiä toimintoja kuten muistia ja päätöksentekokykyä mittaava mittari, joka koostuu kysymyksistä ”Lyhytaikaismuisti”, ”Ymmärretyksi tuleminen”, ”Päätöksentekokyky” ja ”Kyky syödä itse”.
- ”Epävakaata terveydentilaa (Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs, CHESS)” -mittarilla arvioidaan terveydentilan vakautta kahdeksan oireen esiintymisen perusteella: ”Päätöksentekokyvyn muuttuminen” ja ”ADL:n muuttuminen” verrattuna tilanteeseen 90 päivää sitten (tai viimeisen arvioinnin jälkeen), ”Hengenahdistus”, ”5 % tai suurempi painonpudotus viimeisen 30 päivän ajalta tai 10 % tai enemmän viimeisen 180 päivän aikana”, ”Nesteen nauttiminen vähäisempää kuin 1000 ml/vrk”, ”Ruuan tai nesteen nauttiminen vähentynyt normaaliin verrattuna”, ”Oksentelu” ja ”Perifeerinen turvotus”.

Taulukossa 1 esitetyt toimintakykyä ja vointia kuvaavat tekijät ovat välittömästi RAI-arvioinnin jälkeen käytettävissä asukkaan hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. Asumispalveluyksikköön tulleelle asukkaalle tulisi tehdä suosituksen mukaan ensimmäinen RAI-arviointi kolmen ensimmäisen viikon aikana. Seuranta-arvioinnit tehdään voinnin oleellisesti muuttuessa tai kuuden kuukauden välein ja juuri ennen uloskirjoitusta asumispalveluyksiköstä. RAI-arvioinnit tulisi tehdä ennen hoito- ja palvelusuunnitelman tekoa/päivitystä arviointitietojen hyödynnettävyyden vuoksi. Kun tehdään seuranta-arviointi, niin ohjelmisto tuottaa tietoa siitä, miten asukkaan vointi on muuttunut kahden tai useamman arvioinnin välillä. RAI-arviointi antaa kokonaiskuvan asukkaan tilanteesta. RAI-arviointi antaa tietoa mm. siitä, miten tuettua asumista henkilö tarvitsee.

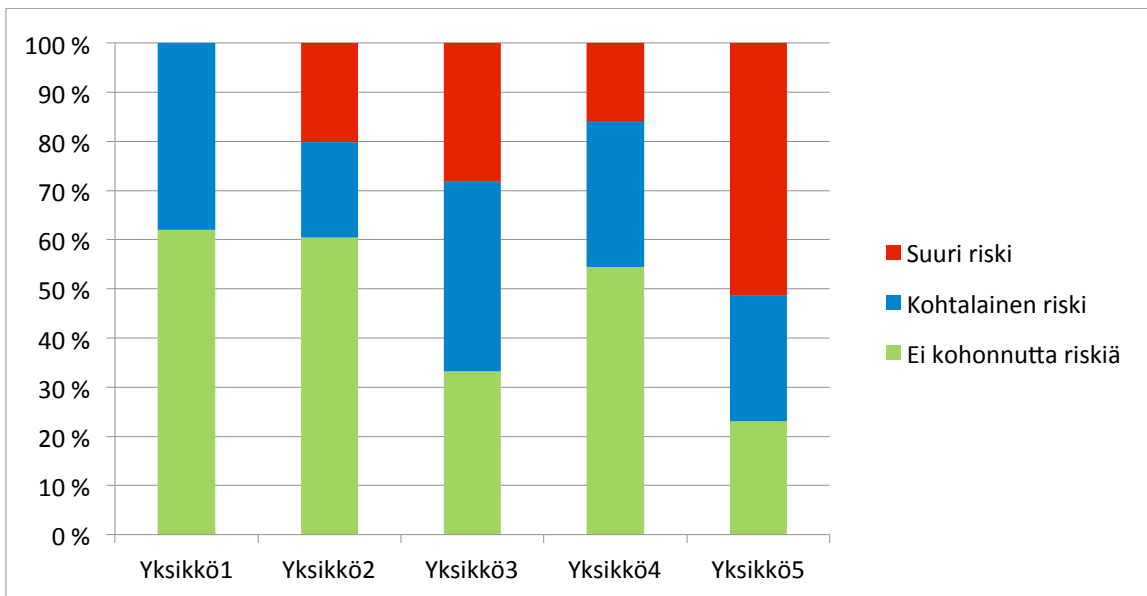
Taulukko 1. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa olevien toimintakyky

Mittari	N	%
Itsearvioitu mieliala (0-9)		
Hyvä, 0	443	28.1
Kohtalainen, 1-3	519	33.0
Huono, 4-6	409	26.0
Erittäin huono, 7-9	204	13.0
Yhteensä	1575	100.0
Todennäköisyys vahingoittaa muita (0-6)		
Ei todennäköistä, 0-2	970	52.4
Kohtalainen todennäköisyys, 3-4	801	43.2
Suuri todennäköisyys, 5-6	82	4.4
Yhteensä	1853	100.0
Henkilöllä on vahva ja kannustava suhde perheeseen		
Ei	1016	54.77
Kyllä	839	45.23
ADL_hierarkkinen (0-6)		
Itsenäinen, 0	982	52.9
Apua vain valmistelussa, 1	690	37.2
Seurantaa, 2	88	4.7
Rajoitetusti apua tai enemmän, 3-6	95	5.1
Yhteensä	1855	100.0
Kognitio (muistin ja ajattelun ongelmat) (0-6)		
Ei kognitiivista häiriötä, 0	259	14.0
Rajatilainen kognitiivinen häiriö, 1	619	33.4
Kognition lievä heikkeneminen, 2	615	33.2
Kognition keskivaikkea heikkeneminen, 3	264	14.2
Vähintään keskivaikkeasti heikentynyt, 4-6	98	5.3
Yhteensä	1855	100.0
Epävakaa terveydentila (0-4)		
Vakaa terveydentila 0	844	45.5
Melko vakaa terveydentila 1	654	35.26
Epävakaa terveydentila, 2	272	14.66
Hyvin epävakaa terveydentila, 3-4	85	4.58

Tehokkaat asumispalvelut vastaavat asukkaan tarpeisiin ja tuottaa laadukkaita palveluja. Asumispalveluiden kehittäminen tarvitsee tuekseen monipuolista ja luotettavaa arviointi- ja seurantajärjestelmää. Maailmalla on enenevässä määrin kehitetty järjestelmiä, joilla rutiininomaisesti kerätään tietoja toiminnan tuloksista (ks. Knaup ym. 2009, Carlier ym. 2012). MielenterveysRAI-arviointi on ensisijaisesti asukkaan arviointiin tarkoitettu työväline, mutta se tuottaa tietoa samalla yksikön ja koko organisaation toiminnasta. Näin ollen sen tuottama tieto on säännöllistä ja tavanomaisen toiminnan osana kertyvää. Kuviossa 1 on esitetty, miten RHO-mittarilla arvioiden riski vahingoittaa toisia jakautuu yhdessä asumispalveluyksikössä neljässä puolivuotisaineistossa. Kuviossa 2 on esitetty, miten RHO-mittarilla arvioiden riski vahingoittaa toisia jakautuu eri asumisyksiköissä ajanjaksolla 2013–2014.



Kuvio 1. Toisten vahingoittamisen riski asumisyksikössä neljässä puolivuotisaineistossa



Kuvio 2. Toisten vahingoittamisen riski eri asumisyksiköissä

MielenterveysRAIhin on Kanadassa kehitetty potilasrakenneluokitus The System for Classification of In-Patient Psychiatry, SCIPP (Hirdes ym. 2003). Kaavio on kuvattu interRAIn [www-sivuilla](http://www.interRAI.com). Luokitus on hierarkkinen, jonka lähtökohtana on seitsemän diagnoosiluokkaa lähtien liikkeelle ”Skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt” -diagnooseista. Diagnoosin jälkeen luokitus etenee tarkastellen RAI-arviointitietoja, kuten hoitoaikaa, yksittäisiä kysymyksiä ja mittareita. Potilasrakenneluokkia on yhteensä 47, joille on määriteltä kustannuspainot, Case Mix Index. Kustannuspaino vaihtelee välillä 0.26–2.17. Kustannuspaino 1 tarkoittaa keskimäärin resursseja vaativia henkilöitä ja kustannuspaino alle yhden tarkoittaa keskimääräistä vähemmän ja arvot yli yhden keskimääräistä enemmän resursseja vaativia henkilöitä. MielenterveysRAI-MH -välineeseen on kehitetty myös laatuindikaattoreita, jotka perustuvat kahden mittauksen välisiin muutoksiin (Perlman ym. 2013).

Pohdinta

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen laatu on monitahoinen asia, jota ei yhden työvälineen avulla voida kattaa. Säännöllisessä käytössä olevat yhtenäiset arviointimenetelmät auttaisivat mielenterveyskuntoutujan asumispalvelujen toiminnan ja laadun seurannassa niin yksittäisen henkilön kuin toimintayksikön tasolla. Suomen psykiatriyhdistyksen laatimissa 10 tavoitetta psykiatrialle todetaan, että ”Hoidon tuloksia tulisi mitata säännöllisesti. Vain seuraamalla potilaalle annetun hoidon tuloksia saadaan tietoa siitä, miten asetetut tavoitteet saavutetaan.” (Suomen psykiatriyhdistys).

Asumispalveluyksiköiden mahdollisuus seurata oman toiminnan tehokkuutta ja laatua mahdollistuu interRAI-CMH -työvälineen systemaattisella käytöllä. Systemaattinen käyttö tarkoittaa, että kaikille yksikön mielenterveyskuntoutujille tehdään interRAI-CMH -arviointi ja niitä päivitetään joko tarpeen mukaan tai puolivuositain. Systemaattisuus tarkoittaa myös sitä, että kertynyttä tietoa säännöllisesti käytetään johtamisen eri tasoilla toiminnan seurantaan ja kehittämiseen.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella on toteutettu osana mielenterveys-RAIn käyttöönottoprosessia kysely hoitohenkilökunnalle RAI:n hyödyistä ja esteistä (ei julkaistu). Vastaajien mukaan mielenterveysRAI-arviointi tuki potilaiden tasapuolista hoidon tarpeen arviointia sekä yhdenmukaisti hoitosuunnitelman laatimista ja tavoitteiden seurantaan. Carlier ym. (Carlier ym. 2012) tutkimuksen mukaan säännöllisellä toiminnan tulosten seurannalla on myönteisiä vaikutuksia mm. hoidon seurantaan. MielenterveysRAI-lomakkeessa käydään läpi laaja-alaisesti ja systemaattisesti mielenterveyskuntoutujan tarpeita, jolloin arviointi vaatii aikaa etenkin ensimmäistä arviointia tehdessä.

Mielenterveyskuntoutujan voi olla vaikeaa sitoutua omaan kuntoutumisprosessiinsa. Hänen voi olla vaikea hahmottaa omia voimavaroja, vahvuuksia ja ongelmia. MielenterveysRAI-ohjelmistosta saadaan mm. graafisia esityksiä, kuten pylväsdiagrammeja, jotka konkreettisesti havainnollistavat kuntoutumisen etenemisen eri toimintakyvyn osa-alueilla. Helsingin kaupungin psykiatriassa toteutetussa julkaisemattomassa kyselyssä ilmeni, että RAI on: ”Tutkimusmatka itseen”; ”Saa käsityksen, missä on mennyt eteenpäin ja pystyy todistamaan kuntonsa” ”Tuntuu hyvältä, mukavalta ja itsenäiseltä, kun huomaa, että on mennyt eteenpäin ja parantunut”. Toisaalta potilaat toivat esiin, että RAI:n systemaattisuus ja laajuus vaatii keskittymistä ja tauottamista RAI-arvioinnin aikana.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden palveluista, hoidosta ja kustannusten muodostumisesta on vielä suhteellisen vähän tietoa (ks. Priebe ym. 2009). RAI-järjestelmässä on käytettävissä Kanadassa kehitetyt ja testatut potilasrakennetta ja kustannuspainoja kuvaavat indikaattorit, joita voidaan hyödyntää tulevaisuudessa kustannuslaskennassa. Tällöin saataisiin tarkempaa tietoa mm. siitä, mistä palveluista maksetaan. Mielenterveyskuntoutujan biopsykososiaalinen terveydentila vaikuttaa siihen, minkä tasoista ja kuinka tuettua hoitoa hän milloinkin tarvitsee.

MielenterveysRAI ei ole diagnosoinnin väline eikä sen avulla ole tarkoitus saada yksilöllistä tietoa yksittäisistä oireista tai sairauksista. MielenterveysRAI antaa kokonaiskuvan henkilön psyykkisestä, fyysisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä yhdellä työvälineellä, joka on kansainvälisesti testattu. RAI-järjestelmiin on sisäänrakennettu mittareita ja hoidon suunnittelun apuvälineitä, jotka auttavat hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa, mutta myös ohjaavat tarvittaessa tarkempien mittareiden käyttöön. Kuten Korkeila (Korkeila 2009) on todennut ”Hyvän hoidon toteuttaminen edellyttää tulosten tieteellistä arviointia, seurantarjestelmien kehittämistä ja hoidon tuloksellisuuden rutiinimaista seurantaan.”

Lähteet

- Harriet Finne-Soveri. YMMÄRRÄ - RAI-arvioinnin sisältö ja tarkoitus. Esitys RAI-seminaarissa 31.3.2015. <http://www.slide-share.net/THLfi/harriet-finesover-ymmrr-raiarvioinnin-sisl-ta-tarkoitus>
- SOTKANet-verkkopalvelu www.sotkanet.fi [13.4.2015]
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdo-tukset mielenterveys- ja päihde-työn kehittämiseksi vuoteen 2015. Selvityksiä 2009:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: 2009.
- Ympäristöministeriö. Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen. Raportteja 10/2012. Hel-sinki: Ympäristöministeriö, 2012 <http://www.ymparisto.fi/download/noname/%7BED593579-2EB3-400C-8CF0-A997884BAF57%7D/31368> [20.3.2015].
- Jauhiainen, Ilkka. Psykiatriset potilaat kasaantuivat kuntoutuskoteihin. <http://www.mediutuuset.fi/uutisarkisto/psykiatriset+potilaat+kasaantuivat+kuntoutuskoteihin/a1030833> (2014):21.11.2014 [13.4.2015]. –
- Priebe, Stefan & Saidi Marya & Want Anna & Mangalore Roshni & Knapp Martin. Housing services for people with mental disorders in England: patient characteristics, care provision and costs. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44, 10 (2009) 805–14.
- Mielenterveyden keskusliitto. Mielenterveysbarometri 2013. <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/Barometri+2013+diaesitys.pdf> [13.4.2015].
- Särkiniemi, Virpi. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden kilpailuttaminen. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu, 2011 <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/40784/oppari%20kokonainen.pdf?sequence=1> [25.3.2015].
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Julkaisuja 2007:13, 2007 http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1064653 [25.3.2015].
- Valvira. Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautiset asumispalvelut sekä päihdehuollon laitoshoidon, valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014, 2012 <http://www.valvira.fi/files/tiedostot/v/a/Valvontaohjelma.pdf> [25.3.2015].
- Määttä, Johanna. Mielenterveyskuntoutujien asumisen Lesti- ja Perhonjokilaakson kunnissa. Solver palvelut Oy, 2012 http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/Selvitys_mielenterveys_kuntoutuji-en_ajumisesta.pdf [24.3.2015].
- Törmä, Sinikka & Huotari, Kari & Nieminen, Jarmo & Tuokkola Kati. Unelmana oma asunto ja tu-kea pärjäämiseen. Mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisut ja niiden kehittäminen. Raportteja 24/2014. Helsinki: Ympäristöministeriö, 2014.
- Kettunen, Reetta. Mielenterveyskuntoutujien asumisen 2010. ASPA-selvityksiä 2/2011. Solver palvelut Oy, 2011 http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/MTA_Selvitysraportti_verkkoon_0.pdf [25.3.2015].
- Suomen Kuntaliitto. Palveluasumisen järjestäminen ja kilpailuttaminen. Helsinki: 2012, Kuntaliiton verkkojulkaisu [14.4.2015].
- Joensuun kaupunki. Mielenterveyskuntoutujien asumisen Joensuussa. Nykytila ja tulevaisuuden suuntia, 2013 [http://www.joensuu.fi/documents/11127/257630/Mielenterveyskuntoutujien+asumisen+nykytila+ja+tulevaisuuden+suuntia+Joensuussa+\(2013\)/e6538fa7-c0be-45f9-afa5-d61ad8ec1e31](http://www.joensuu.fi/documents/11127/257630/Mielenterveyskuntoutujien+asumisen+nykytila+ja+tulevaisuuden+suuntia+Joensuussa+(2013)/e6538fa7-c0be-45f9-afa5-d61ad8ec1e31) [25.3.2015].
- Nordling, Esa & Rauhala, Liisa & Sironen, Anne. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluja koskeva kyselytutkimus kolmen maakunnan alueella 2007–2008. Länsi-Suomen lääninhallitus ja Pohjanmaa-hanke, 2008. Verkossa: http://www.epshp.fi/files/5608/Mielenterveys_ja_paihdekuntoutujien_asumispalveluja_koskeva_kyselytutkimus_kolmen_maa-kunnan_alueella_2007-2008.pdf [25.3.2015].
- Valtioneuvoston tarkastusvirasto. Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus. Valtioneuvoston tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 194/2009 http://www.vtv.fi/files/1854/1942009_Mielenterveyspalvelut_netti.pdf [25.3.2015].
- WHO. Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma 2013:EUR/RC63/11. https://www.thl.fi/documents/10531/115966/Euroopan_mielenterveyden_toimintasuunnitelma_LOPULLINEN.pdf [13.4.2015]
- Hawes Catherine & Morris John N. & Phillips Charles D. & Fries Brant E. & Murphy, Katharine & Mor, Vincent. Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age Ageing* 26 Suppl 2, (1997) 19–25.
- Hirdes, John P. & Smith, Trevor F. & Rabinowitz, Terry & Yamauchi, Keita & Pérez, Edgardo & Telegdi, Nancy C. & Prendergast, Peter & Morris, John N. & Ikegami, Naoki & Phillips, Charles D. & Fries, Brant E. The Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH): Inter-rater reliability and convergent validity. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 29, 4 (2002) 419–32.
- Hirdes, John P. & Marhaba, Maunier & Smith, Trevor F. & Clyburn, Leah & Mitchell, Lori & Lemick, Rita A. & Telegdi, Nancy C. & Perez, Edgardo & Prendergast, Peter & Rabinowitz, Terry & Yamauchi, Keita on the behalf of the RAI-MH group. Development of the Resident Assessment Instrument - Mental Health (RAI-MH). *Hosp Q*, 2 (2000) 44–51.
- Rabinowitz, Terry & Hirdes, John P. & Curtin-Telegdi, Nancy & Martin, Lynn & Smith, Trevor F. & Morris, John N. & Berg, Katherine & Björkgren, Magnus & Declercq, Anja & Finne-Soveri Harriet & Fries, Brant E. & Frijters, Dinnus & Gray, Len & Henrard, Jean-Claude & Ljunggren, Gunnar & Steel, Knight & Szczerbińska, Katarzyna & Topinková, Evainter. RAI Emergency Screener for Psychiatry (ESP) Assessment Form and User's Manual. Version 9.1. Washington DC: interRAI, 2013.
- Hirdes, John P. & Curtin-Telegdi, Nancy & Morris, John N. & Fries, Brant E. & Rabinowitz, Terry & Pérez, Edgardo & Prendergast, Peter & Ikegami, Naoki & Phillips, Charles D. &

- Smith, Trevor F. & Berg, Katherine & Björkgren, Magnus & Finne-Soveri, Harriet & Frijters, Dinnus & Gilgen, Ruedi & Gray, Len & Hawes, Catherine & Henrard, Jean-Claude & Ljunggren, Gunnar & None-maker, Sue & Steel, Knight & Szczerbińska, Katarzyna. interRAI Mental Health (MH) Assessment Form and User's Manual For In-patient Psychiatry. Version 9.1. Washington DC: interRAI, 2010.
- Hirdes, John P. & Curtin-Telegdi, Nancy & Rabinowitz, Terry & Fries, Brant E. & Morris, John N. & Ikegami Naoki & Yamauchi, Keita & Smith, Trevor F. & Pérez, Edgardo & Martin, Lynn. inter-RAI Community Mental Health (CMH) Assessment Form and User's Manual. Version 9.2. Washington DC: interRAI, 2010.
- Gray, Leonard C. & Berg Katherine & Fries Brant E. & Henrard Jean-Claude & Hirdes John P. & Steel Knight & Morris John N. Sharing clinical information across care settings: the birth of an integrated assessment system. BMC Health Services Research 9, (2009) 1–10.
- Hirdes, John P. & Curtin-Telegdi, Nancy & Mathias, Krista & Perlman, Christopher M. & Saarela, Tuula & Kolbeinson, Halldór & Valdimarsdóttir, Rakele & Morris, John N. & Fries, Brant E. & Rabinowitz, Terry & Martin, Lynn & Barbaree, Howard & Brown, Gregory P. & Stewart, Shannon & Smith, Trevor F. & Jones, Richard & Baas, Ronald & Berg, Katherine & Björkgren, Magnus & Declercq, Anja & Finne-Soveri, Harriet & Frijters, Dinnus & Gilgen, Ruedi & Gray Len & Henrard, Jean-Claude & Ljunggren, Gunnar & Steel, Knight & Szczerbińska, Katarzyna. interRAI Mental Health Clinical Assessment Protocols (CAPS) for Use with Community and Hospital-Based Mental Health Assessment Instruments. Version 9.1. Washington DC: interRAI, 2011.
- Knaup, Carina & Koesters, Markus & Schoefer, Dorothea & Becker, Thomas & Puschner, Bernd. Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: meta-analysis. Br J Psychiatry 195, 1 (2009) 15–22.
- Carlier, Ingrid V. E. & Meuldijk, Denise & Van Vliet, Irene M. & Van Fenema, Esther & Van der Wee, Nic J.A. & Zitman, Frans G. Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. J Eval Clin Pract 18, 1 (2012) 104–10.
- Hirdes, John P. & Fries, Brant E. & Botz, Charles & Ensley, Carolyn & Marhaba, Mounir & Pérez, Edgardo. The System for Classification of In-Patient Psychiatry (SCIPP): A New Case-mix Methodology for Mental Health, 2003 (julkaisematon).
- The System for Classification of In-Patient Psychiatry, SCIPP-kaavio: http://www.interrai.org/assets/files/Case-Mix%20Classification/scipp_schematic.pdf
- Perlman, Christopher M. & Hirdes, John P. & Barbaree, Howard & Fries, Brant E. & McKillop, Ian & Morris, John N. & Rabinowitz, Terry. Development of mental health quality indicators (MHQIs) for inpatient psychiatry based on the interRAI mental health assessment. BMC Health Services Research 13 (2013):1–12.
- <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=85265450&site=eds-live&authtype=ip,uid>.
- Suomen psykiatriyhdistys. 10 tavoitetta psykiatrialle. http://www.psy.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=3 [24.4.2015]
- Korkeila, Jyrki. Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrista avohoitoa? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 125, 21 (2009) 2333–40.

6.3 Eksoten sähköisten työkalujen kehittäminen

Juha Kempainen

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksoten) strategisissa valinnoissa on sähköisten palvelujen kehittäminen ollut yksi keskeisistä painopistealueista jo sosiaali- ja terveystieteiden perustamisesta vuodesta 2009 lähtien. Uusimmassa strategiassa, joka on hyväksytty vuoden 2014 lopulla, sähköisten palvelujen kehittäminen on keskeinen keino asiakaslähtöisten palvelujen kehittämisessä.

Eksoten mielenterveys- ja päihdepalveluissa ryhdyimme kehittämään sähköisiä palveluja etulinjassa, osallistamalla useiden sähköisten palvelujen pilotointihankkeisiin. Internetissä olevan Hyvis-palvelun (www.hyvis.fi) kautta mielenterveys- ja päihdepalveluihin voi jättää hoitoa koskevia kysymyksiä. Pilotimme myös mielenterveys- ja päihdepotilaan esitietolomakkeen, johon mahdollinen tuleva potilas voi vastata jo ennen hoitoon tulemistaan oireiluaan koskeviin kysymyksiin.

Sähköinen esitietolomake mahdollistaa matalan kynnyksen arvioida omia oireitaan

Jo vuoden 1978 Mini-Suomi-tutkimuksen (www.thl.fi) aloituksesta lähtien on tiedetty, että vain noin kaksi viidesosaa psyykkisesti oireilevista saa psyykkistä hoitoa oireilunsa. Eksoten esitietolomake antaa oireistaan epätietoiselle vastauksen siitä, onko syytä hakeutua mielenterveys- ja päihdepalvelujen piiriin. Esitietolomakkeen vastaukset menevät tiedoksi mielenterveys- ja päihdepalveluissa hoitajille. Vastauksiin on

rakennettu liikennevaloihin perustuva hälytysjärjestelmä, eli jos kyselyn täyttäjällä on esimerkiksi psykoottisia oireita, niin se hälyttää punaisena mielenterveys- ja päihdepalvelujen työntekijöille. Punaisen valon hälytys menee palveluesimiehelle, joka on prosessinomistajana esitietolomakkeessa.

Palveluesimies vastaa esitietolomakkeen täyttäjälle, josta on seurannut punainen hälytys ja varaa hänelle pikaisesti ajan jollekin työntekijälle sähköisen ajanvarauskirjan kautta. Esitietolomake antaa eteläkarjalaisille mahdollisuuden seuloa omia psyykkisiä oireitaan ja mahdollisuuden välittömään palautteeseen ja tarvittaessa yhteyden hoitoon ja hoitopaikkaan.

Sähköisen ajanvarauskirjan kautta kuka tahansa mielenterveys- ja päihdepalvelujen työntekijä voi varata kenelle tahansa ajan, koska sähköinen ajanvarauskirja on koko ajan tasalla vastaanottoaikojen suhteen. Tämä mahdollistaa sen, että hoitoa kysyvä saa samalla kertaa vastauksen, koska hänen hoitonsa alkaa ja missä alkaa.

Mielenterveystaloon (www.mielenterveystalo.fi) Eksoten mielenterveys- ja päihdepalvelut (nykyisin Eksoten aikuisten psykososiaaliset palvelut, APSY) liittyivät vuoden 2014 aikana. Mielenterveystalosta löytyy paljon näyttöön perustuvaa tietoa ja runsaasti tietoa mielenterveydenhäiriöistä, joita itsellään mielenterveysongelmia epäilevillä ihmisillä voi olla.

Kliinisten päätöksentekijärjestelmien kehittäminen Eksoten mielenterveys- ja päihdepalvelujen matalan kynnyksen poliklinikan tarpeisiin

Eksoten mielenterveys- ja päihdepalveluihin perustettiin marraskuussa 2010 matalan kynnyksen poliklinikka, mielenterveys- ja päihdepalvelujen arviointipoliklinikka (MTPA), jonne saattoi tulla ilman lähetettä. Uusien potilaiden joukossa on uusia potilasryhmiä, joihin ei ollut olemassa hoidollista prosessia. Aikuis-ADHD-potilaita tuli uudelle poliklinikalle siinä määrin, että heitä varten piti luoda oma arviointi- ja hoitoprosessi.

Eksote oli jo aikaisemmin tehnyt yhteistyötä amerikkalaisen Roce-yhtiön (nykyisin Chainalytics) kanssa, jolla oli käytössään serena-alusta, johon pystyi ketterästi luomaan erilaisia kliinisiä päätöksentekijärjestelmiä (engl. clinical decision support system, CDSS).

Kliininen päätöksenteki (CDS) on prosessi, joka tarjoaa klinikoille, henkilökunnalle, potilaille ja muille yksilöille tietoa ja henkilökohtaista tietoa. CDS tarjoaa tietoa älykkäästi suodatettuna tai esitettynä sopivaan aikaan tehostaakseen terveyttä ja terveydenhoitoa. Päätöksentekijärjestelmä ei vain auta muistamaan asianmukaista tietoa, vaan kommunikoi myös tietoa, joka ottaa huomioon kliinisen kontekstin, tarjoten samalla tilannekohtaista tietoa ja suosituksia. (Musen ym. 2014).

Päätöksentekijärjestelmä (CDSS) ei sinällään tee kliinisiä päätöksiä, mutta se analysoi ja tarjoaa asianmukaista tietoa, mikä mahdollistaa paremmin informoitujen kliinisten päätösten teon (Osheroff ym. 2007). Ideaalisesti kliininen päätöksentekijärjestelmä tekee 5 asiaa: se tarjoaa 1) oikeaa tietoa, 2) oikealle henkilölle, 3) oikeassa muodossa, 4) oikean kanavan kautta ja 5) oikeassa kohdassa työnkulkua parantaakseen terveyttä ja terveydenhoidon päätöksiä ja tuloksia. (Kuva 1.)

Ammatti: XXX

Ensimmäinen kokousaika:

Yhteenveto kirjatusta tutkimuksista: SOFAS pisteet: XXX (Kirjannut: Ylläpitäjä 22.9.2012 12:40:51)
 AUDIT pisteet: 28/40, alkoholin käytön riskit: Erittäin suuret (Kirjannut: Ylläpitäjä 22.9.2012 12:42:09)
 BPRS (Kirjannut: ADHD 23.10.2012 12:51:36)
 DIVA 2.0 tulkinta: ADHD diagnoosi, Kyllä, 314.01 Yhdistelmätyyppinen ADHD. Vastausten pohjana on henkilön omaisen arvio (Kirjannut: Ylläpitäjä 22.9.2012 12:43:23)
 ASRS A-osan pisteet: 3/6 (Kirjannut: Ylläpitäjä 22.9.2012 11:55:34)
 ASRS A-osan pisteet: 6/6 (Kirjannut: Ylläpitäjä 22.9.2012 12:42:47)
 Sosiaalinen kartoitus (Kirjannut: Ylläpitäjä 22.9.2012 12:39:54)
 Laajennettu SCID (Kirjannut: ADHD 23.10.2012 12:50:36)
 Laajennettu SCID (Kirjannut: Järjestelmäylläpitäjä 11.12.2012 17:19:57)

Viimeksi muokattu: 11/12/2012 17:19:42

Sosiaalityöntekijä

ADHD-hoitaja

Psykkologi

Päihdehoitaja

Toimintaterapeutti

Lääkäri

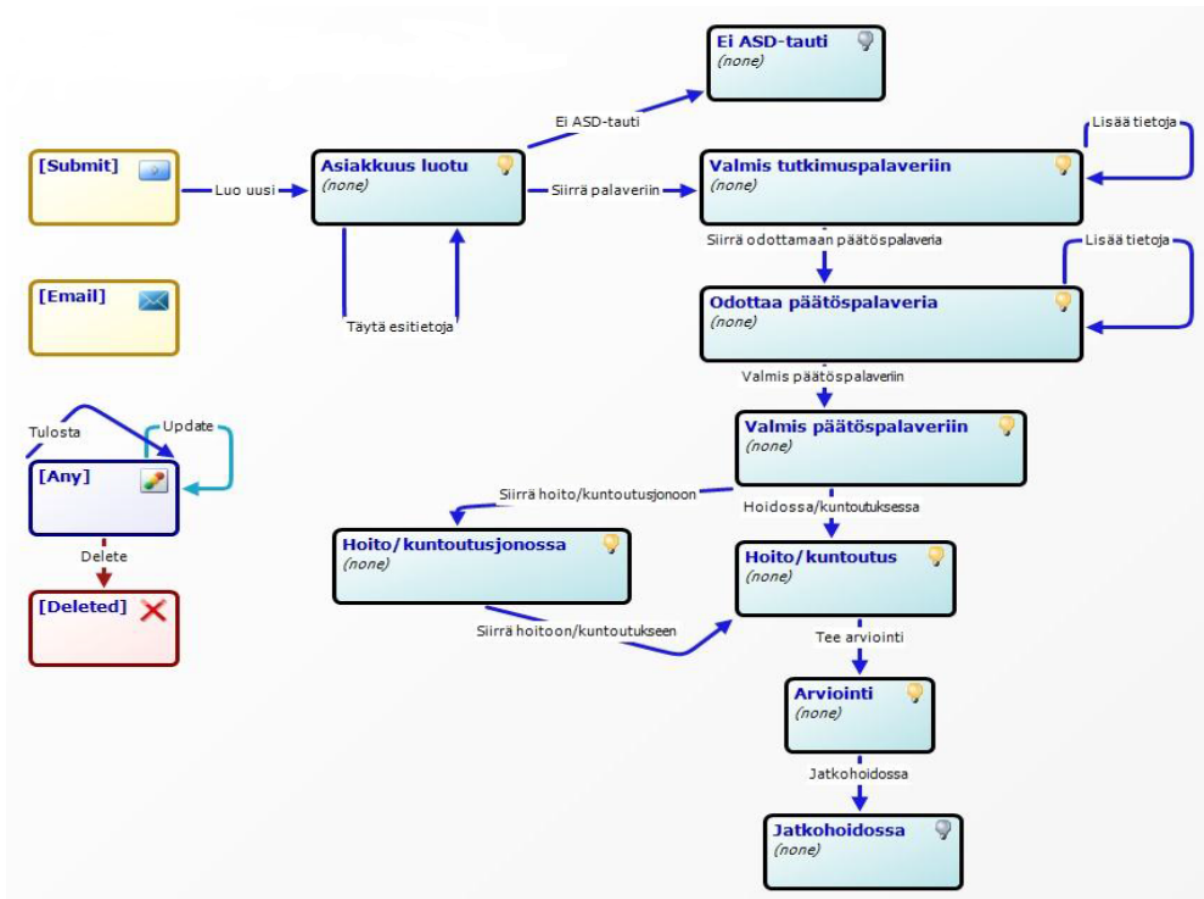
ADHD-valmennus

Sosiaalityöntekijän tutkimuksiin kuuluu Sosiaalinen kartoitus, SOFAS sekä AUDIT.
 Pääset kirjaamaan tutkimuksen painamalla sitä vastaavaa nappia ruudun yläreunasta.
 Kirjatut tutkimukset tulevat näkyviin alla olevaan linkkilistaan.

Sosiaalityöntekijän tutkimukset: SOFAS pisteet: XXX (Kirjannut: Ylläpitäjä 22.9.2012 12:40:51)
 AUDIT pisteet: 28/40, alkoholin käytön riskit: Erittäin suuret (Kirjannut: Ylläpitäjä 22.9.2012 12:42:09)
 Sosiaalinen kartoitus (Kirjannut: Ylläpitäjä 22.9.2012 12:39:54)

Kuva 1. Yleisnäkymä CDSS:stä

Ensimmäisen päätöksentekijärjestelmän teimme aikuisten ADHD:sta (kuva 2) (Kemppinen ym. 2013), koska työryhmällä oli vain vähän kokemusta aikuis-ADHD-potilaiden arvioinnista, hoidosta ja kuntoutuksesta. Aluksi työryhmän jäsenillä oli huoli siitä, tuleeko kaikkien työryhmän jäsenten ammattitaito riittävästi esille ja käyttöön, koska pelkona oli esimerkiksi se, että lääketieteellinen diagnostiikka ”jyräisi” muun kliinisen päätöksenteon. Kun työstimme serena-alustalle kunkin ammattiryhmän omaa erityisosaamista, kaikille tuli selväksi, että kukin saattoi laittaa päätöksentekijärjestelmään kaiken oman tieteenalansa viimeisen tiedon ja osaamisen.



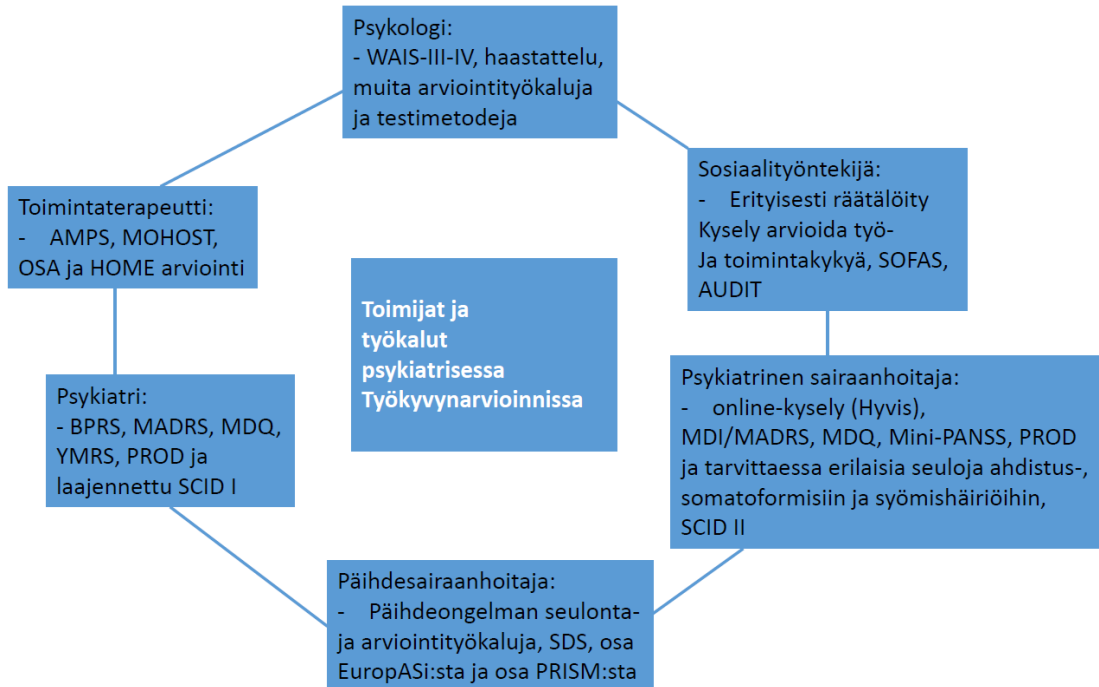
Kuva 2. Aikuis-ADHD:n prosessinohjaus

Kliininen päätöksentekijärjestelmä toimii myös tuotannonohjausjärjestelmänä. Aikaisemmin moniammatillisessa työryhmässä, kun työryhmän jäsenet eivät nähneet sähköisesti, kuka oli tehnyt mitään ja missä vaiheessa kukin omissa tutkimuksissaan kyseisen potilaan kohdalla oli, niin oli tavallista, että työryhmän kokouksissa joku työryhmän jäsenistä sanoi, ettei ollut ehtinyt tehdä omaa osuuttaan. Kyseisen potilaan tutkimukset eivät siis edenneet, vaan tuottivat keskeneräistä tuotantoa (KET, Paul Lillrank ym. 2004) ja keskeneräisiä potilaita eli jonoja

Uusi aikuis-ADHD -kliininen päätöksentekijärjestelmä lähetti sähköpostin kaikille työryhmän jäsenille heti, kun arvioitu potilas oli otettu prosessiin. Kliinisestä päätöksentekijärjestelmästä lähti myös tieto muille kun kukin oli tehnyt osuutensa, eli tehoittomia kokouksia ei enää tarvinnut pitää. Lisäksi päätöksentekijärjestelmä mahdollisti läpimenoaikojen laskemisen ja myös aikuis-ADHD-prosessin pullonkaulojen ja rajoitteiden tunnistamisen. Jos joku työntekijä oli koko ajan ”myöhässä”, niin se mahdollisti koko prosessin arvovirtaketjun (engl. value stream map) tarkastelun siinä mielessä, että voisiko prosessista poistaa hukkaa eli saisiko siitä vielä leaniläisemmän (Womack ym. 2003). Kun työntekijä on ”myöhässä”, tavallisesti 80 prosentissa syy on prosessin järjestelyissä (eli ns. systeemivika). Aikomuksenamme on käsitellä nyt noin 250 aikuisten ADHD-prosessin läpikäynyttä potilasta ja katsoa, millaisia diagnooseja heillä on ollut aiemmin eli ennen kuin he ovat saaneet aikuis-ADHD-diagnoosin.

Psykiatrinen työkyvynarviointi (Kemppinen ym. 2014) oli toinen kliininen päätöksentekijärjestelmä, jonka teimme (kuva 3). Psykiatrinen työkyvynarviointi on yksi tavallisimmista asioista psykiatriassa, mutta psykiatrian oppikirjoista – ei englanninkielisistä eikä suomenkielisistä – löydy yhtään kappaletta, kuinka se tulisi tehdä. Psykiatrinen työkyvynarviointi on keskeinen ja hyvin kompleksinen prosessi, minkä vuoksi teimme myös siitä kliinisen päätöksentekijärjestelmän, josta pystyimme näkemään, montako potilasta meil-

lä kulloinkin on psykiatrisessa työkyvynarvioinnissa ja missä vaiheessa heidän tutkimuksensa ovat. Kliininen päätöksentekijärjestelmä mahdollisti työkyvynarviointiprosessin resurssien mahdollisimman tehokkaan käytön, kun tutkimuksia pystyivät tekemään samanaikaisesti kaikki työryhmään kuuluvat ja kukin työryhmän jäsenistä näkee, missä vaiheessa koko prosessi kyseisen potilaan kohdalla on (engl. visual control; Womack ym. 2003).



Kuva 3. Psykiatrisen työkyvyn arviointi

Kolmannen kliinisen päätöksentekijärjestelmämme teimme opioidikorvaushoitoprosessista (Kemppinen ym. 2015), koska se on prosessi, joka vaatii erittäin runsaasti resursseja, sillä potilaat käyvät pääsääntöisesti päivittäin hakemassa korvaushoitolääkkeensä. Lisäksi potilasryhmän hoitoon liittyy runsaasti hoidollisesti vaativia tilanteita, minkä vuoksi on hyvä olla mahdollisimman selkeät säännöt, kuinka kussakin tilanteessa toimitaan. Opioidikorvaushoitopotilaat ovat hyvin altis potilasryhmä jatkuville neuvottelutarpeille kaikista heidän hoitoaan koskevista asioista. Selkeät säännöt ovat myös lähes aina persoonallisuuteensa liittyvistä ongelmista kärsiville opioidiriippuvaisille henkilöille hoidollisesti tukeva järjestely.

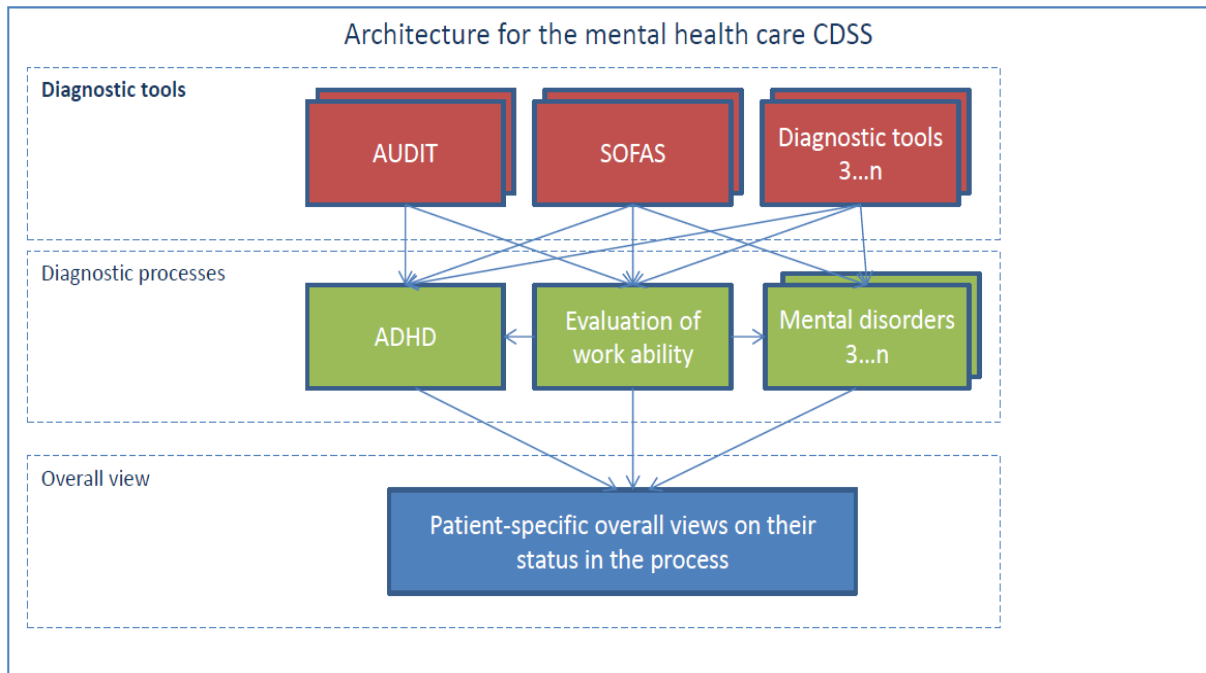
Olemme kehittämässä neljättä työkalua kaikista tavallisimman potilasryhmän tarpeisiin, eli depressiopotilaiden kliinistä päätöksentekijärjestelmää. Depressiosta on tulossa vuoteen 2030 mennessä kehittyneiden maiden eniten työkyvyttömyyttä aiheuttava sairaus (Vos ym. 2012). Depression päätöksentekijärjestelmä voisi antaa vastauksia siihen, kuinka kaikista eniten työkyvyttömyyttä aiheuttavaa sairautta voisimme hoitaa paremmin, jottei työkyvyttömyyttä kehittyisi.

Aikuisten psykososiaalisissa palveluissa on muualla tehty myös muun muassa psykososiaalisessa kuntoutuksessa kuntoutussuunnitelmatyökalu sekä lasten ja nuorten palveluiden sähköinen työkalu.

Sähköisen työkalun kokonaisarkkitehtuurin kehittäminen

Yksittäisten työkalujen kehittämisen jälkeen tarve on ollut myös kehittää Eksoten aikuisten psykososiaalisten ja koko Eksoten sähköisten työkalujen kokonaisarkkitehtuuria (JHS 179 ICT-palvelujen kehittäminen: Kokonaisarkkitehtuurin kehittäminen, <http://www.jhs-suositukset.fi/suomi/jhs179>). Eksoten mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokonaisarkkitehtuuriksi tuli kuvan 4 mukainen kolmikerroksinen rakenne. Kuten ku-

vasta 1 voi nähdä, niin potilaan kohdalla yhdellä vilkaisulla näkyy, mitä tutkimuksia hänen kanssaan on tehty, jottei niitä tarvitse toistaa tarpeettomasti. Kuvista 5–7 näkyy, mitä kukakin työryhmän jäsen tekee esimerkiksi työkyvynarviointiprosessissa.



Kuva 4. Eksoten sähköisten palvelujen kokonaisarkkitehtuuri

Team	Tools / tasks
Social worker	<ul style="list-style-type: none"> - Designed functioning level questionnaire of social situation, based on interview - SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale) assessing social, occupational and relationship functioning in the last year (current, past and best in ongoing year); is an overall functioning scale - AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), describes how to use it to identify persons with hazardous and harmful patterns of alcohol consumption. The AUDIT was developed by the World Health Organization (WHO) as a simple method of screening for excessive drinking and to assist in brief assessment. It can help in identifying excessive drinking as the cause of the presenting illness. It also provides a framework for intervention to help hazardous and harmful drinkers reduce or cease alcohol consumption and thereby avoid the harmful consequences of their drinking.
ADHD-nurse	<ul style="list-style-type: none"> - ASRS v1.1 (A- and B-parts), WHO Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Symptom Checklist. A-part is self-report questionnaire, B-part is evaluation part, which ADHD nurse is filling - DIVA (Diagnostic Interview for ADHD in adults) 2.0 Summary A and H/I about symptoms, based on interview of the relatives of adult ADHD patients - interviews concerning childhood and adulthood, teacher interview, life style interview

Kuva 5. Eri työntekijäryhmien tehtävät työkyvyn arviointiprosessissa: sosiaalityöntekijä ja adhd-hoitaja

Psychologist	<ul style="list-style-type: none"> - DIVA (Diagnostic Interview for ADHD in adults) 2.0 Summary A and H/I about symptoms, based on interview of adult ADHD patients - WAIS-III (Wechsler Adult Intelligence Scale - III) for assessment current intellectual functioning - WMS -III (Wechsler Memory Scale -III) for assessment of overall memory skills - a wide range of standardised neuropsychological test batteries for assessing specific cognitive strengths and weaknesses: language, speech and communication skills, attention, concentration and executive functioning, reading and writing skills
Addiction nurse	<ul style="list-style-type: none"> - Urine specimen, screening for drugs - SDS (The Severity of Dependence Scale); provides a short, easily administered scale which can be used to measure the degree of dependence experienced by users of different types of drugs. The SDS contains five items, all of which are explicitly concerned with psychological components of dependence. These items are specifically concerned with impaired control over drug taking and with preoccupation and anxieties about drug use. - EuropASI (European Addiction Severity Index), only the part screening drugs - nurses part of PRISM (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders): the PRISM is a semi-structured clinician-administered interview that measures DSM-III, DSM-III-R, and DSM-IV diagnoses (current and past) of alcohol, drug, and psychiatric disorders and continuous measures of severity, organic, etiology, treatment, and functional impairment

Kuva 6. Eri työntekijäryhmien tehtävät työkyvyn arviointiprosessissa: psykologi ja päihdehoitaja

Occupational therapist	<ul style="list-style-type: none"> - AMPS. The AMPS is comprised of 16 ADL motor skill items and 20 ADL process skill items that the occupational therapist scores across two ADL tasks (72 items in total). As a result, the AMPS is a highly sensitive measure of ADL performance - MOHOST (The model of Human Occupational Screening Tool), addresses client's motivation for occupation, pattern of occupation, communication, process and motor skills and environment - OSA (Occupational Self Assessment), is designed to capture client's perception of their own occupational competence on their occupational adaptation - Home Assessment, the role of assessing the home environment from the person's perspective is critical to person's daily routines and self esteem
Psychiatrist	<ul style="list-style-type: none"> - BPRS (The Brief Psychiatric Rating Scale) is rating scale which a clinician or researcher may use to measure psychiatric symptoms such as depression, anxiety, hallucinations and unusual behaviour. Each symptom is rated 1-7 and depending on the version between a total of 18-24 symptoms are scored - MADRS (The Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) is a ten-item diagnostic questionnaire which psychiatrists use to measure the severity of depressive episodes in patients with mood disorders. - MDQ (The Mood Disorder Questionnaire), screening instrument for bipolar spectrum disorder, developed by Robert Hirschfeld - YMRS (Young Mania Rating Scale); a rating scale used to evaluate manic symptoms at baseline and over time in individuals with mania. The scale has 11 items and is based on the patient's subjective report of his or her clinical condition over the previous 48 hours. - PROD-screening; for prodromal symptoms of psychosis. PROD-screen consists of 29 questions assessing performance and symptoms - Applied and lengthened broadened SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders); to facilitate writing psychiatric reports for various purposes (for example to social security authorities, police, courtroom and employment authorities)

Kuva 7. Eri työntekijäryhmien tehtävät työkyvyn arviointiprosessissa: toimintaterapeutti ja psykiatri

Eksoten it-palvelupäällikön Toni Suihkon mukaan (henkilökohtainen tiedonanto 8.1.2015) Eksotella on käytössä noin 30 isoa tietokonejärjestelmää ja 160–170 pientä tietokonejärjestelmää, joten eri järjestelmien välisiä rajapintoja ja lähdekoodeja on useita. Eksote kehittää raportointijärjestelmää nimeltä Luotsi, jossa yritetään huomioida kokonaisarkkitehtuuri ja eri toiminnalliset tarpeet.

Eksotella on käytössään Suomen yleisin sairauskertomusjärjestelmä Effica, joka ei soveltunut Eksoten kliinisten päätöksentekojärjestelmien kehittämiseen. Tieto Oy:n kanssa käytiin neuvotteluja Effican kehittämisestä, mutta Tieto ei ollut kiinnostunut yhteistyöstä. Jatkoimme Chainalyticsin (entinen Roco) kanssa kliinisen päätöksentekijärjestelmien kehittämistä. Koetimme neuvotella niin sanotun navigaattoripomppun saamisesta Effica-järjestelmään, joka olisi tarpeellinen päällekkäisen työn poistamiseksi. Asiantuntijoiden mukaan navigaattoripomppun tekeminen olisi helppo noin kahden tunnin työ, josta Tieto olisi kuitenkin veloittanut kymmeniätuhansia euroja. Meistä hintapyyntö oli järjetön.

Ilman navigaattoripomppua työntekijät joutuisivat tekemään kaksinkertaisen työn, joten ilmoitin työryhmälle, ettei kliinisiä päätöksentekijärjestelmiä käytetä ennen kuin tuo navigaattoripomppu tulee. Neuvottelut ovat alkaneet vuoden 2014 puolella, eikä tätä kirjoitettaessa toukokuussa 2015 ongelmaan ole vielä tiedossa ratkaisua. Saattaa olla, että kyseinen rajapintaongelma voi ratketa syksyllä 2015, jolloin voimme jatkaa kliinisten päätöksentekijärjestelmien kehittämistä. Eksotella on edessä Effica-sairauskertomusjärjestelmän uusiminen, ja mielestäni Eksoten kannattaa vakavasti miettiä sitä, kannattaako seuraava järjestelmä olla Effican seuraava versio, koska se on hyvin kankea järjestelmä nykyisellään ja taipumaton erilaisiin ketteriin ratkaisuihin, mikä on tulevaisuuden vaatimus erilaisissa it-järjestelmän kehittämiskäytännöissä.

Olin Norjan e-Health-päivillä kutsuttuna puhujana kesäkuussa 2014 Grimstadissa. Norjalaiset ja myös ruotsalaiset vaativat sähköisten järjestelmien kehittäjiltä niin sanottuja avoimia rajapintoja ja niin sanottuja avoimia lähdekoodeja jo ostoneuvotteluvaiheessa, mikä mahdollistaa sen, että järjestelmää voi kehittää eteenpäin esimerkiksi jokin muu yritys kuin kyseisen järjestelmän kehittänyt. Lisäksi he kehittävät sähköistä it-järjestelmää yhdessä, eivätkä maksa järjestelmästä ennen kuin järjestelmä on valmis. Tietokonejärjestelmän hankinta ei tapahdu niin, että hankitaan jokin tietokonejärjestelmä, joka tuntuu hankintapäätöstä tekevästä johtajasta mukavalta. Sitten, kun se ei toimi, järjestelmän tuottanut yritys kehittää tietokonejärjestelmänsä valmiiksi tarjoamalla ”ylläpitopalveluja” käyttäjän kustannuksella.

Sekä Hammerin (2003), joka kehitti organisaatioiden uudelleenjärjestelyn (engl. reengineering), että Womackin (2003), joka kehitti Lean-ajattelua, mielestä ei kannata satsata it-teknologiaan ennen kuin kyseiset prosessit on mietitty kunnolla. Hammerin mukaan väärin asioiden automatisointi ei tarkoita muuta kuin että vääriä asioita tehdään automaattisesti ja nopeammin. Womackin mukaan jos koko tuotannon arvoketjua (engl. value stream) ei ole mietitty tarkasti, niin se ei välttämättä johda mihinkään muuhun kuin kalliisiin it-hankintoihin, jotka eivät välttämättä tuota mitään etua prosessille. Ne voivat jopa olla haitallisia koko prosessille. Womack (2003) painottaa, että massatuotannon periaatteet eivät sovi välttämättä it-projekteihin.

Nyt on Apotti-hanke pääkaupunkiseudulla, jossa olisi mahdollisuus huomioida edellä mainitut ongelmat koko maan mittakaavassa. Mielestäni Apottia olisi syytä kehittää koko maan kattavaksi, jotta sähköisen tietojärjestelmän perusjärjestelmä olisi Suomen valtion kustantama samaan tapaan kuin Virossa. Siihen voisivat liittyä erilaiset tietojärjestelmien kehittäjät, mutta vaatimuksena olisivat avoimet rajapinnat ja avoimet lähdekodit, jottei tämänkaltaisiin panttivankitilanteisiin jouduttaisi, kuten jouduimme Eksotessa kliinisiä päätöksentekijärjestelmiä kehittäessämme.

Lähteet

- Hammer Michael, Champy James. Reengineering the Corporation – A Manifesto for Business Revolution. New York: Harper, 1993/2003.
- Kemppinen Juha, Korpela Jukka, Elfvingren Kalle, Salmisaari Timo, Polkko Jussi, Tuominen Markku. A Clinical Decision Support System for Adult ADHD Diagnostics Process, 46th Hawaii International Conference on System Sciences, Jan. 7–10, 2013, Maui, Hawaii.
- Kemppinen Juha, Korpela Jukka, Elfvingren Kalle, Salmisaari Timo, Polkko Jussi. Decision Support in Evaluating the Impacts of Mental Disorders on Work Ability, 47th Hawaii International Conference on System Sciences, Jan. 6–9, 2014, Waikoloa, Big Island, Hawaii.
- Kemppinen Juha, Korpela Jukka, Elfvingren Kalle, Polkko Jussi. Clinical Decision Support System for Opioid Substitution Therapy, 48th Annual Hawaii International Conference on System Sciences, January 5–8, 2015, Grand Hyatt, Kauai, Hawaii.
- Lillrank Paul, Kujala Jaakko, Parviainen Petri. Keskenkärsivä potilas – Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimus, Helsinki: Talentum, 2004.
- Musen Mark A, Blackford Middleton, Robert A Greenes. Clinical Decision Support System, Kirjassa: Shortliffe E H, Cimini J J (eds.). Biomedical Informatics. London: Springer-Verlag, 2014. s. 643–644.
- Osheroff Jerome A, Teich Jonathan M, Middleton Blackford F, Steen Elaine B, Wright Adam, Detmer Don E. A roadmap for national action on clinical decision support. J Am Med Assoc 2007; 14: 141–145. Luettavissa: <http://www.amia.org/inside/initiatives/cds/>.
- Vos Theo ym. Years Lived with Disability (YLDs) for 1160 Sequelae of 289 Diseases and Injuries 1990–2010: a Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380 (9859): 2163–2196.
- Womack James P, Jones Daniel T, Lean Thinking – Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation. New York: Free Press, 2003.

7 Tietoteknologia kansalaisen apuna

Tietoteknologiaa on jo pitkään hyödynnetty oma-aputyypisten palveluiden osana. Esimerkiksi Päihdelinkki on jo vuonna 1996 perustettu A-klinikkasäätiön tuottama verkkopalvelu päihdeistä ja riippuvuuksista, joka on laajentunut monipuoliseksi tietoa, testejä, oma-apua, neuvontaa ja keskusteluja sisältäväksi verkkopalveluksi. Tässä luvussa tarkastellaan Päihdelinkin lisäksi uudempiä palveluja, kuten Mielenterveystalo, peliongelmaisille tarkoitettua Peluuria, Pohjois-Suomessa käytössä olevaa Virtu.fi-palvelua sekä Palveluvaakaa. Mielenterveystalo tarjoaa oma-apupalveluiden lisäksi monipuolisia nettiterapioita sekä tukea ammattilaisille. Lappiin on synnytetty pitkän kehitystyön tuloksena virtu.fi – Virtuaalinen sosiaali- ja terveyspalvelukeskus, joka tarjoaa sähköisiä palveluita hyvinvoinnin tueksi.

7.1 Mielenterveystalo.fi – Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhteistyöhanke muiden sairaanhoitopiirien, organisaatioiden ja kokemusasiantuntijoiden kanssa.

Jan-Henry Stenberg, Grigori Joffe, Matti Holi

Suomessa on nyt tarjolla sekä aikuisille että nuorille valtakunnallinen palvelunohjausportaali Mielenterveystalo.fi. Siihen on koottu kaikkien sairaanhoitopiirien hoito- ja palvelupaikat erilaisiin ja eri tasolla haittaaviin mielenterveys- ja päihdehäiriöihin. Lisäksi Mielenterveystalo.fi -verkkopalvelussa on ammattilaisten osio ammattilaisen työtä tukevine materiaali- ja mittaripankkeineen ja verkkovälitteiset häiriöryhmäkohtaiset nettiterapiat.

Avoin osio

Mielenterveystalo.fi -palvelu kokoaa ensimmäistä kertaa koko Suomen mielenterveyspalvelut ja hoitoa tarjoavat tahot samaan paikkaan ja mahdollistaa näin helpon ja maksuttoman tiedonsaannin ja palveluihin ohjauksen kaikille tietoa tarvitseville. Palvelusta voi myös hakea apua ja tarvittavaa hoitomuotoa erilaisiin mielenterveysongelmiin. Palvelussa on runsaasti ajantasaisia oppaita ja omahoito-ohjelmia eri tilanteisiin ja eri ryhmille. Lapsille vastaavaa palvelua ei vielä ole, mutta sellaisen rakentaminen on aloitettu ja sen odotetaan valmistuvan vuoden 2016 aikana.

Ammattilaisten osio

Valtakunnallisen oireen mukaisen palveluun ohjauksen ja omahoito-ohjelmien ja oppaiden lisäksi Mielenterveystalo.fi sisältää ammattilaisten osion. Tämä osio sisältää mittaripankin ja koulutuspankin sekä myöhemmin julkaistavan konsultaatioportalin. Mielenterveystalon ammattilaisten osio on kohdennettu nimensä mukaisesti sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille, mutta tässä vaiheessa painottuu lähinnä mielenterveystyöhön. Mittaripankki sisältää psykiatriassa yleisesti käytettyjä ja luotettavaksi arvioituja mittareita ja kyselyitä. Sivuilla olevien mittareiden tarkoituksena on helpottaa potilaan yksilöllisen hoidon suunnittelua ja toteutusta sekä hoidon tulosten seuranta.

Mittaripankin avulla pyritään myös yhtenäistämään psykiatriassa käytettyjä arviointikäytäntöjä siten, että kaikilla ammattilaisilla olisi pääsy samoihin luotettaviin arviointimenetelmiin maantieteellisestä sijainnista riippumatta.

Nettiterapiat

Monissa psyykkisissä häiriöissä terapia on yhtä tärkeä hoitomuoto kuin lääkehoito; joissakin tilanteissa, erityisesti lievempien häiriöiden varhaisvaiheessa se on ensisijainen hoito, joka estää taudin vaikeutumisen ja kroonistumisen. Sen saatavuus vaihtelee Suomessa merkittävästi maantieteellisesti, yhteiskunnan korvaamaan terapiaan pääsy yleensä vaatii psykiatrian erikoislääkärin läheteen, mikä nostaa kynnystä entisestään. Muun muassa kognitiivisten ja kognitiivis-käyttämisterapeuttien määrä on riittämätön. Terapia

vaatii myös merkittävää taloudellista panosta. Saatavuus- ja rahoitushaaste ovatkin olleet kannusteina älykäden terapiaohjelmien kehittämiseen terapeuttien avuksi – nyttemmin myös Suomessa.

Tietotekniikka-avusteiset, internetin välityksellä tuotettavat terapiat

Yhä useampi aikuisikäisistä psyykkisistä häiriöistä kärsivistä saa apua psyykkisiin ongelmaansa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kehittämässä ja tuottamassa matalan kynnyksen nettiterapiassa. Nettiterapia on osittain automatisoitu sarjahoito, jossa mallinnettuun ja häiriöryhmäkohtaiseen psykoterapiasisältöön on lisätty tietotekniikan mukanaan tuomia esitys- ja opetusmahdollisuuksia. Hoidon etenemistä seuraa, potilasta tukee ja hänen kysymyksiinsä vastaa terapeutti-psykologi. Nettiterapiassa voi edetä missä vain ja milloin vain internet-yhteyden päässä. Nettiterapiat ovat käyttäjille helppokäyttöisiä, opastavia ja intuitiivisia ja ne sisältävät tietoa ja haitallisten toimintatapojen muuttamisessa hyödyllisiä tehtäviä ja harjoituksia. Vastaavia netin välityksellä toimivia sarjahoitoja on Suomen lisäksi käytössä monissa muissa maissa osana määritettyä kansallista käypää hoitoa. Suomalaisessa masennuksen käypä hoito -suosituksen uudessa versiossa nettiiterapia on nostettu käyväksi vaihtoehdoksi.

Nettiterapiat ovat nopeasti saatavilla olevia hoitoja lieviin ja keskivaikeisiin mielenterveyden ongelmiin. Tavoitteena on, että mahdollisimman moni hoitoa tarvitseva saisi apua riittävän aikaisessa vaiheessa, etteivät ongelmat pitkittyisi ja vaikeutuisi. HUS:n nettiterapiat sitovat tavallista vähemmän ammattilaisen työaikaa, minkä takia ne ovat huokeita. Tämä tukee osaltaan sote-uudistuksen kustannustehokkuustavoitetta.

Kukin HUS:n nettiterapioista on kehitetty tietyn häiriön hoitoon. Niissä edetään osio kerrallaan ja opetellaan rakentavampia toimintamalleja tietosisältöjen ja erilaisten harjoitusten avulla. Terapiaohjelmat sisältävät runsaasti tietoa kyseisestä mielenterveyden häiriöstä ja sitä ylläpitävistä tekijöistä. Nettiterapian aikana terapeutti antaa asiakkaalle palautetta ja ohjaa terapiassa edistymisessä. Asiakkaalla on koko terapian ajan mahdollisuus olla yhteydessä terapeuttiinsa sähköpostityyppisen viestiyhteyden kautta.

HUS:n nettiterapiat pohjautuvat kognitiiviseen viitekehykseen, ja lisäksi toteutuksessa on hyödynnetty psykoterapioita koskevaa yleistä tietoa. Kussakin terapiassa on myös vastaavanlaisista pulmista kärsiviä virtuaalisia esimerkipotilaita eli avatar -potilaita joiden elämää ja terapiaa seurataan terapian aikana.

Terveydenhuoltolain mukaisesti nettiterapioihin voi hakeutua kaikkialta Suomesta ja nettiterapiaan voi lähettää asiakkaita perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta, työterveyshuollosta, yksityisestä terveydenhuollosta sekä terveydenhuoltoa tuottavista säätioistä ja yhdistyksistä. Läheteestä nettiterapiaan vastaa lääkäri. Lääkärin ei tarvitse olla psykiatri. Nettiterapia voi olla tukea tai vaihtoehtona lääkinnälliselle hoidolle. Lähettävän organisaation sisäisen työnjaon mukaan läheteitä voi tarvittaessa valmistella muikin terveydenhuollon ammattihenkilö. Lähete nettiterapiaan ei siirrä hoitovastuusta vaan kyse on erikoissairaanhoidon konsultaatiota vastaavasta tuotteesta, josta tulee lähettävälle taholle myöhemmin lausunto hoidon etenemisestä ja onnistumisesta.

Nettiterapiat ja muut verkon välityksellä tarjottavat tietokoneavusteiset hoidot on tarkoitettu pääasiassa lievistä tai keskivaikeista häiriöistä kärsiville. Ne saattavat sopia hyvin osaksi hoitoa myös vakavammassa häiriöissä. On myös ohjelmia, jotka on tarkoitettu sairaudenhallinnan tukemiseen, esimerkiksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön ns. psykoedukaatiohoito, joka on tarkoitettu erikoissairaanhoidon diagnosoimille potilaille tukemaan kuntoutumista ja tämän elinikäisen sairauden hoitoon kiinnittymistä. Toistaiseksi tuotannossa ovat seuraavat terapiat:

Masennuksen nettiterapia

Masennuksen nettiterapia on tarkoitettu lievistä tai keskivaikeasta masennuksesta kärsiville. Ohjelmassa käydään läpi seitsemän vaihetta noin seitsemässä viikossa nettiterapeutin tuella.

Yleistyneen ahdistuneisuuden nettiterapia

Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön nettiterapia on tarkoitettu liiallisesta murehtimisesta kärsiville. Nettiterapiassa käydään läpi 12 vaihetta ja tavoiteltu kesto on 12 viikkoa.

Paniikkihäiriön nettiterapia

Paniikkihäiriön nettiterapiassa käydään läpi kymmenen vaihetta noin kymmenen viikon aikana. Ohjelma soveltuu lievästä tai keskivaikeasta paniikkihäiriöstä kärsiville.

Alkoholin liikkakäytön nettiterapia

Ohjelma soveltuu sellaisille henkilöille, jotka haluavat vähentää alkoholinkäyttöä tai lopettaa alkoholinkäytön. Terapiassa käydään läpi viisi vaihetta noin viidessä viikossa.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon tukiohjelma

Nettiterapiassa asiakas saa tietoa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, sekä tukea oireiden tunnistamiseen ja oireidenhallintaan. Terapiassa käydään läpi neljatoista vaihetta ja se on suunniteltu kestävän kolmesta neljään kuukautta ja sen jälkeen ohjelmaa voi kertailla sairauden hallinnan tukena.

Nettiterapia lapsille ja nuorille

Toistaiseksi varsinaisia verkkovälitteisiä ja tietotekniikka-avusteisia eli nettiterapioita ei ole Suomessa tehty suoraan lapsille eikä nuorille. Vuonna 2015 aloitettiin kuitenkin projekti sosiaalisten pelkojen ja jännittämisen terapiaohjelmasta 10–16-vuotiaille lapsille ja nuorille. Toistaiseksi yli 12-vuotiaillekin on tarjolla erilaisia omahoito-ohjelmia, esimerkiksi Toivo -oma-apuohjelma, jonka tarkoituksena on olla tukena vaikeissa elämäntilanteissa ja kriiseissä. Ohjelma koostuu yhdeksästä mielenterveyttä ja selviytymistä edistävästä osiosta, joihin liittyy tiedon lisäksi harjoituksia, äänitteitä ja videoita. Nämä osiot muodostavat yhdessä niin sanotun selviytymismatkan. Nuoret ovat itse olleet mukana ohjelman arvioimisessa sekä videoiden työstämisessä. Ohjelma sopii myös tueksi lasten ja nuorten kanssa työskenteleville sekä vanhemmille. Ohjelmassa tarjotaan tietoa muun muassa seuraavista aiheista: 1) suru ja selviytymiskeinot, 2) tunteet, ajatukset ja kehon tuntemukset, 3) Stressinhallinta, 4) perhe- ja kaverisuhteet, 5) minäkuva ja sen muutos. Lisäksi lasten- ja nuorten psykiatriassa voidaan jo nyt käyttää olemassa olevia järjestelmiä – kuten valtakunnallista mielenterveystalo.fi portaalia osana vanhempien opastamisesta tai jopa hoitoa. Vanhempi, joka on esimerkiksi masentunut, kannattaa ohjata masennuksen nettiterapiaan tai ahdistuneelle vanhemmalle voi valita ahdistuneisuushäiriöön sopivan nettiterapian. Tästä on hyötyä vanhemman oman psyykkisen tilanteen lisäksi hänen vanhemmuudelleen.

Tutkimusten mukaan masentuneiden vanhempien kyky havaita lapsen tunnetiloja ja tarpeita on selvästi heikentynyt. Samoin esimerkiksi ahdistuneisuushäiriöstä kärsivän vanhemman kyky toimia toiminnallisena mallina lapselle tai nuorelle voi olla alentunut. Myös useimmat alkoholia liikaa käyttävää vanhemmat voisivat hyötyä alkoholin liikkakäytön hoitamisesta. Vanhemman oman häiriön hoidon myötä itse häiriöön varautunut kognitiivinen prosessointikapasiteetti voisi vapautuessaan antaa lisää positiivisia mahdollisuuksia omalle vanhemmuudelle.

Tulollaan olevat nettihoidot

Nettiterapiat yleistyneen ahdistuneisuuden ja pakko-oireisen häiriön hoitoon ovat tulossa lähiaikoina. Lisäksi Mielenterveystalo.fi:n konseptin mukaisesti on kehitteillä somaattisia sovelluksia, joista ensimmäinen – lihavuuden hoito – valmistunee jo tämän vuoden aikana.

Nettiterapioiden teho

Isoin osa erilaisista maailmalla olemassa olevista tietotekniikka-avusteisista terapiaohjelmista perustuu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan terapiaan (CBT), joka on tutkituimpia psykoterapioita ja on havaittu useissa tutkimuksissa ja meta-analyyseissa tehokkaaksi hoitomenetelmäksi ainakin masennuksen, erilaisten ahdistuneisuushäiriöiden ja joidenkin riippuvuuksien hoidossa. Nettiterapioita verrataan useimmiten kasvokkain tapahtuvaan kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan juuri tästä syystä. Jos nettiterapiaan on yhdistetty terapeutin tuki, ne ovat kliiniseltä hoitovasteeltaan lähes yhtä tehokkaita, kuin kasvokkainen terapia, ja usein tehokkaampia kuin hoitojärjestelmän tarjoama tavanomainen hoito. HUS:n tarjoamissa hoito-ohjelmissa on terapeutin tuki.

Menetelminä terapiaohjelmat sisältävät häiriökohtaisesti siihen spesifisti vaikuttaviksi todettuja hoitomenetelmiä, kuten esimerkiksi ajatusten uudelleenmuotoilua, käyttäytymisen aktivoimista ja altistusta. Osa ohjelmista sisältää kuitenkin myös terapisuhteen yleisiä vaikuttaviksi todettuja piirteitä, kuten empatiaa, yhteistyösuhteen vahvistamista ja motivaation vahvistamista. Motivaatiota ja empatiaa luodaan muun muassa systemaattisella ja kannustavalla palautteen antamisella, joka toteutetaan joko terapeutin antamana tai automatisoituna palautteena tietokoneen kautta. Motivaatiota saattaa lisätä myös mahdollisuus käyttää interaktiivisesti uutta teknologiaa useiden eri aistikanavien kautta. Tietokoneohjelmat voivat myös lähettää parin viikon välein automaattisia välikyselyitä, joiden voisi ajatella toimivan myös motivoivina herätteinä muistaa käyttää ohjelmaa. Pilottivaiheessa suoritetun kyselyn sekä preliminääriseen allianssiin liittyvän case tutkimuksen mukaan, käyttäjät kokivat HUS:n nettiterapian henkilökohtaisena ja muodostivat siihen myönteisen työskentelysuhteen.

Tietotekniikkapohjaiset terapiaohjelmat soveltuvat parhaiten lievistä ja keskivaikeista ongelmista kärsiville. Juuri näille potilasryhmille mahdollisimman varhaisessa vaiheessa sovellettuna voi psykoterapia tuottaa eniten terveyshyötyä ja estää häiriön syventymisen, komplisoitumisen ja kroonistumisen. Suurin osa lievistä ja keskivaikeista häiriöistä kärsivistä ihmisistä ei kuitenkaan ole erikoissairaanhoidossa, jossa psykoterapiaa pystytään tänä päivänä järjestämään, vaan perusterveydenhuollossa, jossa tällaista mahdollisuuksia ei yleensä ole. Näin ollen, tarve ja tarjonta eivät kohta. Tällaisen matalan kynnyksen terapiamahdollisuuden kehittäminen ja tärkeän työkalun tuottaminen perusterveydenhuollon tarpeeseen on kuitenkin selvästi erikoissairaanhoidolla, jossa on siihen osaamista.

Nettiterapiapohjasta kirjatutantoa

Jokaisen valmiin nettiterapian pohjalta on tehty kevyempi, itsehoitoon tarkoitettu, Kustannus Oy Duodecimin kustantama kirjaversio. Tähän mennessä on julkaistu Irti masennuksesta, Irti paniikista, Irti alkoholista ja Irti murehtimisestä -kirjat.

HUS nettiterapioiden tieteellinen tutkimus

HUS on käynnistänyt nettiterapiatutkimuksen. Käynnissä tai suunnitteilla on kunkin valmiin diagnoosikohtaisen terapiaohjelman oma, erillinen vaikuttavuustutkimus. Näitä suoritetaan valtakunnallisena, naturalistisena tutkimuksena – kaikki tutkimukseen mukaan haluavat potilaat saavat osallistua ja kaikki saavat samaa, aktiivista hoitoa.

HUS:in nettiterapiat ovat tutkimusallustana lupaavia. Hoito on hyvin standardoitu, mikä minimoi yksilöllisistä laatuvaihteluista johtuvia häiriötekijöitä, yleisiä tavallisissa psykoterapiatutkimuksissa. Tiedon keruu tapahtuu automaattisesti, sitomatta henkilöstön resursseja, mikä mahdollistaa jatkuvan, rajattoman suuren tutkimusmateriaalin keräämisen. Nettiterapiatoiminnan valtakunnallinen kattavuus on tutkimuksen kannalta uniikkia myös kansainvälisesti. Eri ohjelmien ja ohjelmakohtaisten tutkimussuunnitelmien samankaltainen rakenne mahdollistaa terapian vaikuttavuuden vertailun eri häiriöiden (myös somaattisten) välillä, esimerkiksi, näiden tuottaman elämänlaadun parantumisen perusteella.

Tutkimuksen haasteina on heti alussa huomattu esimerkiksi se, että nykyinen tutkimuslainsäädäntö on jäänyt sähköistyvästä terveydenhuoltomaailmasta jälkeen siten, että niin toivottu ja muuten soveltuva täysin paperiton toiminta vielä ei onnistu. Esimerkiksi tutkimuspotilaalle joudutaan postittamaan allekirjoitettu suostumuspaperi. Myös satunnaistettujen kontrolloitujen sokkotutkimuksen edellyttämä kontrolliryhmän muodostaminen valtakunnallisena olisi nykyolosuhteissa liian haasteellinen. Ensimmäisiä tutkimustuloksia uskotaan julkaistavan 2016.

Mielenterveystalo.fi:n verkkopalvelun teknologia ja arkkitehtuuri

Mielenterveystalo.fi palvelun teknologia ja arkkitehtuuri pohjautuu Microsoftin Sharepoint 2010 tekniseen alustaan ja arkkitehtuuriin. Palveluja ylläpidetään HUS Tietohallinnon ylläpitämässä teknisessä ympäristössä. Potilaiden tunnistautuminen toteutetaan tietoturvallisesti Vetuman kautta (pankkitunnisteet, mobiilitunnistautuminen). Muistutettakoon tässä vielä, että Mielenterveystalo.fi palveluohjauksen ja oma-apuohjelmien käyttö ei edellytä tunnistautumista, ainoastaan nettiterapioiden käyttö.

Mielenterveystalo.fi:n tulevaisuus

Se, mitä HUS:ssa tai muualla Suomessa on tehty, tuotannon alla tai suunnitteilla, ei vielä tee sähköisen mielenterveystyön palvelujärjestelmästä valmista. Eikä tämän kaltainen kokonaisuus koskaan täysin valmiiksi tulekaan, vaan rikastuu ja laajenee sitä mukaan kun uusia ideoita ja sekä mielenterveystyö- että tietoteknisiä innovaatioita syntyy. Kaikilla mielenterveystyölle omistautuneilla tahoilla ja henkilöillä, yhdessä potilaiden ja järjestöjen kanssa, pitää olla mahdollisuus osallistua ja tuoda oman kortensa kekoon. Kukaan ei tänään kykene ennustamaan, minkä näköinen sähköisen mielenterveystyön palvelujärjestelmä on viiden, saati kymmenen vuoden kuluttua.

7.2 Päihdelinkki, Peluuri

Markus Sjöholm, Jenni Kämppi

Tukea rahapeliongelmaan: Peluuri tänään ja tulevaisuudessa

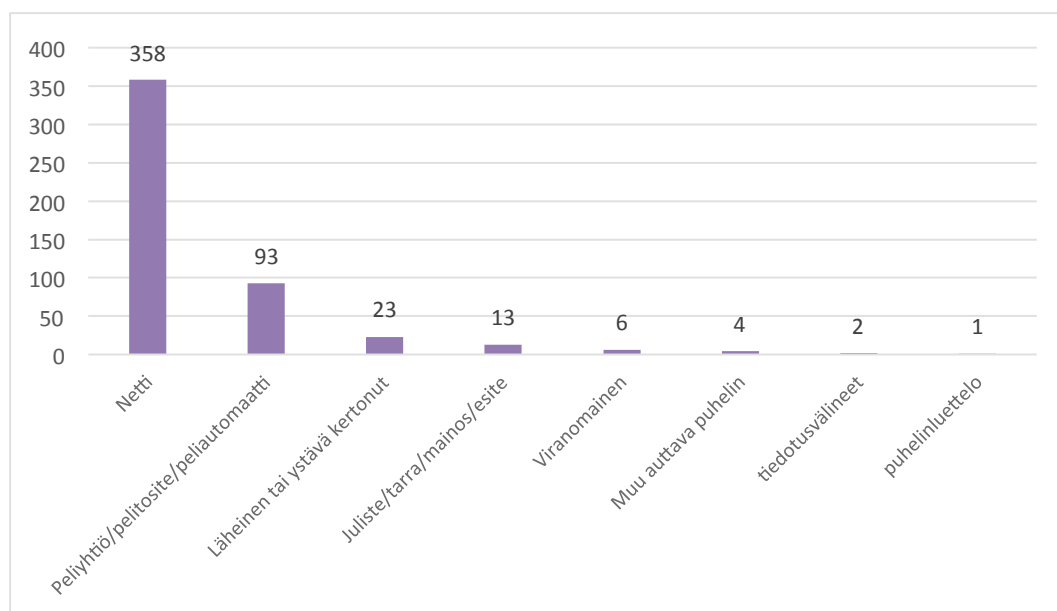
Peluurin auttava puhelin aloitti toimintansa 1.9.2004. Vuoden 2014 lopussa Peluurin linjoilla on kymmenvuotisen historian aikana käyty kaiken kaikkiaan 12 677 ongelmapelaamista – pääosin rahapeliongelmaa – koskevaa puhelua. Myös digipeliongelmaa koskevia soittoja tulee linjoille säännöllisesti. Vuosittain käydään 1100–1400 peliongelmiin liittyvää puhelua.

Peluuri on vuosien varrella laajentunut pelkästä auttavasta puhelimesta eri yhteydenottokeinoja tarjoavaksi sähköiseksi palvelukokonaisuudeksi. Tarjolla on myös suhteellisen lyhytkestoista yksittäistä kontaktia pidempiaikaisempia tuen muotoja; vertaistukea sekä verkkopohjaista terepiaa. Anonyymin ja kasvottoman avun, tuen ja tiedon löytäminen on monelle rahapeliongelmasta kärsivälle ja omaa tilannettaan usein häpeävälle tärkeää.

Tässä artikkelissa kerrotaan puhelimen ja netin kautta tarjolla olevista palveluista sekä havaituista asiakkaiden tarpeista. Artikkelissa jaetaan myös Peluurin visiota palvelukokonaisuuden kehittämiseksi. Jaetusta tiedosta on toivottavasti hyötyä muille, vastaaventyypisiä kansalaispalveluita kehittäville tahoille.

Miten kansalainen löytää rahapeliongelmiin tarjolla olevat sähköiset palvelut?

Peluurin auttavassa puhelimesta käydyin puhelun yhteydessä kerätään tietoa siitä, mitä kautta asiakas on numeron löytänyt. Vuonna 2014 tämä kävi ilmi 500 puhelussa (yhteensä 1187 peliongelmapuhelua). Suurin osa asiakkaista mainitsi löytäneensä Peluurin numeron netin kautta (kuva 1). Iso osa kertoi myös saaneensa numeron joko pelikoneen vieressä olevasta esitteestä, peliyhtiöiden nettisivuilta, pelikupongista tai peliyhtiöltä.



Kuvio 1. Mistä soittaja on saanut tiedon Peluurista? (Peluurin puhelutietokanta 2014)

Peluurin nimi tunnetaan hyvin: netin kautta suoraan Peluurin sivuille tulee jopa yli 70 prosenttia kävijöistä (1.1.–18.3.2015 välisenä aikana, lähde Google Analytics). Tämän lisäksi sivuille päädytään hakukoneiden, linkitysten ja ostettujen bannereiden kautta.

Hyvän verkkolöydettävyyden lisäksi Peluurin yhteystiedot näkyvät peliyhtiöiden vastuullisuusosioissa. Auttavan puhelimen tilastot ja päivystäjien kokemukset osoittavatkin, että monelle Peluurin palvelut ovat tuttuja peliyhtiöiden kautta. Peluuri tulee kansalaisille tutuksi myös peliongelmaa käsittelevien lehtijuttujen infopalkeissa, lähes kaikissa peliongelma-aiheisissa tukimateriaaleissa sekä satunnaisesti toteutavissa mainoskampanjoissa.

Ammattilaisten keskuudessa Peluuri näkyy messuilla ja tapahtumissa. Peluuri luo aktiivisesti yhteistyösuhteita muihin toimialan järjestöihin, tutkijoihin ja ulkomaisiin toimijoihin.

Mitä palveluita on tarjolla?

Peluurin perustehtävä on määritelty vuosien 2013–2016 strategiassa seuraavasti: ”Peluuri ehkäisee ja vähentää pelaamisesta aiheutuvia sosiaalisia sekä terveydellisiä haittoja tuottamalla tuki-, ohjaus- ja neuvonpalveluita sekä välittämällä tietoa peliongelma-aiheisista tukimateriaaleista ja sen ehkäisystä sekä hoidosta. Peluuri tarjoaa myös oma-apuun ja vertaisuuteen perustuvaa tukea.”

Nämä perustehtävän mukaiset, nykyisin tarjolla olevat palvelut on esitelty alla olevassa taulukossa 1.

Taulukko 1. Peluurin kautta tarjolla olevat sähköiset palvelut 2015 ja näiden käyttäjämäärät 2014. (Peluurin vuosiraportti 2014, Mukailtu Castrén ym. 2013)

<p>TUKI- JA NEUVONTAPALVELUT (TYÖNTEKIJÄ-ASIAKAS) Ilmaisia ja anonyymejä palveluita, joissa ammattilainen tukee, neuvoo ja ohjaa asiakasta pelikäyttäytymisen muuttamisessa. Tukeminen on aina yhteistyötä, jossa etsitään yhdessä asiakkaalle sopivia keinoja ongelmakäyttäytymisen muuttamiseen.</p>	<p>Yhteydenottomäärät 2014</p>
<p>Auttava puhelin</p> <p>eNeuvonta (Kysymys-vastauspalvelu) Chat (Reaaliaikainen keskustelu Peluurin nettisivuilla)</p> <p>Pelivoimapiirin neuvontaan ja ylläpitoon tulleet viestit (neuvontaa ja henkilökohtaista tukea myös Pelivoimapiirissä, ks. alta "vertaistukipalvelut")</p>	<p>1187 peliongelmapuhelua</p> <p>120 kysymystä</p> <p>78 yhteydenottoa (4.9-31.12.14)</p> <p>149 viestiä</p>
<p>VERKKOSIVUSTO Verkkosivustolla vapaasti käytettävissä olevia ei-vuorovaikutteisia palveluita (tietoa, testejä, oma-aputyökirjoja yms.) jotka eivät vaadi rekisteröitymistä. Peluuri linkittää myös toisten palveluntarjoajien tarjoamiin materiaaleihin.</p>	<p>Käyttäjämäärät 2014</p>
<p>Peluurin verkkosivusto</p>	<p>Eri kävijät ka / kk: 7460*</p>
<p>VERTAISTUKIPALVELUT Avoimet keskustelufoorumit peliongelmaisille ja heidän läheisilleen, myös suljettuja ammattilaisen ohjaamia pienryhmiä. Käyttö vaatii rekisteröitymisen ja nimerkin, osin myös muiden tausta- tai yhteystietojen antamista</p>	
<p>Avoin Valtti-keskustelufoorumi</p> <p>Suljetut Tuuletin-vertaisryhmät</p> <p>Tekstiviestitse ja netissä toimivat Pelivoimapiiri-ryhmät (Tekstiviesti- ja nettipalvelu, jossa ohjattua keskustelua suljetuissa pienryhmissä, oma-apuviestejä ja neuvontapalvelua)</p>	<p>Eri kävijöitä ka. / kk 1695</p> <p>Eri kävijöitä ka./kk 43</p> <p>Jäseniä: 560 Viestitapahtumia: 8400</p>
<p>PELI POIKKI-OHJELMA Viikoittaiset työmateriaalit netissä, itseopiskelu ja tehtävien palautus terapeutille. Tukena keskustelufoorumi sekä terapeutin viikoittaiset puhelinsoitot (30 min)</p>	<p>Ohjelman aloittaneet & suorittaneet 2014</p>
<p>Peli poikki-ohjelma</p>	<p>Aloitti 205 hlöä. Suoritti 145 hlöä.</p>

Vastaako Peluuri kansalaisen tarpeisiin?

Peluuri on määritellyt strategiassaan 2013–2016, että sen tarjoamat palvelut perustuvat tutkittuun tietoon ja että palveluita kehitetään ensisijaisesti kohderyhmältä välittyvien tarpeiden mukaisesti. Käytäntö on teoriaa monimuotoisempi, sillä kohderyhmältä välittyvien tarpeiden tunnistaminen ei ole aina ihan yksinkertaista.

Kehittämisehdotuksia tai ylipäänsä palautetta palveluista tulee Peluuriin kertyneen kokemuksen mukaan asiakkailta hyvin vähän. Esimerkiksi keväällä 2015 lähetettiin lyhyt kehittämiskysely e-lomakemuodossa kolmeen otteeseen Pelivoimapiirin 560 käyttäjälle – vastauksia saatiin kahdeksan. Myös chatin kautta on yritetty kerätä palautetta ja kehittämisehdotuksia, mutta keskustelujen jälkeen ihmiset kiittävät ja katoavat nopeasti linjoilta, eivätkä jää täyttämään palautepyyntöjä.

Silti saamamme vähäinen palaute, samoin kuin chattailyn lomassa annettu epäsuora palaute, on kaiken kaikkiaan erittäin myönteistä: esimerkiksi chatin palautelomakkeessa pyydetty kouluarvosana palvelulle on keskimäärin 8,8. Kohderyhmältä välittyviä tarpeita on osattava tunnistaa palautteen keruuta epäsuoremmin.

Palveluiden kehittämistä ei voi jättää myöskään tutkitun tiedon varaan: tutkimustietoa erilaisten virtuaalipalveluiden tehosta peliongelmiin ehkäisyyn on tarjolla toistaiseksi melko vähän – toki enenevissä määrin ja tätä kenttää seurataan koko ajan aktiivisesti. Peluurin tämänhetkisistä palveluista vain Peli poikki -ohjelman vaikuttavuudesta on saatu riittävää tutkimusnäyttöä (ks.. Castrén ym. 2012 & 2013).

Vertaisarvioidun tutkimustiedon puuttuessa nojataan myös erilaisiin selvityksiin: Peluurin asiakkaiden käyttäytymismalleista on tehty pro gradu-tutkielma (Kämppi 2007), Peluurin palveluista on tehty ulkoinen arviointi vuonna 2009 (Huotari ym.) ja Pelivoimapiiri-palvelusta on tehty kaksi pro gradu -tutkielmaa (Luostari 2011, Sjöholm 2011).

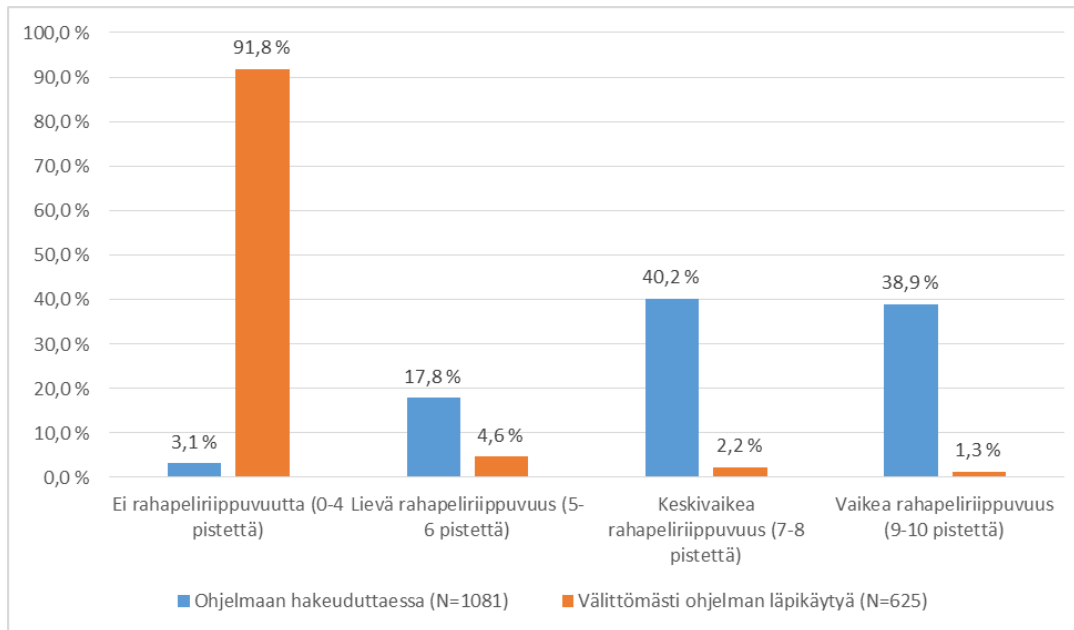
Peluurin sähköisten palvelujen kehittämisessä suuressa roolissa ovat lisäksi arkityöstä nousevat erilaiset palveluideat ja niiden kokeileminen käytännössä. Aiemmin on kehitetty ja kokeiltu kolmen puhelun mallia ja chat-päivystystä vertaistukihenkilön voimin. Lisäksi on selvitetty palvelujen kehittämisen tueksi näkemyksiä ja kokemuksia ulkomaisilta Peluurin kaltaisilta palveluilta. Loppukevällä 2015 kokeiltiin Sininauhaliiton tieto- ja tukipiste Tiltin ja Sosiaalipedagogiikan säätiön Pelirajat’ on -toiminnan kanssa yhteistyössä toteutettavaa vertaispuhelinta, jossa peliongelma kärsivillä tai hänen läheisillään on mahdollisuus käydä 1-3 tukipuhelua peliongelman selättäneen henkilön tai ex-ongelmapelaajan läheisen kanssa. Kokeilussa oli mukana kolme pelaajavertaista ja neljä läheisvertaista. Apua tarvitsevia ilmoitautui mukaan yhteensä 16, joista 14 tavoitettiin. Mukana olleista yhdeksän oli pelaajia ja viisi läheisiä. Palvelu jatkuu ainakin syksyn 2015: nyt mukana on jo kuusi pelaajavertaista ja kuusi läheistä. Asiakaspalautetta kehittämisen tueksi yrittämme tällä kerralla haalia tiedustelemalla palautetta puhelimitse luvan antaneilta tukisuhteen päättymisen jälkeen.

Vastaava ongelmapelaajille ja läheisille suunnattu puhelinpalvelu on olemassa Australiassa ja heidän kokemuksiaan on myös tässä kokeilussa hyödynnetty. Vastaavan kaltaisia vertaispuhelinpalveluita muihin kuin peliongelmiin löytyy Suomestakin.

Neuvontapalvelut, vertaistuki, oma-apuohjelmat ja vinkit sekä sivuilta saatu informaatio lisäävät tietoa, ajattelua ja omaa reflektiota sekä toimivat tärkeinä muutosponnistelujen käynnistäjinä. Niiden pitkän aikavälin hyödyllisyyttä ei voi usein kovin helposti tai systemaattisesti mitata eikä se aina liene tarpeeseen.

Peluurin palveluvalikkoa kehitetään ja lisäosaamista uusien palvelutarpeiden kohtaamiseen aletaan hakea aika ajoin myös ulkoisten odotusten myötä. Peluuriin on tullut viime vuosina rahapelien lisäksi puheluita liittyen muihin digitaalisiin peleihin, kuten tietokone-, mobiili- ja konsolipeleihin. Myös näissä asioissa yhteyttä ottavia asiakkaita on pyritty palvelemaan, vaikka pääfokus ja palvelun rahoituksen peruste on edelleen ongelmallisessa rahapelaamisessa.

Palvelujen kehittämistä säätelevät ja ohjaavat myös taloudelliset resurssit. Oivana esimerkkinä tästä käy Peli Poikki -ohjelma, joka on koko olemassaolonsa ajan ollut erittäin suosittu ja siihen on jatkuvaa jonoa (5.10.2015 4 kk). On hieman nurinkurista, että suosittu, erittäin kustannustehokkaan, helposti ympäri Suomea tavoitettavan ja tutkitusti asiakkaan kannalta muutoksessa todella auttavan (ks. oheinen Kuva 1. Peli Poikki -ohjelman vaikuttavuudesta) palvelun toteuttamiseen ei ole ainakaan toistaiseksi löytynyt suurempia resursseja.



Kuvio 2. Asiakkaiden peliongelman tasoa kuvaavat NODS-testin pisteet (%) Peli poikki-ohjelman seulon-tavaiheessa (jonoon ilmoittautuessa) sekä välittömästi ohjelman läpikäytyä 2007-2014. (Lähde: tutkija Petteri Paasio, Peliklinikka)

Erilaiset asiakkaat, räätälöidyt tarpeet?

Onko eri asia pelata kaupan kolikkoautomaatteja yksinäisyyden takia kuin nettipokeria rahan ansainta mielessä? Onko erilaista olla pelaajan vaimo kuin hänen äitinsä tai lapsensa? Mikä on samaa ja mikä näitä ryhmiä erottaa? Voiko erilaisia ihmisiä luokitella erilaisiin lokeroihin?

Esimerkiksi Monaghanin & Blaszczynskin (2009) laajassa rahapeliongelmiin virtuaalitukenä käsittelevässä raportissa suositellaan palvelujen räätälöintiä: erilaiset pelaajatyypit, ongelman vaihteleva vakavuus, mahdolliset liittänoireet, eri rahapelit ja erilaiset syyt pelata aiheuttavat kullekin asiakkaalle omat erityiset tuki- ja hoitotarpeensa.

Castrénin ym. (2013) virtuaalipalveluita koskevassa katsauksessa todetaan, että tutkimuksissa on havaittu räätälöidyn sisällön olevan tehokkaampaa kuin yleisluontoisesti tarjotun tiedon: ”viestintä havainnoidaan positiivisemmin, se muistetaan paremmin, se ei sisällä turhaa tietoa ja se koetaan henkilökohtaisesti merkityksellisemmäksi (Lustria ym. 2009; Raylu ym. 2008). Räätälöidyn sisällön myötä asiakastyytyväisyys lisääntyy ja samalla hoidon keskeyttämisluku pienenee (PGRTC, 2011).”

Vaikka jokainen pelaaja tai läheinen onkin omanlaisensa persoona ja jokaisella on omat syynsä pelata, tyypittely on jollain tasolla mahdollista. Ongelmia aiheuttaa silti se, että ihminen taipuu harvoin vain yhteen kategoriaan ja hän voi myös olla epätyypillinen kategoriansa edustaja: eivät kaikki eläkeläiset, nuoret tai naiset pelaa samoja pelejä, samoista syistä ja samalla ongelmatasolla.

Esimerkiksi vertaispuhelimessa sovitamme asiakkaat yhteen iän, sukupuolen, pelityypin, motivaation, koettujen ongelmien sekä elämäntilanteen mukaan, jotta vertaiselta ja tukea tarvitsevalta löytyisi mahdollisimman paljon yhteisiä kokemuksia jaettavaksi. Samalla periaatteella voisimme jatkossa sovittaa yhteen myös tarjoamaamme tietoa, vertaisryhmiä sekä muita palveluitamme.

Australialaisen Responsible Gambling Councilin nettisivuilla (<http://www.responsiblegambling.org>) eri pelaajaryhmät huomioidaan ja tarjottu tieto on muokattu soveltumaan erityisesti maahanmuuttajille, alkupe- räisväestölle, vähemmistöille, nuorille ja nuorille aikuisille, eläkeläisille sekä aikuisille ja vanhemmille.

Tekstit ovat lyhyitä ja mukana on myös videoita sekä tähän viiteryhmään kuuluvan ongelmarahapelaajan omakohtainen tarina pelaamiskiarteestaan ja toipumisestaan.

Muutamilla muilla kansainvälisillä sivuilla naisille, miehille, nuorille, teineille ja vanhuksille on tehty omat profiloitinsa sekä kartoitettu näille ryhmille erilaisia tyypillisiä syitä pelaamiseen (escape vs. action gamblers), ongelman seurauksia, tyypillisesti pelattuja pelejä ja tälle ryhmälle hyväksi havaittuja toipumismahdollisuuksia.

Millainen Peluuri on kymmenen vuoden kuluttua?

Tulevaisuudessa, tutkimus- ja kokemustiedon lisääntyessä sekä teknologian kehittyessä, Peluuri pystyy tarjoamaan entistä tehokkaammin asiakkaalle juuri häntä koskevaa informaatiota ja oma-aputyökaluja.

Kenties puhelin on vaihtunut kasvot paljastavaan videoyhteyteen, kenties ei. Vuorovaikutteisuus ei silti tule katoamaan, kone ei voi korvata ihmistä. Jatkossakin vuorovaikutus ja asiakkaan motivointi tapahtuu edelleen ihmiseltä ihmiselle - kirjoitettuna tai puhuttuna. Peluuri tulee mitä todennäköisimmin tarjoamaan useita yhteydenottokeinoja, joista asiakas voi valita hänelle mieluisimman.

Nettisivuilla asiakkaille tullaan tiedon lisääntyessä tarjoamaan kohderyhmälle todennäköisesti entistä räätälöidymää tietoa. Tekstin lisäksi tietoa voidaan tarjota kuvien, videoiden, äänen ja vuorovaikutteisten palveluiden avulla.

Videoiden avulla voidaan lisätä enemmän tunnetta äänenpainoilla, musiikilla ja kerronnalla kuin tekstipohjaisilla ratkaisulla. Animaatiot voivat havainnollistaa tekstiä paremmin esimerkiksi rahapelitietoa.

Erilaiset tietovisat, joita löytyy monen ulkomaisen Peluurin kaltaisen palvelun sivulta, tarjoavat aivan eri tavalla pohdintamahdollisuuksia kuin staattisemmin tarjottu teksti-informaatio – kysymys-vastausmuoto kannustaa ihmistä ensin omaan pohdintaan ja mikäli hänellä on väärää tietoa, on hän oman arvauksensa jälkeen todennäköisesti vastaanottavaisempi ja kiinnostuneempi tästä oikaisevasta tiedosta.

Kehittämiseen pyritään jatkossa saamaan entistä enemmän kokemusasiantuntijoiden ääntä ja näkökulmaa esimerkiksi hyödyntämällä saman katon alla olevan tieto- ja tukipiste Tiltin asiakkaiden näkemyksiä sekä syventämällä yhteistyötä kasvokkaista vertaistukea tarjoavien ryhmien kanssa.

Oma-aputyökaluihin olisi kätevää rekisteröityä vain kertaalleen, jonka jälkeen kaikki oma-aputyökalut olisivat pelaajan tai läheisen käytössä. Näin palveluiden käytöstä kertyisi systemaattista tietoa ja asiakaskyselyiden, joihin on hankalaa saada vastauksia, rooli kehittämistyössä pieneneisi. Esimerkiksi kanadalainen Ontario Institute tarjoaa kaikki oma-aputyökalunsa yhdellä rekisteröitymisellä asiakkaidensa käyttöön.

Avoin keskustelu, kuulluksi tuleminen sekä rohkaisu, kannustus ja neuvot eteenpäin kantavat monia jo pitkälle. Peluurin kokemuksen mukaan ne saavat asiakkaan ryhtymään tuumasta toimeen: kokeilemaan uusia strategioita pelaamisen hallintaan saamiseksi.

Vaikka välineet automatisoituvat ja digitalisoituvat yhä enemmän, vaikeina hetkinä aidon vuorovaikutuksen tarve – puhuen, kirjoittaen tai videokuvan välityksellä – tuskin loppuu tulevaisuudessakaan.

Lähteet

- Castrén S, Sjöholm M, Lahti T. Virtuaalituki rahapeliongelmissa (2013a). Nykytilanne Suomessa ja tulevaisuuden kehityssuunnat. *Duodecim* 129, 1773-7.
- Castrén, S., Pankakoski, M., Ladouceur, R., Lahti, T. (2012). Internet-based 8-week cognitive therapy for gambling problems: socio-demographic characteristics of the participants. *Psychiatry Fennica* 43,79-96
- Castrén, S., Pankakoski, M., Tamminen, M., Lipsanen, J., Ladouceur, R., Lahti, T. (2013b). Internet-based CBT intervention for gamblers in Finland: Experiences from the field. *Scandinavian Journal of Psychology* 54 (3), 230-235
- Kämppi, J (2007). Rahapelaaminen arkielämän ongelmana: Analyysi auttavaan puhelimeen yhteyttä ottaneiden käyttäytymismalleista. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma.Yhteiskuntapolitiikan laitos. Helsingin yliopisto. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/11244>
- Luostari, J. (2011). Itsensä löytäjät, Järkeilijät ja Turvaverkon rakentajat. Kolme tarinatyyppiä rahapeliongelman syistä ja selättämisestä. Uskontotieteen pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. Humanistinen tdk. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/29480/itsensal.pdf?sequence=1>

- Lustria ML, Cortese J, Noar SM, Glueckauf R. (2009). Computer-tailored health interventions delivered over the web: Review and analysis of key components. *Patient Education and Counseling* 74,156-173.
- Monaghan S, Blaszczynski A. (2009). *Internet-based interventions for the Treatment of problem gambling*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health (CAMH).
- Problem Gambling Research and Treatment Center (PGRTC) (2011). *Guideline for screening, assessment and treatment in problem gambling*. Clayton: Monash University.
- Peluurin vuosiraportit <http://www.peluuri.fi/tietopankki/peluuri-info/peluurin-vuosiraportit>
- Raylu N, Oei TP, Loo J. (2008). The current status and future direction of self-help treatments for problem gamblers. *Clinical Psychology Review* 28,1372-1385.
- Sjöholm, M. (2011). Jäsenten kokemus edistyminen peliongelma- toipumisessaan kolmessa virtuaalisessa Pelivoimapiiri-vertais- tukiryhmässä. Sosiaalipsykologian pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. valtiotieteellinen tdk.https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/25939/sjoholm_gradu.pdf?sequence=3

7.3 Sosiaali- ja terveystalvija verkosta Lapissa, Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus

Nina Peronius, Maarit Pirttijärvi

Masa Lapista ei ole mikään juoppo, eikä edes alkoholisti, ainakaan omasta mielestään. Voihan olla, ettei metsätöitä ole enää ollut tarjolla entiseen malliin, mutta enemmän on syytä iässä, jota on kohta 50 tai selässä, jonka takia parilla edellisellä työkeikalla tuli liikaa sairauslomapäiviä. Työnantaja patisti lääkärille, joka jutteli kyllä ylipainosta ja kohonneesta verenpaineesta ja kyseli liikunnan määrästä ja alkoholin käytöstä. Höh. Raavas mies saa liikuntansa töitä tekemällä ja alkoholia Masa käyttää ihan normaalisti, niin kuin muutkin. Lääkäri nyökytteli ja antoi kipulääkerekseptin ja sitten työkakso jo loppuikin. Uutta ei ole ollut näköpiirissä ja Masa on kuluttanut päiviään pihalla ja autotallissa puuhastellen. Muutama kalja päivässä auttaa ajan kuluttamiseen ja viikonloppuisinhan sitä saakin ottaa jotakin. Onneksi tuli liityttyä valokuituun, kun kylällä taisteltiin parempien nettiyhteyksien puolesta. Netissä riittää urheilua ja muuta katselemista.

Lappi on laaja ja harvaan asuttu maakunta. Pinta-alaltaan se on 30 prosenttia Suomen maapinta-alasta mutta suomalaisista Lapissa asuu vain 3,4 prosenttia, noin 180 000. Lapin väestö vähenee pikkuhiljaa ja vanhenee nopeaan tahtiin. Erityisesti tyhjenee ja ikääntyy Itä-Lapin seutukunta, mutta myös Pohjois- ja Tunturi-Lapin sekä Torniolaakson seutukunnat. Rovaniemen alue sekä Kemi-Tornion alue saa myös tulomuuttoa, mutta näilläkin seutukunnilla reuna-alueet tyhjenevät. Nuoret muuttavat opiskelun ja työn perässä eteläma- s, joten pienempiin kuntiin, harvaan asutuille alueille, jäävät eläkkeellä jo olevat ja siitä haaveilevat sukupolvet nauttimaan vuodenaajoista ja luonnosta. Työttömänä on Lapissa noin 15 prosenttia työikäisistä, pahimmilla seuduilla jo joka viides. (Sotkanet 2015a). Noin puolessa Lapin kunnista on seitsemän kymme- nestä asukkaasta joko alle 15-vuotias tai paremminkin yli 65-vuotias. Kun samoissa kunnissa on myös työttömyysaste sekä työvoiman ulkopuolella olevien määrä korkea, on yhtä työssäkäyvää kuntalaista kohden helposti vähintään yksi lapsi, työtön tai eläkeläinen. (Lapin Liitto 2015.)

Alkoholin myynti on valtakunnallisesti Lapissa ihan omaa luokkaansa. Vuonna 2013 myytiin lapissa 10,6 litraa alkoholia 100 prosenttiseksi alkoholiksi muutettuna lappilaista kohden, kun koko Suomen keskiarvo oli 7,6 litraa. Kaikissa Lapin seutukunnissa alkoholin myynti ylittää Suomen keskiarvon, mutta erityisen suurta myyntiä on Tunturi-Lapin (21,6 litraa) ja Pohjois-Lapin (17,7 litraa) seutukunnissa, joissa määrää selittää erityisesti Norjan puolelta ostoksilla kävijät. (Sotkanet 2015b.) Myös turismi näkyy Lapin myyntitilastoissa. Kaikkea alkoholia Lapissakaan ei kuitenkaan käytä rajanaapurit tai turistit. Kyllä lappilainen mies osaa juoda ja yhä useammin myös lappilainen nainen.

Alkoholin käyttö näkyy vähitellen myös Lapin kuntien taloudessa. Päihdehuollon kustannukset Lapissa vuonna 2004 olivat 11,3 €/asukas eli noin puolet valtakunnallisesta keskiarvosta (21,4, €) mutta vuonna 2013 enää neljänneksen alhaisemmat (29,5 / 34,8). Lappi on siis saavuttamassa muuta Suomea päihdepal- veluihin panostamisessa, vaikkakaan ei vielä ihan saavuttanut. Siihen vaikuttaa kuitenkin osaltaan se, ettei- vät kaikki päihdepalveluihin käytetyt kulut tilastoidu päihdekustannuksiin. (Sotkanet 2015c).

Tarinamme Masa on kuvitteellinen kaveri, mutta hän edustaa aika hyvin tavallista pienessä kunnassa asuvaa Lapin miestä, jonka kyky hallita alkoholin käyttöä on heikentynyt vähitellen ja jolla huvista on vähitellen tulossa harmi. Tässä artikkelissa seuraamme Masan taivalta Lapissa kehitettyjen verkko- ja video-muotoisten päihdepalvelujen käyttäjänä. Artikkelin pohjautuu siihen kehittämistyöhön, jota toteuttavat EAKR-rahoitteinen virt.fi -hanke¹ ja Kasterahoituksen saanut Hyvinvointi hakusessa – riippuvuus riskinä -hanke², jotka molemmat toimivat Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen Lapin toimintayksikössä.

Tietoteknologia lyhentämässä Lapin pitkiä välimatkoja

Hyvät tietoliikenneyhteydet ja tietoteknologian avulla tarjottavat palvelut on arvioitu merkittäväksi keinoksi ylläpitää ja edistää Lapin asukkaiden hyvinvointia (Lapin maakuntaohjelma 2011–2014, 58). Vuoden 2014 lopussa valokuituverkko oli saatavilla yhteensä yli puoleen suomalaisista kotitalouksista. Kaikki kiinteän verkon tekniikat huomioiden nopea laajakaistaverkko oli puolestaan käytettävissä noin kahdeksalla kymmenestä kotitaloudesta. Lappilaisista 69 prosenttia asuu laajakaistaverkon saatavuusalueella. (Viestintävirasto 2015.)

Lapissa on panostettu sujuviin tietoliikenneyhteyksiin jo 2000-luvun alussa. Kun Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus (Poske)³ aloitti toimintansa, päätti se yhdeksi toimintalinjakseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen palvelulogistiikan ja sitä tukevan teknologian kehittämisen. Tavoitteena oli, että kehitettävä tietoteknologia tukee kuntien toimijoita heidän työssään sekä edistää ja tukee kuntalaisten tasa-vertaista ja asuinpaikasta riippumatonta tiedon saantia ja sujuvaa pääsyä sosiaali- ja terveyspalveluiden piiriin. (ks. lisää Poske 2011.) Kun kehittämistyö alkoi, pohdittiin paljon sitä, saavuttavatko verkossa tuotettavat palvelut koskaan riittävän suurta osaa kuntalaisista.

Nyt tiedämme, että 86 prosenttia suomalaisista käyttää internetiä. Uusia käyttäjiä tulee enää yli 55-vuotiaissa, sillä lähes kaikki sitä nuoremmat jo käyttävät verkkoa. Vanhimmasta ikäryhmästä, yli 75-vuotiaista jo vajaa kolmannes käyttää Internet-palveluita. Suomalaiset ovat Internetissä myös yhä useammin. Internetiä monta kertaa päivässä käyttävien osuus väestöstä kasvoi vuonna 2014 kaikissa ikäryhmissä. Yhdeksän kymmenestä nuoresta aikuisesta käy netissä useita kertoja päivässä. Koko aikuisväestöstä useasti päivässä nettiä käyttävien osuus on noussut 64 prosenttiin. Samalla kun laajakaista- ja langattomat yhteydet paranevat, myös palveluiden käyttö muualla kuin kotona lisääntyy. Tabletti on käytössä nyt jo joka kolmannessa kodissa, kun vuonna 2013 se löytyi joka viidennestä taloudesta. Vuonna 2014 älypuhelinikäyttöön suomalaisten osuus nousi edellisestä vuodesta 10 prosenttiyksikköä 60 prosenttiin. (Tilastokeskus 2015.) Käyttäjää riittää, mutta löytyykö verkosta helposti juuri sitä palvelua, mitä tarvitsee?

Pitkä kehitystyö on synnyttänyt Lappiin virt.fi – Virtuaalisen sosiaali- ja terveyspalvelukeskuksen, joka tarjoaa sähköisiä palveluita hyvinvoinnin tueksi (kuva 1). Masa ja muut Lapissa asuvat löytävät virt.fi -sähköiset palvelut vaikkapa oman kuntansa kotisivuilta ja voivat hyödyntää mm. erilaisia laskureita ja

¹ Virt.fi- sähköiset palvelut lappilaisille -hanke ylläpitää virt.fi -innovaatioympäristöä, joka sisältää toimintatavan, tukirakenteen, laitteet ja sovellukset teknologiavälitteisten palveluiden toteuttamiseksi. virt.fi -innovaatioympäristön avulla palveluiden tuottajat voivat tuottaa markkinoille uusia teknologiavälitteisiä palveluita tai kehittää olemassa olevia palveluita monikanavaisiksi, ja näin tehostaa omaa palveluprosessiaan.

² Hyvinvointi hakusessa – riippuvuus riskinä -hanke sai Sosiaali- ja terveysministeriön Kasterahoituksen vuosille 2013 -2015 Lappiin ja Kainuuseen tehtävänsä kehittää kuntien päihdepalvelujärjestelmiä sekä yhteistyötä tavoitteena edistää kuntalaisten sosiaalista ja terveydellistä hyvinvointia ja osallisuutta, omaehtoista hyvinvoinnin edistämistä sekä päihdepalvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta ja osaamisen lisääntymistä. Kainuussa hanke toimi perhepalvelujen toimialalla ja erityisesti nuorten päihdepalveluprosessien kehittämistyössä. Lapin 18 hankunnassa hanketyö painottui päihteiden suurkäyttäjien palveluprosessien kehittämiseen kunkin kunnan tarpeiden mukaisesti.

³ Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen (Poske) päämääränä on hyvinvointitoimijoiden osaamisen ja asiantuntijuuden kehittäminen. Valtakunnallisena erityistehtävänä on saamenkielisten palveluiden kehittäminen. Poskessa on kolme toimintayksikköä, ja Poske on osa valtakunnallista osaamiskeskusverkostoa.

mittareita, kysymys- ja vastauspalveluja, ajanvarausta, kuvapuheluita sekä mahdollisuutta tallettaa ja välittää tietoturvallisesti omia tietoja ja asiakirjoja. Ensimmäinen kuntalaisille tarkoitettu sähköinen palvelu, verkkoneuvonta, avattiin Kemijärvellä vuonna 2006. Tällä hetkellä virtu.fi -palvelussa on tarjolla 172 erilaista sähköistä palvelua. Palveluiden tuottajina ja kehittäjinä toimivat Lapin kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, Lapin yliopisto, Lapin ammattikorkeakoulu, aluehallintoviranomaiset, maakuntien liitot, yksityiset palveluntuottajat ja teknologiayritykset sekä Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, joka myös ylläpitää palveluportaalia



	
virtu.fi asiakkaalle	virtu.fi ammattilaiselle
<p>virtu.fi auttaa ajasta ja paikasta riippumatta. Ota yhteyttä. Etsitään yhdessä käytännön ratkaisuja helpottamaan arkeasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Löydät sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset yhdellä klikkauksella ✓ Annamme käytännön neuvoja muuttuneessa elämäntilanteessa ✓ Saat työkaluja ja vertaistukea hyvinvointisi edistämiseen ✓ Ratkaistaan yhdessä mieltäsi vaivaavat asiat 	<p>virtu.fi tarjoaa tietoa ja tukea asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Ota yhteyttä. Tehdään yhteistyötä asiakkaiden parhaaksi.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarjoamme konsultaatiota sosiaali- ja terveysalan erityiskysymyksissä ✓ Mahdollistamme luotettavan tiedonsiirron ammattilaisten välillä ✓ Annamme työpariapua oman työn arviointiin ja kehittämiseen ✓ Olemme kumppanina asiakastyössä

Kuva 1. Virtu.fi – Virtuaalinen sosiaali- ja terveystalokeskus

Kun saisi tietoa jostakin – kysy verkkoneuvonnasta

Masan leppoisa arki on järkkynyt. Vaimo ampuu kovilla: jos homma ei muutu, on edessä ulko-ruokinta. Vaimon mukaan Masa on kerta kerralta enemmän jurrissa hänen tullessaan töistä kotiin ja sohvalla illat nukkuva Masa ei ole silmänilo siinäkään. Masa on tehnyt lupauksia jo pitkään ja pärjääkin ilman olutta muutaman päivän, mutta aina löytyy joku syy avata pullo, ja siitä se taas lähtee. Kunnan nettisivuja selaillessaan Masa oli huomannut, että päihdeasioissa pitäisi ottaa yhteyttä mielenterveystoimistoon. Hullunahan he minua pitävät, jos sinne menen, tuumii Masa vaimolleen ja kieltäytyi. Vaimo itki illan ja laittoi sitten netissä viestin johonkin Kysy päihdeasioista -palveluun, jonka linkki löytyi kunnan sivulta (kuva 2).

Kuva 2. Kysy päihdeasioista -palvelu

Virtu.fi -palveluportaali tarjoaa yleistä ja kuntakohtaista verkkoneuvontaa sosiaali- ja terveyspalveluiden lähes kaikkiin palveluihin. Yleisen kansalaisneuvonnan kysymyksiin vastaavat Lapin olosuhteet ja palvelut hallitseva, kuntien, valtion ja järjestöjen ammattilaisista koottu ryhmä ja joissakin ryhmissä on mukana myös kokemusasiantuntijoita (Herkkuja pakasteesta -työkälukirja 2013). Kysymyksen voi jättää nimettömänä tai omalla nimellään mihin vuorokauden aikaan tahansa ja vastaus luvataan viiden arkipäivän sisällä. Asiakas saa halutessaan matkapuhelimeensa tai sähköpostiinsa ilmoituksen hänelle saapuneesta vastauksesta ja kysymykset ja niihin saapuneet vastaukset tallentuvat asiakkaan henkilökohtaiselle asiointitilille virtu.fi -portaaliin. Virtu.fi -palveluiden käyttö on maksutonta. (Ks. tietoa verkkoneuvonnan oikeudellisesta perustasta Nikunlassi 2008.)

Yleisen verkkoneuvontapalvelun lisäksi kunnan omaa maksutonta verkkoneuvontapalvelua tarjoaa kahdeksan kuntaa Lapissa. Kunnan oma palvelu mahdollistaa yleisen neuvonnan lisäksi henkilökohtaisen neuvonnan ja ohjauksen sekä palvelujen hakemisen, kahdenvälisen viestinnän sekä lomakkeiden palautuksen kuntalaisen ja kunnan asianomaisen virkamiehen välillä. Kunnan verkkoneuvontapalvelussa kuntalainen tunnustetaan pankkitunnuksilla tai mobiilivarmenteella ja palvelu tapahtuu salatussa yhteydessä. Kunnan verkkoneuvonnan käyttö mahdollistaa näin vastavuoroisen kirjallisen asioinnin tietoturvallisesti eivätkä asiakkaat lähetä enää suojaamatonta sähköpostia kunnan virkamiehille. (Ks. Sähköpostin käytöstä sosiaalipalveluissa 2010.) Asiakas saa portaaliin itselleen oman Virtu-asiointitilin, jonne tallentuu sähköpostiviestintä, mutta jonne voi tallentaa myös sähköiset asiakirjat tai tiliotteet, jolloin ne voi helposti liittää viranomaiselle lähetettävään viestiin, esimerkiksi toimeentulotukihakemukseen.

Lapin kunnissa ja kuntayhtymissä oli vuonna 2014 käytössä 97 erilaista verkkoneuvontapalvelua ja -lomaketta, joita oli käytetty kaikkiaan 3710 kertaa. Kuntarajoista riippumatonta avointa verkkoneuvontapalvelua on käytetty 85 kertaa. Vuonna 2014 virtu.fi- ja Sosiaalikallegan sivustoja avattiin kaikkiaan 488 586 kertaa ja kansalaiset kirjautuivat Virtu-asiointitilille 6917 kertaa. (virtu.fi 2015.)

Lapin kuntien ja järjestöjen ammattilaiset ovat saaneet verkkokonsultaatiopalvelua jo vuodesta 2003 (Lisää palvelun kehittämisvaiheesta ks. Kiitos kysymyksestä 2003). Viranomaisten kesken virtu.fi -palveluun tunnistautumisen tapahtuu ammattilaistunnusten avulla. Esimerkiksi Lapin poliisi toimittaa Rovaniemen kaupungille menevät lastensuojeluilmoitukset suojatun virtu.fi -lomakepalvelun kautta, jolloin vältytään aiemmalta faksin käytöltä tai hitaalta kirjepostilta. Myös Kolpeneen kehitysvammahuollon kuntayhtymä hyödyntää suojattua verkkopalvelua, kun asioi Lapin kuntatoimijoiden kanssa. Ammattilaistunnuksia käytti vuonna 2014 kaikkiaan 1166 henkilöä (virtu.fi 2015).⁴

Koska Masan kotikunta ei tarjonnut kunnan verkkoneuvontapalvelua, osoitti Masan vaimo kysymyksensä yleiseen palveluneuvontaan, jonka asiantuntijaryhmä selvitti juuri Masan kotikunnassa tarjolla olevat palvelut ja reitit niihin. Samalla Masan epätoivoinen vaimo sai myös tukea ja kannustusta sekä ohjeita siitä, miten hakea itselle tukea raskaaksi muuttuneessa tilanteessa. (Verkkovuorovaikutuksesta esim. Ohtonen 2011.) Palvelujen löytäminen ei ammattilaisellekaan ole aina helppoa. Lapin kaikkiin kuntiin on muotoutunut kunnan koon, palvelutarjonnan ja väestön tarpeiden ja usein silkan sattumankin kautta kuhunkin oma-ileimainen päihdepalvelujärjestelmänsä. Isoimmista kunnissa on A-klinikka (Rovaniemi, Kemi, Tornio), hieman pienemmissä on oma mielenterveystoimisto, jossa tarjotaan päihdetyötä osana mielenterveystyöntekijän työnkuva tai erillisen päihdetyöntekijän toimesta. Päihdetyöntekijöitä on palkattu ihan viime vuosina myös sosiaalitoimen alaisuuteen. Pienimmissä kunnissa apua saa terveyskeskuksesta tai sosiaalitoimesta tai asiakkaalle tarjotaan mahdollisuutta ottaa yhteyttä naapurikunnan A-klinikkaan tai mielenterveystoimistoon, jos kuntien välissä on sovittu yhteistyöstä. Päihdepalvelujen saatavuus on usein yhtä lähellä kuin lähin terveyskeskus, jonne erityisesti pienemmissä kunnissa on hyvinkin helppo saada vastaanottoai-koja, mutta toisaalta erityispalveluja voi joutua hakemaan etäältä.

Palveluja kuvapuhelimella

Muutama kesäinen viikko meni yksin mökillä kupsehtiessa, kun vaimon mitta täyttyi ja sen putken jälkeen joutui Masa toteamaan, että alkoholi vie miestä eikä päinvastoin. Rytmihäiriöt pakottivat lääkärille ja saman tien Masa jäi vuodeosastolle muutamaksi päiväksi tarkkailuun. Sydänvaivoista Masa puhui käytävällä ja kavereille, mutta kyllä se taisi oikeasti olla katkojakso. Kolmantena päivänä osastolle tupsahti juttelevalainen nuori nainen ja vasta keskustelun loppupuolella Masa hoksasi, että se tyär olikin sieltä mielenterveystoimistosta. Se vallan innostui, kun Masa kehui tietokoneenkäyttötaidoillaan, ja kertoi vuolaasti, mitä apua ja tukea netin kautta olisi Masalle tarjolla. Edes mielenterveystoimistoon ei tarvitsisi tulla, jos sovittaisiin muutamana viikon ajalle tapaamiset netissä. Nytkö sitä sitten joutuu videolle, mietti Masa.

Verkkomuotoisten eli kirjallisesti toteutettujen palvelujen lisäksi virtu.fi -portaalissa on kehitetty erilaisia kuvapuhelinpalveluja, joita voidaan tarjota etäisyyksistä riippumatta silloin, kun käytössä on riittävän tehokas Internet-yhteys. Kuvapuhelinpalveluilla tarkoitetaan kahdenvälisiä tai ryhmämuotoisia yhteyksiä, jossa kuvan ja äänen lisäksi voi reaaliaikaisesti välittää tai esittää tietokoneessa olevaa tai erillisellä dokumenttikameralla näytettävää materiaalia. Kuvapuhelinpalveluista käytetään myös nimitystä videopalvelut tai AC-yhteys, joka viittaa Lapissa käytössä olevaan Arctic Connect-kuvapuhelinohjelmistoon.⁵ AC-kuvapuhelinpalvelu toimii suojatussa yhteydessä ja sen käyttö on mahdollista myös kuntaverkkojen kautta, sillä se ei avaa suojaamatonta reittiä kuntaverkkoon kuten esimerkiksi Skype -järjestelmä. Kuvapuhelinyhteyden kautta pidetään Lapissa ja viime vuosina myös valtakunnallisesti yhä suurempi osa Posken sisäisistä ja Posken ja Lapin kuntien kokouksista ja koulutuksista. Palvelu mahdollistaa kahdenvälisen yhteydenpidon lisäksi myös jopa 20 eri osallistujatahon koulutukset tai kokoukset erillisen siltapalvelimen kautta.

⁴ virtu.fi -palvelut ja käyttömäärät 2014. <http://www.sosiaalikallega.fi/teknologia/virtu-fi-palvelut-ja-kayttomaarat-2014>

⁵ Arctic Connect Oy:n kuvapuhelinohjelma noudattaa H.323-standardia ja H.235-standardin mukaista salausta sekä Videotunneli.com -salausta tunneloitujen pisteiden välillä.

Jokaisessa Lapin kunnan sosiaalivirastossa ja terveyskeskuksessa on käytössä vähintään yksi tila, jossa ammattilainen voi käyttää kuvapuhelinpalvelua.

Virtu.fi -kuvapuhelinyhteyden kautta on kansalaisille Lapissa tarjolla keväällä 2015 kaksitoista erilaista palvelua, joita tuottavat Lapin ensi- ja turvakoti sekä Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Asiakas varaa haluamansa ajan ammattilaiselta ja selvittää samalla, mistä hän itse voi palvelua käyttää (kuva 3). Palveluajan koittaessa ammattilainen soittaa sovittuun yhteysnumeroon ja tapaaminen toteutetaan. Kerättyjen palautteiden perustella kuvapuhelinpalvelun antamisessa käyttökokemus arvioitiin pääsääntöisesti erittäin hyväksi tai hyväksi. Tähän vaikutti palautteen pohjalta tekninen toimivuus, itselle uuden oppiminen ja palvelun tuottaminen omasta toimipisteestä etäälle.

The screenshot shows the Virtu.fi website interface. At the top, there's a navigation bar with 'Sosiaalikolega' and 'virtu.fi ammattilaisille'. The main header features the 'virtu.fi' logo and the text 'VIRTUAALINEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUKESKUS'. Below this, a breadcrumb trail reads 'Etusivu -> Palvelut -> Sosiaalityöntekijän ohjausta ja neuvontaa kuvapuhelimella'. The main content area is titled 'Kuvapuhelinpalvelu' and 'Sosiaalityöntekijän ohjausta ja neuvontaa kuvapuhelimella'. It includes a photo of a woman and a man in a consultation, a description of the service, and instructions on how to use it. A sidebar on the right contains sections for 'Tietoturva', 'Lisätietoja', and 'Henkilö'. The footer mentions the development partners: Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus and Virtu-asiointia videoyhteydellä -hanke.

Kuva 3. Esimerkki sosiaalityöntekijän kuvapuhelinpalvelusta

Asiakkaat voivat joskus käyttää kuvapuhelinpalveluja kuntien toimijoille tarkoitetuista neuvotteluhuoneista, mutta yhä useampi kunta on hankkinut erilliseen Virtu-pisteeseen, jota myös asiakkaat voivat helposti varata ja käyttää (kuva 4). Siinä on suojatussa, etukäteen varattavissa olevassa tilassa tarjolla työpöydän lisäksi kosketusnäyttöinen tietokone ja lisäkuvaruutu, dokumenttikamera sekä kopiokone/skanneri. (Yliräisänen-Seppänen 2015.) Virtu-palvelupisteeseen voi varata kuvapuhelinpalaveria varten ja tavata näin etänä vaikkapa työvoimaneuvojan tai psykologin, kun tapaaminen on ennalta sovittu työntekijän kanssa. Palvelusta voi hakea tietoa myös varaamalla virtu.fi -portaalin kautta sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvonta-ajan ja odotella sosiaalityöntekijän yhteydenottoa. Virtu-palvelupisteessä voi myös käyttää muita tietotekniikan palveluita, esimerkiksi skannata asiakirjoja työvoimahallinnolle tai Kelalle tai vaikka toimeentulotukihakemuksen liitteeksi. Koneella voi hoitaa myös muita verkkopalveluita, mutta siihen ei saa liitettyä esim. muistitikkuja tietoturvariskin vuoksi. Virtu-palvelupisteitä on Lapissa jo 9 kunnassa kaikkiaan 14. Vuoden 2016 loppuun mennessä on tavoitteena, että niitä on jo kaikissa Lapin 21 kunnassa.



Kuva 4. Virtu-palvelupiste

Jos kotona on käytössä tietokone, niin videomuotoista asiakaspalvelua varattaessa voi tilata käyttöönsä Virtu-kotilisen. Asiakas tarvitsee tietokoneen, web-kameran ja kuulokemikrofonin, hyvän Internet-yhteyden ja sähköpostiosoitteen. Jos asiakkaalla ei ole tarvittavaa Internet-yhteyttä tai laitteistoa kotonaan, ammattilainen voi lainata asiakkaalle kotirepun. Virtu-kotireppu on tarkoitettu erityisen tuen tarpeessa oleville asiakkaille tai asiakasperheille, jotka hyötyvät kuvapuhelinpalvelun käyttämisestä kotona. Virtu-kotireppu sisältää tietokoneen, kuvapuhelinohjelman, Internet-liittymän, modeemin ja lisäantennin. Masalle riitti, että hän varasi virtu.fi-sivulta omalle työntekijälleen ajan ja avasi sähköpostilinkkinä tulleen ohjelman koneeseensa ennen sovittua aikaa ja sen jälkeen odotteli työntekijän soittoa.

Harvaan asutussa Lapissa myös kuntatyöntekijöitä on vähän ja erityistyöntekijöitä harvassa. Vuodesta 2003 tarjolla olleen verkkokonsultaatiopalvelun lisäksi virtu.fi -sivuston ammattilaisosiosta (kuva 5) on saatavissa työpareja tilanteisiin, jossa omasta kunnasta ei löydy tarvittavaa työparia. Työparia pyytävä kuntatoimija sitoutuu samalla olemaan vuorollaan apuna toiseen kuntaan. (Herkkuja Pakasteesta -työkalukirja 2013, 84–85.) Työparityön tueksi ja muun ammatillisen konsultaation mahdollistamiseksi virtu.fi tarjoaa kuvapuhelinpalveluita myös ammattilaisille. Vuonna 2014 tarjolla ollutta viittä eri kuvapuhelinpalvelua ammattilaisille käytettiin 80 kertaa. Hyvinvointi hakusessa -hankkeen tuella on pilotoitu Päihdepalveluinfo -palvelu, jossa Lapin sairaanhoitopiirin päihdeklinalle voi varata joko asiantuntijakonsultaatioajan tai ottaa asiakkaan mukaan neuvottelemaan yhdessä hänelle sopivista päihdepalvelujen vaihtoehdoista. Lapin nuorisosaama Romppu tarjoaa samalla tavalla videopalvelua nuorten riippuvuusongelmien kanssa toimiville Lapin kunta-ammattilaisille.

Kuva 5. Virtu.fi ammattilaisosio

Päihdepalvelujen käyttö Lapissa

Lapissa on päihdehuollon avopalvelujen piirissä reilut 1600 lappilaista, yhdeksän asiakasta tuhatta asukasta kohden eli saman verran kuin valtakunnassa keskimäärin. Lapin seutukuntien välillä avopalvelujen piirissä olevien erot ovat tilastollisesti huikeat. Alueet, joissa on erillinen A-klinikka (Rovaseutu ja Kemi-Tornion seutukunta) ylittävät asiakasmäärältään Suomen keskiarvon. Itä-Lapissa päihdehuollon avopalvelujen piirissä oli vain noin viisi asiakasta tuhatta kuntalaista kohden ja sekin painottui Kemijärveen, jossa yhtenä suurimpana kuntana oli jo vuonna 2013 erillinen päihdetyöntekijä. (Sotkanet 2015d.)

Pohjois- ja Tunturi-Lapin seutukunnissa päihdehuollon avopalvelujen piiriin on tilastoitunut vajaasta kahdesta alle yhteen asiakasta tuhatta asukasta kohti vuodessa. Tunturi-Lapissa tilastoihin vaikuttaa se, että Enontekiö-Muonion kansanterveystyön kuntayhtymä ostaa päihdepalvelut Lapin sairaanhoitopiiriltä, jolloin näissä kunnissa tehtävä päihdetyö kirjautuu erikoissairaanhoidon palveluksi. (Sotkanet 2015d.) Muissa pienemmissä kunnissa päihdetyö piiloutuu mielenterveystyön, sosiaalityön ja perusterveydenhuollon palvelujen sisälle eikä kirjaudu päihdetyöksi tilastoihin eikä myöskään kustannuksiin.

Avopalvelujen vähäisyys Pohjois- ja Tunturi-Lapissa sekä Tornionlaakson alueella ja osin myös Itä-Lapissa näkyvät päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastolla hoidettujen asiakkaiden määrissä, jotka ylittävät Lapin ja valtakunnan keskiarvon (Sotkanet 2015e). Pääosa alkoholikatkaisuhoidoista hoidetaan Lapissa terveyskeskusten vuodeosastoilla. Eri puolilta Lappia on todettu, että avokatkaisujaksojen määrä on nopeasti laskenut. Yksi mahdollinen syy on se, että moni työssä käyvä hoitaa päihdeputkensa katkaisun aiemmin muihin oireisiin saadun rauhoittavan lääkkeen turvin itsenäisesti. Ainakin siihen asti, kunnes huomaa käyttävänsä alkoholia ja rauhoittavia yhtä aikaa, jonka jälkeen avokatkaisu ei olekaan enää vaihtoehto. Toinen syy avokatkon vähenemiseen on tiukentuneet vaatimukset sen toteuttami-

seen lääkärin valvonnassa. Avokatkaisun kehittämistä kohtaan on kuitenkin mielenkiintoa ja hankkeen aikana on useammassa kunnassa päivitetty avokatkaisuohjeistusta, usein Rovaniemen A-klinikan päivitettyyn ohjeistukseen pohjaten.

Myös varsinaisissa päihdehuollon laitoksissa hoidettujen määrä vaihtelee voimakkaasti alueellisesti. Lapissa on vain kaksi ympärivuorokautista päihteenkäytön katkaisuun ja kuntoutukseen erikoistunutta yksikköä Rovaniemellä ja Kemissä. Lisäksi Lapin kunnat käyttävät ostopalveluna muun muassa eri Minnesota-hoitoja tai Järvenpään sosiaalisairaala. Erot kuntien välillä laitospalveluiden käytössä ovat suuret riippuen kunnan palveluperinteistä ja myös päihdepalvelulaitosyksikköjen etäisyydestä kunnasta.

Arjen käynnistymistä katkaisu- tai kuntoutusjakson aikana ja jälkeen voi tukea myös virtuaalisesta sosi-aali- ja terveystalvustolta. Oma tilannearvio, Arjen lukujärjestys ja Rahankäytön seuranta - palveluilla voi jäsentää oloaan ja arkeaan ja palvelun voi halutessaan jakaa Virtu-asiointitilin kautta myös oman työntekijän katsottavaksi. Lisäksi virtu.fi -portaalista löytyvät myös toimeentulo- ja elatustukilaskurit, jotka ovatkin osoittautuneet suosituiksi sivustoiksi ympäri Suomen. Lisäksi virtu.fi -portaalista löytyy Mielenterveystalo.fi -palvelut sekä koko ajan enemmän järjestöjen tuottamia palveluita.

Asiakkaasta toimijaksi ja vaikuttajaksi

Aivan sujuvasti ei Masan alkoholiton arki lähtenyt sujumaan. Ansiosidonnainenkin päättyi ja Masa tuli tutuksi työvoimatoimiston rouvan kanssa, videon välityksellä jälleen, ja kuuli, että voisi päästä kuntouttavaan työtoimintaan samaan päivätoimintapaikkaan, jossa oli jo vierailut aika ajoin. Työjakso sujuikin hyvin, ja Masa tuki siinä sivussa kanssatoimijoitaan pysymään työssä ja vähän miettimään alkoholinkäyttöään. Oma kokemus sai Masan miettimään laajemmin kaveripiiriään: monellekohan viinasta on tullut hovin sijasta harmi? Missä se oli se esite siitä kehittäjä-asiakastoiminnasta?

Matalan kynnyksen päivätoiminta tarkoittaa Lapissa yhdestä viiteen päivänä viikossa joko koko- tai osan päivästä tarjolla olevaa toimintaa, jossa ei saa olla päihneiden vaikutuksen alainen. Pisin historia viisipäiväisellä päivätoiminnalla on ollut kunnissa, joissa järjestö ja kunta ovat yhteistyössä ja usein osin RAY:n tuella kyetty rakentamaan päivätoimintoja. Näitä kuntia Lapissa ovat esimerkiksi Kemijärvi, Rovaniemi ja Sodankylä. Kunnan omana toimintana neljä- tai viisipäiväistä päivätoimintaa on järjestetty pidempään esimerkiksi Torniossa, Inarissa ja Ylitorniolla, 2014 alkaen Kittilässä sekä vuoden 2015 keväästä alkaen Kemimaassa.

Pienemmissä kunnissa on Hyvinvointi hakusessa -hankkeen tuella aloitettu moniammatillisella yhteistyöllä tarjoamaan päivätoimintaa kerran viikossa kolmesta viiteen tuntia kerrallaan. Toiminta on suunnattu kaikkein vaikeimmassa asemassa oleville päihteitä runsaasti käyttäville kuntalaisille, joille ei ole aiemmin kunnissa ollut mitään kohdennettuja palveluita. Toimintaa on käynnistetty Tervolassa, Pellossa, Posiolla, Savukoskella, Ranualla ja vuoden 2015 keväällä myös Sallassa. Koska kuntiin ei ole mahdollista saada erillistä henkilökuntaa päivätoimintoihin, on palvelu toteutettu siten, että kunnan eri toiminnoista (sosiaali-toimi, mielenterveystoimisto, kotipalvelu) ja yhteistyötahoista (seurakunta, yhdistykset, vapaaehtoiset) on aina kaksi toimijaa vuorotellen paikalla. Sekä työntekijät että asiakkaat ovat antaneet toiminnasta hyvää palautetta: toimintojen yhteinen suunnittelu ja toteuttaminen, kahvittelu ja joissakin tapauksissa ruuanlaitto mahdollistavat uudenlaisen suhteen työntekijöiden ja asiakkaiden välille. Samalla päihdeettömyyden vaatimus on tukenut osalla kävijöistä myös omaa päihteenkäytön hallintaa.

Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus on toimintansa alusta alkaen halunnut pitää asiakkaat mukana kehittämisessä. Jo 2000-luvun alussa käynnistettiin erilaisia asiakaskehittäjäryhmiä kuntien kehittämisen prosessien tueksi, ja vuosikymmenen loppupuolella avattiin kehittäjäasiakkuutta Kehittäjäkahviloiden kautta myös laajemmin kuntalaisille. Eri kunnissa kehittäjäasiakkaiden ja kehittäjätyöntekijöiden tekemää työtä on tukenut Kehittäjäfoorumitapaamiset, joita on ollut 2–3 kertaa vuodessa ja jonne ovat saapuneet

kunnissa toimivat kehittäjät, asiakkaat ja työntekijät, yhdessä kehittämistyötä tukeneiden hankkeiden kanssa jakamaan kokemuksiaan kehittämistyöstä ja miettimään tavoitteita seuraavalle jaksolle.⁶

Hyvinvointi hakusessa -hankkeessa toteutettiin yhdessä Lapin sairaanhoitopiirin, Rovaniemen mielenterveysseura Balanssin, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen, Posken ja hankkeen yhteistyössä kokemusasiantuntijakouluttajakoulutus, johon osallistui 17 toimijaa hankkeesta ja Lapin kunnista. Sen jälkeen on toteutettu kokemusasiantuntijakoulutusta Rovaniemellä, Länsi-Lapissa ja Kemijärvellä. Koulutus ja sen jälkeinen tuki antaa asiakkaille valmiuksia toimia kehittäjäasiakkuuden lisäksi myös vertaistuen ja kokemusasiantuntijan rooleissa. Erityisesti päihderiippuvuudesta toipuneet ovat erittäin halukkaita tukemaan samoista ongelmista kärsiviä.

Sekä Lapin, että Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien psykiatrian klinikat ovat kunnostautuneet aloittamalla kokemusasiantuntijoiden käytön myös potilaiden toipumisen tukena sekä asiantuntijajäsenenä hallinnossa. Rovaniemen A-klinikka kokeilee kokemusasiantuntijoiden käyttöä A-klinikan vastaanotoilla asiakkaiden tukena. Kokemusasiantuntijoiden tarinat ovat tukeneet myös esimiesten koulutuksessa rohkaisten entistä varhaisempaan ja jämäkämpään puuttumiseen, jos työntekijällä epäillään alkoholi-ongelmaa.

Posken tämänhetkisen näkökulman mukaan (Niskala & Savilahti 2014) kokemusasiantuntijuutta voidaan pitää yleiskäsitteenä, joka mahdollistaa mm. kehittäjäasiakkaan, kokemuskouluttajan, vapaaehtoisen tai vertaistuen roolit. Kehittäjäasiakkaana toimiessaan ei tarvitse välttämättä olla sairaudestaan täysin toipunut, riittää, että on työskentelyprosessin aikana työkunnossa. Kehittäjäasiakkaalla ei myöskään tarvitse olla erityisesti valmennettu toimiakseen mukana esimerkiksi palvelun kehittämisprosessissa, vaikkapa Rovaniemen kaupungin Pikapolin käynnistämässä, mutta moni kehittäjäasiakas haluaa kokemusten kartuttua vaikuttaa vahvemmin palveluiden kehittämiseen ja siirtyä toimimaan esimerkiksi poliittisen järjestelmän kautta tai järjestösektorilla.

Tulevaisuuden tukea ja teknologiaa

Masan tulevaisuus näyttää hyvältä. Kotona ja sen liepeillä riittää remontoitavaa ja lähimetsissä harvennettavaa. Missähän välissä kaikki ehti niin rapistua? Päihdeettömyyttään ei Masa enää pidä itsestäänselvyytenä. Onneksi kerran viikossa on AA-kokous kuvapuhelimella ja vähintään kerran kuussa Masa hurauttaa naapurikuntaan ihan naamakkainkin puhumaan. Vaikka ei se paljoa eroa kuvapuhelinkokouksesta, tuumii Masa. Kehittäjäasiakkuus vie myös aikaa, samoin parin tuttavan tukihenkilönä toimiminen. Ja on Masa muutaman kerran mennyt myös mielenterveystoimistolle, kun työntekijä on pyytänyt asiakkaan luvalla hänet mukaan neuvotteluun. Viinasta on helppo puhua, kun se on tuttu juttu. Ja verkko- ja kuvapuhelinpalveluista, kun nekin ovat tuttuja...

Tulevaisuudessa verkko- ja videomuotoiset sosiaali- ja terveyspalvelut ovat Masankin käytössä yhä uusin tavoin. Masa ja vaimo löytävät helpommin luotettavaa tietoa palvelutarpeeseensa tai ongelmaansa Internetin kautta sekä voivat arvioida omaa tilannettaan erilaisten mittareiden, laskureiden ja kartoitusten avulla. Samalla saa myös tietoa, miten muut samassa tilanteessa olevat ovat toimineet ja minkälaisia palveluita olisi saatavilla. Jotta palvelujen tarjoaminen olisi entistä sujuvampaa, on Lapin Yliopisto tarjonnut vuodesta 2005 sosiaalityön informaatioteknologista maisterikoulutusta (SIMO), jonka tavoitteena on antaa opiskelijoille valmiuksia hyödyntää teknologiaa omassa työssään (Kilpeläinen & Sankala 2010). Samalla myös tutkimus tietotekniikan vaikutuksesta palvelujen tuottamiseen ja työntekijän ja asiakkaan suhteeseen on lisääntynyt.

Tulevaisuudessa palveluiden käyttö helpottuu nykyisestä, kun yhdellä tunnistautumalla pääsee käyttämään kaikkia tarvitsemiaan palveluita. Masa voi myös tallentaa omia havaintojaan tai arvojaan omasta tilanteesta, ja jakaa tätä tietoa ammattilaiselle tarvittaessa. Yhä useampaan palveluun voi tulevaisuudessa varata ajan sähköisesti sekä nykyistä reaaliaikaisemmin ja luontevammin käyttää tietoturvallisia viesti-

⁶ Kehittäjäasiakastoiminnan esittely <http://www.sosiaalikallega.fi/kehittajaasiakastoiminta/>

kanavia vaikkapa ammattilaisen kanssa chattailuun. Ammattilaisajan voi varata ja tavata kuvapuhelimella tai paikan päällä kulloisenkin tarpeen mukaan. Kuvapuhelimen avulla Masa voi myös osallistua edelleen erilaisiin ryhmiin ja vertaistapaamisiin, joihin saadaan helposti paikalle myös asiantuntijat tarvittaessa. Kansalaisen palveluiden saatavuus ei riipu enää asuinpaikasta, mutta hänellä tulee olla taidot käyttää internetiä, ja hän tarvitsee palveluiden käyttöön soveltuvan nopean laajakaistaverkon.

Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä 2012 toimintansa aloittaneen perusterveydenhuollon yksikön Terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan nostettiin alusta asti yhdeksi erityistehtäväksi yhdenmukaisemman mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän rakentaminen Lapin sairaanhoitopiirin alueelle. Perusterveydenhuollon tekemän selvityksen perusteella kuntien erilaiset palvelujärjestelmät ja erityispalvelujen ja peruspalvelujen koordinaation vähäisyys aiheuttavat asiakkaille ajoittain tunteen pompottelusta (Lapin sairaanhoitopiiri 2015, 25.) Päihde- ja mielenterveyspalveluketjua työstä erillinen työryhmä vuosina 2013–2014 ja sen työ siirtyy laajemmin aikuisten psykososiaalisia palveluja kehittäväälle työryhmälle, joka aloittaa työnsä syksyllä 2015.

Vuonna 2015 Lapissa jatketaan yhtenäisemmän sosiaali- ja terveystalouden kehittämistä sekä Länsi-Pohjan että Lapin sairaanhoitopiirin alueella. Pohjoisen sote-tietohallintoyhteistyö on käynnistynyt OYS Erva-alueella vuonna 2014. Riippumatta siitä, millainen tulevaisuuden sosiaali- ja terveystalouden järjestelmä on, on selvää, että Lapin laajalla ja harvaan asutulla alueella sen tulee täysimääräisesti tarjota sekä asukkaille että ammattilaisille mahdollisuuksia nopeaan yhteydenottoon ja tuen saamiseen riippumatta kysyjän ja vastaajan sijainnista. Verkko- ja videomuotoiset palvelut eivät korvaa lähellä asukasta tuotettuja palveluja, mutta ne voivat nopeuttaa, täydentää ja monipuolistaa niitä.

Lähteet

- Herkkua pakasteesta -työkäkirja 2013. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisu 36. Erweko Oy, Rovaniemi.
- Kilpeläinen, Arja & Sankala, Jukka. 2010. e-Osaaminen sosiaalitiön asiantuntijuutta rakentamassa. Teoksessa Pohjola, Anneli & Kääriäinen, Aino & Kuusisto-Niemi, Sirpa (toim.). Sosiaalitiö, tieto ja teknologia. PS-kustannus. Juva: Ws Bookwell Oy: 271–290.
- Lappi lukuina 2012–2013. Lapin liitto. Viitattu 19.3.2015. http://www.lappi.fi/lapinliitto/c/document_library/get_file?folderId=931431&name=DLFE-16377.pdf
- Lapin liitto 27.3.2015. Viitattu 2.4.2015. http://www.lappi.fi/lapinliitto/c/document_library/get_file?folderId=52584&name=DLFE-22702.pdf
- Lapin sairaanhoitopiiri. 2015. Lapin sairaanhoitopiirin terveydenhuollon järjestämissuunnitelman päivitys 2015-2016. Viitattu 5.4.2015. <http://www.lshp.fi/download.aspx?ID=10917&GUID={FCEBBE0E-F755-450A-BA82-7D6D8E081CEA}>
- Lapin maakuntaohjelma 2011–2014. Lappi. Pohjoisen luova menestyjä. Lapin liitto. Viitattu 20.4.2015. http://www.lappi.fi/lapinliitto/c/document_library/get_file?folderId=26465&name=DLFE-11190.pdf
- Niskala, Asta & Savilahti, Terhi. 2014. Kokemusasiantuntijuus kehittäjäasiakas- kokemuskouluttaja- ja vertaistukitoiminnassa. Pohjois-Suomen osaamiskeskuksen työpapereita. Viitattu 19.5.2015. http://www.sosiaalikallega.fi/kansalaistoiminta/kehittajaasiakastoiminnan-materiaalit/opas_kehittajaasiakastoiminta
- Nikunlassi, Yrjö. 2008. Sosiaalitoimen verkkoneuvonta. Viranomaisen neuvontavollisuus, henkilötietojen käsittely ja käytännön toteutus. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisu 29. Oy Sevenprint Ltd, Rovaniemi.
- Ohtonen, Vuokko. 2011. e-Asiantuntijana sosiaalipalvelujen verkko- ja palveluun. Pro Gradu -tutkielma, sosiaalityön koulutusohjelma, Lapin yliopisto. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisu 34.
- Poske. 2011. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Strategia 2010–2015 ja toiminta 2011. Viitattu 20.4.2015. www.sosiaalikallega.fi/poske/julkaisut/tyopaperit-ja-muut-julkaisut/Poske_strat1015_totsu2011.pdf
- Sotkanet 2015a [verkkopalvelu]. Työttömät, % työvoimasta. THL id 181, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005 – 2015. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 9.3.2015]. Saatavilla www.sotkanet.fi
- Sotkanet 2015b [verkkopalvelu]. Alkoholiomien myynti asukasta kohti 100 %:n alkoholina, litraa. THL id 10089. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2015. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 9.3.2015]. Saatavilla www.sotkanet.fi
- Sotkanet 2015c [verkkopalvelu]. Päihdehuollon nettokustannukset euroa/asukas THL id 1273. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2015. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 9.3.2015]. Saatavilla www.sotkanet.fi
- Sotkanet 2015d [verkkopalvelu]. Päihdehuollon avopalveluissa asiakkaita / 1000 asukasta. THL id 1271. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2015. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 9.3.2015]. Saatavilla www.sotkanet.fi

- Sotkanet 2015e [verkkopalvelu]. Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastolla hoidettuja / 1000 asukasta. THL id 1278. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2015. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 9.3.2015]. Saatavilla www.sotkanet.fi
- Sähköpostin käytöstä sosiaalihuollossa. 2010. Tietosuojavaltuutetun toimisto. Päivitetty ohje 15.9.2015. Viitattu 11.5.2015. http://www.tietosuoja.fi/material/attachments/tietosuojavaltuutetu/tietosuojavaltuutetuntoimisto/oppaat/6JfqFHt2y/Sahkopostin_kaytosta_sosiaalihuollossa.pdf
- Tilastokeskus. 2014. Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö 2014. Viitattu 19.4.2015. <http://www.stat.fi/til/sutivi/2014/index.html>
- Vesterinen, Kerttu (toim.). Kiitos kysymyksestä 2007. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja 27. Poske 2007.
- Viestintävirasto. 2015. Nopean laajakaistan saatavuus Suomessa. Viitattu 19.4.2015. https://www.viestintavirasto.fi/tietoatoimi/alasta/tietoatarjonnastajahinnoista/internetpalvelut/nopeiden_yhteyksiensaataavuus.html
- Virtu.fi. 2015. Palvelut ja käyttömäärät 2014. <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/virtu-fi-hanke/esitykset/virtu-fi-palvelut-ja-kayttomaarat-2014>
- Yliraisänen-Seppänen, Pia. 2015. Palvelumuotoilulla virtuaalista asiointia. Teoksessa Poikela, Paula & Turpeenniemi, Sini (toim.). Etäisyys ei ole este terveydelle. Hyvinvointitekniologia helpottaa. Lapin ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja B. Raportit ja selvitykset 1/2015: 60–61.

7.4 Palveluvaaka.fi – Etsi, vertaa ja arvioi mielenterveys- ja päihdehuollon palveluita

Eija Luoto

Tarkastelen tässä artikkelissa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tänä vuonna julkaisemia sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisiä palveluita. Mitä hyötyä Palveluvaaka-kokonaisuus tarjoaa mielenterveys- ja päihdetyön kentälle sekä kansalaisen että palveluntuottajan näkökulmasta?

Sosiaali- ja terveydenhuollon sektori kaipaa kipeästi toiminnan tehostumista resurssien tiukentuessa entisestään. Hyvin suunnitellut sähköiset palvelut voivat edesauttaa toiminnan tehostamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden sähköistäminen on tähän asti edennyt koko maan tasolla vaihtelevasti. Sähköisiä sosiaali- ja terveyspalveluja on toteutettu, mutta ne ovat usein kuntien, kaupunkien ja sairaanhoitopiirien omia alueellisia ratkaisuja. Toiminnan tehostumisen varmistamiseksi on tärkeää, että sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat hyödyntävät kansallisten palveluiden mahdollisuuksia omien päällekkäisten ratkaisujen kehittämisen sijaan. Pitkällä tähtäimellä yhtenäiset kansalliset ratkaisut tuovat merkittäviä kustannussäästöjä. THL:n sähköiset palvelut ovat kansalaisten, kuntien ja kaikkien sosiaali- ja terveysalan toimijoiden käytössä maksutta.

THL on koordinoinut kansallisesti sähköisten sosiaali- ja terveydenhuollon (SoTe) palvelujen kehittämistä osana valtiovarainministeriön Sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelmaa (SADe-ohjelma vuosina 2009–2015). SADe-ohjelma on tuonut sähköisen asioinnin palvelut kansalaisten ja ammattilaisten ulottuville. SADe-SoTe palvelukokonaisuuden strategisesta ohjauksesta ja valvonnasta vastasi sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ja operatiivisesta toimeenpanosta THL. Kehittämistyötä tehtiin yhdessä Kuntaliiton ja kuntatoimijoiden kanssa.

Jatkossa sähköisten palvelujen kehitystyötä ohjaa STM:n kansallinen Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. Strategian tavoitteena on tukea sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamista ja kansalaisen aktiivisuutta oman hyvinvointinsa ylläpidossa parantamalla tiedonhallintaa ja lisäämällä sähköisiä palveluita. Kansalaisen aktiivisuutta elämänhallinnassa ja omahoidossa lisätään tuottamalla luotettavaa hyvinvointitietoa ja sellaisia palveluita, joiden avulla tietoa voi hyödyntää. Tavoitteena on saada rajalliset resurssit oikeaan käyttöön ja ohjata asiakas oikeaan palveluun oikea-aikaisesti. Mahdollisuus asioida sähköisesti ja tuottaa myös itse tietoja omaan ja ammattilaisten käyttöön parantaa hoidon vaikuttavuutta ja lisää tehokkuutta. Sähköisillä ratkaisuilla pystytään turvaamaan palveluiden tasa-arvoinen saatavuus myös harvaan asutuilla alueilla, sekä erityisryhmille, kuten mielenterveys ja päihdepalveluiden asiakkaille, joiden voi olla vaikea hakeutua palveluiden piiriin.

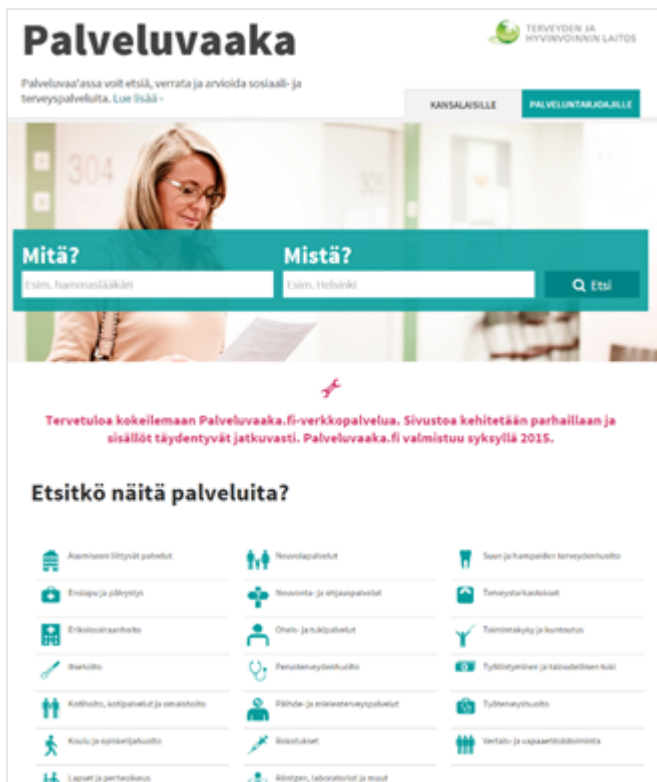
Kansalaiset ovat odottaneet sähköisiä palveluita

Kansalaiset etsivät ja janoavat yhä enemmän terveystietoa, mutta luotettavan ja puolueettoman tiedon löytäminen ja tunnistaminen varsinkin internetistä on iso haaste. Kansalaisten mielestä THL:llä on vahva brändi asiantuntijaorganisaationa, jonka luotettava maine perustuu tieteelliseen tutkimukseen ja parhaan mahdollisen tiedon tarjoamiseen.

THL:ssä kartoitettiin (Hyppönen ym. 2014) laajalla tutkimuksella ensimmäistä kertaa valtakunnallisesti suomalaisten kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisistä asiointipalveluista. Kyselyn otos oli 15 000 henkilöä, ja lopulliseen analyysiin hyväksyttiin 4 015 vastausta. Tutkimuksen mukaan sähköisistä palveluista käytetyimpiä olivat terveys- ja palvelutiedon haku (26 %), ajanvaraus (14 %) ja sähköinen resepti (12 %). Tutkimuksessa kartoitettiin myös kroonisesti sairaiden potilaiden kokemuksia ja tarpeita. Psykkinestisesti sairaat pitivät tärkeänä saada sähköisesti käyttöönsä etenkin oman terveyden seurantatyökaluja ja mahdollisuutta täyttää hakemuksia verkossa (Hyppönen 2015).

Uudet sähköiset palvelut kansalaisten ja ammattilaisten tukena

THL on julkaissut vuoden 2015 aikana kaksi uutta valtakunnallista verkkopalvelua. Uudistunut Palveluvaaka.fi (kuva 1) auttaa kansalaisia etsimään, vertailemaan ja arvioimaan palveluntuottajia ja Omahoitopolut.fi tarjoaa testejä ja luotettavaa tietoa oman terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Omahoitopolut.fi tukee kansalaisen oman terveyden ja hyvinvoinnin aktiivista edistämistä. Omahoitopoluilta löytyy luotettavaa ja laadukasta tietoa sekä testejä terveydestä ja hyvinvoinnista. Verkkopalvelussa on itsearviontitestejä muun muassa päihteiden käytöstä ja mielen hyvinvoinnista. Testien tulosten pohjalta kansalaista ohjataan edelleen mahdollisimman sopivien palvelujen piiriin joko itsehoitoon, sähköiseen terveysvalmennukseen tai ottamaan yhteyttä asiantuntijaan. Kiireellistä hoitoa tarvitsevat riskiryhmät on mahdollista tavoittaa ajoissa ja ohjata avun pariin. Testituloksesta riippuen omahoitopolku.fi ohjaa kansalaiset etsimään sopivaa palvelupistettä Palveluvaaka.fi:stä.



Kuva 1. Palveluvaaka – etusivu

Omahoitopolut.fi tukee kansalaisen oman terveyden ja hyvinvoinnin aktiivista edistämistä. Omahoitopoluilta löytyy luotettavaa ja laadukasta tietoa sekä testejä terveydestä ja hyvinvoinnista. Verkkopalvelussa on itsearviontitestejä muun muassa päihteiden käytöstä ja mielen hyvinvoinnista. Testien tulosten pohjalta kansalaista ohjataan edelleen mahdollisimman sopivien palvelujen piiriin joko itsehoitoon, sähköiseen terveysvalmennukseen tai ottamaan yhteyttä asiantuntijaan. Kiireellistä hoitoa tarvitsevat riskiryhmät on mahdollista tavoittaa ajoissa ja ohjata avun pariin. Testituloksesta riippuen omahoitopolku.fi ohjaa kansalaiset etsimään sopivaa palvelupistettä Palveluvaaka.fi:stä.

Hoitotyön ammattilaisille vapautuu enemmän aikaa niiden asiakkaiden hoitamiseen, joiden tilanne vaatii välitöntä vastaanotolla tapaamista ja hoitotyö kohdentuu kustannustehokkaammin oikeaan hoitotarpeeseen. Omahoitopolut toimivat myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käytännön työn tukena esimerkiksi elintapaohjauksessa. Testin tekeminen yhdessä asiakkaan kanssa auttaa keskustelun alkuun ja ohjaa samalla luotettavan tiedon pariin. Omahoitopolut palvelussa julkaistavat sairastumisriskejä ja toimintakykyä mittaavat testit perustuvat tutkittuun tietoon.

Kansalaiset, kunnat ja palveluntuottajat säästävät aikaa ja rahaa, sillä testit ja Sote-tietopankki ovat kaikille avoinna helposti ja maksuttomasti. Erillistä kirjautumista palveluun ei tarvita. Suurimman hyödyn palvelusta saa, kun palveluntuottajan omat palveluprosessit tukevat sähköistä asiointia. Tällöin kansalainen voi viedä testin tulokset suoraan oman alueensa sähköiseen asiointipalveluun.

Omahoitopolut.fi ja Palveluvaaka.fi ovat toisiaan täydentäviä verkkopalveluja. Molempien palveluiden tavoitteina on tukea kansalaisen oman terveyden hallintaa ja itsehoitoa sähköisten palvelujen avulla. Tällainen kansalaislähtöinen sähköisen asioinnin toimiva kokonaisuus mahdollistaa laajemman itsenäisyyden omien asioiden hoidossa tarjoamalla ajasta riippumatonta palvelua ja mahdollisuuden päättää mitä haluaa tehdä jatkon suhteen. Palveluilla halutaan myös helpottaa palvelujen löytämistä ja niihin hakeutumista. Lisäksi tavoitteena on lisätä kansalaisen vaikutusmahdollisuuksia palvelujen suunnitteluun ja tulevaisuudessa myös tehostaa palvelujen toteutusta sähköisen viestinvälityksen avulla.

Palveluvaaka tukee valinnanvapautta

Kansalaiset ovat voineet vuoden 2014 alusta valita itse terveysasemansa ja tietyin rajoituksin myös erikoissairaanhoidon hoitopaikkansa kaikista julkisista terveysasemista ja sairaaloista. Hoitopaikan mahdollisuuksien rajoissa heillä on oikeus valita myös itseään hoitava lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattilainen. Palveluvaaka tuo palveluntuottajien tiedot ja asiakaspalautteet kansalaisten nähtäville ja helposti vertailtaviksi.

Sähköiset palvelut parantavat laatua ja säästävät aikaa ja rahaa

Palveluvaaka.fi on sekä kansalaisen että palveluntuottajan kannalta tärkeä palvelu. Tiedot sosiaali- ja terveysalan palveluista ja palveluntuottajista on koottu kansalliseen sähköiseen palveluhakemistoon. Tiedot näytetään kansalaisille Palveluvaaka.fi -verkkopalvelussa, jonka avulla voi yhdestä verkkopalvelusta etsiä, vertailla ja arvioida esimerkiksi mielenterveys- ja päihdetyön sosiaali- ja terveyspalveluita. Verkkopalvelun avulla käyttäjät voivat etsiä palveluntarjoajia eri kriteerein; muun muassa palveluiden erikoisalan, läheisyyden, laatu- ja palautetiedon, jonotilanteen tai muun tilastotiedon perusteella. Kansalainen löytää tietoa julkisten ja yksityisten sekä keskeisempien järjestöjen ja yhdistysten tarjoamista sosiaali- ja terveysalan palveluista ja palvelupisteistä sekä niiden palveluvalikoimista, yhteystiedoista, aukioloajoista tai esteettömyydestä ja sähköisestä asioinnista (kuva 2). Palveluvaaka.fi:ssä voi vertailla keskenään esimerkiksi mielenterveys- ja päihdetyön palveluja ja palveluntuottajia. Perustietojen, kuten sijainnin lisäksi, palveluntuottajia voi vertailla erilaisten laatutietojen ja asiakaspalautteiden avulla. Jokainen voi itse antaa arvion käyttämästään palvelusta ja katsoa muiden asiakkaiden Palveluvaakaan antamia arvioita. Asiakkaat pitävät muiden käyttäjien antamaa palautetta keskeisenä vertailukriteerinä palveluita hakiessa.

Palveluvaaka

Palveluvaaka:ssa voit etsiä, verrata ja arvioida sosiaali- ja terveyspalveluita. [Lue lisää](#)

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

KANSALAISILLE PALVELUNTARJOAJILLE

Talvitiön hakutulokset

Atalan hammashoitola

Hammus- ja suuhoitojen peruspalvelut

Käyntiosoite

Ma	09:00 - 16:00
Ti	09:00 - 16:00
Ke	09:00 - 16:00
To	09:00 - 16:00
Pe	09:00 - 16:00

Puikkokatu 3
33560 TAMPERE

Ajanvaraus

Keskitetty ajanvaraus: puhelin 03 5657 0100, ma - pe klo 8 - 17

Tarkemmat palveluajat

Yhteystiedot

Puhelinnumerot
Keskitetty ajanvaraus puhelin 03 5657 0100, ma - pe klo 8 - 17 (Puhelinajanvaraus)
356570443 (Apu)
35657043

WWW
Yhteystietty

Postiosoite
Puikkokatu 3
33560 TAMPERE

Kuva 2. Palveluntuottajan perustiedot Palveluvaaka:ssa

Palveluvaaka-kokonaisuus sisältää kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon Palveluhakemiston, johon perustiedot palveluntarjoajista tulevat automaattisesti lähderekkisterien kautta. Palveluhakemisto on palveluntuottajan käyttöliittymä. Mielenterveys- ja päihdetyön palveluntuottaja voi kirjata sinne lisätietoa tuotamastaan palvelusta yhteen paikkaan kansalaisen löydettäväksi. Tiedot pysyvät myös ajantasaisina, kun palveluntuottajat pääsevät itse päivittämään ja täydentämään tietojaan.

Palveluntuottajien perustiedot tuodaan THL:n ylläpitämistä SOTE-organisaatiorekisteristä ja TOPI-rekisteristä. Yksityisen sektorin perustiedot tuodaan Valviran ylläpitämästä Valveri-rekisteristä. Automaattisesti päivittyviä tietoja ovat: lähderekkisterin nimi, rekisterin yksilötunnus/yhdistysrekisteritunnus, palvelupisteen tuottajatyyppe, organisaation nimi sekä osoitetiedot. Näitä tietoja ei muokata Palveluvaaka:n käyttöliittymän kautta eli ne ovat vain lukumuodossa. Jos niitä halutaan päivittää, muutokset tehdään lähderekkisteriin.

Palveluntuottajat säästävät aikaa ja rahaa, kun ei tarvitse itse kehittää alueellista tai paikallista palveluhakemistoa. Sen sijaan palveluntuottajat saavat hyödyntää valmiin palveluhakemiston toiminnallisuuksia ja tietoja alueellisissa verkkopalveluissa ja portaaleissa. Avoimen datan ansiosta myös muut palvelut voivat hyödyntää palveluhakemistoa omissa järjestelmissään. Palveluhakemisto on tulevaisuudessa osa kansalaisille tarjottavaa palvelukokonaisuutta, kun se yhdistyy KanTa-palveluihin. Tavoitteena on, että palveluhakemistoon talletettu tieto on osa kansallista sosiaali- ja terveydenhuollon tietovarantoa.

Palveluvaaka'an hyödyt mielenterveys- ja päihdetyön ammattilaisille

Palveluvaaka.fi hyödyttää palveluntuottajaa tarjoamalla kanavan omien palveluiden markkinointiin. Palvelupisteen sivua voi hyödyntää omana verkkosivuna organisaatioissa, joissa ei jokaiselle toimipisteelle ole luotu omaa kotisivua. Valokuvia ja muuta lisäinformaatiota päivittämällä, voi yksilöllisellä tavalla kertoa oman palvelupisteen palveluista, henkilökunnasta, ajankohtaisista tapahtumista ja erottua muista palveluntuottajista.

Palveluvaa’an avulla esimerkiksi mielenterveys- ja päihdetyön ammattilaiset voivat hankkia valtakunnallista näkyvyyttä palveluille, jotta kansalaiset löytävät ne. Palvelutuottaja voi kertoa asiakkailleen miten palvelu on saatavissa ja tavoitettavissa. Ajantasainen palvelutieto luo positiivisen mielikuvan palvelupisteestä ja auttaa hyvän maineen luomisessa asiakkaiden keskuudessa.

Palveluvaa’assa on nähtävillä kansallisten asiakastytytyväisyyskyselyiden tulokset ja strukturoidut asiakaspalautteet, joista saadun tiedon avulla palveluntuottajalla on mahdollisuus kehittää omia palveluitaan ja oppia myös muilta toimijoilta.

Mielenterveys- ja päihdetyön palvelut uudistuvat verkkopalvelun avulla

Palvelujen on uudistuttava muuttuvan maailman mukana. Julkisesti rahoitettujen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden uudistamisen keskeisenä tavoitteena on parantaa kansalaisen mahdollisuuksia huolehtia omasta terveydestään ja elämästään omatoimisesti ja tarvittaessa ammattilaisten tukemana. Vain tällä tavoin voidaan pysyvällä tavalla hillitä palveluiden kasvavaa kysyntää ja varmistaa julkisesti rahoitetun järjestelmän kantokyky. Tässä luotettavalla hyvinvointitiedolla ja sähköisillä palveluilla on tärkeä rooli. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistaminen ja palveluiden tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantaminen edellyttävät varmatoimisia, käyttäjiä palvelevia ja yhteen toimivia tietojärjestelmäratkaisuja.

Sosiaalihuoltolain uudistus (STM 2014) painottaa ennaltaehkäisyä ja velvoittaa sosiaali- ja terveysalaa tekemään yhteistyötä. Kun kansalaisen tilanne nähdään kokonaisuutena, jossa mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat kiinteä osa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuutta, ei apua tarvitse lähteä etsimään ja hakemaan monelta eri luukulta. Mielenterveys- tai päihdeongelmainen tarvitsee useimmiten tukea sekä sosiaali- että terveyspalvelusta tullakseen autetuksi mahdollisimman tehokkaasti. Sähköiset palvelut muuttavat toimintatapoja. Palveluvaaka on suunniteltu myös ammattilaisen työkaluksi etsiä, vertailla ja arvioida sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita yhdessä asiakkaan kanssa hoidon jatkosuunnittelua varten.

Haastattelin tätä artikkelia valmistellessani sekä mielenterveys- että päihdetyön kokemusasiantuntijaa saadakseni kuulla heidän näkemyksensä siitä, miten THL:n sähköiset kansalaispalvelut voivat hyödyttää mielenterveys- ja päihdepotilaita. Hannu Ylönen on omasta päihdeongelmastaan vuosia sitten topinut koulutettu kokemusasiantuntija, joka työskentelee Vantaan terveysasemilla ja pitää päihdeongelmista kärsiville terveysaseman asiakkaille vertaisvastaanottoa. Hän on kerännyt omaksi työkalukseksi ja asiakkaiden päihdetoipumisen tueksi tietopakettien oman paikkakuntansa tukipalveluista. Haasteena on tietojen päivittäminen ja ajan tasalla pitäminen. Hannu Ylönen toteaa, että kysyntää ja tarvetta on luotettavalle sähköiselle kansalaispalvelulle. Tärkeimpinä vaatimuksina hän mainitsee helppokäyttöisyyden, selkeän toiminnallisuuden ja käyttäjäystävällisyyden. Ydinasiat on löydettävä vaivatta ja niiden oltava helposti luettavassa muodossa. Hän huomauttaa, että haasteena ovat iäkkäät kansalaiset, jolla on päihdeongelmia. He eivät juuri käytä verkkopalveluja.

Haastattelin myös mielenterveyspotilaiden vertaistukihenkilönä toimivaa Henna Jokista, jolla on laaja kokemus ja näkemys Koulutetut Kokemusasiantuntijat ry:n työn kautta mielenterveys- palveluiden tilanteesta. Hänen mielestään THL:n sähköiset kansalaispalvelut ovat ajatukseltaan hyvä ja haastavassakin elämäntilanteessa olevalle potilaalle myös mukavan selkeä ja yksinkertainen palvelu. Henna Jokinen painotti sähköisen palvelun luotettavuuden arvoa. On hyvä, että tiedot palveluun tuodaan luotettavista rekistereistä ja esimerkiksi nimikesuojattujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden kohdalla kansalainen voi luottaa Palveluvaa’asta saatuaan listaan psykoterapeuteista valintaa tehdessään. Henna Jokinen arvioi Palveluvaa’an toimivan myös hyvänä työkaluna ja vertailevan tiedon lähteenä omassa työssään Koulutetut Kokemusasiantuntijat ry:n vertaisohjaajana. Hän piti tärkeänä sitä, että verkkopalvelussa olisi mahdollisimman kattavasti sellaisten kolmannen sektorin toimijoiden tiedot, jotka tarjoavat apua mielenterveyspotilaan kuntoutumiseen työelämää varten.

SADe-SoTe hankkeen ansiosta THL:n Palveluvaaka ja Omahaopolut ovat linkittyneet tiiviisti Mielenterveystalon verkkopalveluihin. Kaikkia näitä verkkopalveluita on hankkeessa kehitetty yhteistyössä keskenään. Linkkien avulla Mielenterveystalon verkkopalveluiden käyttäjät saavat joustavasti käyttöönsä THL:n sähköiset palvelut ja heille on tarjolla laajempaa tietoa kaikista SoTe-alan palveluntuottajista elämäntilanteensa kokonaishallintaan. Molemmat tapaamani kokemusasiantuntijat muistuttivat tahollaan, että

haastavassa elämänvaiheessa olevalla mielenterveys- tai päihdepotilaalla ei aina ole riittävästi voimia etsiä itselleen tarvittavia palveluita. Kuormittavassa elämäntilanteessa tarvitaan SoTe-alan asiantuntijoiden apua. Yhdestä osoitteesta löytyvä informaatio ja luotettava tietolähde auttavat avunhankinnassa ja säästävät sekä työntekijän että asiakkaan aikaa.

Palveluiden laatu- ja saatavuustieto on valtakunnallisesti saatavilla

Asiakkaat voivat käydä antamassa palautetta käyttämästään palvelusta Palveluvaakaan. Antamalla palautetta kansalaisella on mahdollisuus vaikuttaa palvelujen laadun kehittämiseen. Palveluvaakaan kootaan myös koko maassa toteutettavien kansallisten asiakastytyväisyyskyselyjen tulokset. Vastausten keskiarvot näytetään kansalaisille toimipaikoittain. Asiakaspalautteet auttavat kansalaista parhaan mahdollisen hoitopaikan valinnassa. Arviot toimivat myös esimerkiksi mielenterveys- ja päihdehuollon ammattilaisille apuna ja hyödyllisenä työkaluna helpottamaan asiakkaan ohjauksessa sopivan palvelun pariin.

Asiakkailta kerätty palaute kannustaa mielenterveys- ja päihdehuollon ammattilaisia kehittämään palveluja. Perehtymällä asiakkaiden antamiin arvioihin ammattilainen saa työkaluja kehittää omaa toimintaansa asiakaslähtöisemmäksi. Strukturoidut määrämuotoiset kyselyt ja kaikkia palveluntuottajia koskevat samat kysymykset mahdollistavat yhtenäisen tavan antaa ja kerätä palautetta palveluista. Tuloksia voidaan hyödyntää laadun vertailussa ja toiminnan kehittämisessä. Palveluntuottaja pystyy vertaamaan tuloksiaan muiden toimijoiden tuloksiin ja siten oppimaan muilta. Aluksi on saatavilla asiakastytyväisyyskyselyiden tuloksia kunnallisista neuvolapalveluista ja hammashoitoloiden palveluista sekä vanhuspalvelulain seurantakyselyn tuloksia. Luotettava ja vertailukelpoinen tieto eri vaihtoehdoista ja palveluiden tarjoajista auttaa palveluntarjoajan valinnassa ja tukee lisääntyvää valinnanvapautta.

Palveluvaaka.fi on kehittyvä palvelu

Palveluvaakaa on pilotoitu ja käyttäjättestattu useassa eri kehittämisvaiheessa ennen kuin se julkaistiin kansalaisille koko maata kattavasti. Palveluntuottajille on tiedotettu uudistuneesta verkkopalvelusta erilaisissa tilaisuuksissa ja heille on tarjottu käytönopastusta sekä tarvittaessa paikkakunta- tai toimipaikkakohtaista koulutusta palveluhakemiston tietojen täyttämisen tueksi. Jokaiseen organisaatioon on nimetty pääkäyttäjä, jolle on vahvistettu THL:n kirjautumispalvelussa omat käyttäjätunnukset. Pääkäyttäjä voi käydä täydentämässä toimipaikan tietoja lisäämällä tietoa tarjotuista palveluista, palvelutapahtumasta, asioinnin esteettömyydestä ja sähköisestä asioinnista.

Palveluhakemiston tietosisällön päivittämistä pilotoitiin ensimmäisen kerran yhdessä kehittäjäkumppaneiden kanssa syksyllä 2014. Pilotoinnin tavoitteena oli saavuttaa laaja joukko erityyppisiä palveluntuottajia (yksityinen, julkinen, kolmas sektori), jotka toisivat palvelun kehittämiseen eri näkökulmia. Pääpaino oli SADe-Sote asiakaspainopistealueissa, joista yksi on mielenterveys- ja päihdetyö. Muut asiakaspainopistealueet ovat: ikääntyneet, valtimosairaat sekä lapset ja lapsiperheet. Pilottiin pyydettiin mukaan tahoja, jotka mahdollisesti tulevaisuudessa integroivat kansalaisen verkkopalvelun osaksi omaa palveluaan, ja niitä, jotka käyttävät palveluhakemiston tietoja omassa palvelussaan avoimen rajapinnan kautta.

Pilottiin ilmoittautui 37 osallistujaa 22 organisaatiosta. Kukin alueellinen taho, joka oli ilmoittautunut palveluhakemiston testaamiseen ja pilotointiin nimesi vastaavan henkilön, joka koordinoi työtä alueellaan ja sen organisaatiossa. Kaikki ilmoittautuneet eivät kuitenkaan osallistuneet koulutukseen. Ilmoittautuneille luotiin pääkäyttäjätunnukset palveluhakemiston tietojen muokkaamista varten. Käyttäjiä pyydettiin täyttämään erillistä päiväkirjaa palautteen ja kehitysajatusten jakamiseksi. Neljä käyttäjää täytti ja palautti päiväkirjan. Palautetta ja kehitysideoita tuli jonkin verran myös sähköpostitse. Erityisen aktiivisia palautteen antajia olivat pilottiorganisaatioiden yhteyshenkilöt. Pilotista kerätty palaute pyrittiin mahdollisuuksien mukaan hyödyntämään tuotteen kehitystyön edetessä.

Palveluntuottajat testasivat ylläpitokäyttöliittymän ja tietokannan osalta tunnistautumista ja rekisteröitymistä sekä organisaation tai palvelupisteen käyttäjäroolin jakamista ja organisoitumista sekä siihen tarjottujen ohjeiden riittävyttä. Palveluntuottajat testasivat myös palveluhakemiston tietojen tarkastamista, kirjaamista ja täydentämistä. Heiltä pyydettiin palautetta tietosisällön ymmärrettävyydestä, tietojen riittävydestä, pakollisista ja vapaaehtoisista tietokentistä, tiedon rakenteiden muodosta ja valintavaihtoehtoista. Halusimme kuulla mielipiteitä organisaation ja palvelupisteiden palvelujen määrittämisestä sote-palveluluokittelun avulla ja halusimme palautetta palvelun ohjeiden ymmärrettävyydestä ja riittävydestä, palvelun käytettävyydestä ja toimintalogiikasta.

Toteutuksen tueksi palveluntuottajille laadittiin käyttöönoton tukipaketti. Pilotoinnin toteutus sai kritiikkiä siitä, että Palveluvaa’an kehitystyön ollessa vielä keskeneräinen, eivät palveluntuottajat nähneet konkreettisesti miten tiedot näkyvät kansalaisille. Pilotoinnit ja käyttäjäkoulutukset sujuivat kaiken kaikkiaan hienosti ja osallistujat olivat sitoutuneita asiaan ja suhtautuivat positiivisesti Palveluvaa’an tuomiin hyötyihin.

Vasta kun verkkopalveluja on käytetty hetken aikaa aidoissa tilanteissa, on mahdollisuus huomata korjattavia ja kehitettäviä asioita. Lisäksi on hyvä huomioda, että toimintaympäristö elää tällä hetkellä voimakkaassa muutoksessa.

Palveluvaaka.fi ja omahoitopolku.fi palveluiden leviämistä tullaan seuraamaan jatkossa. Tavoitteena on, että tulevina vuosina kansalaisten sähköiset palvelut on linkitetty jokaisesta Suomen kunnasta ja kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ymmärtävät palvelun hyödyllisyyden oman työnsä apuna ja myös kuntalaiset ovat tietoisia palvelusta. THL:n sähköiset kansalaispalvelut on tehty tukemaan kansalaisten hyvinvointia ja terveyttä sekä järkevää ja kustannustehokasta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottamista.

Lähteet

- Hyppönen Hannele, Hyry Jaakko, Valta Kati & Ahlgren Saija: Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) Raportti 33/2014: 38–40.
- Hyppönen Hannele (2015): Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi - Kroonisen sairauden omaavien kokemukset ja tarpeet. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 7, No 2–3. Saatavilla <http://ojs.tsv.fi/index.php/stty/article/view/50896> (luettu 22.5.2015).
- Jokinen Henna, mielenterveystyön kokemusasiantuntija, Koulutetut Kokemusasiantuntijat ry, Espoo (haastattelu 13.5.2015).
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto: Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3548-8> (luettu 9.3.2015).
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2014): Sosiaali lain uudistus. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2014/20140164> (luettu 20.3.2015).
- Sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelma (SADe-ohjelma vuosina 2009–2015). Saatavilla <https://www.thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tietojarjestelma-palvelut/>
- sosiaali-ja-terveysalan-palvelukokonaisuus (luettu 9.3.2015).
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, Valvira (2015): Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta. Saatavilla <http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/index.html>.
- Ylönen Hannu, päihdetyön kokemusasiantuntija, Vantaan kaupunki, terveyskeskus (haastattelu 21.4.2015).

8 Kehittämistyön välineet muutosta edistämässä

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano koostui useasta erityyppisestä toiminnasta. Toimeenpanoa tuki ja ohjasi STM:n laaja-alainen ohjausryhmä 2010–2015, jossa on ollut STM:n ja OKM:n, Kelan, RAY:n, valtionhallinnon tutkimus- ja kehittämislaitosten THL:n ja TTL:n, kunta- ja kuntayhtymien, järjestöjen, kirkon diakoniatyön ja laajojen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeiden edustajia. Kukin ohjausryhmän taho pyrki omalta osaltaan edistämään mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoa. THL:lla oli jokaisella suunnitelman painopistealueelta muutamia omia ”kärkihankkeitaan”. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman Kaste-ohjelman 2008–2011 ja 2012–2015 kausien aikana kaikilla Kaste-alueilla toteutettiin laajat, monivuotiset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeet. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ehdotuksista hyödynnettiin laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä eri puolilla Suomea.

Tässä luvussa kuvataan aluksi THL:n omissa kärkihankkeissa tehtyä kehittämistyötä. Sen jälkeen kuvataan mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeiden toimintaa ja tuloksia. Kolmannessa alaluvussa kuvataan sosiaali- ja terveysalan mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen kehittämistä koskevia ehdotuksia, joita käsiteltiin STM:n ohjausryhmässä vuonna 2014.

8.1 THL Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa toteuttamassa – THL:n kärkihankkeet

Airi Partanen, Jouko Karjalainen, Jaana Markkula, Juha Moring, Saini Mustalampi, Esa Nordling, Päivi Santalahti, Tytti Solantaus, Pia Solin

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella (THL) valittiin muutamia aiheita THL:n omiksi kärkihankkeiksi mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanossa (Taulukko 1). Kunkin kärkihankkeen mukaista toimintaa pyrittiin toteuttamaan pitkäjänteisesti useamman vuoden ajan. THL:n sisäinen, toimeenpanosta vastaava työryhmä arvioi kärkihankkeiden toimintaa vuosittain, ja kärkihankkeiden aiheita laajennettiin vuonna 2012.

Taulukko 1. THL:n kärkihankkeet Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toteuttamisessa 2009–2015

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ehdotukset	Asiakkaan asemaa vahvistetaan (ehdotukset 1–5)	Panostetaan ehkäisyyn (ehdotukset 6–7)	Palvelut toteutetaan toimivana kokonaisuutena (ehdotukset 8–13)	Ohjaukeinoja vahvistetaan (ehdotukset 14–18)
THL:n avaintemat	Asiakkaiden aseman ja osallisuuden vahvistaminen palvelutuotannon keskeisenä toimijana	Syrjäytymistä ja mielenterveys- ja päihdeongelmien ylisukupolvista siirtymistä estävät, sekä ongelmien varhaista tunnistamista tukevat ohjelmat	Perus- ja erityistason avomielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen elämäkaaren kattavaksi toimivaksi kokonaisuudeksi	Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä tukevien ohjaukeinojen vahvistaminen
THL:n kärkihankkeet 2009–2012* ja lisäykset 2012–2015**	Vertaistuki- ja kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen*	Mielenterveys- ja päihdestrategiatyön edistäminen*	Palveluiden laadun ja saatavuuden seuranta*	Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman verkkoportaalin kehittäminen ja ylläpitäminen*
	Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa hoidossa*	Mielenterveys- ja päihdeongelmien ylisukupolvisen siirtymisen ehkäisy* - Toimiva lapsi ja perhe* - Lasten ja nuorten käyttöhäiriöiden ehkäisyyn ja hoidon kehittäminen**	Matalakynnyksisten mielenterveys- ja päihdevastaanottojen kehittäminen*	Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen koordinaatio*
		Ehkäisevän työn tehostaminen yhteistyössä Alkoholiohjelman kanssa **	Rahapeliongelmiin hoidon kehittäminen**	THL:n antama asiantuntijatuki lakivalmisteluun*
		Itsemurhien ehkäisy**	Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asumisen kehittäminen**	
		Lähisuhdeväkivallan ehkäisyyn ja hoidon kehittäminen**		

Seuraavassa kuvataan kunkin kärkihankkeen osalta sen taustaa, toimintaa ja aiheeseen liittyvän kehittämistyön jatkamista. Kärkihankkeita tarkastellaan painopistealueittain.

I Asiakkaan aseman vahvistaminen: Asiakkaan aseman ja osallisuuden vahvistaminen palvelutuotannon keskeisenä toimijana

Ensimmäisellä painopistealueella oli kaksi kärkihanketta: vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden vahvistaminen sekä pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa hoidossa. Molemmat olivat kärkihankkeina koko kauden 2009–2015.

Vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden vahvistaminen

Vertaistoiminnalla on pitkät perinteet niin mielenterveys- kuin päihdetyössä Suomessa. Vertaistoiminnan perustana pidetty AA-toiminta käynnistyi Suomessa jo vuonna 1948, ja vertaistoiminta on sittemmin kehittänyt monimuotoiseksi niin päihde- kuin mielenterveysalan järjestötoiminnan myötä. Vertaisilta saatavalla tuella voi olla keskeinen merkitys arjen ongelmien, yksinäisyyden tai syrjäytymisen kokemusten helpottamisessa.

Kokemusasiantuntijatoiminta on puolestaan 2000-luvulla kehittynyt toimintamuoto. Sen perustana ovat kansalais- ja järjestötoiminnan puitteissa syntyneet käsitykset ongelmista ja niistä selviytymisestä. Kokemusasiantuntijatoiminnan hyödyntämistä on viime vuosina alettu kehittää myös julkisella sektorilla. Sen avulla ammatillista hoitoa ja kuntoutusta on mahdollista kehittää niin, että niistä apua hakevan on mahdollista saada mahdollisimman hyvä tuki ongelmien tai sairauksien myötä tulleisiin elämänmuutoksiin.

THL kartoitti 2013–2014 aikana kokemusasiantuntijatoiminnan ja siihen liittyvän koulutuksen laajuutta ja muotoja sekä kokemusasiantuntijatoiminnasta saatuja kokemuksia osana THL:n Kaste-toimintaa osaohjelmassa Riskiryhmille osallisuutta, hyvinvointia ja terveyttä. THL järjesti kokemusasiantuntijatoimintaa käsitelleen seminaarin 16.9.2014 ja julkaisi raportin Kokemukset käyttöön – kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen tehdyn kartoituksen sekä seminaarin pohjalta (Kostiainen ym. 2014). Etelä-Suomessa toteutetun Kaste-hankkeen (Mielen avain) kanssa valmisteltu yhteisjulkaisu Kuntoutujasta toimijaksi – kokemusasiantuntijuudeksi (Falk ym. 2013) julkaistiin jo aiemmin. THL tuki myös muita mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeita kehittämään kokemusasiantuntijatoimintaansa.

Vertaistoiminta ja kokemusasiantuntijatoiminta on lähtenyt siitä saatujen hyvien kokemusten pohjalta leviämään järjestötoiminnan ulkopuolelle. Kokemusasiantuntijatoimintaa on kehitetty useammassa sairaanhoitopiirissä, ja kokemusasiantuntijoita hyödynnetään myös osana palveluja. Työ jatkuu osana hallituksen kärkihanketta ”Kokemusasiantuntijuuden ja asiakkaiden osallistumisen toimintamallin määrittely ja ihmisten oman vastuunoton lisäämisen mahdollistaminen” asiakaslähtöisten palveluiden kehittämisenä osana Hyvinvointi ja terveys -painopistealuetta. THL osallistuu toimintamallin määrittelyyn kokemusasiantuntijuudesta tietoa kokoamalla.

Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa sairaalahoidossa

Psykiatrisessa hoidossa käytetyn pakon – tahdosta riippumattoman hoidon, erityksen, sitomisen, kiinnittämisen tai tahdosta riippumattomien injektioiden – määrän on arvioitu Suomessa vaihtelevan alueittain tavalla, jota vakavien mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys ei riittävästi selitä, vaan erojen taustalla voi olla hoitoyksiköiden välisiä hoitokulttuurin tai hallinnon eroja. Suomessa on arvioitu myös olevan kansainvälisesti verrattuna paljon pakon käyttöä, vaikkakin kansainvälistä vertailua vaikeuttaa vertailukelpoisen seurantatiedon puuttuminen. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 4. ehdotuksessa esitettiin toteutettavaksi pakon käytön vähentämiseen tähtäävä ohjelma psykiatrisessa hoidossa ja tavoitteeksi asetettiin pakon käytön vähentyminen 40 prosentilla.

Pakon käyttöä ja tarvetta sen vähentämiseen on pidetty esillä lukuisissa eri tilaisuuksissa eri puolilla maata. Kärkihankkeen aikana on myös käynnistynyt Pohjoismaiden verkosto pakon käytön vähentämiseksi. Verkoston Suomen osasto on järjestänyt kaksi suurta seminaaria. Valtakunnallinen, eri psykiatristen sairaaloiden asiantuntijoista koostunut pakon käytön vähentämisen työryhmä on toiminut aktiivisesti ja saanut lähes kaikki psykiatriset sairaalat toimintaan mukaan. Työryhmä viimeistelee työkirjaa, joka tavoitteena on auttaa sairaaloita ja sairaanhoitopiirejä toimimaan niin että pakkoa käytetään vähemmän.

Eristystä, sitomista ja kiinnipitoa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa kokeneiden potilaiden lukumäärä alkoi laskea jo pari vuotta ennen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoa. Valtakunnallisella tasolla pakon käytön väheneminen psykiatrisessa hoidossa on jatkunut lukuun ottamatta tahdosta riippumattoman injektion saaneiden potilaiden määrää. Aiemmin myös vähenemässä ollut tahdosta riippumattomien injektioiden määrä kääntyi nousuun vuonna 2013. Joissakin sairaaloissa pakon käyttö on vähentynyt huomattavasti.

THL julkaisee psykiatrisen hoidon pakon käytön vähentämistä käsittelevän julkaisun ja pyrkii näin edistämään hyvin käynnistyneen kehityksen jatkumista. THL jatkaa myös psykiatrisen hoidon pakon käytön vähentämisen seurantaa osana psykiatrisen erikoissairaanhoidon seurantaa (Rainio ym. 2013).

II Panostaminen ehkäisyyn: Syrjäytymistä sekä mielenterveys- ja päihdeongelmien ylisukupolvista siirtymistä estävät ja ongelmien varhaista tunnistamista tukevat ohjelmat

Ehkäisevän työn osalta panostettiin alkuvaiheessa kuntien mielenterveys- ja päihdetyötä tukevien yhteisten strategioiden valmisteluun sekä ylisukupolvisten ongelmien ehkäisyyn kehittämiseen Toimiva lapsi ja perhe -työmallin käyttöönottoa edistämällä. Myöhemmin mukaan tuli myös ehkäisevän työn tehostaminen yhteistyössä Alkoholiohjelman kanssa, itsemurhien ehkäisyä koskevan tietoisuuden lisääminen sekä perhe- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisyyn ja hoidon kehittäminen.

Mielenterveys- ja päihdetyön strategiat osaksi kuntien hyvinvointisuunnitelmia

Mielen tuki -hanke toteutettiin vuosina 2010–2015. Hankkeen keskeinen tavoite oli tukea kuntia integroitujen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmien laatimisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelman hengen mukaisesti. Tämä oli myös peruste Mielen tuen nostamiseksi THL:n kärkihankkeeksi. Käytännössä kunnat saivat hankkeen aikana THL:lta tukea ja ohjausta edistävän ja ehkäisevän työn tavoitteita korostavan mielenterveys- ja päihdestrategian laatimiseen sekä strategian toimeenpanoon. Ohjausmenetelmänä oli kehitettävä asiantuntijayhteistyö, jolla paikallista asiantuntijuutta ja osaamista hyödynnettiin moniammatillisen ja horisontaalisen kehittämisverkoston avulla paikalliset kehittämistarpeet huomioiden.

Hankeaikana tehtiin yhteistyötä yli 60 kunnan kanssa. Näistä suurin osa laati mielenterveys- ja päihdestrategian joko itsenäisenä asiakirjana tai osana hyvinvointisuunnitelmaa. Koska kunnat olivat strategian laatimisen suhteen eri vaiheissa, vaihteli myös niiden saama tuen määrä ja muoto. Alueellisia työkokouksia pidettiin yli 100. Näiden lisäksi järjestettiin lukuisia alueellisia seminaareja ja koulutuksia strategian laatimisen perustaksi. Koulutusten ja seminaarien teemat ja sisällöt vaihtelivat edistävän ja ehkäisevän työn menetelmistä psykososiaaliseen kuntoutuksen eri muotoihin. Hankkeen aikana kehitettiin ja pilotoitiin myös uusia ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön menetelmiä, esimerkiksi miesten itsemurhien ehkäisyyn liittyvä Hyvä Mehtäkaveri -toimintamalli.

Hankkeen aikana toteutettiin Lapin väestön mielenterveyttä koskeva väestötutkimus yhteistyössä Lapin sairaanhoitopiirin kanssa. Tutkimusaineiston pohjalta valmistuu useita yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen opiskelijoiden opinnäytetöitä. Strategiatyötä varten kerättiin usean kunnan asukailta internetin kautta näkemyksiä mielenterveys- ja päihdepalveluiden nykytilasta ja kehittämistarpeista.

Hankkeen aikana saatujen kokemusten perusteella erityistä huomiota on aina kiinnitettävä strategian toimeenpanoon. Toimeenpanon onnistumisen todennäköisyys kasvaa, jos (1) ymmärretään muutoksen tärkeys, (2) johto osoittaa sitoutumisensa, (3) hankkeen aikana kehitetyt interventiot liitetään osaksi palvelurakennetta, (4) kokemusasiantuntijoita rekrytoidaan strategian seurantaan, (5) strategia on hyvin strukturoitu tavoitteiden, menetelmien, vastuiden ja aikataulujen suhteen, (6) tulosindikaattorit on valittu niin, että niiden avulla saadaan luotettavaa seurantatietoa, (7) ammattilaisilla on riittävät vapausasteet ja mahdollisuudet tehdä strategian edellyttämää työtä sekä (8) viestintään kiinnitetään erityistä huomiota monialaisessa kehittämistyössä.

Ylisukupolvisten ongelmien ehkäisy

Ylisukupolvisten ongelmien ehkäisyssä jatkettiin mielenterveys- ja päihdesuunnitelman alkuvuosina Toimiva lapsi & perhe -toimintamallin käytön laajentamista. Sittemmin toimintamallin ylläpitäminen siirtyi Suomen Mielenterveysseuralle. Sen jälkeen kehittämistyötä on jatkettu lasten ja nuorten käytöshäiriöiden ehkäisyyn ja hoidon kehittämisellä.

Toimiva lapsi & perhe

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman linjauksissa (2009–2015) korostettiin mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyä ja yhtenä kolmesta kohdealueesta oli mielenterveys- ja päihdeongelmien ylisukupolvisen siirtyminen tunnistaminen ja ehkäiseminen. Taustalla oli tieto jälkikasvun vaarasta sairastua lapsuuden aikana tai aikuisuudessa, kun vanhempi sairastaa, ja toisaalta tieto siitä, että sukupolvinen ketju on mahdollista katkaista.

Toimiva lapsi & perhe (TI&p) -hanke oli alkanut Stakesissa vuonna 2001. Se jatkui THL:ssä syksyyn 2014, jolloin se siirtyi Suomen Mielenterveysseuraan. Hankkeen pyrkimyksenä on kehittää aikuispalveluita ja muuta palvelujärjestelmää tukemaan vanhemmuutta ja lasten kehitystä, kun vanhemmalla on mielenterveys-, päihde- tai somaattisia terveysongelmia tai muita vanhemmuutta rasittavia vaikeuksia tai kokemuksia. Hankkeessa oli kehitetty ja koulutettu näyttöön perustuvia menetelmiä vuoteen 2009 mennessä ja hanke oli levinnyt yli maan. Näin ollen TI&p-hankkeesta tuli kohdealueensa kärkihanke.

TI&p työskentely alkoi aikuisten psykiatrasta palveluista, vaikka mukana oli heti aluksi myös perusterveydenhuolto, lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto. Hanke laajeni nopeasti somaattiseen terveydenhuoltoon ja päihdehuoltoon. Ensimmäinen kuntapilotti toteutettiin vuosina 2007–2009 ja vuonna 2010 aloitettiin systemaattinen työ peruspalvelujen puitteissa. Hankkeen luomassa kunnallisessa ja maakunnallisessa

mallissa työskentelyn kokonaisuuteen sitoutuvat kunnan johto sekä terveys- ja sosiaali- ja sivistystoimet kokonaisuudessaan mukaan lukien varhaiskasvatus. Palvelut toimivat koordinoitusti yhdessä vanhempien kanssa. Perustyövälineenä toimii niin kutsuttu Lapset puheeksi -menetelmä. Hankkeen avulla saatu ylisektoraalinen yhteistyö kotien kanssa on johtanut yhteistyöalueella lastensuojelun asiakkuuksien ja huostaanottojen huomattavaan vähenemiseen. Toimiva lastensuojelu -selvitysryhmän loppuraportti 2013 suositteli Toimiva lapsi & perhe- menetelmien levittämistä aikuispalveluihin yli maan.

Rikosseuraamuslaitos (Rise) ehdotti yhteistyötä TL&P:n kanssa vuonna 2013. Syksyllä 2014 tehtiin vankeissa pilotti, jonka perusteella Rise on päättänyt levittää työmallin kaikkiin vankiloihin. Vastaavan päätöksen on tehnyt Maahanmuuttovirasto koskien pakolaiskeskuksia. Saattohoitoyksiköt ovat myös ottamassa Lapset puheeksi -menetelmän käyttöön.

Lapset puheeksi (Let's Talk about Children) -menetelmä on levinnyt myös Suomen alueen ulkopuolelle ja esim. Australiassa on tehty päätös levittää se työmenetelmäksi yli maanosan. Let's Talk Worldwide -verkostossa on Suomen lisäksi työryhmiä Australiasta, Japanista, Irlannista, Italiasta, Kreikasta, Ruotsista, Sveitsistä, Tanskasta ja USA:sta.

Lasten ja nuorten käytöshäiriön näyttöön perustuvat hoidot

Lasten ja nuorten käytöshäiriöt ovat yleisiä ja helposti tunnistettavia ja niillä on hoitamattomina huono ennuste. Näyttöön perustuvia varhaisen hoidon menetelmiä on olemassa, mutta Suomessa ne ovat saatavilla hyvin epätasa-arvoisesti.

THL:n johdolla on kokoontunut verkosto, joka on pyrkinyt edistämään menetelmien saatavuutta ja tutkimusta Suomessa. Työ aloitettiin Mieli-suunnitelmakauden puolivaiheessa ja työ on vasta alkuvaiheessa.

1. Tiedotus

Ammattilaisten tietoisuutta asiasta on lisätty pitämällä seminaariesitelmiä ja tiedottamalla asiasta eri foorumeilla. 7.11.2014 pidettiin iso kansallinen seminaari, joka huomioitiin tiedotusvälineissä hyvin.

2. Selvitykset ja tutkimustyö

On tehty selvitys Ihmeelliset vuodet -menetelmän vanhemmuusohjelman levinneisyydestä ja ammattilaisten näkemyksistä menetelmän soveltuvuudesta ja hyödyllisyydestä Suomessa. Ihmeelliset vuodet -menetelmä on kansainvälisesti eniten tutkimusnäyttöä omaava ja Suomeenkin jossain määrin levinnyt lasten käytöshäiriön varhaisen hoidon menetelmä. Selvitys menetelmän soveltuvuudesta suomalaiseen varhaiskasvatukseen on aloitettu. Väitöskirjatutkimus Ihmeelliset vuodet -menetelmän vaikuttavuudesta lastensuojelun asiakkailta on valmisteilla. On pyritty tuomaan esille Suomessa muu asiaan liittyvä tutkimus.

3. Käypä-hoito suositus ja Kasvun tuki -hankkeen tuki

Duodecim seura on tehnyt päätöksen lasten ja nuorten käytöshäiriöiden Käypä hoito -suosituksen laatimisesta. On tuettu Kasvun tuki -hanketta, joka valmistelee portaalia vanhemmuuden tuen menetelmistä ja niiden tutkimusnäytöstä.

Alkoholiohjelma ehkäisevän päihdetyön kehittämisen koordinaatiota vahvistamassa

Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen koordinaation vahvistamisen tavoitteena oli ehkäisevän työn tehostaminen. Aiemmin kehittämisen koordinoinnissa oli mukana useampia tahoja – STM, THL ja sen edeltäjänä Stakes sekä järjestötoimijoita ja toiminta oli hajanaista. Kehittämisen koordinaation keskittämällä THL:lle pyrittiin työn sisällöllisen sekä resurssiohjauksen selkiyttämiseen. Jo vuonna 2004 käynnistetty Alkoholiohjelman toimintamallin rakentaminen antoi hyvän lähtökohdan valtakunnallisen kehittämisen koordinaation malliksi.

Ehkäisevän päihdetyön kansallinen koordinaatio on saatu vakiinnutettua osaksi Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen toimintaa. Ehkäisevälle päihdetyölle luotiin vuonna 2006 laatukriteerit, joita on kentältä saadun palautteen pohjalta edelleen kehitetty ja uusia osaajia koulutettu THL:n toimesta (Stakes 2006; Soikkeli & Warsell 2013). Alkoholiohjelman työsuunnitelma 2012–2015 nosti kansallisen ja alueellisen koordinaation keskiöön ehkäisevän päihdetyön suositusten jalkauttamisen kuntiin (Fors ym. 2012).

Kansallisessa koordinaatiossa ja vuorovaikutteisessa tieto-ohjauksessa on korostettu ehkäisevän päihdetyön laatua ja rakenteita (Strand ym. 2011; Markkula ym. 2014.) Lisäksi on edistetty toimiviksi todettuja ja hyviksi koettuja ehkäisevän päihdetyön malleja (esim. Pakka-toimintamalli, mini-interventio ja varhainen

tuki) (Fors ym. 2012). Paikallisen ehkäisevän päihdetyön tueksi on THL:ssa yhteistyössä eri kumppanien kanssa tuotettu materiaaleja ammattilaisille. Alkoholiohjelman yhteistyössä on järjestetty valtakunnallisia ja alueellisia seminaareja ja koulutuksia, jotka vuodesta 2012 lähtien on toteutettu teemavuosien ja niin sanotun rundin ympärille. Parhaimmillaan alueellisia seminaareja oli Alkoholiohjelman toteuttamana vuosittain kaksi kullakin aluehallintoviraston toimialueella. Vuonna 2014 seminaareissa palattiin valtakunnallisiin seminaareihin, jotka lähetettiin videoyhteyden kautta alueille.

Alkoholiohjelman vuorovaikutteista tieto-ohjausta tukemaan on rakennettu ohjausrakenne niin valtakunnan kuin aluetasollekin. Alkoholiohjelman alueellinen koordinaatio on vakiinnutettu nimittämällä kuhunkin aluehallintovirastoon viranhaltija, jonka tehtäväkuvan osana on Alkoholiohjelman toimeenpano alueellisesti ja ehkäisevä päihdetyö. Yhtä aluehallintovirastoa lukuun ottamatta tehtävä on vakinaistettu vuonna 2013. Valtakunnan tasolla Alkoholiohjelman toimeenpanoa on seurannut THL:ään nimitetty monialainen Päihdehaittojen ehkäisyn ja tupakoinnin vähentämisen -ohjausryhmä. Alueen toimeenpanoa ohjaamaan ja tukemaan on asetettu puolestaan ns. aluekoordinaatioryhmä.

Joulukuussa 2015 astui voimaan laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (523/2015), joka korvasi vanhan raittiustyölain ja -asetuksen. Tässä laissa Alkoholiohjelmassa luotu ehkäisevän päihdetyön STM-THL-aluehallintovirastot -ohjausketju sekä THL:n rooli ehkäisevän päihdetyön kansallisena kehittäjänä ja ohjaajana virallistettiin. Osana tätä kokonaisuutta THL valmisti vuonna 2015 STM:n toimeksiannosta Alkoholiohjelman hyvälle perustalle Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelman kuntien ja alueiden työn tueksi.

Itsemurhien ehkäisy

Itsemurha on seurausta monista tekijöistä ja niiden määrä vaihtelee niin alueittain, ajallisesti kuin riskiryhmittäinkin. Itsemurhien ehkäisy on sisäänkirjoitettu Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan ja vaikka itsemurhien määrä on hitaassa laskussa, on määrä silti vielä verraten korkea. Suomen mielenterveysseura on tehnyt aloitteen kansallisesti itsemurhien ehkäisyohjelmasta ja THL kannattaa aloitetta. Itsemurhien ehkäisyä koskeva esite on päivitetty ja 2 000 kpl lisäpainos otettu.

THL oli mukana Euregenas-hankkeessa (Mielenterveyden edistämisen ja itsemurhien ehkäisyn kehittäminen alueellisessa yhteistyössä Euroopan maissa) vuosina 2012–2014. Hankkeessa kartoitettiin paikallisia itsemurhien ehkäisyn kehittämistarpeita ja koottiin itsemurhan ehkäisyn käytäntöjä 11 eri alueelta Euroopan maista. Hankkeen tavoitteena oli vahvistaa tietoisuutta ja osaamista itsemurhien ehkäisyssä sekä mielenterveyden edistämiseksi ja edistää itsemurhariskin varhaisen tunnistamisen ja itsemurhaa yrittäneiden hoitoa sekä itsemurhan tehneiden läheisten tukea ottamalla käyttöön näyttöön perustuvia hyviä käytäntöjä.

Hankkeessa tuotettiin muun muassa itsemurhan ehkäisyn työkalupakit kouluille, työpaikoille ja media-alan ammattilaisille. Työkalupakit on käännetty suomeksi ja ne ovat ladattavissa sivuilta: <http://www.euregenas.eu/suomi/>. Sen lisäksi hankkeessa tuotettiin yleislääkäreille kohdistettu koulutus, jossa pyritään lisäämään tietoa itsemurhariskin tunnistamisesta, ehkäisystä ja hoitoonohjauksesta. THL on suunnittelemassa koulutuksen pilotointia muun muassa työterveyshuollon ammattilaisille. Sen lisäksi ollaan pohtimassa koulutusmateriaalin soveltuvuutta lääketieteen opiskelijoille.

Lähisuhdeväkivalta

Lähisuhdeväkivallan ehkäisyn ja hoidon kehittäminen päihde- ja mielenterveystyössä otettiin vuosien 2013–2014 aikana Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman yhdeksi kehittämisalueeksi osana samaan aikaan toteutettua naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelmaa. Päihde- ja mielenterveyspalveluissa olevat asiakkaat kärsivät muuta väestöä useammin lähisuhdeväkivallasta. Heidän joukossaan on myös enemmän lähisuhdeväkivaltaa käyttäneitä henkilöitä. Hankkeen tavoitteena oli muun muassa lähisuhdeväkivallan uhreille tarkoitettujen palvelujen parantaminen sekä väkivallan uusiutumisen ehkäiseminen välittämällä viranomaisille ja ammattiauttajille tietoa lähisuhdeväkivallasta ja sen seurauksista sekä keinoista väkivallan tunnistamiseksi ja puheeksi ottamiseksi.

Neljän kuukauden pilotointi toteutettiin Päijät-Hämeen alueella neljässä päihde- ja mielenterveystyön yksikössä, joista kaksi oli päihde- ja mielenterveystiimejä, yksi päihdehuollon yksikkö ja yksi psykiatrian poliklinikka. Osallistuville yksiköille järjestettiin koulutusta ja työnohjausta lähisuhdeväkivallan suodatin-

ja kartoituslomakkeiden pilotointivaiheessa. Lähisuhdeväkivalta todettiin tärkeäksi kehittämisalueeksi. Pilotoinnissa mukana olleista päihde- ja mielenterveyspalveluiden asiakkaista joka kolmas ilmoitti kokevansa lähisuhdeväkivaltaa joko parhaillaan, tai että aiemmin koettu väkivalta vaikuttaa edelleen heidän elämäänsä, naisista 43 prosenttia ja miehistä 20 prosenttia.

Hankkeesta ja sen tuloksista tiedotettiin alueellisissa ja paikallisissa verkostoissa ja tilaisuuksissa. Pilotissa saatujen kokemusten pohjalta viimeisteltiin hankkeen aikana valmisteltu opas lähisuhdeväkivaltaan puuttumisesta (Siukola, 2014). Oppaassa on monipuolisesti tietoa päihde- ja mielenterveysongelmien ja väkivallan yhteydestä, päihde- ja mielenterveystyöhön soveltuvista väkivaltaan puuttumisen malleista ja käytännöistä sekä hankkeessa toteutetun pilotoinnin kokemuksista. THL:n Lapset, nuoret ja perheet -aihesivustolta (www.thl.fi) löytyy laajasti materiaalia lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyöstä.

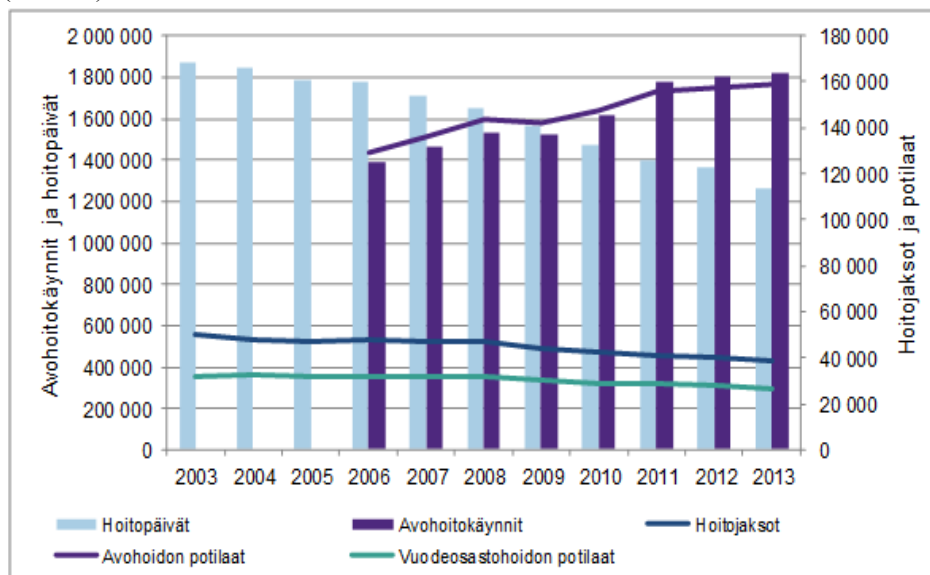
III Palveluiden kehittäminen: Perus- ja erityistason avomielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen elämäkaaren kattavaksi toimivaksi kokonaisuudeksi

Palveluiden kehittämisessä kärkihankkeiksi muotoutui mielenterveys- ja päihdesuunnitelman linjauksen pohjalta matalakynnyksisten palveluiden kehittämisen tukeminen, palveluiden käytön seuranta, uutena haasteena rahapeliongelmiä kokevien palveluiden kehittäminen sekä asumispalveluiden kehittäminen.

Matalakynnyksisten palveluiden kehittäminen ja seuranta

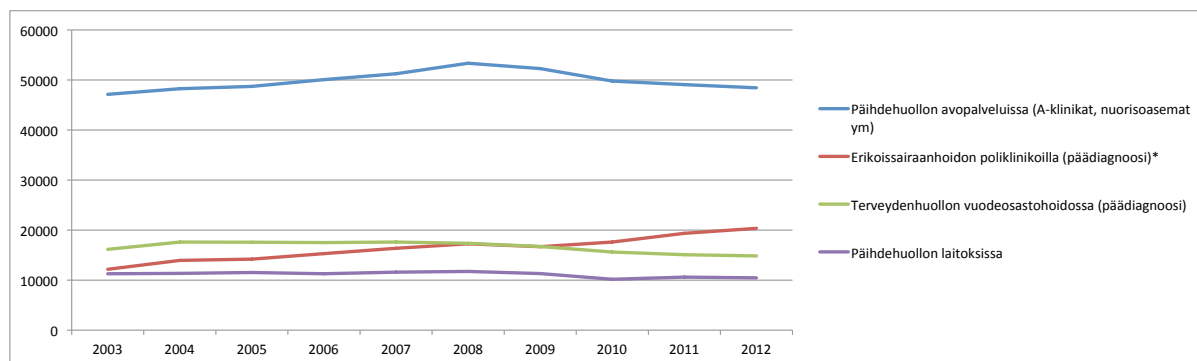
Matalakynnyksisten palveluiden kehittäminen on keskeisimpiä mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ehdotuksista. Monilla alueilla on tapahtunut tämän suuntaista kehitystä, ja joillakin alueilla on onnistuttu yhdistämään hyvin perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut, kuten Eksotessa mielenterveys- ja päihdepalvelut (Salmisaari 2015). Koko maata katsottaessa tilanne on kuitenkin varsin epätasainen. Palveluiden saatavuuden ja laadun seuraamiseksi THL tuottaa tietoa mielenterveys- ja päihdepalveluihin pääsystä sekä niiden käytöstä tilasto- ja rekisteriviranomaisena (mm. tilastojulkaisut Psykiatrien erikoissairaanhoidon, Päihdetilastollinen vuosikirja), erillistutkimuksilla (esim. Rahoitusjärjestelmien vaikutus mielenterveyspalveluiden laatuun Refinement, Päihteet Mielessä, Päihdetapauskasvatuksen, Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH), sekä erillisselvityksissä.

Rekisteritietojen pohjalta näyttää siltä, että psykiatrian erikoissairaanhoidossa hoidettujen potilaiden määrä on lisääntynyt, ja vuodeosastolla hoidettujen, hoitajaksojen sekä hoitopäivien määrä on vähentynyt (kuvio 1).



Kuvio 1. Psykiatrian erikoisaloiden hoitajakso, hoitopäivät, vuodeosastohoidon potilaat sekä avohoitokäynnit ja avohoidon potilaat vuosina 2001–2013 (Lähde: THL)

Pääosa päihdeongelmien vuoksi hoidossa olevista hoidetaan edelleen päihdehuollon erityispalveluiden avohoidossa, mutta erikoissairaanhoidon poliklinikoilla hoidettujen määrä on käännytynyt kasvuun. Sen sijaan päihdehuollon laitoksissa sekä terveydenhuollon vuodeosastolla hoidettujen määrät ovat laskeneet. (Kuvio 1.)



Kuvio 2. Päihteiden vuoksi päihdehuollon erityispalveluiden avo- ja laitoshoidossa sekä terveydenhuollon vuodeosastohoidossa (päädiagnoosi) ja erikoissairaanhoidon poliklinikoilla (päädiagnoosi) hoidetut 2003–2012 (Lähde: THL)

Elokuun 2015 lopussa 1 249 potilasta odotti hoitopääsyä sairaanhoitopiirin psykiatriseen sairaalaan, mikä oli noin yksi prosentti kaikista erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyä odottaneista. Lukumäärä kuvastaa kiireettömän hoidon kysyntää alueilla. Psykiatrasta hoitoa odottaneista vajaa yksi prosentti oli odottanut hoitopääsyä yli puoli vuotta. Hoitoa odottaneiden määrä on noussut noin neljänneksen vuodesta 2013 (977) vuoteen 2015 (1 249). (THL 2015)

Päihdeongelmaisten hoitopääsystä ei ole vastaavia laitoshoidon pääsyä koskevia valtakunnallisia tietoja. Suurimpien kaupunkien päihdehoitoyksiköissä vuosina 2011 ja 2012 tehtyjen selvitysten mukaan päihdehuollon laitoshoidon katkaisuhoidon pääsi alkoholi-ongelman vuoksi yleensä joko kokonaan jättämättä tai parin vuorokauden sisällä, mutta laitoshoidon kuntoutukseen pääsyn kesto vaihteli muutamasta päivästä useampaan viikkoon. Huumeongelmaisten hoitopääsystä oli pidempiä viiveitä kuin alkoholi-ongelmaisten hoitopääsystä. Jonotusaika laitoshoidon huumevieroituslaitokseen oli yleensä muutamasta vuorokaudesta muutama viikkoon, ja kuntouttavaan hoitoon pääsy muutamasta viikosta pariin kuukauteen. (Kuljukkan ym. 2014.) THL jatkaa tilasto- ja rekisteritietojen keruuta. Ajankohtaisena vuonna 2015 toteutettavana erillistutkimuksena on Päihdetapauskanta.

Rahapelihaittojen hoidon kehittäminen

Liiallisesta rahapelaamisesta aiheutuu sosiaalisia, terveydellisiä ja taloudellisia haittoja. Suomalaisista 15–74-vuotiaista on vuonna 2011 tehdystä väestökyselyssä noin 110 000 ilmoittanut kokevansa vähintään ajoittaisia ongelmia rahapelaamisesta ja heistä 40 000 on todennäköisesti riippuvaisia rahapelaamisesta. Ongelmallinen pelaaminen heijastuu usein myös pelaajan lähipiiriin. Valtakunnallisia puhelin- ja verkkoneuvontapalveluja lukuun ottamatta rahapelihaittoihin on ollut saatavilla hajanaisesti tuki- ja hoitopalveluja ja myös osaamisen vahvistamiselle on tarvetta. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut hoidon kehittämisen THL:n tehtäväksi ja se valittiin aihealueena 2009 myös mielenterveys- ja päihdesuunnitelman yhdeksi THL:n kärkihankkeeksi.

Hoidon ja palvelujen kehittämiseksi on käynnistetty kumppanuushanke Peliklinikka (2010–2014, jatkokausi 2015–2016) ja vuosiksi 2013–2015 aluepilotit Keski-Pohjanmaalla ja Vaasassa sekä Päijät-Hämeessä (www.thl.fi/pelihaitat > rahapeliongelman hoito ja tuki > kehittämishankkeet). Verkossa toimivaa, erittäin suosittua valtakunnallista Peli poikki -hoito-ohjelmaa (www.pelipoikki.fi) on kehitetty ja sen toimeenpanoa rahoitettu. Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvat, loppuvuodesta 2015 THL:n julkaisemana ilmestyvät terapeutin manuaali ja asiakkaan työkirja on käännetty ja pilotoitu. Pelaajalle, läheisille ja työsäään rahapelihaittoja kohtaaville on julkaistu useita tukimateriaaleja sekä suomeksi että ruotsiksi. Kaikki ai-

neisto on ladattavissa verkosta maksutta (www.thl.fi/pelihaitat). Alan osaamista on vahvistettu THL:n tuottamalla ja eri oppilaitosten toteuttamalla verkkokursseilla niin täydennys- kuin tutkintoon johtavassa koulutuksessa.

Peliklinikan ja aluepilottien ulkoisen arvioinnin mukaan (Lidman, Kinnunen, Muller 2015, julkaisematon raportti) asiakkaiden palveluidensaannin keskeinen haaste on toisaalta siinä, että asiakkaat saavat tiedon olemassa olevista erityispalveluista sekä siinä, miten peliongelmaan liittyvät tuki- ja hoitotarpeet ymmärretään peruspalveluissa. Peli poikki -ohjelma on todettu vaikuttavaksi useissa tutkimuksissa (Castrén ym 2014). Edellä mainituille 2–6 op:n verkkokursseille on osallistunut yli 600 pääosin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista.

Vuoden 2015 jälkeen jatketaan palvelujärjestelmän ja tuki- ja hoitomenetelmien kehittämistä. Kehittämiskokemuksia hyödyntäen tuetaan kuntia ja alueita laadukkaana rahapelihaittojen ehkäisyn ja hoidon toteuttamisessa, osaamisen vahvistamista jatketaan koulutuksin ja aineistotuotannolla. Lähitulevaisuudessa erityishuomio on mini-interventiomallien ja ehkäisevän työn kehittämisessä. Rahapeliteeman integroimista osaksi päihde- ja mielenterveystyötä edistetään soveltuvin osin sekä strategia- että toimeenpanotasolla.

Asumisen kehittäminen

Ympäristöministeriön asettama mielenterveyskuntoutujien asumista pohtinut työryhmä ehdotti vuonna 2012 mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämishankkeen toteuttamista poikkihallinnollisena yhteistyönä. Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämisessä nähtiin tärkeänä luoda yhteys meneillään oleviin ohjelmiin eli kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan sekä pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishankkeeseen (PAAVO). Tätä varten perustettiin Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämishanke, Mielen Aske ja se toteutettiin vuosina 2012–2015. Hankkeen päävastuu oli Ympäristöministeriöllä ja Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksesta (ARA). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos oli niin vahvasti mukana hankkeen operatiivisessa toiminnassa, että hanke haluttiin nostaa myös yhdeksi laitoksen kärkihankkeista.

Hankkeen tehtävinä olivat 1) mielenterveyskuntoutujien asumisen vahvistaminen kuntien suunnitelmissa, 2) asumisen kehittäminen pilottikuntien kanssa sekä 3) informaation, hyvien käytäntöjen ja toimintatapojen kerääminen ja levittäminen.

Hanke toteutettiin viidellä pilottialueella. Pilottialueilla järjestettiin työpajoja, joihin koottiin kunnan/alueen mielenterveyskuntoutujien asumisen kannalta avaintahot. Mukaan haluttiin saada erityisesti kuntoutujia kokemusasiantuntijoiksi. Työpajojen välillä alueelliset työryhmät kokoontuivat työstämään esiin tulleita asioita annettujen välitehtävien viitoittamina. Kehittämistyön etenemisessä pilottialueilla oli suuria eroja, mikä johtui erilaisista lähtötilanteista, hanketyön alueellisista organisoitintavoista ja vastuukenteistä sekä hankkeeseen kohdistuneista erilaisista odotuksista. Hankkeen aikana muutamalla pilottialueella edettiin konkreettisiin asumisratkaisuihin, joilla voitiin vastata uudella ja mielekkäällä tavalla sekä kuntoutujien asumisen fyysisiin puitteisiin että arjen tukeen liittyviin tarpeisiin. Yhdellä pilottialueella hanketyö ei edennyt odotetulla tavalla.

Hanke tuotti kolme julkaisua. Nämä käsittelivät mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisuja kansainvälisesti, toimivia asumisratkaisuja Suomessa sekä erilaisten asumisratkaisujen kustannuksia. Hanketoimijat ovat Aspa-säätiön aloitteesta solmineet aiesopimuksen mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämistyöstä tulevana vuosinakin.

IV Ohjauskeinojen vahvistaminen: mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä tukevien ohjauskeinojen vahvistaminen

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä on pyritty edistämään muun muassa vahvistamalla ehkäisevän päihdetyön alueellisia ja valtakunnallisia rakenteita osana Alkoholiohjelman toimeenpanoa. Lisäksi on tuotettu materiaalia strategiatyön tueksi (Mielenterveys- ja päihdetyö osana kunnan hyvinvointia – Opas strategiseen suunnitteluun 2013) sekä ylläpidetty Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman verkkosivustoa (www.thl.fi/mielijapaihde). THL:n asiantuntijat ovat olleet mukana sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä valmistelleissa STM:n ja THL:n työryhmissä 2009–2015 välisenä aikana.

Lähteet

- Castren S, Lahti T. Peli poikki – virtuaalituki rahapeliongelmiin: kuvaus osallistujista ja kokemuksia hoidosta. *Psykologia*. (Review article in Finnish). 2014; 49, 03:198-210.
- Falk Hanna, Kurki Marjo, Rissanen Päivi, Kankaanpää Sini, Sinkkonen, Niina. Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. 2013. Työpapereita 39/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-028-3>.
- Fors Raija, Heimala Heli, Kejonen Anne, Pitkänen Marika, Strand Teija, Tamminen Irmeli, Tenkanen Tuomas. 2012. Yhteistä ponnistelua alkoholihaittojen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi - Alkoholihojelman työsuunnitelma vuosille 2012–2015. Raportti 73/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-778-3>.
- Kostiainen Elisa, Ahonen Sanna, Verho Tanja, Rissanen Päivi, Rotko Tuulia. Kokemukset käyttöön - kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen. Työpapereita 36/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-373-4>.
- Kuljukka Leena, Niskala Maija, Partanen Airi, Kuussaari Kristiina, Vormo Helena. 2014. Päihdepalveluihin pääsy suurissa kunnissa vuosina 2011 ja 2012. Työpapereita 38/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Markkula J, Fors R, Hamilas M, Heimala H, Kejonen A, Kokkonen T, Tamminen I. 2014. Ehkäisevän päihdetyön rakenteet kunnissa 2013 – Tietoa laadukkaasta työn perustaksi. Tutkimuksesta tiiviisti 15, kesäkuu 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Rainio Juha, Rätty Tarja. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2013. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2015. Tilastoraportti 2/2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkossa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201503191963>.
- Siukola Reetta. 2014. Miten puutun lähisuhdeväkivaltaan? Esi-merkkinä päihde- ja mielenterveystyö. 2014. Opas 34/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkossa: <http://www.kauppakv.fi/sis/THL/tuote/9789523021778?lang=fi>.
- Soikkeli, M & Warsell, L 2013. Laatu- ja kiertämässä – Ehkäisevän päihdetyön laatukäsikirja. THL, Kide 21. Verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-810-0>.
- Stakes 2006. Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. Työryhmämäistieto 25.1.2006. Stakes, Työpapereita 3/2006. Helsinki.
- Strand T. 2011. Ehkäisevä päihdetyö Suomessa 2011. Missä mennään, minne haluamme? Raportteja 37/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- THL. 2015. Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa. Hoitoonpääsytiedot 31.8.2015. Verkossa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/hoitoonpaasy-erikoissairaanhoidossa>.

8.2 Mielenterveys- ja päihdetyön laajat Kaste-kehittämishankkeet

Airi Partanen, Juha Moring, Tytti Tuulos, Eila Linnanmäki ja Anna Keto-Tokoi

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon aikana 2009–2015 sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseen tarkoitettua valtionhallinnon kehittämisrahoitusta kanavoitiin hallituskausittain sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman, Kaste-ohjelman kautta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella oli toisaalta Kaste-hankkeiden käynnistymistä ja toimeenpanoa tukeva yleinen rooli, ja toisaalta Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toteuttamisen tukemiseen painottuva mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeiden ohjausrooli yhteistyössä sosiaali- ja terveystieteiden ja Kuntaliiton kanssa. Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeiden sisällöllistä valtakunnallista ohjausta ja tukea toteutettiin 2–3 kertaa vuodessa hankejohtajille pidettyinä yhteisinä ohjaustapaamisina sekä suunnittelemana ja toteuttamalla yhdessä hankkeiden kanssa joitakin vuosittaisia valtakunnallisia koulutustilaisuuksia sekä tukemalla hankkeiden tulosten levittämistä yhteisten julkaisujen avulla. Tässä artikkelissa kuvataan tarkemmin mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeita ja arvioidaan niiden vaikutuksia myös hankekausissa pidemmällä aikajänteellä. Kuvauksissa on hyödynnetty hankkeiden väli- ja loppuraporttien lisäksi hankejohtajille 12.1.2015 tehtyä yhteistä teemahaastattelua. Teemahaastattelussa arvioitiin mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeiden syntymisen edellytyksiä, hankkeiden resursseja ja mahdollisuuksia suhteessa hankkeen tavoitteisiin sekä hankkeiden Kaste-kausien ja sekä niitä pidemmän aikavälin onnistumisia mielenterveys- ja päihdetyössä. Lisäksi arvioitiin mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeita Kaste-ohjelman yleisten tavoitteiden toteuttajina.

Kaste-hankkeet vuosina 2008–2011 ja 2012–2015 mielenterveys- ja päihdetyön kehittäjinä

Mielenterveys- ja päihdetyön laajojen Kaste-kehittämishankkeiden taustalla oli jo aiempina vuosina tehty alueellinen kehittämistyö. Vaikka vuosina 2004–2007 toteutetuissa sosiaalialan ja terveydenhuollon kehittämishankkeissa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaohjelmassa oli vain vähän viittauksia mielenterveys- ja päihdetyön yhtymäkohtiin, samoihin aikoihin käynnistettiin kuitenkin sosiaali- ja terveysministeriön (STM) tuella kolme alueellisesti laajaa, valtionavustusrahoitteista kehittämishanketta, Pohjanmaa-hanke, Vantaan Sateenvarjo -hanke sekä Lapin hanke. Tavoitteena oli saada käyntiin aiempien pienten ja erillisten hankkeiden sijaan laajempia, mielenterveys- ja päihdetyötä yhdessä kehittäviä hankkeita. STM sisällytti samoihin aikoihin yhdistetyn ”mielenterveys- ja päihdehuollon toimintasuunnitelman” valmistelun sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiaan (2006–2015). Toimintasuunnitelman valmistelussa haluttiin painottaa meneillään olevien kehittämishankkeiden kokemusten hyödyntämistä. (Kuussaari & Partanen 2010.) Kun Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa valmisteltiin, mukana olivat Pohjanmaa-hanke, Vantaan Sateenvarjo-hanke sekä Lapin hanke.

Kaste-ohjelman ensimmäinen kausi oli vuosina 2008–2011. Ohjelmalle rakennettiin uudenlainen koordinaattorirakenne, jossa valtakunnallisen koordinaation lisäksi perustettiin Kaste-aluejohtoryhmät. Ne ohjasivat alueellista toiminnan suunnittelua, seurasivat toimintaa ja verkostoivat alueiden toimijoita. Ensimmäisen ohjelmakauden ulkoisessa arvioinnissa todettiin Kaste-ohjelman onnistuneen kehittämisen välineenä. Vuosien 2012–2015 Kaste-ohjelma jatkoi osittain edellisen ohjelmakauden (2008–2011) uudistustyötä. Ohjelman aikana kuntien, eri hallintotasojen sekä alueellisten toimijoiden välisen yhteistyön arvioitiin parantuneen ja kuntien ja keskushallinnon vuorovaikutuksen tehostuneen.

Kaste-kausilla 2008–2011 ja 2009–2015 oli laajoja mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeita kaikilla Kaste-hankealueilla (taulukko 1). Niitä hallinnoivana tahona oli joko sairaanhoitopiiri, iso kaupunki tai kuntayhtymä.

Taulukko 1. Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeet 2008–2011 ja 2012–2015

ALUE	HANKE, HALLINNOIJA ja KASTE-RAHOITUS	ALUE JA VÄESTÖPOHJA
ETELÄ-SUOMI	Mielen avain 2010–2012, 2012–2013 ja 2013–2015 * Vantaan kaupunki * 10,1 milj. euroa	35 kuntaa ja kuntayhtymiä Etelä-Suomen maakunnassa 1,1–1,8 milj. as.
LÄNSI-SUOMI	Länsi 2010–2012 ja 2012–2013 * Satakunnan shp * 1,9 milj. euroa Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille (PPPR) 2013–2016 * Turun kaupungin hyvinvointitoimiala * 1,5 milj. euroa	Satakunnan sairaanhoitopiirin jäsenkunnat sekä 11 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntaa 0,5 milj. as. ALUE 0,6 milj. as.
ITÄ- JA KESKI-SUOMI	Arjen Mieli 2011–2013 * Etelä-Savon shp * 1,6 milj. euroa	Itä- ja Keski-Suomen kuntia ja kuntayhtymiä 0,8 milj. as.
VÄLI-SUOMI	Välittäjä 2009–2011 ja 2011–2013 * Etelä-Pohjanmaan shp * 4,9 milj.	Vaasan, Etelä-Pohjanmaan, Pirkanmaan ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirit, Lahden kaupunki ja Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä 1,2 milj. as.
POHJOIS-SUOMI	Tervein Mielin Pohjois-Suomessa 2009–2011 * Keski-Pohjanmaan shp&ppky * 1,8 milj. euroa Hyvinvointi hakusessa – riippuvuus riskinä 2013–2015 * Kolpeneen palvelukeskuksen ky ja Kainuun sote * 1,1 milj. euroa	Lapin, Länsi-Pohjan, Pohjois-Pohjanmaan ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit ja Kainuun maakunta -kuntayhtymä 0,7 milj. as. Lapissa 14 kuntaa ja Kainuun maakunta -kuntayhtymän 7 kuntaa 0,2 milj. as.

Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeiden laajuus ja niiden kattaman alueen väestön määrä vaihteli eri puolilla Suomea. Niihin osoitettiin vuosina 2008–2015 yhteensä 22,9 miljoonaa euroa. Kun suhteutetaan hankkeiden rahoitus hankealueella olevaan väestömäärään ja hankkeen keston (70–90 senttiä/alueen asukas/vuosi), Etelä-, Länsi- ja Väli-Suomen alueella oleviin Kaste-hankkeisiin suunnattiin hieman enemmän resursseja kuin Itä- ja Keski-Suomen tai Pohjois-Suomen alueen hankkeisiin.

Hankkeita edeltänyt kehittämistoiminta ja hankkeiden valmistelu

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä rakennettiin Kaste I -kaudella (2008–2011) Etelä-Suomen, Pohjanmaan ja Pohjois-Suomen alueella jo aiemmin tehdyn kehittämistyön pohjalle. Kaste II -kaudella (2012–2015) hankkeissa painottui ensimmäisellä Kaste-kaudella tehdyn kehittämistyön juurruttaminen ja vakiinnuttaminen.

Kaste I -kaudella Etelä-Suomessa suunniteltavan kokonaishankkeen haasteena oli se, että edeltävä Saateenvarjo-hanke oli ollut yhden kunnan, Vantaan kaupungin, hallinnoima hanke. Uusi hankesuunnitelma tehtiin vaiheessa, jossa Etelä-Suomen kunnat olivat jo tehneet omia kuntakohtaisia kehittämishankesuunnitelmiaan, ja yhden laajan alueellisen hankkeen suunnittelussa mukana olleet 35 kuntaa piti saada valmistelmaan yhteistä hankekokonaisuutta. Mukaan tuli myös Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Kuntien edustajille oli ristiriitaisia toiveita, joiden pohjalta haettiin Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan liittyviä yhteisiä tavoitteita. Hankehallinnon näkökulmasta erityyppisten hanketoimijoiden – erikokoisten kuntien ja ison sairaanhoitopiirin – toimivan yhteistyön rakentaminen oli haasteellista. Hanke päätettiin organisoida useiksi erityyppisiksi osahankkeiksi.

Länsi-Suomen alueella edeltävänä sairaanhoitopiirin hankkeena oli Alkoholiohjelman Toimeksi-hanke, ja Länsi-hankkeen haluttiin jatkavan siinä tehtyä työtä. Lähtökohtana oli huoli kasvavista päihde- ja mielenterveysongelmista ja niistä aiheutuva toiminnan systemaattisen kehittämisen tarve. Hankevalmistelu käynnistettiin Satakunnan sairaanhoitopiirissä Satakunnassa ja Varsinais-Suomessa tehtyjen selvitysten ja strategiatyön jatkoksi. Suunnitelmatyöstä saatujen kokemusten pohjalta kehittämistyön keskeiseksi tavoitteeksi asetettiin peruspalveluiden varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyön kehittäminen. Länsi-hankkeen valmistelussa oli sairaanhoitopiirin lisäksi mukana kuntatoimijoita sekä alueen kuntatoimijoiden kanssa yhteistyötä tehnyt sosiaalialan osaamiskeskus. Myös keskeiset valtakunnalliset päihde- ja mielenterveysjärjestöt olivat mukana sekä valmistelussa että hankkeessa (mm. ohjausryhmässä). Hankkeelle löydettiin yhteisiä mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisia yhteisiä tavoitteita. Parempia palveluja riskiryhmille -hankkeen (PPRR) aikana jatkettiin kehittämistyötä Länsi-hankkeessa tehdyn kehittämistyön pohjalta. Hankkeen perustana oli Turun kaupungin tekemä potilasvirta-analyysi, jossa oli tunnistettu paljon palveluita käyttävien ryhmä.

Itä- ja Keski-Suomen alueella oli aiemmin tehty monenlaista, usein pienimuotoista kehittämistä eri toimijoiden toimesta, ja alueella todettiin tarvittavan laaja-alaisempaa ja kokonaisvaltaisempaa kehittämistä. Vaikka kuntien rakennemuutoksissa oli päädytty erilaisiin ratkaisuihin ja kuntien yhteistyö oli eri alueilla eri vaiheessa, arjen työn haasteet nähtiin samanlaisina. Hanketta valmisteltiin keräämällä taustatietoa Itä-Suomen alueen mielenterveys- ja päihdeasioista ja käsittelemällä niitä eri toimijoiden yhteisissä työkokouksissa. Itä- ja Keski-Suomen alueellinen Kaste-johtoryhmä johtoryhmä näki mielenterveys- ja päihdehankesuunnitelman alueelle tärkeänä kokonaisuutena, jolla haluttiin koota yhteen pirstaloitunutta ja paljon rajapintoja sisältävää kenttää.

Väli-Suomen alueella oli jo aikaisemmin tehty mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä muun muassa jo vuonna 2005 aloitetussa ja kymmenvuotiseksi suunnitellussa Pohjanmaa-hankkeessa, Mainiemen päihdetyön kehittämisyksikössä, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin mielenterveystyön kehittämisyksikössä sekä Pirkanmaalla, Kanta-Hämeessä ja Päijät-Hämeessä useissa eri hankkeissa. Välittäjä 2009 -hanke rakentui aiemman kehittämistyön pohjalta.

Pohjois-Suomessa pitkäjänteisen kehittämistyön käynnistymisen taustalla 2000-luvun alkupuolella oli tarve kehittää psykiatrian palveluja jonojen lyhentämiseksi. Ensimmäisenä toteutettiin skitsofreniaprojekti, johon kunnat lähtivät mukaan hakemaan rahoitusta. Sitä seurasi Rovaniemen kaupungin koordinoima ja useiden kuntien yhteinen Lapin mielenterveys- ja päihdetyön -kehittämishanke. Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hanke syntyi Keski-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiirien ja Kainuun maakunta -kuntayhtymän yhteistyönä. Hanke saatiin synnytettyä laajana yhteistyöhankkeena, ja edellytti sekä sairaanhoitopiirien välisiä neuvotteluja että kunkin sairaanhoitopiirin neuvotteluja alueen kuntien kanssa. Hankkeessa hyödynnettiin myös Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen hyvää hankeosaamista. Valmisteluvaiheessa päättäjien kanssa neuvottelut painottuivat rahoitusta koskevaan ohjaukseen, ja kunnat puolestaan sitoutettiin hankkeissa tehtävään kehittämistyöhön. Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke painottui hieman enemmän mielenterveyspuolelle edistäen kuntien strategiatyötä, kuntoutusta sekä terveyden edistämistä ja ongelmien ennaltaehkäisyä. Myös pohjoisen alueen muissa Kaste-hankkeissa (Pakaste 1 ja 2 vuosina 2009–2013) edistettiin päihde- ja mielenterveysstrategiatyötä, ehkäisevää työtä sekä mallinnettiin päihdepalveluketjuja. Hyvinvointi hakusessa – riippuvuus riskinä -hanke sai Kaste-rahoituksen vuosille 2013–2015. Sen Kainuun hankeosio jatkoi Kainuun sote-kuntayhtymässä tehtyä

pitkää kehittämistyötä lapsiperheiden ja nuorten ennaltaehkäisevän, matalan kynnyksen työn sekä kuntiin vietävien päihdepalvelujen pilotoimishankkeena. Lapissa hanke kohdistui riippuvuusongelmaisten palvelujen kehittämiseen toisaalta yhtenäisen opioidikorvaushoitomallin edistäjänä ja toisaalta uusien matalan kynnyksen toimintamallien ja omaehtoisten palvelujen kehittäjänä tiiviissä yhteistyössä kehittäjäasiakkaiden ja kokemusasiantuntijoiden kanssa

Kaste-aluejohtoryhmien merkitys vaihteli hankkeen valmistelun yhteydessä. Joillakin alueilla hankkeita valmisteltiin tiiviissä yhteistyössä aluejohtoryhmän kanssa ja käytiin neuvottelua hankkeen tavoitteista (esim. Länsi-hanke). Osa hankkeista valmisteltiin tiiviissä yhteistyössä kuntien kanssa tai sairaanhoitopiirin sisällä, mutta aluejohtoryhmän rooli jäi etäiseksi (esim. Mielen avain tai Välittäjä). Hanketta saatettiin esitellä johtoryhmässä, mutta käytännössä yhteistyö oli tiiviimpää Kaste-aluekoordinaattorin kanssa.

Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeiden tavoitteet

Kaikkien mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeiden tavoitteissa on huomioitu Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman linjaukset. Tavoitteiden painotuksissa on kuitenkin eroja alueittain (taulukko 2).

Taulukko 2. Hankkeiden tavoitteet Kaste I ja Kaste II –kausilla

ALUE	TAVOITE
ETELÄ-SUOMI	Mielen avain: Eteläsuomalaisten mielenterveyden edistäminen sekä niiden ihmisten avunsaannin parantaminen, joilla on mielenterveys- ja päihdeongelmia kehittämällä matalan kynnyksen palveluita, lisäämällä mielenterveys- ja päihdeongelmaisten osallisuutta kokemusasiantuntijuuden konkreettisia malleja kehittämällä sekä vahvistamalla henkilöstön osaamista.
LÄNSI-SUOMI	Länsi: Peruspalveluiden varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyön monipuolinen kehittäminen, osaamisen lisääminen ja alueellisten mielenterveys- ja päihdesuunnitelmien valmistelu sekä asiakkaiden osallisuuden vahvistaminen. PPRR: riskiryhmien osallisuuden, hyvinvoinnin ja terveyden lisääminen palvelurakenteita muuttamalla ja luomalla asiakaslähtöisiä, vaikuttavia ja räätälöityjä palveluita palvelumuotoilun keinoin
ITÄ- JA KESKI-SUOMI	Arjen Mieli: Itä- ja keskisuomalaisen mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen vastamaan kuntalaisten tarpeita vahvistamalla peruspalveluja ja avohoitopainotteisuutta, perus- ja erityispalveluiden yhteistyötä, asiakaslähtöisyyttä ja ehkäisevää työtä sekä yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdestrategioiden valmistelua.
VÄLI-SUOMI	Välittäjä: Väli-Suomen väestön hyvinvointia edistävän ja mielenterveys- ja päihdeongelmia ehkäisevän työn vahvistaminen, erityis- ja peruspalveluiden yhteistyön, rakenteiden, toimintamallien ja hoitoketjujen kehittäminen asiakkaan osallisuutta korostaen ja modernia teknologiaa hyödyntäen. Hyvien käytäntöjen levittäminen ja mielenterveys- ja päihdetyön strategioiden laatiminen ja/tai päivittäminen.
POHJOIS-SUOMI	Tervein Mielin Pohjois-Suomessa: Pohjoissuomalaisten mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistäminen, mielenterveys- ja päihdepalvelujen toimivuuden ja vaikuttavuuden parantaminen sekä avohoitaisuuden lisääminen. Hyvinvointi hakusessa – riippuvuus riskinä: Päihderiippuvuusriskissä olevien terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin ja osallisuuden lisääminen, kansalaisten omaehtoisen hyvinvoinnin lisääminen, työntekijöiden päihdeosaamisen parantaminen sekä päihdepalvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen.

Yhteistä kaikissa hankkeissa on asiakaslähtöisten palveluiden kehittäminen, osallisuuden vahvistaminen sekä ammattilaisten osaamisen vahvistaminen.

Hankkeiden organisoituminen

Hankkeiden organisoituminen vaihteli. Seuraavassa kuvataan hankkeiden organisoitumista Kaste-hankealueittain.

Etelä-Suomi: Mielen avain

Vantaan kaupungin koordinoimassa Etelä-Suomen Mielen avain -hankkeessa oli ensimmäisellä Kaste-kaudella mukana 37 kuntaa. Hanke organisoitiin silloin 13 osahankkeeksi:

1. Terveysasema kuntalaisen käyttöliittymänä -hanke Helsingin kaupungissa mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien aikuisikäisten tutkimuksen, hoidon ja psykososiaalisen kuntoutumisen saatavuuden, laadun ja vaikuttavuuden parantaminen perusterveydenhuollossa
2. Valo-hanke HUS:ssa Mielenterveystalo-palvelukokonaisuuden rakentamiseksi ja sen osana POP-valo -hanke pitkä-aikaisesti oireilevien psykoosipotilaiden hoidon ja kuntoutuksen rajapintatyöskentelyn kehittämiseksi
3. Vantaalaisen hyvä mieli -hanke vantaalaisten mielenterveyden, päihteettömyyden ja osallisuuden tukemiseksi, matalan kynnyksen hoitomallien ja hoitoketjujen kehittämiseksi
4. Koho-hanke Lost-yhteistoiminta-alueen, perusturvakuntayhtymä Karviaisen sekä HUS Lohjan sairaanhoitoalueen psykiatrian yhteinen hanke mielenterveys- ja päihdeongelmaisten kokonaisvaltaisen hoidon kehittämiseksi
5. Huoli haltuun -hanke Kirkkonummella nuorten hyvinvointiaseman kehittämiseksi, kunnan työntekijöiden mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen vahvistamiseksi ja kuntalaisten osallisuuden vahvistamiseksi
6. Sauma-hanke Keravalla mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhdistämiseksi matalankynnykseksi, yhden oven avopalveluyksiköksi
7. Avomieli-hanke Keski-Uudenmaan Kuuma-kunnissa aikuissosiaalityön päihde- ja mielenterveystyön osaamisen lisäämiseksi ja päihde- ja mielenterveystyössä tarvittavien yhteistyömuotojen kehittämiseksi
8. Miepäs-hanke Hyvinkäällä nuorisoaseman perustamiseksi nuorille ja vanhemmille
9. Elämä haltuun -hanke Itä-Uudenmaan alueella (Porvoo, Loviisa, Sipoo, Askola) asiakkaiden osallisuuden vahvistamiseksi, syrjäytymisen vähentämiseksi ja avun kynnyksen vähentämiseksi päiväkeskus- ja kokemusasiantuntijatoimintaa kehittämällä ja ammattilaisten osaamista vahvistamalla
10. Mosaik-hanke Raaseporin ja Hangon alueella pirstaloituneiden hoitoketjujen eheyttäminen joustaviksi ja asiakasystävällisiksi
11. Yhteispäivystys- ja kriisikeskushanke uuden Kouvolan seudulla entisten kaupunkien erilaisten peruspalveluiden yhdistämiseksi toimiviksi kokonaisuuksiksi. Hankeessa oli useita kehittämiskohteita: sosiaalipäivystys ja kriisikeskus, kriisipalvelutoiminta, selviämisyksikkö, nuorten päihdetyöntekijä, mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asuminen, turvakotipalvelut, ammattilaisten osaamisen vahvistaminen,
12. Mietippä-hanke Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseksi yhdistetyn alueellisen strategian, kuntouttavan yksikön toiminnan ja osaamisen kehittämisellä
13. Kannatellen-hanke Eksoten ja sen jäsenkuntien alueella nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelujen, sähköisten työkalujen ja kokemusasiantuntijatoiminnan kehittämiseksi

Kaste II -kaudella Mielen avain -hankkeen kehittämistyö organisoitiin kolmeksi palvelulinjaksi: nuorten palvelulinja, aikuisten ja strategiatyön palvelulinja sekä kokemusasiantuntijatoiminnan palvelulinja.

Länsi-Suomi: Länsi ja Parempia palveluja riskiryhmille (PPRR)

Satakunnan sairaanhoitopiiri hallinnoi Länsi-hankkeita. Länsi 2012 oli Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveyspalveluiden kehittämishanke ja Länsi 2013 sen jatko- ja juurruttamishanke. Hanketyöllä haluttiin tukea paikallisen kuntaorganisaation vastuulla olevaa kehittämistyötä ja hanke organisoitiin pääsääntöisesti kunta- tai yhteistoiminta-alueen kattavaksi 13 pilottihankkeeksi. Konkreettiset kehittämistoimet jaettiin kolmeen ryhmään, joista kukin pilotti valitsi itselleen yhden tai useampia pilotoitavia toimenpiteitä: 1) ehkäi-

sevän työn konkretisoiminen, 2) ryhmämuotoisten toimintojen kehittäminen, ja 3) päihde- ja mielenterveys-suunnitelmien kehittäminen.

PPRR-hanketta hallinnoi Turun kaupungin hyvinvointitoimiala ja toimintamalleja kehitetään Länsi-Suomen Kaste-alueella Varsinais-Suomessa ja Satakunnassa. Hankkeessa on kuusi alueellista kehittämissosiota: Turku, Pori, Rauma, Salo, Satakunnan sairaanhoitopiiri sekä Raision koordinoima Varsinais-Suomen pienten kuntien yhteinen Aikuiskaste-kehittämissosio. Hankkeessa hyödynnetään kaikilla alueilla palvelumuotoilun keinoja, mutta kullakin kehittämissosiolla on omat kehitettävät toimintamallinsa tai palveluprosessinsa.

Itä- ja Keski-Suomi: Arjen mieli

Hankkeen hallinnoijana toimi Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. Hankkeessa oli kuusi kuntien ja kuntayhtymien muodostamaa alueellista kokonaisuutta:

1. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, Mikkelin kaupunki ja muita kuntia
2. Joensuun kaupunki ja Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (PKSSK)
3. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Jyväskylän kaupunki ja muita kuntia
4. Kuopion kaupunki, Kuopion psykiatrian keskus, Kuopion yliopistollinen sairaala
5. Pienet seutukunnat
6. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä: Iisalmi, Kiuruvesi, Vieremä ja Sonkajärvi.

Alueellisten hankkeiden tavoitteet vaihtelivat. Yhteiseksi nimittäjäksi määriteltiin mielenterveys- ja päihdesuunnitelman laatimisprosessi ja siihen liitettiin samanlainen koulutuskokonaisuus alueen kaikissa neljässä maakunnassa. Osahankkeissa olennaisia painopisteitä olivat alueellisesti yhtenäisten toimintatapojen analysointi ja kehittäminen (Etelä-Savo), sähköiset palvelut ja niiden liittäminen asiakastyöhön (Joensuu), kokemusasiantuntijuuden vahvistaminen (Keski-Suomi), lapsiperheiden palvelut ja PAKKA-toiminta (Kuopio), pienten kuntien yhteiset palvelut (pienet kunnat) sekä kotikuntoutus ja koulupsygykkari – toiminta (Ylä-Savon SOTE). Hanke oli mukana kehittämässä yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön itsearviointimittaria ja lanseerasi MoodGym – palvelun kaikkien käytettäväksi.

Väli-Suomi: Välittäjä

Hanketta hallinnoi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Välittäjä 2009 -hankkeessa toimijoina olivat Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirit, Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä ja Tampereen kaupunki. Lahden kaupunki tuli mukaan hankeyhteistyöhön keväällä 2010. Hankkeessa mukana olevat toimijat muodostivat Välittäjä 2009 -hankkeessa viisi osahanketta. Välittäjä 2009 -hankkeen tavoitteiksi asetettiin: 1) peruspalveluiden varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyön toimintamallien ja palvelurakenteiden kehittäminen ja jalkauttaminen, 2) asiakkaiden osallisuuden lisääminen, 3) ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen ja juurruttaminen, 4) päihde- ja mielenterveystyön osaamisen vahvistaminen, 5) saumattomat palveluketjut peruspalveluista erityispalveluihin, ja 6) alueellisten mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmien laatiminen

Kussakin osahankkeessa laadittiin työsuunnitelma, jossa kuvattiin ne toimenpiteet, joihin alueella keskitytään. Jokaisessa osahankkeessa ei siten ryhdytty kaikkiin hankesuunnitelman tavoitteiden mukaisiin toimenpiteisiin.

Välittäjä 2009 -hankkeen työ jatkui jatkohankkeessa Välittäjä 2013. Hankkeen kehittämiskohteina olivat: 1) varhaisvaiheen hyvinvointia edistävä ja ennalta ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö, 2) asiakkaiden osallisuus, 3) peruspalveluiden ja erityispalveluiden yhteistyö, toimintamallit ja rakenteet ja 4) teknologian hyödyntäminen.

Pohjois-Suomi: Tervein mieli Pohjois-Suomessa ja Hyvinvointi hakusessa – riippuvuus riskinä

Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hankkeen koordinoijana toimi Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymä ja siinä oli mukana neljä sairaanhoitopiiriä sekä Kainuun maakunta -kuntayhtymä. Hankekehittäminen jaettiin sille esimerkkinä toimineen Pohjanmaa-hankkeen tavoin viiteen koriin: 1) strategiatyö, 2) kuntoutus, 3) promootio ja preventio, 4) hoitoketjut ja 5) työelämä. Näistä strate-

giatyö ja kuntoutus olivat koko hankealueen yhteisiä painopisteitä. Promootio ja preventio oli alueellisena painopisteenä Kainuussa, Lapissa ja Länsi-Pohjassa; hoitoketjut Pohjois-Pohjanmaalla ja työelämä Keski-Pohjanmaalla.

Hyvinvointi hakusessa – riippuvuus riskinä -hanke toteutettiin Lapissa ja Kainuussa ja sitä hallinnoi Kolpeneen kuntayhtymä. Hankkeen toteuttajana toimi Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen Lapin toimintayksikkö. Hankkeen tavoitteena on lisätä päihderiippuvuusriskissä olevien sosiaalista ja terveydellistä hyvinvointia ja osallisuutta, edistää kansalaisten omaehtoista hyvinvoinnin lisäämistä sekä parantaa työntekijöiden päihdeosaamista sekä päihdepalvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Hanke toimii Lapissa 18 kunnassa, joista 14 kunnan alueella toimii koko- tai osa-aikainen kehittäjätyöntekijä ja neljä kuntaa on mukana hankkeen yleisen kehittämistyön ja koulutuksen osioissa. Kainuussa hanke toteutettiin Kainuun sote-kuntayhtymän kehittämissyksikön toimesta Perhepalvelujen toimialueella Kainuun soten seitsemässä kunnassa.

Hankkeiden hallinnoinnin merkitys kehittämistyön etenemiselle

Hankehallinnoinnista vastaavalla taholla nähtiin olevan keskeinen merkitys hankkeiden omarahoitusosuuksien varmistamisessa hankkeen valmisteluvaiheessa sekä taloushallinnon sujuvuudessa hankkeen käynnistyttyä. Sairaanhoidopiirien toimiminen hankkeen hallinnoijana mahdollisti sen, ettei hankkeen omarahoitusosuuksista välttämättä tarvinnut lähteä neuvottelemaan kukin sairaanhoidopiirin kunnan kanssa erikseen, vaan sairaanhoidopiirillä oli mahdollisuus sopia sairaanhoidopiirillä kehittämiseen varattujen resurssien käytöstä alueelliseen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeeseen. Toisaalta resurssikysymys nähtiin selkeänä myös yksittäisten kuntien yhteisissä hankkeissa hankehakemuksen valmisteluvaiheessa: hankerahoitusta voitiin hakea sen verran, mitä hankkeeseen osallistuvilla oli kiinnostusta ja mahdollisuutta sijoittaa omaa rahoitusta. Haasteeksi saattoi silloin muodostua kuitenkin hankkeiden kokonaisresurssien jakautuminen. Hankkeiden yhteisiin tavoitteisiin pyrkiville osahankkeille pystyttiin ohjaamaan paremmin resursseja kuin pienille, erityistavoitteisiin pyrkiville osahankkeille. Myös hankkeen taloushallinnointi saattoi olla haasteellista, kun kuntien taloushallinnon seuranta- ja raportointitavat vaihtelivat. Hankkeille myönnettyjen resurssien käyttö edellytti myös huolellista toiminnan ja talouden seurantaa. Seuranta oli helpompaa yhden tahon – kuten sairaanhoidopiiriin – vastatessa koko hankkeen toiminnasta ja taloushallinnosta kokonaisuutena.

Sairaanhoidopiireillä nähtiin olevan myös muuta tarvittavaa hankeosaamista, samoin kuin monilla alueilla kehittämistyössä mukana olevilla sosiaalialan osaamiskeskuksilla. Kainuun maakunnan kuntayhtymälle nähtiin myös kertyneen vahvaa alueellisen kehittämistyön osaamista. Jos hankkeen koordinoijana oli yksittäinen kunta, haasteena saattoi olla yhteisten tavoitteiden muodostaminen kuntakohtaisten ja ristiriitaisten intressien pohjalta, sekä mukana olevien kuntien sitouttaminen yhteisiin tavoitteisiin. Laajojen alueellisten hankkeiden monien osahankkeiden seuranta helpottamaan kehitettiin myös muun muassa hankkotiimi, jota osa hankkeista lähti systemaattisesti myös käyttämään.

Kaikki haastatellut hankejohtajat nostivat esille hankkeen käynnistymisvaiheen ongelmista henkilöstön rekrytoinnin. Hankejohtajan nimeämisen jo hanketta valmistellessa arvioitiin edistävän hankkeen käynnistymistä, mutta taloudellisista syistä se ei ollut mahdollista, ellei hankkeen koordinoijalla ollut Kaste-hankerahoituksen ulkopuolelta tulevaa kehittämisresurssia käytettävänä. Kastehankkeissa rahoituspäätös tuli hyvin lähellä hankkeen aloitusaikaa, jolloin rekrytointiprosessi vei kohtuuttoman paljon hankkeen toiminta-ajasta. Monissa hankkeissa hanketyöntekijöiden rekrytoiminen vaatii suunniteltua pidemmän aikaa. Ennen rahoituspäätöstä ei kuitenkaan ollut mahdollista käynnistää rekrytointia. Ulkopuolisten hanketyöntekijöiden palkkaamisen ongelmana nähtiin hankkeen toiminnan vakiinnuttaminen hankkeen jälkeen. Kunnan omien työntekijöiden rekrytointia saattoi hidastaa työvoimapula, minkä vuoksi oli vaikea löytää hanketyöntekijöiksi tarvittavia työntekijöitä. Hankkeissa työskentelevät kuntien työntekijät on kuitenkin tarpeen orientoida hanketyöntekijän rooliin kehittäjinä, ei oman perustyön tai asiakastyön tekijöinä. Etuna kuntien ja kuntayhtymien perustyötä tekevien työntekijöiden palkkaamisessa hanketyöntekijöiksi oli se, että hankkeen tulokset ja tuotokset todennäköisemmin vaikuttivat jäävän pysyviksi käytännöiksi. Nuo työntekijät

toimivat ”agenteina” ja kohtasivat ehkä vähemmän muutosvastarintaa kuin mahdollisesti ulkopuolisiksi ”besserwissereiksi” koetut hanketyöntekijät. Hankkeiden etenemistä hidasti myös hanketyöntekijöiden vaihtuminen kesken kauden. Myös kuntatoimijoiden muutokset vaikuttivat hankkeen etenemiseen, sitä enemmän, mitä pienempi kunta oli kyseessä.

Miten hankkeet onnistuivat saavuttamaan tavoitteensa? Ja mitä tapahtui hankkeen jälkeen?

Taulukossa 3 on yleisarvio hankkeiden tavoitteiden saavuttamisesta. Hankkeiden arvioitiin päässeen pääosin asettamiinsa tavoitteisiin. Vaikka hankkeiden yleistavoitteet oli asetettu korkealle, niihin oli päästy arjen työssä pienin askelin edeten.

Taulukko 3. Arvio hankkeen tavoitteisiin pääsemisestä

ALUE	TAVOITTEEN SAAVUTTAMINEN
ETELÄ-SUOMI	Mielen avain: suurin osa asetetuista tavoitteista saavutettiin 2010–2013 (itsearvioinnin mukaan 80% asetetuista tavoitteista saavutettiin, ja tehtiin 36 hyvän käytännön mallinnusta), ja 2013–2015 tuloksena oli käytännön toimintamalleja perus-, psykiatrian ja päihdepalvelujen rajapinnoille, strategioita, osallisuuden lisääntymistä kokemusasiantuntijuutta kehittämällä, palvelujen saatavuuden, laadun, henkilöstön osaamisen lisääntymistä
LÄNSI-SUOMI	Länsi: Länsi 2012 -hankkeessa onnistuttiin ehkäisevän työn ja varhaisvaiheen työn toimintamallien ja yhdistettyjen suunnitelmien tekemisessä sekä hoitopoluissa, mutta osallisuuden kehittäminen oli haasteellisinta. Länsi 2013 -hankkeessa onnistumisina oli seulontamenetelmien, asiakastyön tavoitteiden seurannan ja ryhmätoimintojen lisääntyminen, mutta mini-intervention käyttöönotossa onnistuttiin huonommin. PPRR: On edelleen menossa, mutta alustavia lupaavia tuloksia näyttää syntyvän paljon palveluita käyttävien toimintamallien kehittämisestä
ITÄ- JA KESKI-SUOMI	Arjen Mieli: Osahankekohtaiset tavoitteet saavutettiin, löytyi yhteisiä intressejä. Erityisenä onnistumisena erityisesti yli 65-vuotiaiden alkoholimittari, kokemusasiantuntijakoulutus, MoodGym (suomennos).
VÄLI-SUOMI	Välittäjä: 2009–2011 arvioitiin päästyn tavoitteisiin. Kehittämistyön tuotoksina syntyi runsaasti erilaista materiaalia (esitteitä, oppaita), selvityksiä, toimintakuvauksia ja koulutusohjelmia. Toimintatapojen kehittymisen ja osaamisen parantumisen kautta vaikutettiin siihen, että Väli-Suomen alueen asukkaat saivat paremmin, nopeammin ja varhaisemmassa vaiheessa apua mielenterveys- ja päihdeongelmiinsa. Vuosina 2011–2013 luotiin yli 50 tuotosta (toimintamalleja, koulutusta, monipuolisempia palveluita, yhteistyöverkostoja, osallisuutta vahvistavia toimintamalleja, teknologisia ratkaisuja). Hankkeissa kehitettiin myös kehittämistyökaluja tuleville hankkeille.
POHJOIS-SUOMI	Tervein Mielin Pohjois-Suomessa: Hanke pystyi saamaan liikkeelle monenlaista muutosta mielenterveys- ja päihdestrategiatyöllä ja luomaan mallinnoksia mielenterveys- ja päihde-työhön. Onnistumisina olivat myös monilla alueilla tehdyt asiakaskyselyt ja muut asiakkaiden kuulemisen muodot. Hyvinvointi hakusessa – riippuvuus riskinä: Hanketavoitteet saavutettiin. Hankkeen aikana vakiinutettiin asiakkaiden osallisuutta, verkko- ja videomuotoisten palvelujen tarjontaa, moniammatillista päihdetiimiyötä, matalan kynnyksen päivätoimintoja sekä luotiin Lappiin yhtenäistä hoito-ohjeistuksia mm. opioidikorvaushoidossa sekä luotiin toimintamalleja mm. päihdeasiakkaan asumien tueksi sekä erityistä tukea tarvitsevan asiakkaan päihdepalvelujen järjestämiseen Kainuussa vakiinutettiin Polku-konsultaatiotyöparin toimintamalli.

Kaste-hankkeiden nähdään jalkauttaneen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa. Palveluiden käyttäjien asemaan ja osallisuuteen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman linjauksilla ja niitä käytäntöön vieneille hankkeilla on ollut erittäin suuri merkitys. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma toi esiin kokemusasiantuntija-käsitteen ja asetti selkeät tavoitteet palveluiden käyttäjien ja omaisten mukaan ottamiselle. Valtakunnallinen suunnitelma oli hyvä selkänöja, kun kunnissa ja kuntayhtymissä kuljettiin markkinoimassa palve-

luiden käyttäjien vahvempaa roolia. Ilman mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeita ei Suomeen olisi saatu näin nopealla aikataululla implementoitua kokemusasiantuntijakoulutusta ja -toimintaa.

Pitkäaikaisvaikutuksena on asenteiden muuttuminen. Kehittämistyön alkuvaiheessa esimerkiksi mielenterveystyö vaikutti kunnissa olevan jotain, mikä sijoitettiin psykiatrisen sairaalan sisäpuolelle. Ajatus esimerkiksi kunnallisten mielenterveysstrategioiden laatimisesta saattoi vaikuttaa aluksi vieraalta. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ja sitä jalkauttaneiden hankkeiden ansiota lienee ainakin osittain myös se, että mielenterveys- ja päihdeasioita lähdettiin tarkastelemaan niin strategian kuin käytännön tasolla yhä enemmän yhdessä. Vaikka strategioiden päivitys on joillain alueilla jäänyt hankkeiden loputtua tekemättä tai mielenterveys- ja päihdeasiat ovat ”sulautuneet” kuntien hyvinvointisuunnitelmien ja -kertomusten sisään, strategiaprosessien aikana syntyneitä yhteistyön tapoja ja verkostoja on jäänyt elämään. Sähköiseen hyvinvointikertomukseen on voinut asettaa mielenterveys- ja päihdeasiat omiksi painopistealueiksi.

Osa hankkeissa tehdyn kehittämistyön vaikutuksista on näkynyt vasta hanketyön päättymisen jälkeen. Hankkeissa tehtyjä strategioita on saatettu ottaa käyttöön vasta hankkeen päättymisen jälkeen, tai hankkeen myötävaikutuksella käynnistetty organisaatiouudistus vietiin käytäntöön vasta hankkeen päätyttyä. Esimerkiksi Arjen mieli -hankkeessa Etelä-Savossa hankekoordinaattori palkattiin mielenterveys- ja päihdepalvelujen johtajaksi ja kaupunki lähti mukaan ASKE- projektiin. Joensuussa hanke oli lähtölaukaus usean vuoden organisaatiokehitysprosessille, joka alkoi syksyllä 2012. Keski-Suomen osahanke jatkoi kokemusasiantuntijakoulutuksia ja Kuopiossa hankekoordinaattori palkattiin implementoimaan hankkeen aikana laadittu mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, johon osana kuului Pakka-toiminta. Pienet seutukunnat palkkasivat hanketyöntekijän seudulliseksi palveluohjaajaksi ja Ylä-Savon SOTE vakiinnutti kotikuntoutuksen ja koulupsyikkari toiminnan.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma hankkeen tavoitteiden tukena

Kaste-hankejohtajien haastattelussa todettiin, että mielenterveys- ja päihdesuunnitelma oli ollut tärkeä työväline. Se oli mahdollistanut mielenterveys- ja päihdetyön ideologista uudistamista ja ajattelun päivittämistä. Vaikka linjaus oli herättänyt vastustusta, se oli kuitenkin ollut ”valtakunnallinen linjaus”, johon oli voinut tukeutua ikään kuin selkänäojana.

Vahvoja onnistumisia olivat strategiatyö, näyttöön perustuvien interventioiden levittäminen sekä osallisuuden vahvistaminen. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esille nostetun ehkäisevän työn nähtiin olleen vahvasti esillä hanketyössä. Muita onnistumisina pidettiin stigman vähentymistä, avohoidon hyvien uusien työmallien kehittymistä ja sairaansijojen vähentymistä. Kuntien hallinnollinen rooli nähtiin sekä tärkeänä että haasteellisena. Hanketyön näkökulmasta erityisen haasteellisia olivat organisaatiomuutokset kuten mielenterveys- ja päihdetyön yhdistäminen.

Sudenkuoppina tai hidasteina kehittämistyön etenemiselle olivat liian laajat hankkeet, kuntien vastustus tai kuntien sitouttamisen ja sitoutumisen vähäisyys, jolloin hanketyö oli ikään kuin ulkoistettu. Tällöin hankkeissa kehitetty työ ei juurtunut arjen työtavaksi. Kehittämistyö oli suhteutettava myös arjen työhön: kehittämistyötä oli tehtävä tavalla, joka mahdollisti sen soveltamisen käytäntöön. Kuntatoimijoiden kehittämistyötä tukien hanketyöntekijän panoksella saatiin pysyvämpiä muutoksia, mutta haasteena voi olla, ettei lyhyellä kehittämissyklillä päästy kovinkaan uudensuunitelmiin, innovatiivisiin toimintamalleihin.

Onnistumisen edellytyksiä oli kehittämistyön vieminen arkeen, sen ”omaksi kokeminen”. Oli tärkeää löytää tekijät sieltä, missä perustyötä tehdään ja kohdentaa kehittämistyö oikeaan suuntaan selkeiden tavoitteiden avulla. Päihde- ja mielenterveystyötä oli onnistuttu valtavirtaistamaan erityispalveluita laajemmalle. Onnistunut viestinvieminen edellytti sitä, että viesti muotoiltiin vastaanottajan roolin (esim. päättäjät, asiantuntijat, käytännön työntekijät) mukaan.

Kaste-hankejohtajat myös pohtivat sitä, olisiko mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan liittyvää ohjauksella voinut suunnata hanketyötä voimakkaammin johonkin tiettyyn suuntaan. Hankesuunnittelu perustui mielenterveys- ja päihdesuunnitelman linjauksiin, mutta kukin alue valmisti ja toteutti hanketyötä omalla tavallaan. Vaikka hankkeet saivat rahoituksensa Kaste-ohjelmasta, mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ehdotukset koettiin Kaste-ohjelman tavoitteita läheisemmiltä ja konkreettisemmiltä. Hankesuunnittelijoiden

ja mielenterveys- ja päihdesuunnitelman välistä dialogia olisi voinut olla enemmänkin suunnitteluvaiheessa. Valtakunnallisen ohjauksen osalta vahvempaa ohjausta olisi voinut olla esimerkiksi hyvistä työkäytännöistä ja -menetelmistä. Hankeohjauksessa nähtiin tarpeelliseksi käyttää tarvittaessa myös rajaamista. Tärkeänä nähtiin hankkeiden pitkät kehityskaaret, jotka jatkuivat yli yhden Kaste-kauden. Pitkän kehittämistyön aikajänteen ja pysyvän kehittämisorganisaation merkitys arvioitiin suureksi. Valtakunnallisen ohjauksen ja tuen lisäksi oman alueen tilanteen vertaamiseen toiseen alueeseen nähtiin hyödyllisenä.

Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeet Kaste-ohjelman tavoitteiden toteuttajina

Tässä osiossa pohditaan Kaste-ohjelmatyön merkitystä erityisesti päihde- ja mielenterveyspalvelujen kehittämistyössä. Tämän alaluvun kirjoittajat (Linnanmäki, Keto-Tokoi, Tuulos) osallistuivat Kaste-ohjelmajohtajien haastatteluun (12.1.2015) tavoitteena kuulla miten kansallisessa ohjelmayhteistyössä Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, Alkoholiohjelman ja Kaste-ohjelman välillä on onnistuttu. Erityisenä sisällöllisenä kiinnostuksen kohteena oli heikommassa asemassa olevien osallisuuden, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisevän toiminnan kehittyminen.

Mitä hyötyä Kaste-ohjelmatyöstä oli mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ja Alkoholiohjelman toimeenpanossa ja päinvastoin?

Kaste-ohjelma toi kehittämistyöhön merkittävän rahoituskanavan. Resurssitukea saatiin mielenterveys- ja päihdepalvelujen suunnittelutyöhön, asennemuutokseen korjaavasta työstä varhaisvaiheen palvelujen kehittämiseen, mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraation vahvistumiseen. Kaste-hanketyö lisäsi asiakasosallisuuden ja kokemusasiantuntijuutta korostavaa kehittämistoimintaa.

Käytännön toimijoille kehittämistyö näyttäytyi kehitettävän sisällön näkökulmasta, ja taustalla olevaa Kaste-ohjelmaa ei aina tunnustettu. Esimerkiksi ensimmäisen Kaste-ohjelmatyön aikana käynnistyi Alkoholiohjelman toinen ohjelmakausi (2007–2012), joka jatkui 2013–2015 toiselle ohjelmakaudelle. Kaste-ohjelmatyö ei tavoittanut välttämättä arjen toimijoita. Ohjelmasynergiaa osasivat hyödyntää kehittämistyöhön jo orientoituneet aktiiviset alueelliset ja paikalliset kuntatoimijat omissa verkostoissaan hankesuunnittelussa ja rahoituksen hakuvaiheessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sisällä Kaste II:n 1. osaohjelman (riskiryhmille osallisuutta, hyvinvointia ja terveyttä) vastuuhenkilöt kokosivat ohjelmavastaavia yhteistyökokouksiin.

Tämän rakenteellisen ja horisontaalisen yhteistyön kautta myös tietoa ohjelmatyön sisällä olevista kehittämishankkeista levisi. Jatkossakin on tärkeää varmistaa se, miten tietoa jaetaan eri kehittämishankkeiden ja ohjelmien kesken. Tiedon siirrolle tulee mahdollistaa myös tilaa, eikä jättää asiaa liiaksi yksittäisten innostuneiden kehittämisasiantuntijoiden varaan.

Rakenteista tukea ohjelmatyöhön

Kaste-ohjelmatyön aikana alueille synnytettiin laajoja ja merkittäviä mielenterveys- ja päihdetyötä kehittäviä hankkeita. Hanketyön koko ja rahamäärä vaihteli alueellisesti. Isoille laajoille hankekokonaisuuksille haluttiin varmistaa vahvat taloudelliset ”hartiat”. Kaste-ohjelmatyön ympärille haluttiin luoda myös uusi rakenne; aluejohtoryhmätyöskentely ja alueelliset Kaste-projektipäälliköt. Tämän rakenteen turvin toivottiin ohjelmatyön sateenvarjona muulle alueelliselle kehittämistyölle ja verkostoitumiselle. Aluejohtoryhmien rooli korostui hankehakemusten ja päätösten teossa projektipäälliköiden luodessa verkostoja alueellaan. Pääosin verkottuminen tapahtui mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ja Alkoholiohjelman sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjelmatyön muita kanavia pitkin. Esimerkiksi Pohjois-Suomessa Kaste-ohjelmatyöstä informoitiin laajasti yhteistyössä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen alueellisten rakenteiden kautta ja hyvässä yhteistyössä Pohjois-Suomen aluehallintoviraston HYTE-neuvottelukunnan, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelmatyön, Kainuun maakunnan työryhmien ja verkostojen avulla sekä Lapin aluehallintoviraston, yliopistojen ja osaamiskeskusten kanssa tiiviissä yhteistyössä järjestöjä unohattamatta (Oulun kaupungin kumppanuuskeskus).

Miten olemassa olevat rakenteet ovat olleet heille tueksi? Kaste-ohjelmajohtajien haastattelussa kävi ilmi, etteivät rakenteet tukeneet riittävästi hanketyön juurruttamista eivätkä ohjelmayhteistyötä. Kaikki

hankejohtajat eivät kokeneet saaneensa aluejohtoryhmästä tukea. Lisäksi uhkana oli edelleen, että kehittämistoiminta saattoi jäädä liian usein erilliseksi työksi, liian kauas perustason työstä, eikä sitä osattu kytkeä arkityöhön, jolloin kehittäjät ja perustyöntekijät eivät aina löytäneet toisiaan.

Haasteena on varmistaa, että uusiin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöihin saadaan sellaiset rakenteet, jotka tukevat nyt päättymässä olevan Kaste-ohjelmakauden hankkeiden lupaavien kehittämistulosten siirtymistä käytänteisiin. Kuka vastaa siitä, että investoinnista uusiin käytänteisiin saadaan suurin mahdollinen hyöty? Keiden kaikkien pitäisi välittää jo kehittämisprosessin aikana onnistumisia eteenpäin ja keiden kaikkien vastuulla olisi ottaa tämä tieto vastaan? Liian usein vielä kuulee hankkeiden päätösseminaareissa huolta siitä, mitä hanketyön jälkeen?

Muutokseen vaikuttaminen vaatii pitkäjänteisyyttä – täytyy tuntea historiaa, että voi ymmärtää nykytilaa

Muutosuunta kohti varhaisen puuttumisen ja ihmisestä välittämisen toimintakulttuuria on hiljalleen rakentumassa. Stenvallin ja Syväjärven (2006) mukaan onnistunut muutostyö edellyttää tahtotilaa, hyvää kapasiteettia ja kehittämishankkeita sekä selkeän vision. Kaste-ohjelman (2009–2015) aikana kehittämistyölle on turvattu hyvät resurssit, mahdollistettu laajoja merkittäviä mielenterveystyöhön ja päihdetyöhön liittyviä kehittämishankkeita, sekä tunnistettu hanketyössä olevien voimakas tahtotila. Yhteinen visio kansallisessa ohjelmatyössä jäi liian vähäiselle huomiolle. Muutostyöhön on varattava paljon aikaa. Kehittäminen on pitkäjänteistä, johdonmukaisuutta ja sitkeyttä vaativaa toimintaa. Uusien ohjelmien käynnistymisvaiheessa aina toivotaan, ettei ”pyörää tarvitsisi joka kerta keksiä uudestaan”.

Valtakunnallisten ja alueellisten ohjelmien vaikuttavuuden arviointi ja toisaalta erillään olevien ohjelmien keskinäinen yhteistyö on kiinnostanut sekä kentällä toimivia että hanketyön arvioitsijoita (Wilksman 2011). 2000-luvulle siirryttäessä informaatio-ohjaustyötä korostettiin kuntien itsehallinnon ja itseohjautuvuuden vahvistamisena sekä normiohjauksen vähentämisenä. Valtio ja kunta vuorovaikutussuhteen muutos on näkynyt myös kehittämishanketyön eri rahoitusmalleissa ja lainsäädäntötyössä. Kaste-ohjelma perustui STM:n suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettuun lakiin (STVAL 733/1992, 5§).

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaa ohjattiin aiemmin vuosina 2000–2003 ja 2004–2007 tavoite- ja toimintaohjelmatyön niin sanotun TATO-ohjelmatyön kautta. Tällöin kehittyi kokonaan uudenlainen informaatio-ohjaustyön aikakausi. Erityisen aktiivisesti pyrittiin laitospalvelujärjestelmän rinnalle kehittämään avopalveluja (vrt. Mielekäs Elämä -ohjelma 1997–2002, Terveys 2015 -kansanterveysohjelma 2001, Alkoholiohjelma 2004–2007). Samaan aikaan kuntatyön tueksi tuotettiin erilaisia laatusuosituksia ja tienviittoja, jotka ovat olleet osaltaan pohjustamassa nykyistä kehittämistoimintaa (mm. Tienviittoja Kuntien mielenterveystyön suunnitelmiin 2000, Mielenterveystyön laatusuositukset 2001, Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, Ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit 2006, Asumista ja kuntoutusta, Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus 2007).

Onko ehditty huomioida olemassa oleva kehittäminen uutta aloitettaessa? Onko aiemman kehittämistyön siemeniä onnistuttu hyödyntämään uusissa hankkeissa? Onko löydetty keinoja lupaavien käytänteiden ja palvelumallien juurruttamisen tueksi perustyöhön? Onko onnistuttu hyödyntämään eri ohjelmien voimavaroja, valtavirtaistamaan informaatiota ja integroimaan kehittämistyötä. Ovatko päättäjät kiinnostuneet kehittämistyön tulosten hyödyntämisestä? Kysymykset ovat edelleen ajankohtaisia.

Osataanko tehdystä työstä oppia ja ottaa kopia?

Päättymässä oleva Kaste-ohjelmakausi (2009–2015) on antanut hyvän resurssituen informaatio-ohjaustyölle. Kaste-ohjelman strateginen tavoite tuottaa kehittämistyöhön sisältöjä jäi odotettua vähäisemmälle huomiolle. Kansalliseen ohjelmatyöhön oli ladattu suuria odotuksia ja tavoitteita, joiden jalkauttaminen arkityöhön jäi laajojen kehittämishankkeiden varjoon. Toisaalta Kaste-ohjelma on tuonut lisäarvoa ja uutta ymmärrystä valtakunnallisesta sekä paikallisesta kehittämistyöstä. Uutta tietoa ja ymmärrystä on saatu erityisesti asiakaslähtöisen, asiakasta ymmärtävän ja osallistavan toiminnan kehittämiseen luomalla uudenlaista pohjaa kokemusasiantuntijatoiminnan kehittämiselle.

Nyt tarvitaan johdonmukaista ja rohkeaa toimintaa siihen, ettei mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeiden siemeniä heitetä hukkaan. Siksi myös Kaste-ohjelmakaudesta on tärkeää poimia myös sitä, mikä ei toiminut ja näin osata ohjata seuraavaa ohjelmatyötä viisaammalle pohjalle. Tämän päivän nykytila on huomisen historiaa.

Johtopäätökset

Kaikilla Kaste-alueilla olevat laajat mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeet ovat olleet tärkeä kanava mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toteuttamisessa. Ne olivat itse asiassa ainoa taho, jolle osoitettiin suoraan mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen tarkoitettua rahoitusta mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon aikana.

Vuonna 2008 alkaneessa Kaste-ohjelmassa oli uudenlainen valtakunnallinen ja alueellinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishanketoimintaa ohjaava rakenne, jolla pyrittiin tukemaan erityisesti alueellista verkostoitumista. Kaste-ohjelmajohtajien mukaan rakenteet tukivat vaihtelevasti alueellista hanketyötä. Osa hankejohtajista koki saaneensa riittämättömästi tukea aluejohtoryhmästä.

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen rakentui kullakin alueella jo aiemmin tehdyn kehittämistyön pohjalle, mutta samalla huomioiden mielenterveys- ja päihdesuunnitelman linjauksia sekä hyödyntäen hankkeiden keskinäisestä yhteistyöstä syntyneitä synergiaa. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan liittyneen, sisällölliseen ohjaukseen keskittyneen STM:n, THL:n ja Kuntaliiton sekä hankejohtoa yhdistäneen ohjausryhmätoiminnan nähtiin edesauttaneen hankkeiden keskinäistä tukea ja toinen toisiltaan oppimista. Valtakunnallisen ohjauksen vahvistamisella nähtiin olevan useita hyötyjä: perusasioiden, kuten vaikuttavien menetelmien yhdenmukaisen soveltamisen varmistaminen, seuranta, valtakunnallisesti hyödynnettävien teknologioiden hyödyntämisen helpottuminen ja arvioinnin tuki.

Hanketoiminnan yhtenä isona haasteena pidettiin hanketyön aikajännettä. Vaikka kehittämistyö perustui jo aiemmin tehdyille kehittämistyölle, rahoitusta saaneiden hankkeiden tosiasiallista kehittämistyön aikaa lyhensi myönteisten hankepäätösten jälkeen ollut viive hankejohtajien ja hankehenkilöstön rekrytoinnissa. Pidemmän jatkumon voisi mahdollistaa se, että hankejohtajat voitaisiin rekrytoida jo hankkeen suunnitteluvaiheessa, jolloin he voisivat käynnistää hankkeen toteuttamisen heti rahoituspäätöksen jälkeen. Hankkeeseen rekrytoitavan henkilöstön sekä mukana olevien yhteistyötahojen sitouttaminen ja innostaminen nähtiin tärkeäksi onnistumisen edellytykseksi.

Hanketoimintana tehtävän kehittämisen yhtenä isona haasteena pidettiin kehittämistyön juurtumista ja vakiintumista alueilla. Tätä nähtiin edistäneen se, että kaikki hanketyöntekijät tulivat perusorganisaatioista, jolloin he myös saattoivat jatkaa työtään hankkeen päättyessä. Tämä kuitenkin vaati esimiesten vahvan tuen, jotta voitiin jatkaa hankeaikana kehitettyjä uudensuunniteltuja työmuotoja. Sairaanhoidopiirien koordinoimisessa hankkeissa kuntatodellisuus saattoi jäädä etäälle. Etenkin sosiaalityö saattoi jäädä kehittämiseen liittyvän yhteistyön reuna-alueille. Alueellisen toimijan ja kuntien väliseen yhteistyöhön on syytä kiinnittää erikseen huomiota. Sosiaalisektorin mukana olon vahvistaminen nähtiin tärkeäksi sote-kehittämisen suunnittelussa ja toteuttamisessa.

Kaste-hankejohtajien haastattelussa pohdittiin myös sitä, olisiko syytä rajoittaa hankkeiden määrää sekä ohjata voimakkaammin niiden tavoitteita. Useiden, alueellisia painopisteitä korostavien hankkeiden vaihtoehtona pohdittiin yhtä valtakunnallista hanketta, joka voisi ikään kuin ”viedä samaa viestiä” (esim. varhaisvaiheen työ, tunnistaminen ja sen jälkeiset toimenpiteet) eteenpäin. Samalla pohdittiin myös sitä vaihtoehtoa, että kehittämisraha integroitaisiin sote-rakenteisiin ilman toimijoille suunnatun erillisen hankerahoituksen hakemisen mahdollisuutta. Tällöin kehittämistyötä voitaisiin tehdä kaikilla alueilla samanaikaisesti. Tämä mahdollistaisi yhteiset strategiset painopisteet, vaikkakin paikallisesti ja alueellisesti sovitettuina. Kehittämistyön pohjana nähtiin tärkeäksi tutkijayhteistyö esimerkiksi THL:n sekä paikallisten oppilaitosten ja yliopistojen kanssa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2008–2011 ja 2012–2015 on ollut näiden vuosien aikana sosiaali- ja terveydenhuollon pääohjelma, joka on määritellyt uudistustyön tavoitteet sekä toimenpiteet niiden saavuttamiseksi. THL on tukenut asiantuntemuksellaan Kaste-ohjelmassa tehtävää

monella tavalla. Mielenterveys- ja päihdeasiat on otettu siinä huomioon nojautuen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan 2009–2015. Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeiden valtakunnallinen ohjausrakenne nähtiin tärkeäksi kehittämistyön eteneminen edellytykseksi. Verkostojen ylläpitämistä koettiin tarvittavan myös hyvin edenneen kehittämistyön jatkumiseksi ja toimintojen vakiinnuttamiseksi.

Lähteet

- Falk Hanna, Kurki Marjo, Rissanen Päivi, Kankaanpää Sini, Sinkkonen Niina. 2013. Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asian-tuntijuudeksi. Työpäperi 39/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Jalo Nina. 2014. Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille -hanke 2013–2015
- Toimintaraportti 1.11.2013.–30.9.2014. Turun hyvinvointitoimiala.
- Kaivosoja Matti, Löf Tuula, Indola Jessica (toim.) 2011. Rapsodia terveille mielelle. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano terveisin Mieliin Pohjois-Suomessa - hankkeessa. Raportti 47/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuosmanen, Lauri; Vuorilehto, Maria; Voipio-Pulkki, Liisa-Maria; Laitila, Minna; Posio, Jorma; Partanen, Airi (toim.) 2010. Inno-vaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyös-sä: Kokemuksia Pohjanmaa-hankeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005–2009. Avauksia 5/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laajasalo Taina, Pirkola Sami (toim.). 2012. Ennenkuin on liian myöhäistä: Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Raportti 2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laitinen Petri, Komminaho Alpo, Mäkelä Matti, Järvinen Matti, Hilama Pirjo, Nykky Tiina, Moring Juha, Partanen Airi, Sutela Sanna. 2013. Itä kohtaa lännen – Mieli-suunnitelmaa toteuttamassa 2010–2013. Työpäperi 19/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Lepistö Päivi, Kuosmanen Lauri, Partanen Airi, Moring Juha. 2012. Paremmat palvelut avaimia - Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano Mielen avain -hankkeessa. Raportti 64/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Peronius Nina (toim.). 2015. Polkuja yhteistyöhön, siltoja muutokseen. Päihdetyön kehittämistä Lapissa ja Kainuussa. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja 40.
- Rosenqvist Olli. 2011. Tervein Mieliin Pohjois-Suomessa (TMP-S) - hankkeen ulkoinen väliarviointi. Jyväskylän yliopisto, Kokkolan yliopistokeskus Chydenius.
- Välittäjä 2009 -hankkeen loppuraportti. 2011. http://www.epshp.fi/files/5634/Valittaja_2009_-hankkeen_loppuraportti.pdf
- Wilksman Kaarina. 2011. Informaatio-ohjaus kuntien tukena, hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 57/2011.

8.3 Mielenterveys- ja päihdetyön ammatillisen opetuksen kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla

Airi Partanen, Marjo Kurki

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmässä käsiteltiin mielenterveys- ja päihdetyön opetuksen kehittämistä eri alojen ammatillisen perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen näkökulmista vuoden 2014 aikana. Sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutettavan laadukkaan mielenterveys- ja päihdetyön edellytyksenä on hyvä ammatillinen osaaminen sekä eri toimijoiden välinen tiivis yhteistyö. Sosiaali- ja terveysalan peruskoulutukseen sisältyvää mielenterveys- ja päihdetyön opetusta on kuitenkin kritisoitu tasoltaan vaihtelevaksi ja jopa riittämättömäksi antamaan tarvittavia perusvalmiuksia – tietoja, taitoja ja myönteistä asennoitumista – mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamiseen ja hoitoon. Ohjausryhmän muutamasta jäsenestä koostunut pientyöryhmä teki ehdotuksia mielen-terveys- ja päihdetyön opetuksen kehittämiseksi ohjausryhmässä käydyn keskustelun pohjaksi. Ehdotukset esitellään artikkelin lopussa. Sitä ennen artikkelin alussa luodaan katsaus suomalaisen koulutusjärjestelmän kokonaisuuteen ja sen säädösperustaan sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeviin kelpoisuusehtoihin. Sen jälkeen tarkastellaan ammatillisiin perustutkintoihin, ammattikorkeakoulu- ja yliopistotutkintoihin sekä aikuiskoulutukseen liittyviä laajempia kehittämishankkeita.

Koulutus ja kelpoisuusvaatimukset

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden peruskoulutuksen säädökset löytyvät asiaa koskevista laeista ja asetuksista sekä niihin perustuvista opetus- ja kulttuuriministeriön ohjeista. Kelpoisuusehdot sekä valvonta ovat terveydenhuollon osalta tarkemmin säädetyjä kuin sosiaalihuollossa.

Koulutusjärjestelmä ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammatilliset tutkinnot

Suomalainen koulutusjärjestelmä jakautuu neljään erityyppiseen koulutustasoon. Ensimmäisenä on kaikkia koskeva perusopetus taso, joka vastaa oppivelvollisuuskoulutuksesta. Seuraavalla tasolla on yleissivistävä lukiokoulutus ja ammatillinen koulutus. Yleissivistävä lukiokoulutus valmistaa ylioppilastutkintoon, josta voi jatkaa ammatilliseen peruskoulutukseen tai korkea-asteen opintoihin. Ammatillinen koulutus (laki ammatillisesta peruskoulutuksesta 630/1998) tähtää ammatillisten perustutkintojen – kuten lähihoitajan tutkinnon – suorittamiseen. Ammatilliseen koulutukseen sisältyvät myös ammatti- ja erikoisammattitutkinnot, jotka ovat ammatillista lisäkoulutusta. Kolmannella tasolla oleva korkeakoulutusjärjestelmä sisältää ammattikorkeakoulujen (ammattikorkeakoululaki 351/2003) ja yliopistojen (yliopistolaki 558/2009) opetuksen. Neljäntenä koulutustasona on aikuiskoulutus, joka on monimuotoista, aikaisemman koulutuksen ja kokemuksen huomioivaa koulutusta. Se voi olla perustutkinto-opetusta, tutkintoon kuuluvia opintoja, näyttötutkintoihin valmentavaa koulutusta, oppisopimuskoulutusta, ammattitaitoa uudistavaa ja laajentavaa lisä- ja täydennyskoulutusta sekä kansalais- ja työelämätaitoihin valmentavia yhteiskunnallisia opintoja ja harrastusopintoja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisen täydennyskoulutuksen säännöksissä ja voimavaroissa on suuria vaihteluita ammattialoittain: erilaiset resurssit, monia toteuttajia, vaihtelevia sisältöjä, monenlaisia toteutustapoja (itseopiskelusta näyttötutkintojen kautta kurssimuotoisiin strukturoituihin koulutuksiin). Tälle tasolle sisältyy myös viime vuosina esille noussut omaa kokemusta ongelmista, hoidosta ja kuntoutuksesta omaavien koulutus, niin sanottu kokemusasiantuntijakoulutus. Kokemusasiantuntijakoulutusta on järjestetty Suomessa 2000-luvun alusta alkaen, mutta se ei ole vielä vakiintunutta ja koulutukset vaihtelevat toteuttajan mukaan sisällöltään, laajuudeltaan, kestoltaan ja toteuttamistavaltaan. Kokemusasiantuntijoita on alettu myös käyttää mielenterveys- ja päihdetyön opetuksessa kokemuskouluttajina.

Sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen hyväksytyt suorittaminen – ja ammatillisissa perustutkinnoissa myös näyttöinä esitettävä osaaminen – johtaa ammatillisiin, eritasoisiin ja -tyyppisiin tutkintoihin.

- Sosiaali- ja terveysalan ammatillisena perustutkintona on lähihoitajan tutkinto (Opetushallitus, 2014)
- Ammattikorkeakoulututkintojen osalta säännökset määrittelevät alemman ja ylemmän AMK-tutkinnon (ks. Lisätietoja)
 - Ammattikorkeakoulututkinnot ja tutkintonimikkeet, kuten sosiaali- ja terveysalalla muun muassa sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja sosionomin tutkinnot (AMK)
 - Ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot on suunnattu AMK-tutkinnon suorittaneille sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. Tutkinnoissa syvennyttään vaihtoehtoisin erityisosaamisalueisiin kuten johtaminen (ylempi AMK)
- Yliopistokoulutuksena toteutetaan sosiaalityön, terveystieteiden sekä lääketieteen koulutusta, jonka pohjalta määrittyvät sosiaalityön ja terveystieteiden tutkinnot sekä lääketieteen lisensiaatin tutkinnot

Ammatilliseen koulutukseen liittyy täydennyskoulutusluonteisena aikuiskoulutuksena ja näyttötutkintoina suoritettavat ammattitutkinnot ja erikoisammattitutkinnot. Näyttötutkintoihin osallistumiselle ei voida asettaa koulutukseen osallistumista koskevia, aiempaa koulutustasoa koskevia ennakkoehtoja. Sen sijaan niihin pääsy edellyttää muun muassa työelämäkokemusta tai tiettyä osaamisen tasoa. Pääsääntöisesti tutkinnot suoritetaan kuitenkin valmistavan koulutuksen yhteydessä. Koulutuksen järjestäjä päättää näyttötutkintoon valmistavan koulutuksen sisällöstä ja järjestämisestä tutkinnon perusteiden mukaisesti. Näyttötutkinto suoritetaan osoittamalla hyväksytysti tutkinnon perusteissa vaadittu osaaminen tutkintotilaisuuksissa käytännön työssä ja toiminnassa. Jokainen tutkinnon osa arvioidaan erikseen, ja arvioinnin tekevät työnantajat, työntekijöiden ja opetusalan edustajat yhdessä. Lopullisen päätöksen arvioinnista tekee tutkintotoi-

mikunta. Tutkintotodistus voidaan antaa, kun kaikki tutkinnon suorittamiseksi määrättyt tutkinnon osat on suoritettu hyväksytysti. Päihde- ja mielenterveystyön ammatti- ja erikoisammattitutkinnot ovat:

- Päihdetyön ammattitutkinto (Opetushallitus 2013.)
- Psykiatrisen hoidon erikoisammattitutkinto. (Opetushallitus 2009.)

Kelpoisuusvaatimukset ja valvonta

Terveydenhuollon henkilöstön ammatillisesta koulutuksesta, pätevydestä ja valvonnasta säädetään laissa (559/1994) ja asetuksessa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994). Valvira myöntää hakemuksesta oikeuden harjoittaa terveydenhuollon ammattia Suomessa ja ylläpitää valtakunnallista terveydenhuollon ammattihenkilörekisteriä, Terhikkiä. Yksityistä terveydenhuoltoa koskevassa laissa (152/1990) on myös viitattu terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskeviin säädöksiin. Valviran ohjeistuksessa yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottajille on kuvattu tarkemmin muun muassa henkilökuntaa ja sen koulutusta koskevia edellytyksiä.

Sosiaalihuollon ammatilliselta henkilöstöltä vaadittava koulutus ja perehtyneisyys on määritelty sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetussa laissa (272/2005) ja asetuksessa (608/2005). Lakia ja asetusta sovelletaan sosiaalihuollon ammatilliselta henkilöstöltä vaadittaviin kelpoisuuksiin kunnan ja valtion hallinnonaloilla sekä yksityisissä palveluissa siltä osin kuin palvelut kuuluvat yksityisten palvelujen lupa- ja valvontatoiminnasta annetun lain piiriin (603/1996). Valviran yksityisiä sosiaalipalveluja koskevassa valvontaohjelmassa on henkilöstön koulutusta ja määrää koskevia ehtoja.

Ammatillisen koulutusjärjestelmän, ammattikorkeakoulujen ja yliopistolaitoksen kehittäminen

Opetus- ja kulttuuriministeriön vuonna 2009 käynnistämässä Ammatillisen koulutuksen tutkintojärjestelmän kehittämistä koskevassa hankkeessa (TUTKE) on 1. ja 2. vaiheissa uudistettu ammatillisen koulutuksen tutkintorakennetta ja tutkintoja säädöksiin sekä selkeytetty tutkintojen keskinäisiä suhteita (Opetus- ja kulttuuriministeriö, 2010). Kehittämistyötä jatkaa opetus- ja kulttuuriministeriön asettama työelämän ohjausryhmä ammatillisen tutkintorakenteen uudistamiseksi (TUTKE3).

Sekä ammattikorkeakoulujen että yliopistojen rahoitusjärjestelmä on muuttunut. Uuden ammattikorkeakoululain (932/2014) pohjalta ammattikorkeakoulut muuttuivat ammattikorkeakouluosakeyhtiöiksi. Vastuu ammattikorkeakoulujen perusrahoituksesta siirtyi valtiolle osana valtionosuusjärjestelmän uudistusta. Uudistus vahvistaa ammattikorkeakoulujen edellytyksiä vastata nykyistä itsenäisemmin ja joustavammin työelämän, muun yhteiskunnan ja alueiden muuttuviin kehittämistarpeisiin laadukkaalla opetuksella ja tutkimus- ja kehittämis- ja innovaatiotyöllä. Vuonna 2010 voimaan tulleella yliopistolalla (558/2009) uudistettiin yliopistojen rahoitusjärjestelmä. Yliopistot ovat irtautuneet valtiosta ja niistä on tullut joko julkisoikeudellisia laitoksia tai säätiölain mukaisia säätiöitä. Valtio takaa kaikkien yliopistojen riittävän perusrahoituksen, ja ne saavat lisäksi rahoitusta julkisesta kilpailusta rahoituksesta ja niiden odotetaan keräävän yksityistä pääomaa. Valtio on varautunut pääomittamaan yliopistoja kolminkertaisesti yliopistojen keräämään yksityiseen pääomaan nähden, kuitenkin enintään 150 miljoonalla eurolla. Laki takaa yliopistoille taloudellisen ja hallinnollisen autonomian.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisten erikoistumisopintojen kehittäminen – STM:n selvitys

Ammattikorkeakouluissa toteutettavaa sosiaali- ja terveydenhuollon erikoistumiskoulutusta koskee kaksi STM:n hiljattain tekemää selvitystä. Näistä toinen koskee sosiaalialan jatkokoulutusta ja toinen kliinisen hoitotyön lisäkoulutusta. Lisäksi STM työryhmä esitti lääkärikoulutuksessa perustutkintojen jälkeisen erikoistumiskoulutuksen muutosta, joka tuli voimaan helmikuun alusta 2015.

Sosiaalialan erikoistumisopinnoista tehdyssä selvityksessä (Helminen ym. 2014) kartoitettiin ammattikorkeakoulujen järjestämän erikoistumiskoulutuksen nykytilaa ja arvioitiin sosiaalialan erikoistumiskoulutusten tarvetta tulevaisuudessa. Selvityksessä todettiin, että ammattikorkeakouluissa erikoistumisen mahdollistavien koulutusten määrä on vähentynyt, vaikka niiden tarve on ilmeinen. Siinä ehdotettiin, että eri-

koistumiskoulutusten tulee olla ammatillista osaamista laajentavia ja syventäviä ja lähtökohta on osaamisen kehittäminen vastaamaan työelämän uudistamistarpeisiin. Ammattikorkeakoulujen erikoistumiskoulutuksen perustaksi esitettiin sosiaalialan kahdeksaa työaluetta, joista yksi oli mielenterveys- ja päihdetyö. Työaluekohtaisten erikoistumiskoulutusten ohella tarvitaan työikäntöihin pohjaavia ja menetelmälähtöisiä erikoistumiskoulutuksia. Muutokset työelämässä edellyttävät myös johtamisen ja esimiestyön sekä monialaisesti toteutettuja hyvinvointialan yrittäjyyden erikoistumiskoulutuksia. Ammattikorkeakoulujen sosiaalialan erikoistumiskoulutukset tulee määritellä rajatulle osaamisalueelle, mutta riittävän väljästi, jotta koulutusten perussisältöjen lisäksi jää tilaa näiden variointiin ajankohtaisten yhteiskunnallisten, työelämän ja alueellisten tarpeiden mukaan.

Kliinisen hoitotyön lisäkoulutuksen järjestämisestä (Rautiainen ym. 2014) koskevan selvityksen mukaan ammattikorkeakoulut järjestivät kliinisen hoitotyön erikoistumisopintoja 30 erikoistumisalalla vuosina 2009–2013. Lisäksi on käynnistetty asetukseen perustuvat hoitotason ensihoidon lisäkoulutus ja sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisen koulutus sekä Toimiva terveyskeskus -ohjelmaan perustuva asiakasvastaavan koulutus. Selvityksessä todettiin, että ammattikorkeakoulujen ammatillisten erikoistumisopintojen tarjonta vaihtelee, eikä ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden kliiniseen hoitotyöhön suuntaavalle lisäkoulutukselle ole määritelty yhtenäistä viitekehystä. Selvityksessä tehtiin ehdotus kliinisen hoitotyön lisäkoulutuksen yhtenäisestä viitekehuksesta. Selvityksessä ehdotettiin kuudella koulutusalueella kaikkiaan 12 kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusta. Mielenterveys- ja päihdetyön koulutusalueella ehdotettiin psykoterapeuttisen hoitotyön erikoistumiskoulutusta.

Lääketieteen perustutkintojen jälkeiset erikoistumisopinnot, kuten erikoislääkäri- tai erikoishammaslääkärikoulutukset olivat aiemmin yliopistolakiin perustuvaa, tutkintoon johtavaa koulutusta. Erikoislääkärikoulutuksen muutoksia pohtineen työryhmän (STM 2011) ehdotusten pohjalta erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen ohjaus siirtyi opetus- ja kulttuuriministeriöltä sosiaali- ja terveysministeriölle helmikuun 2015 alusta (STM 2015). Jatkossa koulutus ei ole enää tutkintoon johtavaa vaan yliopistotutkinnon jälkeistä ammatillista jatkokoulutusta. Yliopistot valitsevat edelleen opiskelijat koulutukseen ja vastaavat koulutuksen sisällöstä ja sen laadusta. Asetuksella (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksesta 56/2015) säädetään koulutukseen ottamisesta, koulutuksen tavoitteista ja järjestämistavasta, koulutusohjelmista ja niiden pituudesta sekä koulutuksen suorittamisesta. Valvira myöntää oikeuden toimia erikoislääkärinä tai erikoishammaslääkärinä kuten aikaisemminkin. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksen valtakunnallisesta ohjauksesta vastaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukuntaan perustettu erillinen koordinaatiojaosto. Sosiaali- ja terveysministeriö maksaa erityisvaltionosuusrahoitusta (EVO-rahoitus) palvelujärjestelmässä tapahtuvan erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen kustannuksiin.

Mielenterveys- ja päihdetyön opetus ja sen kehittäminen ammatillisissa tutkinnoissa

Mielenterveys- ja päihdetyön opintoja sisältyy vaihtelevasti sosiaali- ja terveysalan ammatillisiin perustutkintoihin. Joissakin tutkinnoissa on myös mahdollista valita mielenterveys- ja päihdetyö omaksi koulutusohjelmakseen. Opetussuunnitelmien toteuttamisessa voi olla vaihtelua oppilaitoksittain.

- Lähihoitajan tutkinto: Vuonna 2011 uudistetussa sosiaali- ja terveysalan ammatillisessa perustutkinnossa eli lähihoitajan tutkinnossa (120 osaamispistettä), on yleisopintojen jälkeen kahdeksan koulutusohjelmaa, joista yksi on mielenterveys- ja päihdetyön koulutusohjelma (Opetushallitus 2014).
- Sairaanhoitajan tutkinto: Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hankkeessa (Eriksson ym. 2015) on määritelty EU-direktiivin edellyttämät yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan (180 opintopistettä) ammatillisen osaamisen osaamistavoitteet. Yhtenä kliinisen hoitotyön alueena on määritelty mielenterveys- ja päihdetyö.
- Sosionimin ja sosiaalityöntekijän tutkinto: Ammattikorkeakoulutasoisen sosionomikoulutuksen tai yliopistotasoisen sosiaalityön koulutuksen taustalla ei ole EU-tasoista koulutuksen harmonisointia. Mielenterveys- ja päihdetyön opintojen määrä vaihtelee oppilaitoskohtaisesti.

- Lääketieteen lisensiaatin tutkinto: viidessä yliopistossa suoritettavaan lääketieteen lisensiaatin tutkintoon (360 opintopistettä) sisältyy vaihteleva määrä mielenterveys- ja päihdetyön opintoja osana psykiatrisian opetusta.

Näyttötutkintoina suoritettavista, täydennyskoulutusluonteisista ammatti- ja erikoisammattitutkinnoista kaksi kohdentuu päihde- ja mielenterveystyöhön.

- Päihdetyön ammattitutkinto: Päihdetyön ammattitutkinnon suorittaminen edellyttää kahden pakollisen (päihdetyön ammattilaisena toimiminen ja päihdetyön asiakastyössä toimiminen) ja vähintään kahden valinnaisen (ehkäisevä, kuntouttava tai haittoja vähentävä työ, yrittäjäyys) tutkinnon osan suorittamista. (Opetushallitus 2013.)
- Psykiatrisen hoidon erikoisammattitutkinto: Tutkinnon ammattitaitovaatimukset on asetettu niin, että tutkinnon suorittaminen edellyttää tutkinnon suorittajalta vähintään sosiaali- ja terveysalan ammatillisen perustutkinnon taseisia tietoja ja taitoja sekä lisäksi täydentäviä opintoja sekä vähintään viiden vuoden työkokemusta psykiatrisen hoidon tutkinnon osien työelämän aloilta. Psykiatrisen hoidon erikoisammattitutkinto muodostuu kolmesta pakollisesta (psykiatrisen hoitotyön perusteet, psykiatrisen hoitotyön menetelmät, psykiatrisen hoitotyön ammatillinen toiminta) ja kahdesta valinnaisesta (oikeuspsykiatrisen hoitotyö, psykiatrisen kuntoutus, psykogeriatrisen hoitotyö, lasten- ja nuorisopsykiatrisen hoitotyö, päihdepsykiatrisen hoitotyö, yrittäjäyys) tutkinnon osasta. (Opetushallitus 2009.)

Alan ammatilliseen peruskoulutukseen sisältyy vaihteleva määrä mielenterveys- ja päihdetyön opintoja. Mielenterveys- ja päihdetyötä sivutaan ehkä yleisopintojen yhteydessä, mutta siitä muodostuva tietopohja jää hajanaiseksi. Syventävät suuntautumisvaihtoehdot voivat olla valinnaisia, ja niiden antamat valmiudet voivat jäädä teoreettisiksi. Ammatillainen voi arkailla peruskoulutuksen antamien suppeiden valmiuksien pohjalta sitä, uskaltaako hän kohdata mielenterveys- tai päihdeongelmaisen usein monitahoisine ongelmineen, riittääkö oma osaaminen tai hoitotoimenpiteisiin varattu aika. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten hoidossa ja kuntoutuksessa tarvittavan osaamisen – hoitomenetelmien, -käytäntöjen ja -prosessien sekä myönteisen asennoitumisen – saavuttamiseksi täydennyskoulutus on yleensä välttämätöntä.

Mielenterveys- ja päihdeongelmien sekä muiden usein pitkäaikaisten ongelmien laadukas hoitaminen vaatii ammatillisilta hoitomenetelmien ja hoitokäytäntöjen hallinnan lisäksi myös hyvää moniammatillisen verkostotyöskentelyn osaamista. Mielenterveys- ja päihdeongelmat voivat johtaa moniin eri elämänaalueen ongelmiin, jolloin tarvitaan hyvin yhteen toimivia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja sekä vahvaa yhteistyötä esimerkiksi asumis-, koulutus- ja työvoimapalvelujen, vankeinhoidon, poliisin tai arjen tukea mahdollistavien erilaisten järjestötoimijoiden kanssa. Yhteistyön tarve ei poistu sillä, että sote-uudistuksella pyritään poistamaan nykyiset sosiaali- ja terveydenhuollon horisontaaliset ja vertikaaliset raja-aidat.

Mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen vahvistamiseen tähtäävässä koulutuksessa onkin kiinnitettävä huomioita ongelmista kärsivien ja heidän läheistensä kanssa työskentelyssä tarvittavan osaamisen ja valmiuksien lisäksi ammatilaisien kykyyn tehdä yhteistyötä asiakaslähtöisesti eri ammattiryhmien, muiden yhteistyötahojen sekä kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden kanssa. Tämä edellyttää ammatillisilla riittävää ymmärrystä toistensa työstä ja toimenkuvasta sekä eri toimijoiden yhteistyön rajapinnoista ja vastuista.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmässä keskusteltiin seuraavista kehittämishetkeistä:

Ehdotus 1: Mielenterveystyön osaamisen minimisuositusten valmistelu päihdetyön osaamisen minimisuositusten rinnalle

Kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisten peruskoulutusten opetussuunnitelmissa tulisi olla mielenterveys- ja päihdetyön minimiosaamissuositukset. Osaamissuosituksilla on mahdollista yhtenäistää eri ammatilaisien mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvää osaamisperustaa. Osaamissuosituksilla on mahdollista luoda yhteistä perusrakenteennetta koulutukselle riippumatta sen pituudesta, kohderyhmästä tai toteuttajasta. Ehdotus perustuu aiempaan kokemukseen päihdetyön koulutuksen minimisisältösuositusten valmis-

telusta ja niiden toimeenpanosta. Vuonna 2007 julkaistiin Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö (Opetusministeriö 2007), jossa kuvattiin päihdetyön koulutuksen minimisältösuositukset. Suositusten toimeenpanoa tuettiin Stakesin Päihdetyön koulutuksen kehittämisen hankkeessa 2006–2008 tiedotuksen, verkostoitumisen, suositusten soveltamisen ohjaamisen sekä suositusten käyttöönoton seurannan avulla.

- Ohjausryhmässä ehdotettiin päihdetyön koulutuksen minimisältösuositusten päivittämistä päihdetyön osaamisen minimisältösuosituksiksi sekä näiden rinnalle vastaavien mielenterveystyön osaamisen minimisältösuositusten valmistelua pienessä asiantuntijatyöryhmässä. Valmisteleavan asiantuntijatyöryhmän taustalle tarvitaan kuitenkin laaja-alaisempaa verkostoa: ammatillisesta perus-, täydennys- ja jatkokoulutuksesta vastaavien ministeriöiden ja niiden alaisten laitosten edustajat, sosiaali- ja terveysalan koulutustoimikuntien edustajat, alan keskeisimpien järjestöjen edustajat, keskeisimmät alan ammattijärjestöt. Suositusten käyttöönoton todettiin myös edellyttävän suosituksista tiedottamista ja käyttöön ottamisen valtakunnallista tukemista ja jalkauttamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen minimisältösuositukset voisivat edistää muiden, mielenterveys- ja päihdeongelmia työssään kohtaavien ammattilaisten koulutussisältöjen kehittämistä. Tällaisia aloja ovat esimerkiksi pelastusala, hätäkeskustoiminta, poliisitoimi tai vankeinhoito.

Ehdotus 2: Mielenterveys- ja päihdetyön opettajien kouluttautumisen tukeminen

Ammatillista peruskoulutusta antavien oppilaitosten opettajat ovat keskeisessä roolissa opetuksen sisällön rakentamisessa. A-klinikasäätiö on ylläpitänyt valtakunnallista päihdekoulutuksen kehittämisverkostoa. Siihen on kuulunut päihdetyötä opettavia toisen asteen oppilaitosten ja ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveysalan opettajia sekä muita päihdekoulutusta toteuttavia tai kehittäviä toimijoita. Verkosto on viime vuosiin asti kokoontunut vuosittain neuvottelupäiville.

- Ohjausryhmässä ehdotettiin päihdetyön opettajien verkoston laajentamista mielenterveys- ja päihdetyön verkostoksi.

Ehdotus 3: Mielenterveys- ja päihdetyön osaamistarpeiden ennakointi VOSE-prosessilla

Opetushallituksessa toteutetussa Valtakunnallisessa ammatillisten osaamistarpeiden ennakointihankkeessa (VOSE 2008–2012, ks. Taipale-Lehto 2013) on kehitetty toimintatapa osaamistarpeiden ennakointiin. Sen tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, millaista osaamista työelämässä tulevaisuudessa tarvitaan, ja tietoa hyödynnetään niin ammatillisen kuin korkeakoulutuksenkin sisällöllisessä kehittämisessä. Ennakoitavia tehdään vuosittain 2–3. Ennakoitavia aloja valitessaan Opetushallitus ottaa huomioon koulutustoimikuntien näkemykset eri osaamis- ja toimialojen ennakointitarpeista ja kuulee myös muita sidosryhmiään.

- Ohjausryhmässä ehdotettiin VOSE-mallin mukaisesti mielenterveys- ja päihdetyön osaamistarpeiden ennakoitua. Tässä tarvitaan keskustelua esimerkiksi sosiaalialan koulutustoimikunnassa, jotta mielenterveys- ja päihdetyö saadaan yhdeksi osaamistarpeiden ennakoitikohteeksi.

Ehdotus 4: Sote-integraatiota tukeva koulutus

Tulevaisuudessa tarvitaan entistä enemmän eri viitekehyksiin perustuvien työskentelytapojen ymmärtämistä ja yhteensovittamista. Tätä voidaan tukea siten, että opinnoissa rakennetaan yhteisiä koulutusmoduleja sosiaali- ja terveydenhuollon AMK-tason tutkintoihin koulutettaville. Sairaanhoidajan ja sosionomin koulutuksessa voidaan näin huomioida sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio, jossa mielenterveys- ja päihdeasiakkaan palvelutarpeet huomioidaan kokonaisuutena. Yhteisten koulutusmodulien sisältö voi liittyä asiakaslähtöisyyteen ja osallisuuteen, ennaltaehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyöhön, erilaiseen mielenterveys- ja päihdetyön menetelmäosaamiseen (esim. puheeksiottokoulutus, mini-interventio), verkosto- ja parityöskentelyyn. Tällä hetkellä sairaanhoidajan ja sosionomin koulutukset ovat erillisiä ja yhteisiä opintoja on hyvin vähän. Ammattilaisten kykyä tehdä yhteistyötä on kehitettävä jo peruskoulutuksen aikana ja tätä edistäisivät yhteiset koulutusmodulit esimerkiksi AMK-tasoisissa sosionomi- ja sairaanhoitajakoulutusohjelmissa

- Ohjausryhmässä ehdotettiin sote-integraatiota tukevaa koulutusta sosiaalialan ja terveysalan koulutus-toimikuntien yhteisen kokouksen aiheeksi. Tästä tarvitaan keskustelua molempien koulutustoimikuntien kanssa asian käsiteltäväksi saamiseksi.

Ehdotus 5: Kokemusasiantuntijuus ja kokemusasiantuntijakoulutus tutkintorakenteeseen

Mielenterveys- ja päihdetyön kokemusasiantuntijoita on alettu hyödyntää kokemuskouluttajina sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksessa. Kokemusasiantuntijoiden käyttöä tulee lisätä systemaattisesti mielenterveys- ja päihdetyön varsinaisessa opetuksessa ja täydennyskoulutuksessa ja sen tulisi näkyä myös opetus-suunnitelmassa. Opetuksessa tarvitaan uudenlaisia yhteistoiminnallisia oppimisen malleja, kuten yhteistä opiskelua, harjoittelua tai yhteisiä projekteja esimerkiksi palveluiden arvioimiseksi, ei vain luentotyypistä opetusta. Kokemusasiantuntijoiden on tärkeä saada osallistumisestaan myös todistuksia, joita he voivat hyödyntää myöhemmin osana mahdollisia jatko-opintojaan aikuiskoulutuksessa. A-klinikkasäätiön Verkottaja-hankkeen (2013–2016) yhtenä osana on MiePäOsaa -asiantuntijaverkosto, joka on toiminut mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen vahvistamisen ja yhteisen reflektoinnin rajapintana (kokemusasiantuntijat ja ammatillaiset yhdessä).

- Ohjausryhmässä ehdotettiin yhteistoiminnallisen osaamisen koulutusmallin kokoamista ja kehittämistä hyödyntäen muun muassa MiePäOsaa-verkostossa koottua asiantuntijaosaamista. Mallintamistyön resursoimiseksi arvioitiin kuitenkin tarvittavan kehittämisrahoitusta.

Ehdotus 6: Päihdetyön ammattitutkinnon sekä psykiatrisen hoidon erikoisammattitutkinnon muuttaminen

Mielenterveys- ja päihdeongelmat kytkeytyvät monella tavalla toisiinsa ja niihin liittyvää osaamista olisi syytä kehittää samanaikaisesti. Päihdetyön ammattitutkinto uudistettiin vuonna 2013 ja siihen lisättiin jo silloin jonkin verran mielenterveysasioita, mutta muutosta ei huomioitu tutkinnon nimessä. Psykiatrisen hoidon erikoisammattitutkinnon perusteet ovat vuodelta 2009.

- Ohjausryhmässä ehdotettiin päihdetyön ammattitutkinnon laajentamista mielenterveys- ja päihdetyön ammattitutkinnoksi, ja psykiatrisen hoitotyön ammattitutkinnon rinnalle tai sitä korvaamaan mielenterveys- ja päihdetyön erikoisammattitutkinto siinä vaiheessa, kun näiden ammatti- ja erikoisammattitutkintojen perusteita seuraavan kerran uusitaan. Ehdotuksen toteutumiseksi ehdotettiin asiaa koskevan muutosesityksen tekemistä Opetushallitukselle.

Ehdotus 7: Päihdeohjelmat päihde- ja mielenterveysongelmien puheeksiottoa edistämään

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala on suuri työllistäjä. Sosiaali- ja terveydenhuollon työpaikkojen päihdeohjelmat ovat tärkeitä, koska näiden työpaikkojen ammattihenkilöiden päihdeongelmat ovat suuri riski sekä potilasturvallisuudelle että työturvallisuudelle. Työpaikan yhteiset käytännöt päihdehaittojen ehkäisyssä – työpaikalla yhteisesti sovittu, kaikkien tiedossa oleva päihdeohjelma – voi heijastua myös potilas/asiakastyöhön. Tiedon ja osaamisen lisääntyminen oman työpaikan toimivista käytännöistä päihdehaittojen ehkäisyssä, varhaisessa puuttumisessa ja hoitoonohjauksessa tukee myös potilas/asiakastyössä tapahtuvaa puheeksiottoa, neuvontaa sekä hoidon seuranta- ja kuntoutujan työhönpaluuta.

- Ohjausryhmässä ehdotettiin Työterveyslaitoksen valmisteleman työpaikkojen päihdeohjelmien valmistelua koskevan aineiston (Päihdeohjelmaopas 2013) käyttöönoton tukemista erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa, alan oppilaitoksissa sekä ammattijärjestöissä.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmässä käsiteltyjä ehdotuksia on esitelty vuoden 2014–2015 aikana useissa eri yhteyksissä ja niistä on keskusteltu myös Opetushallituksen koulutus-toimikunnissa olevien asiantuntijoiden kanssa. Ehdotusten mukainen mielenterveys- ja päihdetyön opetuksen kehittäminen on sinänsä saanut kannatusta monilta eri tahoilta, mutta kehittämistyö etenee hajanaisesti. Konkreettisimminkin asia on edennyt Opetushallituksen uudistaessa psykiatrisen hoidon erikoisammattitutkintoa, jossa sen sisältöä täydennetään päihdetyön osalta ja tutkinnon nimeä ollaan esittämässä muutettavaksi mielenterveys- ja päihdetyön erikoisammattitutkinnoksi. Muita toimijoita, jotka ovat olleet kiinnostuneita

mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen valtakunnallisesta kehittämisestä, ovat olleet joidenkin sosiaali- ja terveysalan oppilaitosten edustajat, MiePäOsaa -asiantuntijaverkosto, jonka toiminta jatkuu vielä vuoden 2016 ajan, sekä Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma, jonka yhtenä painopistealueena on ammattilaisten osaamisen vahvistaminen erityisesti ehkäisevän päihdetyön osalta. Myönteistä suhtautumista mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen kehittämiseksi on, mutta kehittämistä olisi tärkeä vauhdittaa erillisellä kehittämissankkeella. Se vaatisi kuitenkin oman rahoituksensa ja tekijänsä. Kehittämissankkeen hallinnoijana voisi olla esimerkiksi jo hyvin verkostoituneen MiePäOsaa -asiantuntijaverkoston joku taustaorganisaatio-taho, mutta hanke tulisi tehdä laajassa yhteistyössä sosiaalialan oppilaitosten, järjestöjen sekä opetuksesta vastaavien viranomaistahojen kanssa. Myös hallitusohjelmassa yhtenä toimenpiteenä oleva asiakaslähtöisten palveluiden kehittäminen ja kokemusasiantuntijuuden edistäminen voivat luoda mahdollisuuksia mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen vahvistamiseen kokemusasiantuntijatoimintaa hyödyntäen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen on keskiössä, kun kehitetään nykyistä tehokkaampaa ehkäisevää työtä sekä nykyistä paremmin mielenterveys- ja päihdeongelmaisten tarpeisiin vastaavia palveluja. Tässä tarvitaan sekä hyvää ammatillista perustason koulutusta että täydennyskoulutusta. Rinnalla tarvitaan myös kokemusasiantuntijuuden kehittämistä ja hyödyntämistä. Lisäksi mielenterveys- ja päihdetyössä jaksamista tulisi tukea osaamisen päivittämisellä, verkostoitumismahdollisuuksien tukemisella sekä työnohjauksella. On myös tärkeää nähdä ammattikunnan omiin päihde- ja mielenterveysongelmiin puuttuminen yhtenä kehittämiskeinona, sillä ammattilaisten päihdeongelmat ja asenteet ongelmiin heijastuvat helposti asiakastyöhön. Ihminen kun pyrkii toimimaan sen mukaan, mistä hän on itse tehnyt oivalluksia.

Lisätietoja

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994): <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940564>

Asetus terveystieteiden tutkinnosta 628/1997: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1997/19970628>)

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (272/2005):

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050272>

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (272/2005):

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050272>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994):

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990): <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19900152>

Laki yksityisistä sosiaalipalveluista (922/2011): <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110922>

Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta 603/1996):

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1996/19960603>

Opetussuunnitelmien ja tutkintojen perusteet / Ammatilliset perustutkinnot:

http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/opetussuunnitelmien_ja_tutkintojen_perusteet/ammattilliset_perustutkinnot

Opiskelu ja tutkinnot (ammattikorkeakoulututkinnot ja nimikkeet sekä ja ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot ja nimikkeet) ammattikorkeakouluissa:

http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/ammattikorkeakoulutus/opiskelu_ja_tutkinnot/?lang=fi

Valtioneuvoston asetus erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnoista (420/2012):

<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120420>

Valtioneuvoston asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (608/2005):

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050608>

Valvira (luvat ja ammattioikeudet): http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet/koulutus_suomessa

Lähteet

- Ammatillisen tutkintojärjestelmän kehittämishankkeen (TUTKE) ohjausryhmä. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2010:15. Saatavissa verkosta (23.10.2015) http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2010/TUTKE_hankkeen_loppuraportti.html
- Eriksson Elina, Korhonen Teija, Merasto Merja, Moisio Eeva-Liisa. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto, Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Helminen Jari ja Sosiaalialan ammattihenkilöiden foorumi. 2014. Sosiaalialan työmenetelmien ja kehittämistoiminnan osaajat – Ammattikorkeakoulujen sosiaalialan erikoistumiskoulutukset vahvistamassa ammatillista osaamista. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:8. Saatavissa verkossa (23.10.2015) <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3477-1>
- Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2010. Ammatillisen tutkintojärjestelmän kehittämishankkeen loppuraportti
- Opetushallitus. 2013. Näyttötutkinnon perusteet. Päihdetyön ammatitutkinto 2013. Opetushallituksen määräys 2/011/2013. Opetushallituksen määräyksiä ja ohjeita 2013:1.
- Opetushallitus. 2009. Näyttötutkinnon perusteet. Psykiatrisen hoidon erikoisammattitutkinto. Määräys 43/011/2009. Opetushallitus 2009.
- Opetushallitus. 2014. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja. Ammatillisen perustutkinnon perusteet. Opetushallitus, määräys 79/011/2014. Saatavissa verkosta (23.10.2015) www.oph.fi > Säädökset ja ohjeet > Opetussuunnitelmien ja tutkintojen perusteet > Ammatilliset perustutkinnot > Tutkinnon perusteet 2014
- Opetusministeriö. 2007. Päihdeongelmien ehkäisy ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2007:17
- Päihdeohjelmaopas – malli päihdeohjelman tekemiseen työpaikoilla. 2013. Työterveyslaitos Saatavissa verkosta (1.11.2015) <http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/sivut/paihdeohjelmaopas.aspx>.
- Rautiainen Elina, Vallimies-Patomäki Marjukka. 2014. Kliinisen hoitotyön lisäkoulutus. Nykytilanne ja kehittämisehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:9. Saatavissa verkossa (23.10.2015) <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3478-8>
- Taipale-Lehto Ulla. 2013. VOSE-projektissa kehitetyn ennakkointimallin kuvaus. Opetushallituksen julkaisu 2013. Saatavilla verkossa (23.10.2015) <http://www.oph.fi> > tietopalvelut > ennakkointi/koulutus ja
- STM 2015. Erikoislääkäriskoulutuksen ohjaus siirtyy STM:n vastuulle. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 30.12.2014.
- STM. 2011. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäriskoulutuksen uudistamistarpeet. Erikoislääkäriskoulutustyöryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:17. Saatavilla verkossa (23.10.2015) <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3162-6>.

9 Miten mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen jatkuu?

Airi Partanen, Pia Solin, Aulikki Ahlgren, Viveca Bergman, Jouko Karjalainen, Minna Kesänen, Jaana Markkula, Mauri Marttunen, Juha Moring, Saini Mustalampi, Esa Nordling, Timo Partonen, Päivi Santalahti, Tytti Tuulos, Sanna Wuorio

THL on julkaissut mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009–2015 toimeenpanon osana vuosittain raporteja (ks. viimeisenä liitteenä lista aiemmista raporteista), joihin on koottu kulloinkin ajankohtaisia mielenterveys- ja päihdetyön tutkimus- ja kehittämistyön helmiä. Tässä THL:n sarjan laajassa päätösraportissa pyritään luomaan eri asiantuntijoiden artikkeleiden avulla monipuolista tietopohjaa mielenterveys- ja päihdesuunnitelman jälkeiselle kehittämistyölle. Loppuraportin teemojen lisäksi pohditaan, mitä kansainvälisesti tällä saralla tapahtuneella voisi olla tarjottavana kansalliseen jatkotyöhön. Sen jälkeen hahmotetaan sitä, mitä Sipilän hallitusohjelman toimeenpano voi merkitä mielenterveys- ja päihdetyön kannalta. Viimeisessä osassa tuodaan esille työryhmän näkemyksiä mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen jatkamisesta sekä valtakunnallisen kehittämistyön että THL:n oman toiminnan osalta mielenterveys- ja päihdesuunnitelman jälkeen.

9.1 Raportin artikkeleiden ydinviestit

Tässä alaluvussa käydään läpi tiivistetysti mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009–2015 kauden loppuraportin teemat niitä käsittelevien asiantuntija-artikkeleiden pohjalta. Tekstissä suluissa olevat luvut viittaavat tämän raportin artikkeleihin.

Ongelmien esiintyvyys ja luonne

Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyvä sairaustaakka on lisääntynyt viime vuosikymmeninä. Suomessa masennushäiriöt yleistyivät aikuisväestössä vuodesta 2000 vuoteen 2011. Työkyvyttömyyseläkkeellä mielenterveys- tai päihdehäiriöiden vuoksi olevien osuus 25–64-vuotiaista saavutti huippunsa vuosina 2007–2010, mutta on kääntynyt loivaan laskuun, samoin masennuslääkkeiden käyttö vuoden 2011 jälkeen. Nuorimpien eli 16–24-vuotiaiden kohdalla vastaavaa suotuisaa kehitystä ei kuitenkaan ole havaittu. (1.1 Suvisaari.) Alkoholin käyttö lisääntyi vuoteen 2007 asti, mutta on sen jälkeen lähtenyt vähenemään (2.4 Karlsson). Sen sijaan huumeiden, erityisesti kannabiksen, käyttö on lisääntynyt (3.4 Tigerstedt ym.).

Mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyy huomattava ennen aikaisen kuoleman riski (1.2 Suvisaari). Mielenterveysongelmaisten kuolleisuus on yli kaksinkertainen muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna ja ero muuhun väestöön verrattuna on kasvanut viimeisen 20 vuoden aikana. Käytännössä vakavaa mielenterveys- tai päihdehäiriötä sairastavat kuolevat Suomessa 10–25 vuotta nuorempina kuin muu väestö.

Suuri osa kuolleisuudesta liittyy tautikuolemiin, mutta mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyy myös moninkertainen itsemurhariski muuhun väestöön verrattuna (1.3 Partonen). Huolimatta itsemurhakuolleisuuden pieneemisestä ja myönteisestä muutoksesta, itsemurhien ehkäisy vaatii jatkuvaa työtä. Tiedottamisen lisäksi itsemurhien ehkäisyssä tarvitaan panostusta neljään keskeiseen keinoon: helppoon hoitoon pääsyyn, päihteiden käytön ehkäisyn tehostamiseen, psyykkisen kestävyuden tukemiseen sekä yhden, matalakynnyksisen oven kautta saatavaan psyykkiseen ja sosiaaliseen tukeen.

Mielenterveyttä edistävän ja päihde- ja mielenterveysongelmia ehkäisevän työn painopisteet

Vaikuttavat, taloudelliset ja saatavilla olevat edistävät ja ehkäisevät hyvinvointipalvelut ovat kaikissa Pohjoismaissa ajankohtaisia kysymyksiä. Mielenterveyden edistäminen ja päihdehaittojen ehkäisy ovat ensisijaisia sosiaalisesti kestävä kasvun ja hyvinvoinnin edellytyksiä niin kansallisella tasolla kuin kunnissakin. Kuntatasolla

tarvitaan visiota hyvinvointikunnasta, jonka tavoitteita myös uusi kuntalaki mahdollistaa ja uudistuva sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö tukee. (2.7 Vuorenmaa ym., 2.3 Warpenius ym.)

Mielenterveyden edistämiseksi ja ehkäisevälle päihdetyölle tarvitaan yhtenäisempää ja laaja-alaisempaa käsitteiden määrittelyä. Työ tulisi nähdä investointina ihmisiin ja tulevaisuuteen. (3.1 Tuulos.) Kuntien rooli on keskeinen kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Siinä tarvitaan hallintorajat ylittävää monialaisella tiedolla johtamista, tietoa kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä niihin yhteydessä olevista tekijöistä, pysyviä eri hallinnonalojen välisiä yhteistyö- ja toimeenpanorakenteita sekä toiminnan koordinaatiota (2.2 Hätönen ym., 2.3 Warpenius ym.). Ehkäisevän päihdetyön osalta kunnan nimeämän toimielimen tehtävä on huolehtia ehkäisevän päihdetyön monialaisen ja paikallisen luonteen säilyttämisestä (2.3 Warpenius ym.).

Ehkäisevässä päihdetyössä alkoholin saatavuuden säätely on alkoholipolitiikan ydintä. Merkittävä osa yhteiskuntaa kuormittavista alkoholihaitoista syntyy valtaväestön alkoholinkulutuksesta satunnaisen humalajuomisen tai pitkällä aikavälillä kumuloituvien riskien seurauksena. Tästä syystä tarvitaan toimenpiteitä, joilla rajoitetaan alkoholijuomien fyysistä tai taloudellista saatavuutta ja vähennetään haittariskejä koko väestössä. (2.4 Karlsson.) Ehkäisevän päihdetyön kasvavana haasteena on kannabiksen lisääntynyt käyttö (3.4 Tigesrstedt ym.) sekä ehkäisevän päihdetyön lain kehityksessä uutena asiana rahapelihaittojen ehkäisy (2.5 Kesänen ym.).

Hoito ja kuntoutus toipumista tukemassa

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan tulisi varmistaa helpot, yhden oven kautta hoitoon pääsyn mahdollistavat, hyvin koordinoitua mielenterveys- ja päihdepalvelut. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhdistäminen on konkretisoitunut organisaatiossa erityisesti Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä (Eksote), jossa on onnistuttu hävittämään kokonaan jonot aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluissa (3.1 Kempainen).

Länsi-Suomen mielenterveyskyselyllä on seurattu Pohjanmaa-hankkeen vaikutuksia. Hanke on ollut luomassa uusia toimintamuotoja, mutta työtä on tehostettava tulosten näkymiseksi väestön mielenterveydessä. Mielenterveyspalveluiden saatavuus on kohentunut alueen terveyskeskuksissa, mutta hanketoimet eivät näytä johtaneen itse raportoidun masennusoireilun vähenemiseen. Viesti masennuksesta sairautena ei ole riittänyt stigman vähentämiseen. (3.2 Wahlbeck ym.)

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt aiheuttavat pääosan nuorten ja nuorten aikuisten terveyshaitoista, ovat merkittävä syrjäytymisen riskitekijä ja voivat aiheuttaa pitkäaikaista työkyvyttömyyttä. Lasten ja nuorten palvelujärjestelmät ovat hajanaisia ja jakautuneita erikoistuneisiin ”palveluputkiin”, kuten lasten terveyspalvelut, varhaiskasvatus ja lastensuojelu. Lasten, nuorten ja perheiden palvelukokonaisuuksien kehittämisessä tarvitaan lainsäädännön kehittämistä, yhteen sovittavaa johtamista, palvelukokonaisuuksien seuranta ja jaettava osaamista. (3.3 Santalahti ym.)

Päihdehäiriöiden ja perustason hoidon osalta alaikäisten palvelujärjestelmä nähdään pirstaleisempina kuin nuorten mielenterveyshäiriöiden erikoissairaanhoidon hoitojärjestelmä. Nuorten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitojärjestelmän tulisi olla integroitu ja porrastettu: vaikeimpien häiriöiden hoidon tulee olla intensiivistä sekä häiriöspesifistä keskitetyissä yksiköissä ja yleisemmän ja lievemmän oireilun hoito- ja tukikeinojen taas lähellä nuorten arkiympäristöä. (3.4 Marttunen ym.) Nuorten ja nuorten aikuisten hoidon tarvetta tulevaisuudessa saattaa kasvattaa viime vuosina lisääntynyt kannabiksen käyttö (3.5 Tigerstedt ym.).

Aikuisten työikäisten masennus on yleisin työkyvyttömyyseläkkeen peruste Suomessa. Työkyvyttömyyden ehkäisyssä tarvitaan hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaista sairaanhoitoa, asteittaisen työhön paluun helpottamista esimerkiksi osasairauspäivärahaetuutta sekä työkokeilua ammatillisena kuntoutuksena hyödyntäen. Haasteena ovat huonosti työelämään kiinnittyneiden, mielenterveyden häiriöistä kärsivien nuorten työllistyminen ja työssä pysyminen. (3.6 Kivekäs ym.). Uutena työterveyshuollon haasteena on helposti huomiotta jäävä ongelmallinen rahapelaaminen, joka tulisi ottaa huomioon ja puheeksi, koska sen seurauksiin, kuten unettomuuteen, stressiin tai masennukseen, voidaan hakea apua työterveyshuollosta (3.7 Jaakkola).

Työterveyshuollon ulkopuolelle jäävät työttömät. Ongelman laajuudesta johtuen työttömien päihde- ja mielenterveysongelmien tai itse työttömyyden huomioiminen erityisenä mielenterveys- ja päihdeongelmien riskitekijänä

on tarpeen jatkossa kehitettäessä esimerkiksi päivä- ja toimintakeskuksia sekä kuntouttavaa työtoimintaa. (3.8 Karjalainen)

Eläkeikäisten alkoholin käyttö on yleistynyt 2000-luvulla niin naisilla kuin miehillä ja tämä näkyy ahdistuneisuutena ja masentuneisuutena, itsemurhien ja taloudellisen hyväksikäytön riskinä, lisääntyneenä kroonisten sairauksien hoitona sekä suurentuneena tapaturmariskinä. Tulevaisuudessa on tarvetta kiinnittää huomiota päihdepalveluiden kehittämiseen nimenomaan iäkkäiden ihmisten erityistarpeet huomioiden ja kotipalvelun piirissä olevien mielenterveys- ja päihdeongelmaisten riittävän monipuoliseen ja pitkäjänteiseen tukeen. (3.9 Vilkkonen ym.)

Hoidossa ja kuntoutuksessa sovellettavassa toipumisorientaatiossa (3.10 Nordling ym.) toivolla, osallisuudella ja onnistumiskokemuksilla on keskeinen kuntoutujan selviytymistä tukeva merkitys. Yhtenä tärkeänä toipumista tukevana alueena on mielenterveys- ja päihdekuntoutujien työllistyminen ja sen edistäminen, esimerkkinä Klubi-talotoiminta (3.11 Hänninen). Lisäksi on huomioitava asuminen yksilön perustarpeena. Päihdeongelmaisten ja mielenterveyskuntoutujien asumiseen liittyvät kehittämistarpeet ovat pitkälti yhteneväisiä: asunto ensin ja sinne riittävä arjen tuki. Jatkossa on suunnattava voimavaroja siihen, että asumisyksiköt ovat riittävän pieniä ja kodinomaisia. Arjen tuen avulla suurin osa päihde- ja mielenterveyskuntoutujista pystyy asumaan omissa, tavalliseen asuntokantaan kuuluvassa asunnossa. (3.12 Karjalainen ym.)

Mielenterveys- ja päihdepalvelut sote-integraation myllerryksessä

Muutosjohtamisen isot haasteet ovat edessä palvelujärjestelmän muuttuessa järjestelmän kokonaistoiminnan sujuvuuden parantamiseksi (4.1 Lönnqvist). Organisaatiomuutoksilla voidaan parhaimmillaan edistää perustehtävän toteutumista, luoda hyvät olosuhteet asiantuntijatyön tekemiselle ja päästä asiakkaita/potilaita hyödyttäviin hoitoprosesseihin ja palvelukokonaisuuksiin. Vanhojen rakenteiden murtuessa on kuitenkin vaarana, että toiminnan laatu heikentyy tilapäisesti siirryttäessä kohti uutta toimintatapaa. Muutosjohtajan onkin huomioitava uuden toiminnan käyttöönotto erillisenä projektina, joka tarvitsee usein myös eri miehityksen.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio on monimerkityksellinen termi, eikä yksi palvelujärjestelmä- ja toimintamalli ole toimiva kaikkialla (4.2 Stenius ym.). Eksoten aikuisten psykososiaalisissa palveluissa tehty mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio on ollut vaativa ja monivaiheinen kehittämisprosessi (4.3 Salmivaara). Kehittämistyö jatkuu muun muassa asiakasryhmittelyn ja tarkoituksenmukaisten palveluiden kehittämisellä sekä uudenlaisen lähestymistavan – yhteiskunnallisen osallisuuden organisaatio – työstämisellä, minkä osana on alkanut yhteistyö työvoimahallinnon kanssa. Esimerkkinä uudeltaisesta yhteistyöstä on myös pääkaupunkiseudun Peliklinikka (4.4 Paasio). Sosiaali- ja terveystieteissä tulisi ottaa huomioon rahapeliriippuvuus erityisesti työskennellessä mielenterveysongelmien parissa, koska mielenterveysongelmat ovat yleisiä rahapeliongelman rinnalla.

Yhdenlainen integraatio on myös vuoden 2016 alussa tapahtuva vankien terveydenhuollon siirtyminen rangaistusjärjestelmästä STM:n hallinnonalalle ja THL:n alaisuuteen. Vangit ovat yksi syrjäytyneimmistä väestöryhmistä. Vankien terveydenhuollon kannalta on tärkeää, että terveydenhuollon linjaukset säilyvät yhtenäisinä. Tämä edellyttää jatkossakin selkeitä hoitolinjauksia, laatu- ja järjestelmän ylläpitoa ja itsenäistä valtakunnallista organisaatiota. (4.5 Vartiainen.)

Julkisen palvelujärjestelmän rinnalla järjestöillä on tärkeä rooli mielenterveys- ja päihdeongelmaisten hyvinvoinnissa. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma on nostanut esiin järjestöjen pitkään noudattamia periaatteita – asiakaslähtöisyys, yhden oven periaate ja kokemus-asiantuntijuus – ja parhaimmillaan onnistunut istuttamaan niitä kuntien toimintakulttuureihin. Huolta on herättänyt päihdeongelman näkeminen kapeasti terveystieteidenä, yhteiskunnan ja palveluiden piiriin pääsemisen kahtiajaon syveneminen ja päihdetyön painopisteen siirtyminen sosiaali- ja terveystieteiden asumis- ja työllistymispalveluihin. Kuntien ja järjestöjen keskinäinen yhteistyö voi kehittyä uuden julkisen hallinnan (New Public Governance, NPG) myötä. Ajattelu perustuu yhteistyö- ja verkostosuhteiden rakentamiseen, yhteisöllisyyteen ja kumppanuuteen. (4.6 Lund.)

Kokemusasiantuntijuus

Muutos potilaasta tai kuntoutujasta kokemusasiantuntijaksi vaatii kypsyyttä ja tietoa, jota voi kehittää koulutuksen, valmennuksen, vertaistuen, mentoroinnin, itseopiskelun tai tehtävissä oppimisen kautta. Kokemusasiantuntijana toimiminen on sekä voimaannuttavaa että vaativaa ja haastavaa, joten siihen tarvitaan myös tukea, kuten työnohjausta, jatkokoulutusta, kokemusasiantuntijan roolien, vastuukysymysten, vakuutusturvan, palkkioiden maksamisen ja toiminnan puitteiden selventämistä. (5.1 Rissanen.) Kokemusasiantuntijakoulutukselle kehitettiin Mielen avain -hankkeessa neljästä eri koulutusmoduulista koostuva koulutusmalli ja luotiin kokemusasiantuntijakoulutuksen suositukset (5.2 Kurki).

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä (5.3 Peränen) kokemusasiantuntijatoimintaa on kehitetty vuodesta 2013. Koulutettuja kokemusasiantuntijoita on toiminut muun muassa monissa työryhmissä, ryhmien vetäjinä ja kouluttajina sekä sairaanhoitopiiriin palkattuna kokemusasiantuntijana. Sairaanhoitopiiri on rakentamassa pitkäjänteisesti kehittäjäkumppanuutta kokemusasiantuntijoiden kanssa. Toimintaa on kehitetty Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä jo vuodesta 2010 (5.4 Laitila). Siellä vuoteen 2015 mennessä koulutetuista noin 70 kokemusasiantuntijasta puolella on työsopimus sairaanhoitopiirin kanssa ja he toimivat esimerkiksi sairaalan ryhmätoiminnoissa ja opeustilanteissa. Haasteita myös riittää koulutukseen osallistuvien valinnoissa sekä ryhmätyöskentelyvalmiuksien ja jaksamisen tukemisessa. Toiminnan myötä on syntynyt kuntouttava Voimaa arkeen -kurssitoiminta.

Teknologia organisaation ja asiakkaan apuna

STM:n tiedonhallinnan strategian ”Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 – tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palveluiden tukena” tavoitteena on tukea kansalaisia oman hyvinvoinnin ylläpidossa ja edistää palvelujärjestelmän vaikuttavuutta paremman tiedonhallinnan ja sähköisten palveluiden avulla (6.1 Bergman).

Kansainvälisestä RAI-järjestelmästä kehittyneitä Mielenterveys-RAI:ta on hyödynnetty asumispalveluissa. Mielenterveys-RAIn tavoitteena on saada kokonaiskuva palveluita tarvitsevan tarpeista ja voimavaroista hoidon ja palvelujen suunnittelun avuksi. Yhtenäiset arviointimenetelmät auttavat asumispalvelujen toiminnan ja laadun seurannassa niin yksilön kuin toimintayksikön tasolla. (6.2 Sohlman ym.)

Eksoten aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluissa sähköiset palvelut ovat olleet strategisissa valinnoissa yksi painopistealueista ja keskeinen keino asiakaslähtöisten palvelujen kehittämiseen (6.3 Kemppinen). Avoimet rajapinnat ja lähdekoodit ovat välttämättömiä tällaisten tietojärjestelmien kehittämisessä.

Mielenterveystalo.fi on aikuisille ja nuorille kehitetty valtakunnallinen palvelunohjausportaali, johon on koottu kaikkien sairaanhoitopiirien mielenterveys- ja päihdeongelmien hoito- ja palvelupaikat. Lisäksi portaalissa on ammattilaisten osio työtä tukevine materiaali- ja mittaripankkeineen ja verkkovälitteiset häiriöryhmäkohtaiset nettiterapiat. (7.1 Stenberg ym.) Esimerkkinä sähköisistä palveluista on myös rahapeliongelmiensa ratkaisemisen tueksi tarkoitettu Peluuri-palvelu, joka käynnistyi jo vuonna 2004 ja joka on laajentunut eri yhteydenottokeinojen avulla vertaistukea ja lyhytaikaista tukea antavasta palvelusta pidempiaikaisempaa Peli poikki -ohjelman mukaista tukea tarjoavaksi sähköiseksi palvelukokonaisuudeksi. (7.2 Sjöholm ym.)

Pitkä kehitystyö on synnyttänyt Lappiin virtu.fi-palvelun, virtuaalisen sosiaali- ja terveystalokeskuksen, joka tarjoaa sähköisiä palveluita hyvinvoinnin tueksi (7.3 Peronius). Keväällä 2015 virtu.fi-palvelussa oli tarjolla 172 erilaista sähköistä palvelua, joita on mahdollista käyttää verkossa tai kuvapuhelimella kotoa tai Virtupisteistä. Verkk- ja videomuotoiset palvelut eivät korvaa lähellä asukasta tuotettuja palveluja, mutta ne voivat nopeuttaa, täydentää ja monipuolistaa niitä.

THL on vuoden 2015 aikana julkaissut kaksi kansalaisia ja palveluntuottajia palvelevaa verkkopalvelua (7.4 Luoto). Palveluvaaka.fi auttaa kansalaisia etsimään, vertailemaan ja arvioimaan palveluntuottajia ja Omahoitopolut.fi tarjoaa testejä ja luotettavaa tietoa oman terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen.

Kehittämistyön kanavat

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoa kuvataan THL:n kärkihankkeiden (8.1 Partanen ym.) sekä mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeiden (8.2 Partanen ym.) osalta. Lisäksi luvussa kuvataan mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen vahvistamiseksi tehtyjä ehdotuksia (8.3 Partanen ym.). Osa THL:n kärki-

hankkeissa tehdystä kehittämistyöstä jatkuu ja myös Kaste-hankkeissa tehty työ on monelta osin jatkunut hankkeiden päättymisen jälkeen. Opetuksessa on tapahtunut pieniä edistymisasiakeleita ja kehittämistyötä pyritään jatkamaan.

9.2 Mitä voidaan oppia kansainvälistä kokemuksista?

Maailman Terveysjärjestö (WHO) julkaisi 2013 Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelman, joka vastaa Euroopan uuden terveys- ja hyvinvointipolitiikan viitekehyksen (Terveys 2020) neljää painopistealuetta. Toimintasuunnitelman tavoitteissa ja kansallisessa Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa on selkeitä yhteneväisiä linjoja: yksilön/potilaan aseman vahvistaminen kokemusasiantuntijuudella ja voimaantumisella, mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevä työ läpi elämänkaaren sekä ohjausekinojen kehittäminen hyvän tietopohjan ja tiedonvälityksen avulla. Huomionarvoista näiden ohjelmien samankaltaisuudessa on se, että Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ehdotukset esitettiin jo useita vuosia ennen Euroopan toimintasuunnitelman julkaisua. Toisaalta Suomi on ennenkin toiminut terveyden alueella WHO:n edelläkävijämaana ja oli jäsenmaana erittäin aktiivinen toimintasuunnitelman valmistelussa.

Suomessa tarvitaan enemmän yhteistyötä eri sektoreiden välillä. Muutaman viime vuoden aikana mielenterveyden huomioiminen on lisääntynyt eri politiikan alueilla. Suomi on mukana Euroopan komission ja jäsenmaiden toteuttamassa Mielenterveyden ja hyvinvoinnin yhteistoimessa (2013–2016). Yhteistoimen tavoitteena on vakiinnuttaa strukturoitu yhteistyö mielenterveyspolitiikan alueella. Suomi on mukana kolmessa yhteistoimen osahankkeessa: THL:n Mielenterveysyksikkö Mielenterveyden edistäminen kouluissa -osahankkeessa, Työterveyslaitos Työpaikoilla tapahtuva mielenterveyden edistäminen -osahankkeessa ja Suomen Mielenterveysseura Mielenterveys kaikissa politiikoissa -osahankkeessa. Viimeksi mainitun tavoitteena on kehittää työkaluja mielenterveysasian viemiseksi osaksi yhteiskunnallista päätöksentekoa kartoittamalla, arvioimalla ja jalkauttamalla hyviä käytäntöjä eri yhteiskuntasektoreiden osallistamiseksi mielenterveystyöhön. Osahankkeessa on kehitetty toimintapolitiikkasuositukset, joiden avulla mielenterveyden edistäminen on helppo mukauttaa päivittäiseen toimintaan (Mielenterveyden... 2015).

Osana yhteistoimea ja Mielenterveys kaikissa politiikoissa -osahanketta järjestettiin Suomessa toukokuussa 2015 kansainvälinen konferenssi, jossa asiaa pohdittiin eri toimijoiden näkökulmasta, jaettiin tietoa sekä esiteltiin käytännön esimerkkejä siitä, miten Euroopan tasolla mielenterveys on otettu osaksi eri toimintapolitiikkoja. Yhteistyö, tiedon ja kokemuksen jakaminen sekä yhteinen vastuunotto mielenterveyden edistämisestä ovat avainasemassa. Positiivinen mielenterveys, mielenterveyden häiriöt, edistäminen ja ehkäisy ovat edelleen käsitteitä, joita tulkitaan eri tavoin riippuen tulkinnan tekijästä. Siksi tarvitaan yhteisten käsitteiden sekä eurooppalaisen tietoperustan vahvistamista, erityisesti mielenterveyden edistämisestä. Siihen meillä on kansallisesti annettavaa ja siitä on myös opittavaa.

WHO julkaisi vuonna 2014 myös Itsemurhan ehkäisy -raportin – ensimmäisen laatuaan – joka sisältää tietoa käytännön ehkäisytyön pohjaksi eri toimijoille eri Euroopan maissa. Raportin kirjoittajatiimi vieraili myös Suomessa keskustelemassa mahdollisesta yhteistyöstä uutta itsemurhien ehkäisyohjelmaa koskien. Suomen viimeisin kansallinen itsemurhien ehkäisyprojekti on vuodelta 1986 eli se on ilmestynyt lähes 30 vuotta sitten. Joidenkin järjestöjen taholta on tullut ehdotuksia uuden kansallisen itsemurhien ehkäisyohjelman toteuttamisesta. Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa itsemurhien ehkäisy aiheena on mainittu ja itsemurhien mahdollinen väheneminen huomioidaan mielenterveyden edistämisen ja mielenterveysongelmien ehkäisyn kautta. Myös alkoholihaittojen vähentäminen sekä integroitujen sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittäminen liittyvät osaksi itsemurhien ehkäisyä.

WHO:lla on lisäksi laaja, ei-tarttuvien tauteja koskeva kansantautien ehkäisyn ja hoidon toimintaohjelma (NCD -ohjelma, Non-Communicable Diseases) vuosiksi 2013–2020, jolla pyritään tehostamaan keskeisten, eniten kuolleisuutta ja sairastavuutta aiheuttavien tautien (sydän- ja verisuonitaudit, syöpä, krooniset hengitystieinfektiot sekä diabetes) ehkäisyä. Ohjelmaan sisältyy myös maailmanlaajuinen toimeenpanosuunnitelma (WHO Global NCD Action Plan) vuosille 2013–2020. Tavoitteena on, että vuoteen 2025 mennessä näiden sairauksien aiheuttama kuolleisuus pienenee 25 prosenttia. Vaikuttamisen kohteena oleviin riskitekijöihin kuuluvat tupakointi, epäterveel-

linen ravitsemus, liikunnan vähäisyys ja alkoholin liikkakäyttö (ks. alkoholin osalta WHO:n kansanterveystavoitteet... 2015).. Toimintasuunnitelmassa viitataan myös asuin- ja elinoloihin sekä työelämään terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavina tekijöinä. Suomessa kansantautien ehkäisyn ja hoidon ohjelman kärjet sisällytetään tekeillä olevaan Yhteistyöllä hyvinvointia ja terveyttä 2025 -toimenpidekokonaisuuteen. WHO:n kansantautien ehkäisyn ja hoidon ohjelmaa täydentäen Suomi sisällyttää siihen myös mielenterveyden edistämisen sekä eriarvoisuuden vähentämisen.

Suomalaisen päihdepolitiikan taustalla on vaihtelevasti kansainvälisiä sopimuksia tai suosituksia. (Alkoholi... 2015). Alkoholipolitiikassa Suomella ei ole kansainvälisiä sitovia sopimuksia. Vuonna 2010 hyväksytty WHO:n globaali alkoholihaittojen ehkäisystrategia ohjaa kansallisen alkoholipolitiikan suunnittelua myös Suomessa. Globaalia strategiaa konkretisoi Euroopan toimintaohjelma alkoholihaittojen vähentämiseksi (European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020). WHO:n Euroopan alueen kaikki 53 jäsenmaata ovat allekirjoittaneet sopimuksen vuonna 2011. Globaali alkoholistrategia määrittelee kymmenen toiminta-alueita, joilla työtä haitallisen alkoholin käytön vähentämiseksi tulisi tehdä. Euroopan toimintaohjelma puolestaan sisältää tarkemmat näyttöön perustuvat toimenpidevaihtoehdot kuhunkin toiminta-alueeseen liittyen. Suurin teho saadaan yhdistämällä globaalissa strategiassa määritellyt kymmenen toimintalinjaa kokonaisuudeksi, jolla vaikutetaan juomatapoja ohjaaviin sosiaalisiin normeihin. WHO:n laatimassa kansantautien ehkäisemisen ja hoidon toimintaohjelmassa on asetettu tavoitteeksi vähentää haitallista alkoholin käyttöä maailmanlaajuisesti vähintään kymmenellä prosentilla vuoteen 2025 mennessä. Tavoitteen saavuttamiseksi WHO suosittaa jäsenvaltioille globaalin alkoholistrategian toimeenpanoa painottaen erityisesti kustannustehokkaimpia keinoja, joita ovat alkoholiveron nostaminen, alkoholin saatavuuden sekä mainonnan sääntely.

Suomalainen huumepolitiikka puolestaan perustuu kansainvälisiin sopimuksiin. Tärkein kansainvälinen toimijataho on YK. Kansainvälinen huumausainevalvonta perustuu YK:n kolmeen yleissopimukseen: huumausaineyleissopimus (1961), psykotrooppisia aineita koskeva yleissopimus (1971) ja yleissopimus huumausaineiden ja psykotrooppisten aineiden laitonta kauppaa vastaan (1988). YK:ssa on lisäksi huumausainetoimikunta CND (Commission on Narcotic Drugs), joka arvioi maailmanlaajuisesti huumausainetilannetta ja tekee esityksiä kansainvälisen huumekontrollijärjestelmän vahvistamiseksi. Toimikuntaa avustaa Wieniin sijoitettu YK:n huumeiden ja rikollisuuden vastainen toimisto (UN Office for Drugs and Crime, UNODC). WHO:n suosituksesta CND asettaa huumausaineita ja psykotrooppisia aineita kansainvälisen kontrollin piiriin. Kansainvälisen huumevalvontalautakunnan (INCB) suosituksesta kontrollin piiriin asetetaan huumeiden lähtöaineita. EU:n neuvosto on hyväksynyt vuosien 2013–2020 huumausainestrategian, jossa korostetaan huumausainepolitiikan tasapainoista lähestymistapaa sekä tieteelliseen näyttöön perustuvien keinojen käyttämistä. Strategiaan liittyy toimeenpano-ohjelma, jolla pyritään vähentämään huumeiden kysyntää ja tarjontaa. Toimeenpano-ohjelmassa on kolme läpileikkaavaa teemaa: 1) kansallinen koordinaatio, 2) kansainvälinen koordinaatio ja 3) tieto, tutkimus, seuranta ja arviointi.

Suomen tupakkalainsäädäntö perustuu tupakkatuotteiden koostumuksen, laadunvalvonnan, maahantuonnin, myynnin ja mainonnan rajoitusten osalta EU-sääntelyyn. Keskeinen lainsäädäntö perustuu kahteen Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviin. Toinen koskee tupakkatuotteiden valmistamista, esittämistä ja myyntiä koskevien jäsenvaltioiden lakien, asetusten ja hallinnollisten määräysten lähentämistä ja toinen tupakkatuotteiden mainontaa ja sponsorointia koskevien jäsenvaltioiden lakien, asetusten ja hallinnollisten määräysten lähentämistä. Uusi tupakkatuotedirektiivi tuli voimaan 19.5.2014 ja EU:n jäsenvaltioiden täytyy sisällyttää uudet säädökset kansalliseen lainsäädäntöön 20.5.2016 mennessä. Tupakkalaki (693/1976) uudistetaan vuonna 2016 direktiivin ja kansallisten tarpeiden pohjalta.

Suomalainen rahapelien yksinoikeusjärjestelmä toimii EU:n sisällä, jossa rahapelialaa ei ole yhdenmukaistettu. Rahapelialaa ovat muovanneet EU:n tuomioistuimen ennakkoratkaisut. Rahapelihaittojen ehkäisy on korostunut tuomioistuinpäätösten seurauksena. Jäsenvaltiot voivat vahvistaa rahapelipolitiikkansa tavoitteet. Suomessa on tehty päätös rahapelaamisen yksinoikeusjärjestelmästä, minkä tavoitteena on vähentää rahapelaamisesta aiheutuvia haittoja. Viimeisimpänä muutoksena rahapelien yksinoikeusjärjestelmän turvaamiseksi Suomessa ollaan yhdistämässä kolmea erillään toiminutta rahapeliyhteisöä. Talouspoliittinen ministerivaliokunta hyväksyi syksyllä 2015 Veikkauksen, Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) ja Fintoton rahapelitoimintojen yhdistämisen. Yhdistämi-

sen tavoitteena on vahvistaa suomalaista rahapelien yksinoikeusjärjestelmää luomalla yksi valtion kokonaan omistama rahapeliyhtiö.

Suomessa alkoholi-, huume- ja rahapelihaittojen sekä tupakoinnin ehkäisyä koskevat kansainväliset suositukset ja sopimukset on huomioitu valmisteltaessa kansallista Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelmaa. Kyseinen toimintaohjelma on rakennettu kansallisen Alkoholiohjelman (2002–2015) perustoille laajentaen sen toimintakenttää kattamaan aiempaa laajemmin koko ehkäisevän päihdetyön kenttä. Myös esimerkiksi Tanskassa ja Ruotsissa on integroitu eri riippuvuuksien ja laajemminkin terveysongelmien (ylipaino, fyysisen aktiivisuuden puute) ehkäisytyötä yhteisellä ohjelmalla. Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelmassa on huomioitu sellaiset kansainväliset linjaukset ja toimintamallit, jotka ovat yhteisiä alkoholi-, huumausaine- ja pelihaittojen ja tupakoinnin vähentämisessä ja, jotka ovat siten resursseja säästäen sovellettavissa yli koko kirjon. Yhteistä on ajatus, että haittojen tehokas ehkäisy ja vähentäminen edellyttävät sekä tarjontaan että kysyntään, käyttöön ja käyttötapoihin vaikuttavia toimia.

9.3 Miten mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen saa tukea hallitusohjelmasta?

Strategisen hallitusohjelmansa (Ratkaisujen... 2015) ja sen toimintasuunnitelman (Toimintasuunnitelma... 2015) avulla Sipilän hallitus ajaa eteenpäin uudistuksia viidellä painopistealueella: 1) Työllisyys ja kilpailukyky, 2) Osaaminen ja koulutus, 3) Hyvinvointi ja terveys, 4) Biotalous ja puhtaat ratkaisut, sekä 5) Digitalisaatio, kokeilut ja normien purkaminen (toimintatavat). Tavoitteet konkretisoituvat 26 kärkihankkeessa. Lisäksi hallitus toteuttaa eläkeuudistuksen, SOTE- uudistuksen, karsii kuntien tehtäviä ja velvoitteita sekä uudistaa alue- ja keskushallintoa.

Mielenterveys- ja päihdeasioita koskee erityisesti painopistealue 3, Hyvinvointi ja terveys. Siihen sisältyy viisi kärkihanketta:

- Kärkihanke 1: Palvelut asiakaslähtöisiksi (kuva 1)
- Kärkihanke 2: Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta (kuva 2)
- Kärkihanke 3: Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma (kuva 3)
- Kärkihanke 4: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa (kuva 4)
- Kärkihanke 5: Osatyökykyisille väyliä työhön (kuva 5)

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen tulee olla läpileikkaavasti osa kaikkia Hyvinvoinnin ja terveyden painopistealueen kärkihankkeita. Mielenterveys- ja päihdeasiat liittyvät kuitenkin erityisesti asiakaslähtöisten palveluiden kehittämiseen (”Kokemusasiantuntijuuden ja asiakkaiden osallistumisen toimintamallin määrittely ja ihmisten oman vastuunoton lisäämisen mahdollistaminen”), hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja eriarvoisuuden vähentämiseen (valmisteilla oleva Yhteistyöllä hyvinvointia ja terveyttä 2025 -ohjelma) sekä Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelmaan.

Lisäksi painopistealueella 2 (Osaaminen ja koulutus) kärkihankkeessa ”Nuorisotakuu yhteisökuntoutuksen suuntaan” yhtenä kolmesta päätoimesta on nuorten sosiaali- ja terveyspalveluiden ja mielenterveyspalveluiden vahvistaminen sekä kuntoutuspaikkojen takaaminen (kuva 6).

1 Palvelut asiakaslähtöisiksi

Tavoite

Asiakaslähtöiset, omatoimisuutta tukevat toimintaprosessit sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Tarkoituksenmukainen sosiaalityö.

Kuvaus

Toteutetaan kansalliset tietosisältöjen ja rajapintojen määrittymät ja tietojärjestelmäpalvelut sekä lainsäädäntömuutokset.

Päätöimet

1. Kokemusasiantuntijuuden ja asiakkaiden osallistumisen toimintamallin määrittely ja ihmisten oman vastuunoton lisäämisen mahdollistaminen.
2. Lainsäädännön uudistaminen: tietojen yhteiskäyttö, hoitoon pääsy, kokonaisuunnitelma, 2016. Sos. turvalainsäädäntö 2018
3. Tietojärjestelmäratkaisut: sähköinen omahoito, palveluhakemisto, palveluseteli
4. Palvelusetelin ja omahoidon kokeilut, perustulokokeilu

Kuva 1. Palvelut asiakaslähtöisiksi. Kärkihanke 1 hallitusohjelman Hyvinvointi ja terveys -painopistealueella (Lähde: Toimintasuunnitelma... 2015)

2 Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta

Tavoite

Lisätään terveitä elämäntapoja, kuten liikuntaa, ja vahvistetaan mielenterveyttä jokaisen suomalaisen arjessa sekä loivennetaan hyvinvointi- ja terveyseroja.

Kuvaus

Aktiivinen elämäntapa arkipäivästetään yhdessä ihmisten ja järjestöjen kanssa. Terveelliset elämäntavat tehdään helpoiksi ja houkutteleviksi.

Päätöimet

1. Yhteistyöllä hyvinvointia ja terveyttä 2025 - ja Työterveys 2025 -linjaukset
2. Kärkihankkeen mukaiset kokeilut, juurruttaminen ja levittäminen
3. Toimijoiden yhteistyö uudelle tasolle paikallisesti, alueellisesti ja kansallisesti, mukaan lukien uuden työn ja yrittäjyyden luominen

Kuva 2. Edistetään hyvinvointia ja terveyttä. Kärkihanke 2 hallitusohjelman Hyvinvointi ja terveys -painopistealueella (Lähde: Toimintasuunnitelma... 2015)

3 Toteutetaan lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma

Tavoite

Nykyistä lapsi- ja perhelähtöisemmät, ennaltaehkäisevät ja vaikuttavat palvelut.

Kuvaus

Koko lapsi- ja perhepalveluiden palvelujärjestelmän uudistaminen

Päätöimet

1. Uuden palvelukokonaisuuden mallintaminen
2. Luodaan uudistusta ohjaava ja toimeenpaneva koordinaattorirakenne
3. Vahvistetaan muutostyötä kuntakokeiluilla ja uusien palvelukokonaisuuksien käynnistämiseen kohdennetuilla käynnistymisavustuksilla.

Kuva 3. Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma. Kärkihanke 3 hallitusohjelman Hyvinvointi ja terveys -painopistealueella (Toimintasuunnitelma... 2015)

4 Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa sekä vahvistetaan kaikenikäisen omaishoitoa

Tavoite

Ikäkkäille sekä omais- ja perhehoitajille nykyistä yhdenvertaisemmat, paremmin koordinoitui ja kustannuksia alentavat palvelut

Kuvaus

Ikäihmisten palvelujärjestelmä uudistetaan. Omais- ja perhehoitajien hyvinvointia lisäävä toimintamalli juurrutetaan.

Päätöimet

1. Palvelukokonaisuuden ja toimintamallien määrittely
2. Uudistusta ohjaava ja toimeenpaneva koordinaattorirakenteen luominen
3. Mallinnus ja kokeilut

Kuva 4. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisen omaishoitoa. Kärkihanke 4 hallitusohjelman Hyvinvointi ja terveys -painopistealueella (Lähde: Toimintasuunnitelma... 2015)

5 Osatyökykyisille tie työelämään

Tavoite

Lisätään merkittävästi osatyökykyisten työssä pysymistä ja työllistymistä avoimille työmarkkinoille.

Kuvaus

Muutetaan osatyökykyisten asema työmarkkinoilla. Tehostetaan palvelujärjestelmän toimintaa osatyökykyisten työllistymistä tukevaksi, toteutetaan ammattilaisten osaamisen nostaminen laajalla koulutusinterventtiolla, rakennetaan toimintamallit hoitoon ja kuntoutukseen ohjaukseen, lisätään vammaisten yrittäjyyttä sekä parannetaan työkyvyttömyyseläkkeen ja ansiotulojen yhteensovittamista.

Päätöimet

1. Tehostetaan osatyökykyisten työllistymistä tukevan palvelujärjestelmän toimintaa koulutusintervention, työkyvytkoordinaattorimallin, kuntapilottien ja muiden työllistymistä tukevien uudistusten avulla
2. Lisätään vammaisten yrittäjyyttä ja tehostetaan pk-yritysten mahdollisuuksia palkata osatyökykyisiä
3. Tuotetaan käytännön tietoa kannustinloukuista niiden purkamiseksi

Kuva 5. Osatyökykyisille tie työelämään. Kärkihanke 5 hallitusohjelman Hyvinvointi ja terveys -painopistealueella (Lähde: Toimintasuunnitelma... 2015)

6 Nuorisotakuuta yhteisötkuun suuntaan

Tavoite

Tuetaan nuorten elämänhallintaa, opintopolkujen rakentumista ja työllistymistä. Syvennetään yhteistyötä nuorten tukemisessa ja kootaan hyvät toimintatavat hyödynnettäväksi valtakunnallisesti.

Kuvaus

Kehitetään nuorisotakuumallia, taataan koulutuspaikka ja vahvistetaan nuorten sosiaali- ja terveyspalveluita

Päätöimet

1. Kehitetään nuorisotakuusta malli, jossa vastuu yhdellä taholla (yhteisötakuu).
2. Kaikille peruskoulun päättävälle nuorille taataan koulutuspaikka
3. Vahvistetaan nuorten sosiaali- ja terveyspalveluita, mielenterveyspalveluita sekä taataan kuntoutuspaikat

Kuva 6. Nuorisotakuu yhteisötkuun suuntaan. Kärkihanke 6 hallitusohjelman Osaaminen ja koulutus -painopistealueella Lähde: Toimintasuunnitelma... 2015)

Vaikka Sipilän hallitusohjelmassa painotetaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, on samanaikaisesti huomioitava, että monet hallitusohjelman toteuttamiseen liittyvät leikkaukset heikentävät sosiaaliturvaa ja siten hyvinvoinnin edellytyksiä erityisesti perusturvan varassa olevilla. Perusturvan parannukset 2010-luvulla kuroivat kiinni 1990-luvun laman jälkeen alkanutta perusturvan heikentymistä suhteessa väestön yleisen tulotason kehitykseen esimerkiksi eläkeläisillä ja työttömillä. Hallitusohjelmassa esitettyjen muutosten arvioidaan kasvattavan tuloeroja. Monet kärkihankkeet ovat sinänsä kannatettavia, mutteivät välttämättä pysty ”paikkaamaan” perusturvaan liittyvien supistusten aiheuttamia haittoja. Sipilän hallitusohjelmasta löytyy kuitenkin joitakin huono-osaisuuteen liittyviä kehittämisalueita liittyen mielenterveyteen, yksinäisyyteen, kuntoutusjärjestelmän asiakkaisiin, yksineläviin ja päihdekuntoutukseen.

Hallitusohjelmaan sisältyvistä leikkauksista huolimatta hallitusohjelman toimintasuunnitelmassa on muutamia kärkihankkeita, joita voidaan pitää mielenterveyden ja hyvinvoinnin kannalta tärkeinä. Hallitusohjelma on tarttunut mielenterveys- ja päihdesuunnitelman myötä kehittyneeseen, mutta edelleen kehittämistyötä vaativaan kokemusasiantuntijatoimintaan. Vaikka siitä on saatu hyviä kokemuksia niin yksilökuin organisaatiossa (luku 5), haasteena on erityisesti toiminnan – sekä kokemusasiantuntijakoulutuksen että varsinaisen kokemusasiantuntijatoiminnan – vakiinnuttaminen.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi nostetaan esille valmisteilla oleva toimenpidekokonaisuus ”Yhteistyöllä hyvinvointia ja terveyttä 2025” sekä Työterveys 2015 -linjaukset. Vuoden 2015 lopussa voimaan tuleva ehkäisevän päihdetyön laki (523/2015) ja sitä tukeva toimintaohjelma ovat osaltaan tukemassa toimenpidekokonaisuudessa esille nostettuja teemoja. Alkoholien ja huumausaineiden käyttö, tupakointi ja rahapelaaminen ovat keskeinen hyvinvoinnin ja terveyden riskitekijä, johon voidaan vaikuttaa monilla kansallisilla, alueellisilla ja paikallisilla keinoilla. Terveystieteiden suurin osa selittyy alkoholien käytöllä ja tupakoinnilla. Tärkeää on riskitekijöiden vähentäminen ja suojaavien tekijöiden vahvistaminen.

Vaikka eriarvoisuuden vähentäminen on ollut läpileikkaava ajatus mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa, sen mukainen kehittämistoiminta on ollut riittämätöntä, kun tulosta arvioidaan kuolleisuuseroilla, toimeentuloturvan kehityksellä tai työllisyysmahdollisuuksien lisääntymisellä. On ensiarvoisen tärkeää, että eriarvoisuuden vähentämiseen tähtäävää työtä jatketaan. Mielenterveys- ja päihdeongelmaiset ovat niitä väestöryhmiä, jotka helposti jäävät työelämän ulkopuolelle ja siksi osatyökykyisten työelämäpolkujen kehittäminen on tärkeä hanke myös mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kannalta.

Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelmalla pyritään kokonaisvaltaisempaan lapsiperheiden palvelukokonaisuuteen. Tämä on kannatettavaa, jotta perheet saavat nykyistä paremmin tukea mielenterveyden kehityksen kannalta kriittisinä varhaisvuosina. Varhaislapsuus nuoruusikään on erityisen herkkää aikaa. Näihin ikäryhmiin keskittyvät interventiot ovatkin erityisen tärkeitä. Mielenterveys ei ole kuitenkaan pysyvä ominaisuus, kuten ei fyysinen terveyskään, vaan sitä tulee hoitaa ja huoltaa. Lasten ja nuorten lisäksi on siis muistettava työikäiset ja ikääntyneet ja siten tarjottava mahdollisuuksia hyvään mielenterveyteen ja sen edistämiseen kaikissa ikäryhmissä ja kaikilla sektoreilla. Keskeistä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi on kuntiin jäävän ehkäisevän ja edistävän työn sekä sote-alueilla toimivien sote-palveluiden yhteistyön kehittäminen.

Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma tähtää koko lapsi- ja perhepalveluiden palvelukokonaisuuden muutokseen. Osa nykyisestä lainsäädännöstä ja ammattilaisten ymmärrys yhteistyön välttämättömyydestä ohjaa eri sektoreiden työntekijöitä tekemään yhteistyötä. Ruohonjuuritasolla tehdään verkostotyötä yksittäisten lasten ja perheiden asioiden käsittelemiseksi. Paikallishallinnossa ja valtionhallinnon tasolla toteutetaan yhteisiä kehittämishankkeita, suunnitelmia ja valmistellaan lainsäädäntöä. Silti esiintyy edelleen puutteita palveluiden hyvässä koordinaatiossa ja palvelujärjestelmä saattaa toimia useiden ongelmien kanssa kamppailevien perheiden näkökulmasta epätarkoituksenmukaisesti ja perheitä entisestään kuormittaan. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluiden monialaisen johdon on yhdessä luotava periaatteet, jotka mahdollistavat monialaisen yhteistyön asiakastyössä.

Palvelukokonaisuuksien johtaminen edellyttää johdolta yhteisistä tavoitteista sopimista, jottei tehdä päällekkäisiä tai keskenään ristiriitaisia toimia tai yhden sektorin säästöillä aiheuteta kuluja toiselle toimialueelle. Lisäksi tarvitaan monialaisia perus- ja täydennyskoulutuksen rakenteita, jotka vahvistavat lapsiperheiden palveluissa toimivien yhteistä osaamis pohjaa. Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin seu-

rantaa tulisi koota kokonaisuuksiksi, joissa katsotaan, miten lasten ja nuorten mielenterveys, päihdehäiriöt ja hyvinvointi sekä palvelut kehittyvät kokonaisuutena. (3.2 Santalahti ym.)

Hyvä arki on lapsen kehityksen kulmakivi. Mielenterveyden edistämisen kannalta on tärkeää varmistaa kaikille lapsille tasa-arvoinen pääsy laadukkaaseen varhaiskasvatukseen. Lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä, niitä tunnistetaan aikaisempaa paremmin ja erikoissairaanhoidon ohjautuminen on lisääntynyt viime vuosina. Perustasolla, jossa ongelmat tunnistetaan, tulisi olla käytössä vaikuttavia lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden hoitoon kehitettyjä varhaisvaiheen menetelmiä. Niiden kustannusvaikuttavuudesta on jo näyttöä. Kasvun tuki -hanke on lähtenyt vastaamaan kuntien toiveeseen ja on muiden pohjoismaiden mallin mukaan kehittämässä portaalia, jonne kerätään laadukkaita Suomessa jo käytössä olevia menetelmiä ja määritetään niiden tutkimusperustaisuus ja vaikuttavuus. Vaikuttavien psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto edellyttää paitsi johdon sitoutumista ja henkilöstön koulutusta myös keskitettyä menetelmien ylläpito-, koulutus- ja työnohjauksjärjestelmää. Haavoittuvassa asemassa olevien tai jo vaikeasti oireilevien lasten ja nuorten – kuten väkivaltaa kohdanneiden ja lastensuojelun piirissä olevien, varhaisista käytöshäiriöistä kärsivien, pakolais- ja turvapaikanhakijoiden ja turvapaikanhakijataustaisten sekä kehitysvammaisten ja -viiveisten – hoidon kehittämistä tulee jatkaa.

Hoidosta riippuvaisten ikääntyneiden määrä lisääntyy Euroopassa, myös Suomessa. Jo nyt suuri osa ikääntyneistä hoidetaan joko virallisten tai epävirallisten omaishoitajien voimin. Suuri osa näistä omaishoitajista kuuluu itsekin ikääntyneiden väestöryhmään ja kärsii pitkäaikaissairauksista ja/tai toimintakyvyn heikkenemisestä. Kuitenkin omaishoitajuus on kokoaikaista ja pitkäkestoista toimintaa, joka vaatii sekä fyysisiä että mielenterveydellisiä resursseja. Omaishoitajat kärsivät usein myös sosiaalisesta eristäytyneisyydestä, yksinäisyydestä sekä yhteiskunnallisen tuen puutteesta. Hallitusohjelma esittää ikäihmisten hoidon kehittämistä ja ylipäänsä omaishoidon vahvistamista. Tämä tulee olemaan erittäin tervetullut kädenojennus ja kun siihen yhdistetään koko väestöön keskittyvän kansallisen mielenterveyttä edistävän ja yksinäisyyden ehkäisyyn tähtäävän ohjelman käynnistys, nostetaan moni ennen näkymättömiksi jäänyt ihmisryhmä hyvinvoinnin edistämisen kohteeksi. Tähän liittyy myös yksinelävien yhteiskunnallisen aseman selvittäminen. Yksineläviä on Suomessa yli miljoona. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden suurin yksittäinen ihmisryhmä on juuri yksinelävät. Moni heistä lukeutuu myös köyhäksi ja elää toimeentulon rajoilla (Kauppinen ym. 2014). Kun puhutaan väestön viidenneksestä, ei voida ohittaa heidän käyttämiensä sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä fyysisen terveyden ja mielenterveyden ylläpitämisen ja edistämisen tarvetta. Omaishoitajat, yksinäiset, yksinelävät ja mielenterveys- ja päihdekuntoutujat sekä osatyökykyiset ovat niitä, jotka vähiten saavat ääntään kuuluviin. On hyvä, että hallitusohjelma viitoittaa jatkamaan näiden erityisryhmien parissa tehtävää työtä eriarvoisuuden vähentämiseksi.

Alkuperäisessä Sipilän hallitusohjelmassa yhtenä kehitettävänä asiana on mainittu myös päihdekuntoutuksen vaikuttavuuden tehostaminen, mutta se ei näy missään hallitusohjelman kärkihankkeessa. Pidempiaikaisen päihdekuntoutuksen käyttö viime vuosina vähentynyt, ja hoitajaksot ovat lyhentyneet. Päihdeongelmasta kuntoutuminen on pitkäkestoinen prosessi, jossa tarvitaan yksilölle annettavan ammatillisen avun, tuen ja hoidon lisäksi myös läheisten tukea. Myös vertaistuki voi olla tärkeä tukimuoto ammattihenkilöiden toteuttaman kuntoutuksen rinnalla tai sen osana.

9.4 Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä on jatkettava laajalla rintamalla

Tämä alaluku on kirjoitettu alkusyksystä 2015 olevan tiedon pohjalta tarjoamaan näkemyksiä mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnalliseen kehittämistyöhön sekä THL:n oman toiminnan painotuksiin. THL:n kehittämistyön painotuksia tullaan kuitenkin tarkentamaan mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ulkoisen arvioinnin sekä hallitusohjelman ja sote-uudistuksen etenemisen myötä.

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 on ohjannut kehittämistyötä joillakin alueilla hyvin eteenpäin. Asiakkaan aseman vahvistamisen osalta kokemusasiantuntija- ja vertaistoiminta on löytänyt eri puolilla Suomea tiiviin yhteyden ammatillisiin mielenterveys- ja päihdepalveluihin (luku 5). Psykiatrisen hoidon pakonkäyttö on vähentynyt useiden vuosien ajan. Ehkäisevän työn osalta mielenterveys- ja päihdestrategiatyö on auttanut kehittämään alueellista yhteistä mielenterveys- ja päihdetyötä. Matalan

kynnyksen, helpon sisään pääsyn mahdollistavia uudenlaisia integroitua palvelukokonaisuuksia on syntynyt esimerkiksi Eksoten alueella (4.3 Salmisaari, 3.1 Kempainen).

Joiltakin osin kehitystyö jatkuu osana hallitusohjelman kärkihankkeita: kokemusasiantuntijuuden mallintaminen, mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevä päihdetyö Yhteistyöllä hyvinvointia ja terveyttä 2025 -toimenpidekokonaisuuden osana, lasten ja nuorten mielenterveyden edistäminen ja palveluiden kehittäminen osana lasten ja perheiden palvelukokonaisuutta sekä osatyökykyisten työelämään pääsyn helpottamiseen tähtäävät toimet. Päihde-, tupakka- ja rahapelihaittojen ehkäisyä tehostava ehkäisevän päihdetyön laki (523/2015) saa tukeen vuoteen 2025 asti toimintaa suuntaavan Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelman. Toimintaohjelma on osa Yhteistyöllä hyvinvointia ja terveyttä -toimenpidekokonaisuutta ja siinä määritellään kansalliset tavoitteet ja painopisteet kehittämiskohteineen. Lähtökohtana on, että ehkäisevä päihdetyö on kattavaa, vaikuttavaa ja kustannustehokasta painopisteiden mukaisella työllä.

Hallitusohjelman Hyvinvointi ja terveys -painopistealueella mainitut toimet tulevat toteutuessaan antamaan tukea mielenterveyden edistämiseksi ja päihde- ja mielenterveysongelmien ehkäisyä sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämiseksi erityisesti lapsille, nuorille ja perheille tarkoitettujen palvelukokonaisuuksien osalta. Hallitusohjelmassa on myös toimia, jotka ovat haasteita mielenterveyden edistämiseksi ja voivat vaikuttaa vastakkaiseen suuntaan, kuten esimerkiksi päivähoitoon suunnitellut rajaukset. Ehkäisevän työn ja lasten ja nuorten palveluiden kehittämisen rinnalla tulee kehittää myös mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokonaisuutta – siis aikuisten ja ikääntyneidenkin palveluita. Myös siinä tarvitaan valtakunnallista ohjausta mielenterveys- ja päihdesuunnitelman jatkoksi mielenterveys- ja päihdepalvelujen riittävyyden, sisällön ja laadun varmistamiseksi.

Hallitusohjelmassa mainittu kokemusasiantuntijatoiminnan mallintaminen edesauttaa työn juurruttamista, mutta se vaatii edelleen myös valtakunnallista yhteistyötä niin sitä kehittävilta järjestötoimijoilta kuin julkisen sektorin kehittämistyötä tekevilta tahoilta. Sitä tulisi myös tutkia laaja-alaisesti. Osatyökykyisten työelämäpolkujen kehittäminen on tärkeää mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kannalta. Heidän pääsytään työmarkkinoille on tärkeä osa heidän voimaantumistaan, kuntoutumistaan ja tunnetta siitä, että he ovat osa tätä yhteiskuntaa. Työelämäpolkujen kehittämisen lisäksi on tärkeää kehittää myös työelämän ulkopuolella olevien mielenterveys- ja päihdeongelmaisten osallisuutta, terveyttä ja hyvinvointia tukevaa toimintaa järjestöjen ja julkisen sektorin yhteistyönä. Keinoja ovat esimerkiksi työttömien terveystarkastukset, päivätoiminta ja asumisen tuki.

Pitkään työelämän ulkopuolelle joutuneiden elämää uhkaa työttömyyden, rahattomuuden, poiskäännyttämisen kokemusten ja sosiaalisten suhteiden takia vaikeiden ongelmien, häpeän ja toivottomuuden kasautuminen. Tämän ihmisryhmän kanssa toimiminen vaatii uudenlaisia ja osallisuutta vahvistavia toimintatapoja. Tiedetään, että ihmisen psykologisten perustarpeiden tyydyttyminen lisää hyvinvointia ja onnellisuutta ja siksi psykologiset perustarpeet tulisi ottaa palveluiden ja erilaisten toimintojen suunnittelussa huomioon. Esimerkiksi Euroopan sosiaalirahaston (ESR) Sokra-hanke ja Raha-automaattiyhdistys koordinoivat hankkeita, joissa haetaan keinoja lisätä työelämän ulkopuolella olevien osallisuutta ja hyvinvointia. Sokra-koordinaatio ja RAY:n ohjelmat tarjoavat kunnille, järjestöille, oppilaitoksille ja yhteiskunnallisille yrittäjille tukea tietoperustaiseen työhön, kumppanuuksien solmimiseen, vaikuttavuusarviointiin, johtamiseen ja juurruttamiseen. Lisäksi ESR:n koordinaatiohankkeet tekevät horisontaalista yhteistyötä hyvien toimintatapojen löytymiseksi ja viemiseksi sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmään.

Mielenterveys- ja päihdetyön tärkeänä kehittämiskohteena tulee olemaan myös sote-uudistus. Mielenterveys- ja päihdetyölle on tärkeä saada riittävän vahva asema näiden ongelmien ja häiriöiden yksilöille ja yhteiskunnalle aiheuttamaan taakkaan nähden. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio voi tukea mielenterveys- ja päihdepotilaiden kuntoutumista, kun voidaan kehittää kokonaisvaltaisia, toimivia hoitoketjuja. Tupakasta vieroittautumiseen tähtäävä hoito sekä rahapeliongelmiin hoito tulee myös ottaa huomioon kehitettäessä mielenterveys- ja päihdepalveluita.

Sote-integraatio voi parhaimmillaan helpottaa myös mielenterveys- ja päihdeongelmaisten somaattisten sairauksien hoitoa, joka ongelmana on usein jätetty vähälle huomiolle. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien fyysisen terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy jää usein taka-alalle, vaikka yhteissairastavuus on yleistä. Tähän tulisi kiinnittää huomiota joko tehostamalla fyysisiin terveysongelmiin liittyvää ehkäisyä

erityispalveluissa tai kehittämällä mielenterveys- ja päihdeongelmallisille tarkoitettujen palveluiden yhteistyötä somaattisten palveluiden kanssa varmistamaan mielenterveys- ja päihdekuntoutujien somaattisen terveyden hyvää seurantaa ja hoitoa. Ehkäisevä työ on erityisen tärkeää nuorten potilaiden kohdalla ja hoidon alkuvaiheessa. Huomion kiinnittäminen elintapoihin vahvistaisi myös mielenterveyttä. Kuntoutujien osallisuuden vahvistaminen palveluiden ja hoitoketjujen suunnittelussa voi tuoda myös tähän ongelmaan ratkaisuja.

Hoidon ja kuntoutuksen kehittämisessä tarvitaan tulevaisuudessa myös mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämistä ohjaavaa yhteistä, valtakunnallista linjausta. Linjauksen tulisi ohjata ennen kaikkea palvelujen sisältöjä. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää palveluiden saatavuuteen ja laatuun, koska isot rakenteelliset muutokset voivat johtaa myös nykyisissä hoitopalveluissa olevien katoamiseen hoitopalveluiden piiristä tai hoitoon pääsyn kynnyksen nousemista palveluiden keskittämisen vuoksi. Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kehittämisessä tarvitaan julkisen sektorin lisäksi myös hyvää yhteistyötä järjestöjen kanssa. Tämä on tärkeää järjestöissä olevan erityisosaamisen hyödyntämiseksi mielenterveys- ja päihdeongelmaisten kokonaisvaltaisen avun, tuen, hoidon ja kuntoutuksen varmistamiseksi. Vertaistuki pitäisi jatkossa nähdä olennaisena osana mielenterveys- ja päihdehoitoa ja kuntoutusta. Kokemusasiantuntijoiden mukaan ottaminen pitkäjänteiseen palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen auttaa kehittämään kokonaisvaltaisia hoitokokonaisuuksia erikoistuneiden ja eriytyneiden palveluiden sijaan.

Sote-uudistuksen yhtenä uutena ja suurena haasteena on ehkäisevän ja edistävän työn sekä sote-palveluiden yhteistyön varmistaminen. Ehkäisevän työn koordinaatiovastuu jää kuntiin, koska hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ tapahtuu kuntatasolla monialaisissa verkostoissa. Ehkäisevää työtä tehdään myös muualla kuin sosiaali- ja terveyssektorilla, kuten koulumaailmassa, nuorisotyössä, vapaa-ajan ympäristöissä ja työpaikoilla. Pahimmassa tapauksessa voi olla, että edistävä ja ehkäisevä työ jäävät paitsioon. Sote-puolen tilaajaorganisaatiot tilaavat suoriteperusteisia sosiaali- ja terveyspalveluita, eivätkä välttämättä ole kiinnostuneita siitä, mitä tapahtuu muilla hallinnonaloilla. Tämän vuoksi THL:n pitää sote-uudistuksen tukemisessa ja ohjauksessa huolehtia siitä, ettei mielenterveys- ja päihdetyössä tapahdu kuvattunlaista kapeutumista. Sote-uudistuksessa on varmistettava myös kuntiin jäävän toiminnan (esimerkiksi varhaiskasvatuksen, nuorisotyön, asumispalveluiden, työllistämispalveluiden) hyvä yhteistyö sote-puolen toimijoiden kanssa luomalla yhteistyölle pysyvät rakenteet.

THL tulee osallistumaan omalta osaltaan mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen niin edellä mainituissa hallitusohjelman mukaisissa kärkihankkeissa kuin myös laaja-alaisessa yhteistyössä ehkäisevän työn ja palvelujärjestelmän kehittämisessä. Ehkäisevän päihdetyön osalta laki (523/2015) määrittää THL:n tehtäväksi ehkäisevän päihdetyön kansallisen ohjauksen ja kehittämisen. Sote-uudistuksen osalta ei vielä tämän raportin kirjoittamisen aikaan ollut tiedossa siihen liittyviä itsehallintoalueita koskevia ratkaisuja, eikä siten myöskään siihen liittyvää kehittämisrakennetta. THL tulee kuitenkin olemaan omien perustehtäviensä myötä monella tavalla mukana myös mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisessä.

THL:lla on tärkeä rooli tiedon tuottajana ja välittäjänä. Ehkäisevän päihdetyön laissa korostetaan sitä, että paikallistason työn tulisi perustua tietoon päihdeoloista. Sote-palvelujärjestelmän laajan muutoksen yhteydessä tarvitaan tietoa erityisesti mielenterveys- ja päihdeongelmaisten hoitoon pääsystä, hoidon sisällöstä sekä hoidon tuloksista muuttuvissa rakenteissa. Erityistä huomiota on syytä kiinnittää lasten, nuorten ja perheiden tilanteesta ja palveluiden käytöstä saatavaan tietoon. Monipuolista tutkimus- ja seurantatietoa tarvitaan mielenterveys- ja päihdeongelmien esiintyvyydestä ja määrittäjistä, niiden heijastumisesta hyvinvointiin sekä hyvinvointiin vaikuttavasta yhteiskuntapolitiikasta. Terveyden ja hyvinvoinnin erojen vähentäminen vaatii erityisen huomion kiinnittämistä esimerkiksi perustoimeentulon tasoon. Pitkäaikaisista mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät ovat usein hyvin niukan perustoimeentuloturvan varassa ja sen parantaminen on heidän kannaltaan keskeistä. Esimerkiksi lapsiperheiden köyhyyden vähentäminen edellyttää perheiden tulonsiirtojen, palvelumaksujen, vähimmäispalkkojen ja toimeentulon kannalta epäjatkuvuutta ja epävarmuutta tuovien 0-työsopimusten tai pätkätyösopimusten vaikutusten kokonaisvaltaista tarkastelua poliittisen päätöksenteon tueksi. THL:n tulee voida tarjota sille kertyvää tietoa helposti ja väestöryhmittäin. THL:lla on kehitetty kerätyn rekisteri-, tilasto- ja tutkimustiedon pohjalta monipuolisia seuran-

taidikaattoreita, kuten valtakunta-, alue- ja paikallistason seurantaan tarkoitettu Sotkanet ja Hyvinvointikompassi.

Tiedon tuottaminen myös uusista teemoista, kuten positiivisesta mielenterveydestä, on erittäin tärkeää. Tietopohjan kasvattaminen positiivisesta mielenterveydestä on erityisen haasteellista. Mielen hyvinvointi ja pahoinvointi ovat kaksi erillistä ulottuvuutta. Aito kokemus resilienssistä (käännetään usein joustavuudeksi) eli psyykkisistä voimavaroista ja voimaantuneesta olotilasta auttaa ylittämään elämän erilaiset haasteet. Resilienssi vaihtelee elämän osa-alueittain ja tilanteittain – yhdessä asiassa voi olla resilientti ja toisessa ei. Mielenterveyden häiriöistä kärsivien henkilöiden mielenterveyttä voidaan edistää. (Keyes 2005.) Perinteisten mielenterveyden mittareiden – mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyden, mielenterveyspalvelujen käytön ja itsemurhakuolleisuuden – sijaan tulisi ottaa käyttöön positiivista mielenterveyttä, resilienssiä ja kukoistusta mittaavia mittareita. Muun muassa Skotlannissa, Australiassa ja Kanadassa on jo lähestytty mielenterveyttä politiikkatasolla ensisijaisesti tästä näkökulmasta mielenterveyshäiriöiden ehkäisyyn sijaan. Esimerkiksi Skotlannissa positiivista mielenterveyttä mitataan jo väestötasolla. Suomesta puuttuu koko väestön tasolta pitkän aikavälin seurantatietoa hyvästä mielenterveydestä. Jos kuitenkin aloitamme nyt, on meillä jo 10 vuoden päästä tutkittua tietoa positiivisen mielenterveyden kehittymisestä. Vaikka taloudellinen tilanne pakottaa tekemään valintoja, emme voi jäädä enempää jälkeen hyvän mielenterveyden edistämässä. Nyt tehtävät valinnat viitoittavat tien pidemmälle tulevaisuuteen. Väestön kasvava hyvinvointi, vähentynyt päihteiden käyttö ja tupakointi sekä positiivinen mielenterveys tulevat lisäämään tuottavuutta, vähentämään sairaslomista ja työkyvyttömyyseläkkeistä koostuvia kustannuksia ja parantamaan fyysistä terveyttä kaiken ikäisillä.

THL:n rooli valtakunnallisella tasolla mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisessä tulee muotoutumaan tarkemmin sote-uudistukseen ja itsehallintoalueisiin liittyvien ratkaisujen myötä. THL on nykyisin monella tavalla mukana kunnissa ja kuntayhtymissä tapahtuvassa kehittämistyössä. Nämä kaksi roolia eli tieteellisen tiedon tuottaminen ja välittäminen sekä kehittämistyö onkin nähtävä toinen toistaan tukevana ja tehostavana toimintana, jonka varmistaminen myös tuleville vuosille on tärkeää. THL:lla on monipuolista verkostomaista työskentelyä ja se on laajasti mukana kehittämishankkeissa. THL voi olla sillanrakentaja ja ohjata ja tukea tavoitteen mukaista toimintaa kentällä verkostoimalla kuntatason ehkäisevän työn ja sote-alueiden vastuulle tulevien palveluiden toimijoita ja tuottamalla relevanttia tietoa päätöksenteon tueksi. THL:n tulee myös tukea näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönottoa sekä osallistua Käypä hoito -suositusten laadintaan ja edistää niiden käyttöön ottoa.

THL:n mielenterveytyössä edistävän työn toivotaan painottuvan aikaisempaa enemmän tekeillä olevan Yhteistyöllä hyvinvointia ja terveyttä 2025 -toimenpidekokonaisuuden painotusten mukaisesti. Tärkeänä kehittämiskohteena nähdään edelleen myös ehkäisevä päihdetyö, jossa laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä ja siihen liittyvä toimenpideohjelma yhdistää alkoholin ja huumausaineiden käyttöön, tupakointiin ja rahapeliongelmiin ehkäisyyn liittyvää työtä. Suojaavien tekijöiden vahvistamisella ja riskitekijöiden vähentämisellä sekä yhteistyöllä on suuri merkitys mielenterveys- ja päihdetyön onnistumiselle. Tätä tietoa tarvitaan myös poliittisen päätöksenteon tueksi.

THL jatkaa myös mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009–2015 aikana sen omissa kärkihankkeissa (luku 8.1) tehdyn työn tukemista monella alueella: kokemusasiantuntijatyön vakiintuminen, pakon käytön vähentyminen psykiatrisessa hoidossa, ylisukupolvisten ongelmien ehkäisy, itsemurhien ehkäisy, matalakynnyksisen ja koordinoitun mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kehittyminen ja sen osana rahapeliongelmiin hoidon kehittyminen, asumisen kehittäminen sekä lainsäädännön valmisteluun osallistuminen. Jatkossa on varmistettava myös THL:n sisäisen yhteistyön jatkaminen ja laajentaminen päihde- ja mielenterveytytyössä: edistävää ja ehkäisevää työtä, peruspalvelutasolla ja erityispalveluissa toteutettava hoito ja kuntoutus, erityisesti lasten, nuorten ja perheiden palvelut, asumispalvelut, toimeentulo ja osallisuus.

Uutena ja viime aikoina näkyvästi esillä olevana haasteena on nopeasti lisääntynyt maahanmuuttajien ja erityisesti turvapaikanhakijoiden määrä. Turvapaikanhakijoiden vastaanotto ja siihen liittyvä palvelujen järjestäminen on sisäministeriön vastuulla ja STM:n hallinnonalan työ kohdentuu pitkäjänteiseen maahanmuuttajien terveyden ja hyvinvointiin liittyvään työhön. Turvapaikanhakijoiden terveyden ja hyvinvointiin liittyy myös laaja kirjo asioita, joista moniin löytyy asiantuntemusta THL:stä. THL:n aihesivuille (ks.

www.thl.fi => Aiheet => Maahanmuuttajat ja monikulttuurisuus) on jo koottu myös turvapaikanhakijoiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyvää tietoa, joka on hyödynnettävissä vastaanottotyössä. THL:ssä tehtävää turvapaikanhakijoita koskevaa pitkäjänteistä työtä varten tullaan laatimaan THL:n sisäinen laitostason toimenpidesuunnitelma, joka kattaa sekä akuutit että pitkän tähtäimen tarpeet. Toimenpiteet pohjautuvat THL:n strategiaan ja monipuoliseen osastojen ja yksiköiden yhteistyöhön.

Lähteet

- Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Aiheet-verkkosivusto. Verkossa (01.11.2015): <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet>.
- Toimintasuunnitelma strategisen hallitusohjelman kärkihankkeiden ja reformien toimeenpanemiseksi. 2015. Hallituksen julkaisusarja 13/2015. Verkossa (1.11.2015): <http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus>.
- Kauppinen, T.; Martelin, T.; Hannikainen-Ingman, K. & Virtala, E. (2014) Yksin asuvien hyvinvointi – Mitä tällä hetkellä tiedetään? THL Työpaperi: 2014_027.
- Keyes, C. (2005) Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73 (3), 539-547.
- Maailman terveysjärjestö (2013) Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma. World Health Regional Office for Europe, Copenhagen. https://www.thl.fi/documents/10531/115966/Euroopan_mielenterveyden_toimintasuunnitelma_LOPULLINEN.pdf
- Mielenterveyden ja hyvinvoinnin yhteistoimen verkkosivut. 2015. <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/publications>
- Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma. 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Verkossa (1.11.2015): <http://valtioneuvosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma>.
- Tamminen, N. & Solin, P. (toim) (2013) Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa. THL opas 27/2013.
- WHO:n kansanterveystavoitteet edellyttävät pitkäjänteistä työtä alkoholihaittojen vähentämiseksi. 2015) Tutkimuksesta tiiviisti 7, huhtikuu 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkossa (1.11.2015): <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-454-0>.
- World Health Organisation (2014) Preventing suicide. A global imperative. World Health Organisation, Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1

10 Artikkelitiivistelmät

Airi Partanen, Juha Moring, Viveca Bergman, Jouko Karjalainen, Minna Kesänen, Jaana Markkula, Mauri Marttunen, Saini Mustalampi, Esa Nordling, Timo Partonen, Päivi Santalahti, Pia Solin, Tytti Tuulos, Sanna Wuorio (toim.). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 20/2015. Helsinki 2015.

Luku 1. Millaiselta mielenterveys- ja päihdeongelmakenttä näyttää vuonna 2015?

1.1 Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyyden ja sairastuvuuden kehitys Suomessa

Jaana Suvisaari tarkastelee mielenterveys- ja päihdehäiriöiden yleisyyttä. Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyvä sairaustaakka on lisääntynyt viime vuosikymmeninä. Suomessa masennushäiriöt yleistyivät aikuisväestössä vuodesta 2000 vuoteen 2011. Aivan viime vuosina on kuitenkin ollut suotuisampia kehityskulkuja. Työkyvyttömyyseläkkeellä mielenterveys- tai päihdehäiriöiden vuoksi olevien osuus 25–64-vuotiaista saavutti huippunsa vuosina 2007–2010. Masennuslääkkeiden käyttö kasvoi väestössä tasaisesti vuoteen 2011 asti, mutta on sen jälkeen kääntynyt laskuun. 16–24-vuotiaiden kohdalla vastaavaa suotuisaa kehitystä ei kuitenkaan ole havaittu työkyvyttömyyseläkkeissä eikä lääkkeiden käytössä.

1.2 Mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyvä kuolleisuus

Jaana Suvisaaren toisessa artikkelissa tarkastellaan kuolleisuutta. Mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyy huomattava ennenaikaisen kuoleman riski. Maailmanlaajuisesti mielenterveyshäiriöihin liittyy yli kaksinkertainen kuolleisuus muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna, ja ero muuhun väestöön verrattuna on kasvanut viimeisen 20 vuoden aikana. Suuri osa kuolleisuudesta liittyy tautikuolemiin, mutta mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyy myös moninkertainen itsemurhariski muuhun väestöön verrattuna. Käytännössä vakavaa mielenterveys- tai päihdehäiriötä sairastavat kuolevat Suomessa 10–25 vuotta nuorempina kuin muu väestö. Tilanteeseen voidaan vaikuttaa sekä ennaltaehkäisyä että sairauksien tunnistamista ja hoitoa kehittämällä.

1.3 Itsemurhakuolleisuus ja itsemurhien ehkäisy

Timo Partonen käsittelee itsemurhakuolleisuutta ja itsemurhien ehkäisyä. Maassamme ei ole erillistä itsemurhien ehkäisyohjelmaa, mutta itsemurhien ehkäisy oli yksi Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman painopisteistä. Huolimatta itsemurhakuolleisuuden pienenemisestä ja myönteisestä muutoksesta itsemurhien ehkäisy vaatii jatkuvaa työtä. Nyt Suomessa tarvitaan itsemurhien ehkäisemiseksi tiedottamisen ohella myös muita keinoja. Artikkelissa esitetään itsemurhien ehkäisyyn neljä keskeistä keinoa.

Luku 2. Näkökulmia ehkäisevään ja edistävään mielenterveys- ja päihdetyöhön

2.1 Käsitteet liikkeessä – rakenteet muutoksessa

Tytti Tuulos pohtii mielenterveyden edistämiseksi ja ehkäisevälle päihdetyölle tarvitaan yhtenäisempää ja laaja-alaisempaa käsitteen määrittelyä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä tulisi tarkastella integroivana, monen eri hallinnonalan yhteisenä toiminta-alueena, johon myös mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö katsotaan kiinteästi kuuluvan. Ne tulisi nähdä investointina ihmisiin ja tulevaisuuteen.

2.2 ”Vuoropuhelua ja yhdessä tekemistä” – kokemuksia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kehittämistä viidessä pohjalaiskunnassa

Heli Hätönen ja Jarkko Pirttimäki kuvaavat Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän ja Kuntatuki-hankkeen kehittämistyötä, jossa hyödynnettiin hyvinvointia edistävää, hallintorajat ylittävää ja monialaisella tiedolla johtamista. Siinä tarvitaan tietoa kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä niihin yhteydessä olevista tekijöistä, pysyvät poikkihallinnolliset yhteistyö- ja toimeenpanorakenteet sekä toiminnan koordinaatio.

2.3 Ehkäisevän päihdetyön koordinaatio kunnissa – hyviä malleja ja tulevaisuuden haasteita

Katariina Warpenius, Minna Kesänen ja Jaana Markkula tarkastelevat kuntien ehkäisevän päihdetyön järjestämistapoja koordinaation näkökulmasta. On tärkeää luoda koordinaatorakenteita, joissa huomioidaan ehkäisevän päihdetyön verkostomainen työtapo, monialaisuus sekä paikalliset resurssit ja tarpeet. Työllä on tiivis yhteys terveyden, hyvinvoinnin ja mielenterveyden edistämiseen. Kunnan nimeämän toimielimen tehtävä on huolehtia ehkäisevän päihdetyön monialaisen ja paikallisen luonteen säilyttämisestä.

2.4 Alkoholin saatavuuden säätely osana alkoholihaittojen ehkäisyä

Thomas Karlsson pohtii alkoholin saatavuuden säätelyä alkoholipoliittisena keinona. Merkittävä osa yhteiskuntaa kuormittavista alkoholihaitoista syntyy valtaväestön alkoholinkulutuksesta satunnaisen humalajuomisen tai pitkällä aikavälillä kumuloituvien riskien seurauksena. Tästä syystä on tärkeää, että alkoholipoliittikan ydin perustuu toimenpiteisiin, joilla rajoitetaan alkoholijuomien fyysistä tai taloudellista saatavuutta ja vähentävät haittariskejä koko väestössä.

2.5 Paikallisia avauksia rahapelihaittojen ehkäisyyn

Minna Kesänen artikkelissa rahapelihaittojen ehkäisy määritellään tarkoittamaan yleisesti kaikkia niitä toimia joilla vähennetään rahapelaamisesta yksilölle, läheisille ja yhteiskunnalle aiheutuvia haittoja. Artikkelin on uuden ehkäisevän päihdetyön lain toimeenpanoon liittyvä keskustelun avaus rahapelihaittojen ehkäisemiseksi ja esittelee esimerkkejä toimivista keinoista ja niiden toteuttamiseen liittyvistä haasteista ja mahdollisuuksista Suomessa.

2.6 Vertaileva pohjoismainen näkökulma edistävään ja ehkäisevään työhön ja sen rakenteisiin

Maritta Vuorenmaa ja Marjo Hannu-Jama vertailevat pohjoismaista edistävää ja ehkäisevää työtä. Vaikutavat, taloudelliset ja saatavilla olevat edistävät ja ehkäisevät hyvinvointipalvelut ovat kaikissa Pohjoismaissa ajankohtaisia kysymyksiä. Mielenterveyden edistäminen ja päihdehaittojen ehkäisy ovat ensisijaisia sosiaalisesti kestävä kasvun ja hyvinvoinnin edellytystekijöitä niin kansallisella tasolla kuin kunnissa. Kuntatasolla tarvitaan visiota hyvinvointikunnasta, jonka tavoitteita myös uusi kuntalaki mahdollistaa ja uudistuva sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö tukee.

Luku 3. Hoito ja kuntoutus toipumista tukemassa

3.1 Miten Eksoten mielenterveys- ja päihdepalveluissa hävitettiin jonot?

Juha Kemppinen kuvaa, miten Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksoten) mielenterveys- ja päihdepalveluissa hävitettiin jonot. Eksoten integroiduissa mielenterveys- ja päihdepalveluissa eli aikuisten psykososiaalisissa palveluissa pyritään toiminnot kuvaamaan ja käsittelemään prosesseina. Kannustinjärjestelmien kehittäminen julkiseen palvelujärjestelmään on välttämätöntä, ja kannustimet olisi kohdennettava ensisijaisesti etulinjan työntekijöille. Eksote on esimerkkinä siitä, että julkinen palvelujärjestelmä on mahdollista tehdä tuottavaksi, tehokkaaksi ja vaikuttavaksi, kun nykyisiä resursseja järjestetään uudella tavalla.

3.2 Länsi-Suomen mielenterveyskysely 2005–2014

Kristian Wahlbeck, Johanna Nordmyr, Kaarina Reini, Anna Forsman, Esa Aromaa, Fredrica Nyqvist, Kjell Herberts kuvaavat joitakin tuloksia Länsi-Suomen mielenterveyskyselystä, jolla on seurattu Pohjanmaa-hankkeen vaikutuksia kolmen vuoden välein vuodesta 2005 neljällä mittarilla. Mielenterveyspalveluiden saatavuus on kohentunut alueen terveyskeskuksissa, mutta hanketoimet eivät näytä johtaneen itseraportoidun masennusoireilun vähenemiseen. Viesti masennuksesta sairautena ei ole riittävä stigman vähentämiseen tähtäävissä hankkeissa. Pohjanmaa-hanke on ollut luomassa uusia toimintamuotoja, mutta tulosten näkymiseksi väestön mielenterveydessä työtä on tehostettava ja toimintalinjoja tarkasteltava kriittisesti.

3.3 Onnellisista lapsista terveiksi aikuisiksi – katsaus epidemiologiaan ja auttamiskeinoihin

Päivi Santalahti, Päivi Petrelius ja Päivi Lindberg käsittelevät lasten ja nuorten mielenterveyden tukemista kolmen keskeisen toimijatahon – lasten terveyspalvelujen, varhaiskasvatuksen ja lastensuojelun – näkökulmista sekä näiden tahojen yhteistyön edellytyksiä. Artikkelissa kuvataan kullakin alueella tehtyä viimeaikaista kehittämistyötä. Erikoistuneisiin ”palveluputkiin” jaettu järjestelmä hoitaa kuitenkin lasten, nuorten ja perheiden tuen tarpeita usein toisistaan erillään, jolloin kuormittavassa elämäntilanteessa elävät perheet joutuvat sopeutumaan useiden samanaikaisten palvelujen ja tukiprosessien vaatimuksiin ja odotuksiin. Artikkelin lopussa painotetaan lasten, nuorten ja perheiden palvelukokonaisuuksien kehittämistä lainsäädännön, yhteen sovittavan johtamisen, palvelukokonaisuuksien seurannan sekä jaetun osaamisen avulla.

3.4 Nuorison tilanne – miksi nuoret syrjäytyvät vai syrjäytyvät?

Mauri Marttunen ja Henna Haravuori tarkastelevat nuorison tilannetta. Mielenterveys- ja päihdehäiriöt aiheuttavat pääosan nuorten ja nuorten aikuisten terveyshaitoista ja ovat merkittävä syrjäytymisen ja pitkäaikaisen työkyvyttömyyden riskitekijä. Päihdehäiriöiden ja perustason hoidon osalta alaikäisten palvelujärjestelmä on pirstaleisempi kuin nykyinen nuorten mielenterveyshäiriöiden erikoissairaanhoidon hoitojärjestelmä. Nuorten mielenterveyshäiriöitä ja palveluita ja niiden käyttöä – tai käyttämättömyyttä – koskevaa parempaa tutkimustietoa tarvitaan. Nuorten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden palvelujärjestelmän tulisi olla samanaikaisesti integroitu ja porrastettu: vaikeimpien häiriöiden hoidon intensiivistä ja häiriöspesifistä keskitetyissä yksiköissä, kun taas yleisemmän ja lievemmän oireilun hoito- ja tukikeinojen lähellä nuorten arkiympäristössä.

3.5 Kannabis ja päihdepalvelujärjestelmä

Christoffer Tigerstedt, Karoliina Karjalainen ja Kristiina Kuussaari pohtivat viimeisimmän väestötutkimuksen tuloksia erityisesti kannabiksen osalta. Kun vuonna 1992 viisi prosenttia ilmoitti käyttäneensä kannabista vähintään kerran joskus elämässään, vastaava luku vuonna 2014 oli 19 prosenttia. Kannabiksen käytön lisääntymisen rinnalla asenteet kannabista kohtaan ovat lientyneet. Kannabis esiintyy sosiaali- ja terveydenhuollossa melko usein oheispäihteenä ja harvemmin ensisijaisena päihteenä. Koska kannabiksen käyttö on yleistymässä, on todennäköistä että hoidon ja tuen tarve tulee lisääntymään lähivuosina.

3.6 Työterveyshuolto mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien työntekijöiden hyvinvoinnin ja työkyvyn tukena

Teija Kivekäs, Leena Hirvonen ja Maire Laaksonen kirjoittavat mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien työntekijöiden työterveyspalveluista. Masennus on edelleen yleisin työkyvyttömyyseläkkeen peruste Suomessa. Hyvän työterveyshuoltokäytännön mukainen työterveyspainotteinen sairaanhoito on osa työkyvyttömyyden ehkäisyä. Sen sisältöön vaikuttaa kuitenkin työpaikan ja työterveyshuollon välinen työterveyshuoltosopimus. Masennuksesta toipuvien asteittaisen työhön paluun helpottamiseksi on lisääntyvästi hyödynnetty osasairauspäivärahaetuutta sekä ammatillisena kuntoutuksena toteutettavaa työkokeilua. Uutena haasteena on löytää keinoja huonosti työelämään kiinnittyneiden mielenterveyden häiriöistä kärsivien nuorten työllistymisen ja työssä pysymisen tukemiseksi.

3.7 Rahapeliongelmat työterveyshuollon haasteena

Tapio Jaakkola tuo esille uuden haasteen työterveyshuollon työssä: rahapeliongelmat, niiden ehkäisyn ja tunnistamisen työpaikoilla. Työterveyshuollossa tulisi ottaa huomioon – ja puheeksi – myös rahapeliongelmat, joiden seurauksiin, kuten unettomuuteen, stressiin tai masennukseen, voidaan hakea apua juuri työterveyshuollosta. Oireiden hoidon lisäksi tulee vaikuttaa myös syyhyn, rahapeliongelmaan.

3.8 Unohdetut työttömät

Jouko Karjalainen toteaa mielenterveyden edistämiseen sijoitetun pääoman palautuvan jo vuodessa, ja tuotto on viisi kertaa suurempi kuin sijoitettu pääoma. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, joista päihdeongelmat tavallisimpia, ovat yleisin syy (yli 40 %) työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiseen. Ongelman laajuuteen nähden työttömien päihde- ja mielenterveysongelmien huomioiminen tai työttömyyden huomiointi erityisenä mielenterveys- ja päihdeongelmien riskitekijänä on ollut riittämätöntä tehdyssä kehittämistyössä. Työttömien parempi huomioiminen on tarpeen jatkotyössä kehitettäessä esimerkiksi päivä- ja toimintakeskuksia sekä kuntouttavaa työtoimintaa.

3.9 Iäkkäiden ihmisten alkoholinkäyttö ja palvelujärjestelmä

Anni Vilkkonen ja Riitta Koivula käsittelevät iäkkäiden ihmisten alkoholinkäyttöä ja palvelujärjestelmää. Eläkeikäisten alkoholin käyttö on yleistynyt 2000-luvulla. Säännöllinen käyttö on lisääntynyt niin naisilla kuin miehillä. Yleistyneellä alkoholin käytöllä on monia seuraus- ja yhteisvaikutuksia osin riippumatta käytön määrästä: mielenterveysongelmia, kuten ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta, itsemurhan ja taloudellisen hyväksikäytön riski, kroonisten sairauksien hoito, suurentunut tapaturmariski. Alkoholinkäyttö saa aikaan merkittävää hoidon ja palveluiden tarvetta ja käyttöä. Tulevaisuudessa on tarvetta kiinnittää huomiota päihdepalveluiden kehittämiseen nimenomaan iäkkäiden ihmisten erityistarpeet huomioiden ja kotipalvelun piirissä olevien päihde- ja mielenterveys- ja päihdeongelmaisten riittävän monipuoliseen ja pitkäjänteiseen tukeen.

3.10 Toipumisorientaatio hoidon ja kuntoutuksen viitekehyksenä

Esa Nordlingin, Matti Järvisen ja Yrjö Lähteenlahden artikkeli käsittelee toipumisorientaatiota hoidon ja kuntoutuksen viitekehyksenä. Toipumisorientaatiossa toivolla, osallisuudella ja onnistumiskokemuksilla on keskeinen kuntoutujan selviytymistä tukeva merkitys. Esimerkkinä viitekehyksen soveltamisesta esitellään Porin kaupungissa tehtyä kehittämistyötä ja siitä saatuja kokemuksia. Artikkelin antamien osviittojen avulla toipumisorientaation mukaista toimintaa on mahdollista kehittää koko Suomessa.

3.11 Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien työllistyminen ja sen edistäminen

Esko Hänninen kuvaa mielenterveys- ja päihdekuntoutujien työllistymistä ja sen edistämisen historiaa ja viime vuosikymmenen kehitystä. Artikkelissa tarkastellaan osallisuutta ja työllistymistä edistäviä yleisiä tukimenetelmiä sekä erityisesti mielenterveyskuntoutujille suunniteltuja menetelmiä kuten Klubitalotoimintaa. Hän toteaa lopuksi, etteivät mielenterveyspalveluiden laatusuosituksiset eikä Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – sen nyt päättyvä iteraatiokierrös – kyennyt ratkaisemaan kuin osan mielenterve-

yskentän ongelmista, joten tarvitaan jälleen uusi iteraatiolenkki: Suomen mielenterveys- ja päihdepolitiikka on muokattava 2020-luvun haasteiden edellyttämään kuntoon. Uusien mahdollisuuksien, yhdenvertaisuuden ja sote-uudistuksen aika on 2015–2025.

3.12 Asumisen oikeus ja tuen tarve

Jouko Karjalainen ja Esa Nordling esittelevät mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumiseen ja asunnotomuusongelman ratkaisemiseen liittyviä kehittämishankkeita, joista viimeisimpänä on ollut pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishankkeita PAAVO ja mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämissuunnitelma Mielen Aske. Erityisrahoitettuja hankkeita on selvästi tarvittu, mutta niiden loppuminen ei pitäisi merkitä toiminnan vähenemistä tai päättymistä. Päihdeongelmaisten ja mielenterveyskuntoutujien asumiseen liittyvät kehittämistarpeet ovat pitkälti yhteneväisiä: asunto ensin ja sinne riittävä arjen tuki. Arjen tuen avulla suurin osa päihde- ja mielenterveyskuntoutujista pystyy asumaan omassa, tavalliseen asuntokantaan kuuluvassa asunnossa. Asumisyksiköiden osalta jatkossa on suunnattava voimavaroja siihen, että yksiköt ovat riittävän pieniä ja kodinomaisia

Luku 4 Mielenterveys- ja päihdepalvelut sote-integraation myllerryksessä

4.1 Muutosjohtamisen haasteet

Jouko Lönnqvist pohtii muutosjohtamisen haasteita. Palvelujärjestelmän muutoksilla pyritään lisäämään systeemin kokonaistoiminnan sujuvuutta. Organisaatiomuutosten myönteisenä tavoitteena on edistää perustehtävän toteutumista, luoda hyvät olosuhteet asiantuntijatyön tekemiselle ja päästä asiakkaita/potilaita hyödyttäviin hoitoprosesseihin ja palvelukokonaisuuksiin. Vanhojen rakenteiden murtuessa on vaarana, että toiminnan laatu heikentyy tilapäisesti siirryttäessä kohti uutta toimintatapaa. Muutosjohtajan onkin huomioitava uuden toiminnan käyttöönotto erillisenä projektina, joka tarvitsee usein myös eri miehityksen. Muutostyöhön osallistuneiden jaksamisen kannalta on tärkeää, että erityisesti onnistumisista saa myönteistä palautetta.

4.2 Vaikuttaako mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio? Palvelujärjestelmän integraatio tutkimuksen kohteena

Kerstin Stenius, Tanja Hirschovits-Gerz, Kristiina Kuussaari ja Tuukka Tammi pohtivat mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraation vaikutuksia Päihdeterveystieteiden tutkimuksen pohjalta. Siinä selvitettiin mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatiokehityksen taustaa, integraation näkymistä päihdeongelmaisten asiointissa sekä selvitettiin DDCAT-mittarin avulla kuntien päihdehuollon avohoitoyksiköiden kykyä hoitaa päihde- ja mielenterveysongelmaisia. Tutkijat toteavat, ettei yksi järjestelmä- ja toimintamalli ole toimiva kaikkialla. Integraation monimerkityksellisyys on tärkeä tunnistaa kansallisesti. Muuten siitä voi tulla tyhjä iskulause, jonka puolesta puhuminen voi vähentää integraatiopolitiikan uskottavuutta.

4.3 Tuollainen voikin onnistua – viiden vuoden tarkastelua kaleidoskoopin läpi

Timo Salmisaari kuvaa laajassa artikkelissaan Eksoten Aikuisten psykososiaalisten palvelujen kehittämissuunnitelmaa Eksotessa: taustaa, lähtökohtia, tuloksia, kehittämistyön etenemistä ja yhteistyön haasteita ja niiden ratkaisuja. Erityisesti tarkastellaan mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatiota. Kehittämissuunnitelma Eksotessa jatkuu muun muassa asiakassegmentoinnin ja tarkoituksenmukaisten palveluiden kehittämisellä sekä uudenlaisen lähestymistavan – yhteiskunnallisen osallisuuden organisaatio – työstämisellä. Sen osana Eksotessa on aloitettu yhteistyötä työvoimahallinnon kanssa.

4.4 Rahapeliongelma ja mielenterveysongelma – Peliklinikan havaintoja ja kokemuksia

Petteri Paasion ja Tapio Jaakkolan artikkeli kuvaa rahapeliongelman ja mielenterveysongelmien suhdetta Peliklinikan 2010–2014 toiminnan aikana kertyneen kokemuksen, kerätyn asiakastietoineiston analyysin ja tutkimusten tulosten pohjalta. Erityisesti vaikeisiin rahapeliongelmiin liittyvien mielenterveysongelmien yleisyyden vuoksi mielenterveyspalveluissa tulisi tiedostaa asiakkaiden kohonnut riski vakavalle rahape-

liongelmalle ja hankkia sen tunnistamiseen liittyvää osaamista. Työnjako tunnistamisen, varhaisen vaiheen tuen, palveluohjauksen ja hoidon osalta tarvitsee selkiyttämistä palvelujärjestelmässä. Rahapeliongelmat ovat haasteita niin tutkimukselle kuin palvelujen ja henkilöstön kehittämislle erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluissa.

4.5 Vankien terveydenhuollon kehittäminen

Heikki Vartiainen kirjoittaa vankien terveydenhuollon kehittämisestä. Vangit ovat yksi syrjäytyneimmistä väestöosista. Vankien terveydenhuollon kannalta on tärkeää, että terveydenhuollon linjaukset säilyvät yhtenäisinä ja perustuvat tutkimuksella osoitettuun vaikuttavuuteen. Tämä edellyttää selkeitä hoitolinjauksia ja laatujärjestelmän ylläpitoa sekä itsenäistä valtakunnallista organisaatiota. Vuoden 2016 alusta alkaen Suomen vankien terveydenhuolto irrottautuu suositusten mukaisesti rangaistusjärjestelmästä siirtyessään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisuuteen.

4.6 Järjestöjen asema ja merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä

Pekka Lund pohtii järjestöjen asemaa ja merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä. Järjestöjen suhtautuminen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan on ollut ristiriitaista. Huolta on herättänyt päihdeongelman näkeminen kapeasti terveystieteiden, yhteiskunnan ja palveluiden piiriin pääsemisen kahtiajaon syveneminen ja päihdetyön painotuksen siirtyminen päihde- ja mielenterveyspalveluista asumis- ja työllistymispalveluihin. Myönteistä on se, että suunnitelma on nostanut esiin järjestöjen pitkään noudattamia periaatteita – asiakaslähtöisyys, yhden oven periaate ja kokemusasiantuntijuus – ja parhaimmillaan onnistunut istuttamaan niitä kuntien toimintakulttuureihin. Tämä voi tarjota kosketuspinnan, jonka turvin kuntien ja järjestöjen keskinäinen yhteistyö voi kehittyä, jos yhteistyölle löytyy mahdollisuuksia päätään nostavan uuden julkisen hallinnan (New Public Governance, NPG) myötä. Ajattelu perustuu yhteistyö- ja verkostosuhteiden rakentamiseen, yhteisöllisyyteen ja kumppanuuteen.

Luku 5. Kokemusasiantuntijuus

5.1 Kokemusasiantuntijatoimintaa kehittämässä – kokemusasiantuntijan näkökulma

Päivi Rissanen kuvaa kokemusasiantuntijaksi kasvamista ja sen edellytyksiä. Muutos potilaasta tai kuntoutujasta kokemusasiantuntijaksi vaatii kypsyyttä ja tietoa, jota voi kehittää koulutuksen, valmennuksen, vertaistuen, mentoroinnin, itseopiskelun tai tehtävissä oppimisen kautta. Kokemusasiantuntijana toimiminen on sekä voimaannuttavaa että vaativaa ja haastavaa. Tehtävissä toimimisen rinnalla kokemusasiantuntijat tarvitsevat tukea. Kokemusasiantuntijatoiminnan juurtumiseen ja vakiintumiseen tarvitaan työhönjausta, jatkokoulusta, kokemusasiantuntijan roolien, vastuukysymysten, vakuutusturvan, palkkioiden maksamisen ja toiminnan puitteiden selventämistä

5.2 Kokemusasiantuntijatoimintaa kehittämässä Mielen avain -hankkeessa

Marjo Kurki kuvaa Mielen avain -hankkeessa kehitettyä, neljästä eri koulutusmodulista koostuvaa kokemusasiantuntijakoulutusta. Koulutuksen kokonaiskesto oli kahdeksan kuukautta ja se toteutettiin kerran viikossa tapahtuvina neljän tunnin koulutuskertoina. Koulutuksella pyrittiin antamaan valmiuksia toimia kokemusasiantuntijana yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten kanssa, lisäämään mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien ihmisten sekä heidän omaistensa osallisuutta, tukemaan ja vahvistamaan mielenterveys- ja päihdeongelmista toipuvien ihmisten kuntoutumisprossia sekä vähentämään mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyviä negatiivisia asenteita ja leimautumista. Koulutus paransi hyvinvointia ja lisäsi kokemusta hyödyllisyydestä. Mielen avain -hankkeessa saatujen kokemusten pohjalta on luotu kokemusasiantuntijakoulutuksen suositukset, joissa linjataan koulutuksen keskeiset periaatteet ja hyvät käytännöt. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää kokemusasiantuntijakoulutukseen osallistuneiden tukemiseen koulutuksen jälkeen.

5.3 Kokemusasiantuntijat asiakaslähtöisyyttä rakentamassa Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä – palautteen antajasta kehittäjäkumppaniksi

Nina Peränen, Tarja Kettunen, Annukka Harjula ja Kristiina Grahn kuvaavat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kokemusasiantuntijatoiminnan kehittymistä vuodesta 2013. Taustalla oli sairaanhoitopiirin strategia sekä johdon vahva tahto vahvistaa asiakaslähtöisyyttä palveluissa. Sairaanhoitopiirin kouluttamia kokemusasiantuntijoita on toiminut muun muassa monissa työryhmissä, ryhmien vetäjänä ja kouluttajana. Vuoden 2014 alussa palkattiin palkkatuen turvin ensimmäinen kokemusasiantuntija sairaanhoitopiirin työntekijäksi. Sairaanhoitopiiri on rakentamassa pitkäjänteisesti kehittäjäkumppanuutta kokemusasiantuntijoiden kanssa.

5.4 Kokemusasiantuntijatoiminta osana palvelujärjestelmää

Minna Laitila ja Antero Lassila kuvaavat kokemusasiantuntijatoiminnan kehittämistä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Ensimmäinen kokemusasiantuntijakoulutus toteutettiin 2010. Vuoteen 2015 mennessä koulutetuista noin 70 kokemusasiantuntijasta puolella on työsopimus sairaanhoitopiirin kanssa. He toimivat esimerkiksi sairaalan ryhmätoiminnoissa, ohjaajina, ja opetustilanteissa. Kokemusasiantuntijatoiminnan juurtumisen haasteita ovat muun muassa koulutuksen valittavien toipumisen vaiheen arviointi, ryhmätyökentelyvalmiudet sekä kokemusasiantuntijoiden jaksamisen tukeminen esimerkiksi työnohjauksella. Kokemusasiantuntijatoiminnan myötä syntyi myös kuntouttava Voimaa arkeen -kurssitoiminta.

Luku 6. Tietoteknologia organisaation työvälineenä

6.1 Valtakunnalliset sähköiset palvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa

Viveca Bergman kuvaa Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) tiedonhallinnan strategian ”Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 – tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palveluiden tukena” mukaista kehittämistyötä, kuten terveydenhuollon Kanta-palveluita, sosiaalihuollon tietojärjestelmien kehittämistä sekä SADe-ohjelmassa kehitettyjä kansalais- ja muita palveluja. Strategian tavoitteena on tukea kansalaisia oman hyvinvoinnin ylläpidossa ja edistää palvelujärjestelmän vaikuttavuutta paremman tiedonhallinnan ja sähköisten palveluiden avulla.

6.2 MielenterveysRAI:sta hyötyä mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa?

Britta Sohlman ja Tiina Puotiniemi pohtivat MielenterveysRAI:n hyötyjä asumispalveluissa sitä käytettäessä. RAI-järjestelmä on kansainvälinen tiedonkeruun ja havainnoinnin väline, joka on tarkoitettu hoidon ja palvelutarpeen arviointiin, hoito- kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen sekä laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointiin ja seurantaan. Mielenterveys-RAI:n tavoitteena on saada kokonaiskuva henkilön tarpeista ja voimavaroista hoidon ja palvelujen suunnittelun avuksi. Säännöllisessä käytössä olevat yhtenäiset arviointimenetelmät auttavat mielenterveyskuntoutujan asumispalvelujen toiminnan ja laadun seurannassa niin yksittäisen henkilön kuin toimintayksikön tasolla.

6.3 Eksoten sähköisten työkalujen kehittäminen

Juha Kemppinen kuvaa artikkelissaan Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksoten) sähköisten työkalujen kehittämistä. Sähköisten palvelujen kehittäminen on Eksoten strategisissa valinnoissa yksi painopistealueista ja keskeinen keino asiakaslähtöisten palvelujen kehittämiseen. Tällaisten tietojärjestelmien kehittäjille artikkelissa esitetään vaatimuksena avoimet rajapinnat ja avoimet lähdekoodit.

Luku 7. Tietoteknologia kansalaisen apuna

7.1 Mielenterveystalo.fi – Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhteistyöhanke muiden sairaanhoitopiirien, organisaatioiden ja kokemusasiantuntijoiden kanssa

Jan-Henry Stenberg, Grigori Joffe ja Matti Holi kuvaavat Mielenterveystalo.fi -kokonaisuutta, joka on valtakunnallinen palvelunohjausportaali aikuisille ja nuorille. Siihen on koottu kaikkien sairaanhoitopiirien hoito- ja palvelupaikkoja, joista voi hakea apua mielenterveys- ja päihdehäiriöihin. Lisäksi verkkopalvelussa löytyy verkkovälitteisiä häiriöryhmäkohtaisia nettiterapioita. Palvelussa on myös ammattilaisten osio materiaali- ja mittaripankkeineen.

7.2 Päihdelinkki, Peluuri

Markus Sjöholm ja Jenni Kämppi esittelevät rahapeliongelmiin tarjolla olevaa Peluuri-palvelua. Peluuri on tarkoitettu pelaajille, läheisille ja työssään rahapeliongelmiä kohtaaville. Peluurin auttava puhelin aloitti toimintansa jo vuonna 2004 ja se on laajentunut eri yhteydenottokeinojen avulla vertaistukea, lyhytaikaista tukea sekä pidempiaikaista, Peli poikki -ohjelman mukaista tukea tarjoavaksi sähköiseksi palvelukokonaisuudeksi. Vuorovaikutteiset palvelut kehittyvät tekniikan ja kohderyhmien toiveiden ja tutkimustiedon pohjalta. Sähköisten palveluiden tarve on tulevaisuudessa vähintään samaa tasoa kuin nyt ja luultavasti kasvaa sekä monimuotoistuu. Kokemusasiantuntijoiden käyttö palveluiden kehittämisessä ja erilaisten oma-aputyökalujen määrä sekä niiden käyttö lisääntyvät.

7.4 Sosiaali- ja terveystalvakuja verkosta Lapissa, Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus

Nina Peronius ja Maarit Pirttijärvi kuvaavat Lapissa toimivaa Virtu.fi-palvelukokonaisuutta. Pitkä kehitystyö on synnyttänyt Lappiin virtu.fi-palvelun – virtuaalisen sosiaali- ja terveystalvakeskuksen, joka tarjoaa sähköisiä palveluita hyvinvoinnin tueksi. Keväällä 2015 virtu.fi-palvelussa oli tarjolla 172 erilaista sähköistä palvelua. Niitä on mahdollista käyttää verkossa tai kuvapuhelimella kotoa tai Virtu-pisteistä. Verko- ja videomuotoiset palvelut eivät korvaa lähellä asukasta tuotettuja palveluja, mutta ne voivat nopeuttaa, täydentää ja monipuolistaa niitä.

7.5 Palveluvaaka.fi – Etsi, vertaa ja arvioi mielenterveys- ja päihdehuollon palveluita

Eija Luoto kuvaa THL:n vuoden 2015 aikana julkaisemaa kahta uutta valtakunnallista verkkopalvelua. Uudistunut Palveluvaaka.fi auttaa kansalaisia etsimään, vertailemaan ja arvioimaan palveluntuottajia ja Omahoitopolut.fi tarjoaa testejä ja luotettavaa tietoa oman terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen.

Luku 8. Kehittämistyön välineet muutosta edistämässä

8.1 THL Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa toteuttamassa – THL:n kärkihankkeet

Airi Partanen, Jouko Karjalainen, Jaana Markkula, Juha Moring, Saini Mustalampi, Esa Nordling, Päivi Santalahti, Tytti Solantaus, Pia Solin kuvaavat THL:n kärkihankkeissa tehtyä kehittämistyötä. THL:lla oli vuosien 2009–2015 aikana kaikkiaan 14 kärkihanketta, joissa kehitettiin seuraavia asioita: vertaistuki- ja kokemusasiantuntijatoiminnan vahvistaminen, pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa hoidossa, mielenterveys- ja päihdestrategiatyön edistäminen, ylisukupolvisten ongelmien siirtymisen ehkäisy ja hoito, ehkäisevän päihdetyö, itsemurhien ehkäisy, lähisuhdeväkivallan ehkäisy ja hoito, palveluiden laadun ja saatavuuden seuranta, matalakynnyksiset mielenterveys- ja päihdepalvelut, rahapeliongelmiin hoito, mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asuminen, ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen koordinaatio, THL:n asiantuntijatuki lainsäädännön valmisteluun sekä mielenterveys- ja päihdesuunnitelman verkkoportaali. Osa toiminnoista jatkuu THL:n perustyönä.

8.2 Mielenterveys- ja päihdetyön laajat Kaste-kehittämishankkeet

Airi Partanen, Tytti Tuulos, Eila Linnanmäki ja Anna Keto-Tokoi arvioivat mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeita, joita Kaste I ja Kaste II -kausien aikana oli kaikilla Kaste-alueilla. Ne olivat tärkeä kanava mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toteuttamisessa. Kehittäminen rakentui kullakin alueella jo aiemmin tehdyn kehittämistyön pohjalle, mutta samalla huomioiden mielenterveys- ja päihdesuunnitelman linjauksia sekä hyödyntäen hankkeiden keskinäisestä yhteistyöstä syntynyttä synergiaa. STM:n, THL:n ja Kuntaliiton sekä hankejohtoa yhdistäneen ohjausryhmätoiminnan nähtiin edesauttaneen hankkeiden toimintaa. Hanke-toiminnan haasteina nähtiin hankkeiden laajuus ja hanketyön lyhyt aikajänne, kehitetyn työn juurruttaminen ja vakiinnuttaminen.

8.3 Mielenterveys- ja päihdetyön ammatillisen opetuksen kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla

Airi Partanen ja Marjo Kurki kuvaavat sosiaali- ja terveysalan ammatillisen opetuksen kehittämisen haasteita mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen vahvistamiseksi. Artikkelissa luodaan katsaus koulutusjärjestelmään, ja tarkastellaan erityisesti sosiaali- ja terveysalan ammatillisissa koulutuksissa toteutettavaa mielenterveys- ja päihdetyön opetusta. Lopussa esitetään STM:n mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmässä käsitellyt ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön opetuksen kehittämiseksi.

Luku 9. Miten mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen jatkuu?

THL:n työryhmän (Airi Partanen, Pia Solin, Aulikki Ahlgren, Viveca Bergman, Jouko Karjalainen, Minna Kesänen, Jaana Markkula, Mauri Marttunen, Juha Moring, Saini Mustalampi, Esa Nordling, Timo Partonen, Päivi Santalahti, Tytti Tuulos, Sanna Wuorio) kirjoittamassa luvussa on aluksi tiivistetty katsaus raportin teemoista asiantuntijoiden artikkeleiden pohjalta tietopohjaksi mielenterveys- ja päihdesuunnitelman jälkeiselle kehittämistyölle. Sen jälkeen pohditaan kansainvälisestä näkökulmasta tulevaa tukea kansalliseen kehittämistyöhön. Kolmanneksi pohditaan hallitusohjelman kärkihankkeita mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen näkökulmasta. Viimeisessä osassa tuodaan esille työryhmän näkemyksiä mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen jatkamisesta sekä valtakunnallisen kehittämistyön että THL:n oman toiminnan osalta mielenterveys- ja päihdesuunnitelman jälkeen.

11 Kirjoittajat ja toimituskunnan jäsenet

Ahlgren, Aulikki. LT, psykiatri. Työskentelee oikeuspsykiatrian ylilääkärinä THL:n TEMI-yksikössä.

Aromaa, Esa. PsT, psykologi, psykoterapeutti. Työterveyspsykologina Terveystalossa. Länsi-Suomen Mielenterveyskyselyn tutkimusryhmän jäsen. Työskennellyt 35 vuotta mielenterveystyön asiantuntijatehtävissä eri organisaatioissa.

Bergman, Viveca. VTM. Työskentelee kehittämisspäällikkönä THL:n Tietopalvelut –osastolla ja on Mieli-suunnitelman THL:n toimeenpanoryhmän jäsen.

Forsman, Anna K. DrPH, Dosentti. Yliopisto-opettajana Åbo Akademiassa Vaasassa. Länsi-Suomen Mielenterveyskyselyn tutkimusryhmän jäsen. Tutkijana mielenterveysalalla ja erityisesti mielenterveyden edistämisen liittyvissä kysymyksissä.

Grahn, Kristina. TtM, tradenomi, sairaanhoitaja. Projektityöntekijänä Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Projektisuunnittelu- ja tutkimustyö, ohjaus- ja koulutustehtävät mm. Asiakas kehittäjäkumppaniksi –hankkeessa. Toiminut sairaanhoitajana eri erikoisaloilla vuodesta 1999, viimeksi silmäyksikössä Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä.

Hannu-Jama, Marjo. YTM, kehittämissuunnittelija Vaasan kaupungin sosiaali- ja terveystalouden kehittämissuunnittelu- ja tutkimuskeskuksessa SoNETBotnian kansallisesta pohjoismaisesta erityistehävästä. Väitöstutkija - Vaasan Yliopisto/ Bower - Hyvinvoinnin ja johtamisen tutkimusohjelma/Osallisuus ja maahanmuuttajat teemaryhmä. Vierailevana tutkijana THL:ssa.

Haravuori, Henna. LT, nuorisopsykiatrian erikoislääkäri. Erikoistutkijana THL:n Mielenterveys- ja päihdepalvelut -osastolla, jossa tutkimustyön lisäksi nuorisopsykiatriaan liittyviä asiantuntijatehtäviä.

Harjula, Annukka. Kokemusasiantuntija. Kokemusasiantuntijana Keski-Suomen keskussairaalassa. Toiminut kokemusasiantuntijana vuodesta 2014 alkaen. Kokemustaustaa sairauksista ja sosiaalisista palveluista yli 10 vuoden ajalta.

Herberts, Kjell. VTL, Sosiologi, Institutet för samhällsforskning, (Yhteiskuntatieteellinen tutkimuslaitos) Åbo Akademi, Vaasa. Mielenterveyskyselyn tutkimusryhmän jäsen. Erikoisalat: tutkimusmenetelmät, monikielisyys.

Hirschovits-Gertz, Tanja. YTT. Erikoissuunnittelija, Sokran aluekoordinaattori, THL:n Yhdenvertaisuus ja osallisuus -yksikössä.

Hirvonen, Leena. TtM. Erityisasiantuntijana Työterveyslaitoksen Työkyvyn ja terveyden edistäminen tiimissä. Toiminut Työterveyslaitoksella alkoholihankkeissa kouluttajana, tutkijana ja projektipäällikkönä. Toimii varajäsenenä Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmässä.

Holi, Matti. LT, dosentti, HYKS Psykiatrian toimialajohtaja 1.1.2015 alkaen. Sitä ennen Hyks psykiatrian Peijaksen klinikkaryhmän johtaja.

Hänninen Esko. YTM. Jatko-opintoja Helsingin Kauppakorkeakoulussa, Liikkeenjohdon instituutissa (LI-FIM) ja kansainvälisissä yliopistoissa College of Europe (Belgia) sekä Bundesakademie für Öffentliche Verwaltung (Saksa). Eläkkeellä STAKES/THL:n yksikönjohtajan (2001–2009) ja osa-aikaisen erityisasiantuntijan tehtävistä (2009 - 2012). Toiminut 1973–2000 Turun ja Porin, Uudenmaan ja Etelä-Suomen lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen osastopäällikkönä ja sosiaalineuvoksena. Toiminut vuosina 1995–2013 yli 20 EU-rahoitteisessa tutkimus- ja kehittämishankkeessa koordinaattorina, asiantuntijana tai ohjausryhmän puheenjohtajana tai jäsenenä. Viimeiset 10 vuotta keskittynyt yhteisölähtöisen mielenterveyspolitiikan tutkimiseen ja psykososiaalisen kuntoutuksen, erityisesti klubitalotoiminnan kehittämiseen kotimaassa ja kansainvälisesti.

Hätönen Heli. TtT, erityisasiantuntija THL:n Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen yksikössä. Vastuualueena kuntien ja alueiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tuki. Toiminut eri tehtävissä mielenterveys-työssä sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen alueella yli 15 vuotta.

Jaakkola Tapio. Kehittämiskoordinaattori, projektipäällikkö. Peliklinikan esimies. Toiminut rahapelihaittojen ehkäisyn ja niihin liittyvien auttavien palvelujen kehittämisessä viimeiset 10 vuotta.

Joffe, Grigori. Psykiatrian erikoislääkäri, dosentti. Hyks psykiatrian toimialajohtaja 31.12.2014 saakka. Edeltävästi Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosyksikön/Kellokosken sairaalan johtaja. 2015 alkaen HUS:n yhtymähallinnon johtava ylilääkäri.

Järvinen, Matti. YM, psykososiaalisten palveluiden päällikkö. Vastaa Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen päihde- ja mielenterveystyöstä. Toiminut sosiaali- ja terveydenhuollon johtamis- ja kehittämistehtävissä Satakunnassa yli 20 vuotta.

Karjalainen, Jouko. sosionomi. Työskentelee tutkijana THL:n Sosiaalipolitiikann tutkimusyksikössä päävastuualueina köyhyys ja huono-osaisuus. Lukuisia tehtäviä ja hankkeita kolmannen sektorin piirissä. Työskennellyt aikaisemmassa elämässään sosiaalityöntekijänä eri organisaatioissa. Toimii THL:n Mieli-toimeenpanoryhmän jäsen.

Karjalainen, Karoliina. TtT. Erikoistutkijana THL:n terveysosaston alkoholi ja huumeet -yksikössä. Tutkimusaiheina mm. huumeiden käyttö väestötasolla, päihteiden sekakäyttö sekä rattijuopumus.

Karlsson, Thomas. VTT. Erikoistutkijana ja yksikön päällikön sijaisena THL:n Alkoholi ja huumeet -yksikössä. Toiminut alkoholitutkijana 15 vuotta.

Kasila, Kirsti. TtT, yliopistonlehtori. Terveyskasvatuksen lehtorina Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden laitoksella. Tutkimus- ja arviointitoiminta kohdentunut terveysohjauksen asiakaslähtöisten prosessien kehittämiseen terveydenhuollossa.

Kemppinen, Juha. LL, YTM. Päihdepsykiatri, palvelualueen johtaja, ylilääkäri, integroidut mielenterveys- ja päihdepalvelut, aikuisten avohoito, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (EKSOTE). Vajaa 30 vuotta mielenterveys- ja päihdehoidon parissa työskentelyä. Väitöskirjatyö valmistumassa tuotantotalouden filosofian tohtoriksi, Lean Six Sigma Black Belt koulutettava.

Kesänen, Minna. YTM, sosiaalityöntekijä. Työskentelee suunnittelijana Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksessa. Kehittää rahapelihaittojen ehkäisyä ja hoitoa yhdessä kuntien kanssa valtakunnallisesti osana THL:n rahapelihaittojen ehkäisyn ja hoidon kehittämiskokonaisuutta THL:n toimeksiantona.

Keto-Tokoi, Anna. Kehittämispäällikkö, THL. Toimii Sosiaalisen osallisuuden koordinaatiohanke – Sokran projektipäällikkönä.

Kettunen Tarja. TtT, dosentti, Terveyden edistämisen professori. Professorina Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksella ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä perusterveydenhuollon yksikössä. Toimii yliopistotehtävien ohella terveyden edistämisen asiantuntijana Keski-Suomen alueella. Toiminut 20 vuotta erilaisissa terveydenhuollon kehittämistehtävissä.

Kivekäs, Teija. LT, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri. Ylilääkärinä Työterveyslaitoksen Mielen terveys ja kognitiivinen toimintakyky -tiimissä. Toiminut aiemmin erilaisissa klinisissä tehtävissä mm. yleissairaala-psykiatrian alalla. Masto-hankkeen pääsihteerinä STM:ssä vuosina 2008-2011. Kuului Mieli 2009 -työryhmään ja toimii mielen terveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmän jäsenenä.

Koivula, Riitta. YTT. Erikoissuunnittelija THL:n Hyvinvointi-osastolla. Työskennellyt erilaisissa ikääntymiseen liittyvissä tutkimus- ja kehittämistehtävissä.

Kurki, Marjo. TtT. Toimii Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste -ohjelman rahoittaman Mielen avain -hankkeen hankejohtajana. Toiminut mielen terveytyksessä yli 20 vuotta, vuodesta 2010 alkaen Mielen avain -hankkeessa.

Kuussaari, Kristiina. VTT. Erikoistutkija THL:n Alkoholi ja huumeet -yksikössä.

Kämpö, Jenni. VTM, TM, sosiaalityöntekijä, voimavarakeskeinen työnohjaaja. Kehittämispäällikkönä Peluurissa. Toiminut jo kymmenen vuotta rahapelihaittatyön kentällä erilaisissa tehtävissä: kohtaavassa asiakastyössä Peluurin auttavassa puhelimesta ja matalan kynnyksen tieto- ja tukipiste Tiltissä sekä erilaisissa tiedontuottamis-, kouluttaja- ja asiantuntijatehtävissä.

Laaksonen Maire. LL. työterveyshuollon ja fysioterian erikoislääkäri. Ylilääkärinä Työterveyslaitoksessa Työterveyshuolto ja työikäisten terveys - tiimissä, työtehtävät asiantuntijatyötä työterveyshuollon kehittämistehtävissä, työterveyshuollon, muun terveydenhuollon ja kuntoutuksen yhteistyötä koskevissa asioissa. Toiminut työterveyshuollon ja kuntoutuksen esimiestehtävissä yli 20 vuotta, viimeksi Jyväskylän Seudun Työterveys (nyk. Työterveys Aalto) liikelaitoksen johtajana. Työterveyshuollon työ alkoi 1978.

Laitila, Minna. Psykiatrinen sairaanhoitaja, TtT, YTM. Ylihoitajana Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alueella. Aikaisemmin työskennellyt mm. Pohjanmaa-hankkeessa projektipäällikkönä.

Lassila, Antero. Psykiatrian erikoislääkäri, LT. Toiminta-aluejohtajana Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alueella. Aikaisemmin työskennellyt mm. Pohjanmaa-hankkeen hankejohtajana.

Lindberg, Päivi. KT. Kehittämispäällikkönä THL:n lapset, nuoret, perheet -yksikössä. Toimii varhaiskasvatuksen sekä lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin ja palveluiden kehittäjänä. Toiminut varhaiskasvatuksen kehittämistehtävissä noin 25 vuotta, joista valtakunnallisissa ja kansainvälisissä tehtävissä 15 vuotta.

Linnanmäki, Eila Johtava asiantuntija, VTT. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toimii THL:n Yhdenvertaisuus ja osallisuus -yksikön päällikkönä. Toiminut Kaste osaohjelma I johtajana.

Lund, Pekka. TT, FM, dosentti. Tutkimuspäällikkö Sininauhaliitossa. Vastaa kristillisten päihdejärjestöjen keskusliiton Sininauhaliiton jäsenjärjestöihin kohdistuvasta tiedonkeruusta ja tutkimustoiminnasta.

Luoto, Eija. Sh-YAMK. Projektipäällikkö THL:n Järjestelmät osastolla, Asiakkuus ja vaikuttavuus yksikössä. Työtehtäviin kuuluu Palveluvaaka-verkkopalvelun kehittäminen yhteistyössä Palveluvaaka- ja Palveluhakemisto-hankkeiden projektipäälliköiden, projektiryhmän, teknisen toteutustiimin sekä ulkopuolisten yhteistyötahojen kanssa.

Lähteenlahti, Yrjö. MD, psykiatrian erikoislääkäri, kuntoutuksen erityispätevyys. Toiminut HUS-psykiatriassa 1992-2010, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä 2010-2012, Satakunnan sairaanhoitopiirissä 2013 alkaen. Toiminut mielenterveystyön kehittämishankkeisiin mm. Vantaan Sateenvarjo- ja Kanta-Hämeen Välittäjä -projekteihin.

Lönnqvist, Jouko. LKT ja psykiatrian erikoislääkäri, psykoterapeutti (VET). Toiminut THL:n Mielenterveys ja päihdepalvelut -osaston johtajana ja tutkimusprofessorina, Helsingin yliopiston psykiatrian professorina ja HUS/Psykiatrian ylilääkärinä.

Markkula, Jaana. VTM. Työskentelee kehittämispäällikkönä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa. Koordinoi Alkoholiohjelman perustalle rakennettua Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelmaa sekä vastaa osana tätä työtä laajassa yhteistyössä tehtävästä ehkäisevän päihdetyön kehittämisestä ja ohjaamisesta koko maassa.

Marttunen, Mauri. LT, professori. Työskentelee nuorisopsykiatrian professorina Helsingin yliopistossa ja HYKSissä sekä tutkimusprofessorina THL:lla. On THL:n Mielenterveysyksikön (TEMI) yksikönpäällikkö. Työskennellyt pitkään psykiatriassa ja nuorisopsykiatriassa ja tekee nuorten mielenterveyteen ja mielenterveysongelmiin kohdistuvaa tutkimustyötä.

Moring, Juha. LKT, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri. Eläkkeellä, toiminut eri tehtävissä mielenterveystyössä, viimeksi ylilääkärinä THL:n Mielenterveys- ja päihdepalvelut -osastolla.

Mustalampi, Saini. Kasvatustieteiden maisteri. Työskentelee kehittämispäällikkönä THL:n TETU-yksikössä vastuualueena rahapelihaittojen ehkäisy ja hoidon kehittämisen valtakunnallinen koordinaatio. Toiminut mielenterveys- ja päihdesuunnitelman THL:n toimeenpanoryhmän jäsenenä.

Nordling, Esa. PsT. Työskentelee kehittämispäällikkönä THL:n Mielenterveys –yksikössä päävastuualueina kuntien mielenterveys- ja päihdestrategiatyö sekä mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen. Työskennellyt pitkään erilaisissa tutkimus-, kehittämis- ja opetustehtävissä sekä psykologina psykiatrian kentällä. Toimii Mieli 2009 -työryhmän asiantuntijana ja on THL:n Mieli-toimeenpanoryhmän jäsen.

Nordmyr, Johanna. VTM. Väitöskirjatutkija Åbo Akademiassa Vaasassa. Länsi-Suomen Mielenterveyskyselyn tutkimusryhmän jäsen. Tutkimusintressejä ovat mm. informaatio- ja kommunikaatioteknologian myönteiset ja kielteiset vaikutukset mielenterveyteen.

Nyqvist, Fredrica. VTT, yliopistolehtori Åbo Akademiassa Vaasassa. Länsi-Suomen Mielenterveyskyselyn tutkimusryhmän jäsen. Tutkimusintressejä ovat mm. sosiaalisen pääoman edistävää vaikutusta vanhusten mielenterveyteen.

Paasio, Petteri. Yhteiskuntatieteiden lisensiaatti. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca / Peliklinikka, tutkija vuodesta 2013. Helsingin sosiaaliviraston arviointipäällikkö vuosina 2005-2012.

Partanen, Airi. THM, esh. Työskentelee kehittämispäällikkönä THL:n TETU-yksikössä päihdepalvelujärjestelmän kehittämisen asiantuntijatehtävissä. Tehnyt työuransa pääosin päihdetyön parissa käytännön hoitotyössä ja kehittämistehtävissä. Toimi Mieli 2009 -työryhmässä asiantuntijasihteerinä ja on ollut mielen-

terveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanossa STM:n, THL:n ja Kaste-hankkeiden kanssa yhteistyötä tehden. Koordinoinut vuoden 2015 ajan THL:n toimeenpanoryhmän toimintaa.

Partonen, Timo. LT, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri. Tutkimusprofessorina THL:n Terveysosaston Mielenterveysyksikössä.

Peronius, Nina. YTM, Hall.kand., sh. Projektipäällikkö Hyvinvointi hakusessa - riippuvuus riskinä - Kaste-hankkeessa 2013-2015, Pohjois-Suomen Sosiaalialan osaamiskeskus/Kolpeneen kuntayhtymä.

Peränen, Nina. Osastonhoitaja, TtM. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, perusterveydenhuollon yksikkö. Vastuulla terveyden edistämisen sekä mm. kokemusasiantuntijatoiminnan koordinointi sairaanhoitopiirissä.

Petrelius, Päivi, YTT, sosiaalityöntekijä. Erikoistutkijana THL:n Lapset, nuoret ja perheet -yksikössä. Vastaa lastensuojelun tutkimus- ja kehittämisstrategian ja sitä tukevien yhteistyörakenteiden valmistelusta THL:n toteuttamassa lastensuojelun tutkimus- ja kehittämishankkeessa. Toiminut sosiaalialan tutkimus- ja kehittämistehtävissä järjestöissä, kuntapalveluissa ja tutkijana 20 vuotta, joista viimeiset yhdeksän vuotta erilaisissa lastensuojelun asiantuntijatehtävissä.

Pirttijärvi, Maarit. YTM. Projektipäällikkö Virtu.fi - sähköiset palvelut lappilaisille, Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Toiminut suunnittelijana Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksessa sähköisten palvelujen kehittämistehtäviissä vuodesta 2003.

Pirttiperä, Jarkko. HTM, osastonhoitaja. Johtajana Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymässä. Toiminut erilaisissa terveydenhuollon tehtävissä yli 30 vuotta, mukaan lukien erilaiset kansalliset kehittämishankkeet.

Puotiniemi, Tiina. TtM, kognitiivinen psykoterapeutti (YET), psyk.sh. Kehittämispäällikkönä OYS:n psykiatrian tulosalueella. Tehtäviin kuuluu mm. kliinisen työn, prosessien kehittäminen. Toiminut eri hankkeiden projektipäällikkönä. Toimii psykiatrian tulosalueella RAI-vastaavana ja kuuluu kansallisen mielenterveysRAIn ohjausryhmään.

Reini, Kaarina. FT, KTM. Tutkija Vaasan yliopiston sosiaali- ja terveyshallintotieteen yksikössä ja vierailuva tutkija THL:n mielenterveysyksikössä. Länsi-Suomen Mielenterveyskyselyn tutkimusryhmän jäsen. Tutkimusaiheena terveyden edistämisen taloudelliset vaikutukset

Rissanen, Päivi. Tutkija, VTL. Mielenterveyden keskusliitto. Toiminut aiemmin Mielenterveyden keskusliitossa projektitutkijana kokemusrvioinnin kehittämishankkeessa sekä hankekoordinaattorina Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäjänä.

Salmisaari Timo. Yhteiskunnallisen osallisuuden palvelujen johtaja (Mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä aikuissosiaalityö), Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri.

Santalahti, Päivi. Lastenpsykiatrian erikoislääkäri, LT, Dosentti. Ylilääkäri, THL. Terveysosasto, Mielenterveysyksikkö. Toiminut käytännön lastenpsykiatrina erikoissairanhoidossa ja Turun Kasvatus- ja perheneuvolassa ja tehnyt tutkimus- ja kehittämistyötä Turun yliopistossa ja THL:ssä.

Sjöholm, Markus. VTM. Asiakastyön koordinaattori ongelmapelaajia auttavassa Peluuri -palvelukokonaisuudessa. Työskennellyt myös koordinaattorina A-klinikkasäätiön Päihdelinkissä sekä projektitutkijana THL:llä. Tehnyt sosiaalipsykologian alan gradunsa 2011 Pelivoimapiiripalvelusta.

Sohlman, Britta. FT, THM, esh. Kehittämispäällikkönä THL:n Ikääntyneet, vammaiset ja toimintakyky -yksikössä. Vastaa mielenterveysRAIn kehittämisestä Suomessa sekä kehitysvammaRAIn ja lasten ja nuorten mielenterveysRAIn pilotoinneista. On interRAI Network of Mental Health (iNMH) jäsen .

Solin, Pia. FT. Työskentelee kehittämispäällikkönä THL:n Mielenterveys –yksikössä päävastuualueina eri ikä- ja kohderyhmien mielenterveyden edistämisen tutkimus- ja kehittämistyö. Toimii myös WHO Mielenterveysalan yhteistyökeskuksen johtajana, jonka toiminnan kohteena on itsemurhien ehkäisyn tutkimus ja käytännöt, mielenterveyspalveluiden käyttäjien voimaantuminen sekä kansallisen ja kansainvälisen mielenterveystyön vuoropuhelu edistämistyön lisäksi.

Stenberg, Jan-Henry. FT, Psyk.lis., psykologi, kouluttajapsykoterapeutti VET, HYKS Psykiatrian sähköisen mielenterveystyön projektinjohtaja, HY Kliinisen psykologian tuntiopettaja.

Stenius, Kerstin. Tutkimuspäällikkö, Alkoholi ja huumet yksikkö, THL, sekä vieraileva tutkija Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Tukholman yliopisto. Johti Suomen Akatemian rahoittamaa Päihteet Mielessä -projektia.

Suvisaari, Jaana. LT, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri. Tutkimusprofessori THL:n Terveysosaston Mielenterveysyksikössä.

Tammi, Tuukka. VTT, kehittämispäällikkö Tupakka, rahapelit ja riippuvuus -yksikössä.

Tigerstedt, Christoffer. VTT, dosentti. Erikoistutkija THL:n Alkoholi ja huumeet -yksikössä.

Tuulos, Tytti. THM. Aluekoordinaattori 1.4.2015 alkaen, Hyvinvointi-osasto, THL. Kehittämispäällikkö 31.3.2015 asti, Terveysosasto, THL. Toiminut hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen erilaisissa asiantuntijatehtävissä kansallisella ja alueellisella tasolla.

Wahlbeck, Kristian. Psykiatrian dosentti. THL:n tutkimusprofessori vuodesta 2003. Suomen Mielenterveysseuran kehitysjohtaja vuodesta 2012. Toiminut usean mielenterveyspalvelujen järjestämistä koskevan kansallisen ja kansainvälisen tutkimus- ja kehittämishankkeen johtajana.

Warpenius, Katariina. VTM. Työskentelee tutkijana Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Alkoholi ja huumeet -yksikössä. On tutkinut muun muassa ehkäisevää päihdetyötä ja paikallista alkoholipolitiikkaa.

Vartiainen Heikki. Oikeuspsykiatrian ja psykiatrian dosentti. Johtava ylilääkäri. Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikkö.

Vilkko, Anni. VTT, dosentti (sosiaalipolitiikka). Erikoistutkijana THL:n Iäkkäät, vammaiset ja toimintakyky -yksikössä. Keskeiset tutkimuskohteet vanhuspalveluissa omaishoito ja ikäasuminen

Vuorenmaa, Maritta. KT, YTM, sosiaali- ja terveysalan lehtori. Toiminut mielenterveys- ja päihdealan perustyössä, koulutuksessa ja viimeiset kymmenen vuotta alan kehittämis- ja tutkimustehtävissä Stakesissa ja sittemmin THL:ssä Vaasassa. Osallistunut Mieli-suunnitelman suunnitteluun ja toimeenpanoon sekä Kaste-ohjelmien laatimiseen ja ohjelmien mukaisten hankkeiden (Pohjanmaa-hanke, Välittäjä, Perhe-Kaste) toteuttamiseen, arvioimiseen ja ohjaukseen sekä Väli-Suomen aluejohtoryhmän toimintaan. Toimii myös kansallisesti ja kansainvälisesti verkottuneen Hyvinvoinnin ja johtamisen tutkimusohjelmassa (Bower http://www.uva.fi/fi/sites/bower/bower_toiminta/julkaisut/) mielenterveyden edistämiseksi.

Wuorio, Sanna. Medianomi YAMK. Työskentelee viestintäsuunnittelijana THL:n TETU-yksikössä, tehtäväalueena rahapeliongelmien ehkäisyn ja hoidon kehittämisen viestintä- ja julkaisutoiminta.

12 Aiemmin julkaistut mielenterveys- ja päihdesuunnitelman THL:n ja STM:n raportit

THL:n vuosiraportit

Juha Moring, Viveca Bergman, Esa Nordling, Jaana Markkula, Airi Partanen, Markku Soikkeli (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. Työpaperi 15/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-907-7>.

Juha Moring, Anne Martins, Airi Partanen, Viveca Bergman, Esa Nordling (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Kehittyviä käytäntöjä 2011. Raportti 46/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-684-7>.

Juha Moring, Anne Martins, Airi Partanen, Viveca Bergman, Esa Nordling, Veijo Nevalainen (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Raportti 6/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085117>.

Airi Partanen, Juha Moring, Esa Nordling, Viveca Bergman (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. Avauksia 16/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085116>.

Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeiden THL:n raportit

Falk Hanna, Kurki Marjo, Rissanen Päivi, Kankaanpää Sini, Sinkkonen Niina. Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. Työpaperi 39/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-028-3>.

Laitinen Petri, Komminaho Alpo, Mäkelä Matti, Järvinen Matti, Hilama Pirjo, Nykky Tiina, Moring Juha, Partanen Airi, Sutela Sanna. Itä kohtaa lännen – Mieli-suunnitelmaa toteuttamassa 2010–2013. Työpaperi 19/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-935-0>.

Lepistö Päivi, Kuosmanen Lauri, Partanen Airi, Moring Juha. Parempaan palvelun avaimia – Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano Mielen avain -hankkeessa. Raportti 64/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-754-7>.

Laajasalo Taina, Pirkola Sami (toim.). Ennenkuin on liian myöhäistä: Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Raportti 47/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-686-1>.

Kaivosoja Matti, Löf Tuula, Indola Jessica (toim.). Rapsodia terveelle mielelle. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano terveisin Mieli Pohjois-Suomessa -hankkeessa. Raportti 47/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085286>.

Muita mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan liittyviä THL:n raportteja

Kostiainen Elisa, Ahonen Sanna, Verho Tanja, Rissanen Päivi, Rotko Tuulia. Kokemukset käyttöön – kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen. Työpaperi 36/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-373-4>.

Kuosmanen, Lauri; Vuorilehto, Maria; Voipio-Pulkki, Liisa-Maria; Laitila, Minna; Posio, Jorma; Partanen, Airi (toim.). Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä: Kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005-2009. Avauksia 5/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085101>.

STM:n julkaisut

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveysministeriön Julkaisuja 2012: 24. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3382-8>.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön Selvityksiä 2009:3. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2768-1>.