

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

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015

Kehittyviä käytäntöjä 2011

RAPORTTI



RAPORTTI 46/2012

Juha Moring, Anne Martins, Airi Partanen, Esa Nordling, Viveca Bergman

**Kansallinen mielenterveys-
ja päihdesuunnitelma 2009–2015**
Kehittyviä käytäntöjä 2011



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Anne Martins

Kannen kuva: Juha Moring

Ruotsinkielinen tiivistelmä: Marie-Louise Haga, Semantix

Englanninkielinen tiivistelmä: Henna Eronen, THL

ISBN 978-952-245-683-0 (painettu)

ISBN 978-952-245-684-7 (pdf)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISSN 1798-0089 (pdf)

URN:ISBN:978-952-245-684-7

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-684-7>

Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino Oy
Tampere, 2012



Lukijalle

Vuonna 2009 julkaistun Mieli-suunnitelman vuosittaisesta väliraportista ilmestyy nyt kolmas osa. Raportissa kuvataan sekä julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa että järjestöissä käynnissä olevaa vilkasta kehitystoimintaa, joka tähtää parempiin palveluihin ja paremmin toimivaan hoitojärjestelmään. Artikkelit ovat esimerkkejä eri puolilta Suomea siitä, mitä kaikkea työstään innostuneet ja motivoituneet ihmiset saavat aikaan. Tarjontaa olisi ollut paljon enemmänkin kuin mitä tällä kertaa saatiin mahtumaan mukaan. Mukana on myös juttu Norjasta, ja varmasti olisi syytä muutenkin tarkastella mitä muissa Pohjoismaissa ja laajemmin Euroopassa tapahtuu. Joissakin asioissa Suomi on jäänyt pahasti jälkeen.

Mieli-suunnitelman toimeenpano on ajallisesti puolivälissä matkaa, ja Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla suunnitelmaa ja sen toteutumista on tarkasteltu kuluneen talven ja kevään aikana. Tarkoituksena on, että suunnitelmasta ilmestyy syksyllä päivitetty versio, jossa alkuperäiset ehdotukset ovat ennallaan, mutta niiden ajankohtaisuutta, toteutumisastetta ja mahdollisesti tarvittavia edistämistoimia on arvioitu. Tässä vaiheessa voidaan todeta, että osa ehdotuksista on toteutumassa hyvin, osa odottaa vielä lähes lähtökuopissaan.

Emme tiedä vielä miltä Mieli-suunnitelman toteutuminen vuonna 2015 näyttää. Oman mielenkiintonsa tilanteeseen tuovat kesken olevat kunta- ja palvelurakennemuutokset ja koko ajan vaikeutuva eurokriisi. Asiantuntevien ja omaa työtään arvostavien kirjoittajien kanssa on ollut ilo koota tätä raporttia, suuret kiitokset kaikille kirjoitustyöhön osallistuneille. Mielenkiintoisia lukutuokioita tekstien parissa.

Toimituskunta

Tiivistelmä

Juha Moring, Anne Martins, Airi Partanen, Esa Nordling, Viveca Bergman (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Kehittyviä käytäntöjä 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 46/2012. 216 sivua. Tampere 2012.

ISBN 978-952-245-683-0 (painettu); ISBN 978-952-245-684-7 (pdf)

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

Mieli-suunnitelman kolmannen vuoden väliraportti kuvaa käytännön toimeenpanoa. Ensimmäinen osa **Ehkäisyä, edistämistä ja osallisuutta – omat voimat käyttöön** koostuu kolmestatoista artikkelista. *Elina Kotovirran* kirjoittama NA huumeongelmaisen toipumisen tukena kertoo Nimettömien Narkomaanien toveriseuran vertaistyöstä. NA:n tavoitteena on tarjota toipuville huumeiden käyttäjille ympäristö, jossa he voivat auttaa toisiaan lopettamaan käytön ja löytämään uuden elämäntavan. Toveriseura ei tarjoa minkään alan ammattiapua, NA:n ”peruspalvelu” on NA-ryhmän kokous. Toveriseuran perusta on NA:n toipumisohjelma eli 12 askelta ja 12 perinnettä. *Maria Viljasen* Ikääntyneiden päihdetyön haasteet ja mahdollisuudet luo katsauksen ikääntyneiden päihteidenkäytön yleisyyteen sekä esittelee järjestöjen ja kuntien yhteistyönä tehtyä kehittämistyötä ja tarjoaa lopuksi katsauksen hyvien käytäntöjen juurruttamisen kulmakiviin. Ikääntyneiden mielenterveyden edistämistä tarkastellaan *Anna Forsmanin* ja *kumppaneiden* jutussa Att främja de äldres psykiska hälsa – psykosociala faktorer och insatser. Se esittelee ajankohtaisia tutkimustuloksia ja sisältää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja meta-analyysin psykososiaalisten interventioiden vaikutuksista ikääntyneiden mielenterveyteen. *Pia Hytösen* ja *Pirkko Haikolan* Omaisen ääni kuuluviin – kuule kokemuskouluttajaa kuvaa Omaiset mielenterveystyön tukena järjestön kokemuskoulutustoimintaa, jonka tavoitteena on mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemustiedon välittäminen ja käyttäminen muun muassa ehkäisevän mielenterveystyön menetelmänä. Tavoitteena on poistaa ennakkoluuloja ja pelkoja mielenterveyden sairauksia kohtaan ja normalisoida käsityksiä mielenterveyden asioista. *Harriet Paattimäen* ja *Katriina Aamunkajon* Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä -projekti (2010–2014) Tampereella ja Etelä-Pohjanmaalla kuvaa hanketta jossa tavoitteena on kehittää omaistyötä ja luoda systemaattinen omaistyön malli omaisten auttamiseksi. Tarkoituksena on, että suunnitelmallisen omaistyön kautta kaikilla omaisilla on mahdollisuus saada tarvitsemaansa tietoa ja tukea ja sitä kautta mahdollisuus oman kuormittuneisuuden vähenemiseen ja hyvinvoinnin kohenemiseen. Kurikan perhekeskuksen kotiin tuetut perheet – toimintamalli ja tutkimustuloksia -artikkelissa *Esa Nordling* ja *kumppanit* esittelevät hyvin toimivaa käytäntöä ja tutkimustuloksia. *Carolina Herbertsin*, *Ritva Mertaniemen* ja *Maritta Vuorenmaan* Maahanmuuttajien mielenterveys ja mielenterveyspalvelut Mieli-suunnitelman toimeenpanon haasteina pureutuu tärkeään ajankohtaiseen asiaan. Kolme seuraavaa artikkelia muodostavat kokonaisuuden Lasten sosioemotionaalisen kehityksen tukeminen kouluissa. Friends-ohjelma lasten ja nuorten sosioemotionaalisten taitojen edistäjänä (*Nina Aartokallio*), Mielenterveys hyvinvoinnin koulun perustaksi (*Marjo Hannukkala et al*), Kiusaamista Vastaan peruskoulussa – KiVa Koulu -ohjelma toimii! (*Annarilla Ahtola*) kuvaavat onnistuneita kouluissa toimivia ohjelmia. Hyviä kokemuksia on myös *Kaija Appelqvist-Schmidlechnerin* ja *Minna Savolaisen* kuvaamasta toiminnasta jutussa Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen – Psykososiaalista tukea nuorille miehille. Kaksi viimeistä artikkelia *Timo Partosen* Itsemurhan ehkäisy sekä *Esa Nordlingin* ja *Arja Oikarisen* Hyvä Mehtäkaveri -toimintamalli Kainuun metsästäjien huolen puheeksi ottamisen tukena käsittelevät yhteiskuntamme kipeää ongelmaa.

Raportin toinen osa **Strategista yhteistyötä** käsittelee kunnan päättäjätason päihde- ja mielenterveystyötä artikkeleissa Alkoholiohjelma ehkäisevää päihdetyötä edistämässä (*Tuomas Tenkanen* ja *Irmeli Tamminen*) ja Osallisuuden toteuttamisen haasteita ja mahdollisuuksia mielenterveys- ja päihdestrategiatyössä – kokemuksia Mielen Tuki -hankkeesta (*Heli Hätönen*, *Esa Nordling*, *Merja Halonen*) mielenkiintoisella tavalla.

Kolmannessa osassa **Muuttuvaa ja kehittyvää hoitoa** artikkelit Kaaoksesta hallintaan – Itäkeskuksen psykiatrian poliklinikan muutosprosessi yleispsykiatrisista työryhmistä häiriökohtaisiin työryhmiin vv. 2009–2010 (*Leea Muhonen*), Users´ forum – käyttäjäpalautetta psykiatrisesta sairaalahoidosta (*Jorma Okanen*), Elämänmuutos rakentuu toiminnasta ja osallisuudesta yhteisöhoitossa (*Yrmy Ikonen*, *Liisa Kallio* ja *Arja Ruisniemi*), Keski-Suomen aikuispsykiatrian kehittämishanke 2005–2010 – kohti avohoitokeskeistä

hoitoa (*Hannu Priha*) sekä norjankielisestä alkutekstistä käännetty Vähentääkö matalampi kynnyks pakkoa? (*Inger Aareskjold Salte*) antavat hienon kuvan eri hoitopaikoissa tapahtuvasta menestyksellisestä kehittämistyöstä. Osan viimeinen artikkeli Psykoosisairauksiin liittyvät fyysiset terveysongelmat ja niihin vaikuttaminen (*Jaana Suvisaari ja kumppanit*) käsittelee sitä kuinka tärkeää on tarttua mielenterveyden häiriöiden lisäksi somaattisen terveyden ongelmiin suuren ylikuolleisuuden vähentämiseksi ja elämänlaadun parantamiseksi.

Työtä lankoja pitkin -osassa *Grigori Joffe, Kaisla Joutsenniemi ja kumppanit* artikkelissaan Sähköinen mielenterveystyö luovat laajan katsauksen nykyaikaisen tietotekniikan ja verkkoyhteyksien avaamiin mahdollisuuksiin mielenterveystyössä konkreettisella tavalla. Lisää innovatiivisia palveluja esitellään artikkeissa Mobiili- ja internetpalveluiden uudet sovellukset päihde- ja mielenterveysongelmien vähentämisen välineenä (*Iina Järvi, Karita Niittymäki, Tuomo Varis*) ja Päihdelinkki itsearvioinnin ja omaehtoisen toipumisen tukena (*Tiia Ruokosalu ja Pinja Rislakki*).

Raportin **Vähemmän väkivaltaa** -osa tarttuu arjessa paljon puhuttaviin väkivaltaongelmiin *Minna Juutilaisen* Väkivaltainterventio sairaanhoidossa: Keski-Suomen sairaanhoitopiirin VISH-toimintamallin taustat ja toteutus sekä *Tiina Röningin* toimittamassa ART – Aggression Replacement Training -ryhmäharjoitusmenetelmä aggressiivisesti käyttäytyville nuorille artikkeleissa.

Viimeinen osa **Arjen asiat raiteilleen** palaa alun ehkäisevään ja edistävään toimintaan toisesta näkökulmasta. *Jukka Mäki* kirjoittaa jutussaan Vankilasta vapauteen – rangaistuksesta vapautuvien jälkihuolto: ”Vangit ja yhdyskuntaseuraamusasiakkaat ovat päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien kovaa ydintä. Lisähaasteen heidän hoitoonsa ja kuntoutukseensa tuo rikollinen käyttäytyminen, laitostausta ja niihin liittyvä alakulttuuri. Monen kohdalla paluu vankilaan on toistuvaa. Mutta aina edessä on kuitenkin vapaus. Monen kohdalla tarvitaan silloin jämäkkää jälkihuoltoa. Siinä onnistuminen edellyttää tiivistä, sektorirajat ylittävää yhteistyötä eri toimijoiden välillä.”

Portti vapauteen (*Susanna Särkkä*) -sivustolta rikostaustaiset, heidän läheisensä sekä heidän kanssaan työskentelevät ammattilaiset esimerkiksi kunnissa ja järjestöissä saavat tietoa, neuvoja ja vertaistukea. *Tuula Tiaisen* artikkeli Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämishanke kuvaa ympäristöministeriön hanketta tärkeässä ja keskeisessä ongelmassa ajatuksia herättävällä tavalla.

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

Sammandrag

Juha Moring, Anne Martins, Airi Partanen, Esa Nordling, Viveca Bergman (red.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Kehittyviä käytäntöjä 2011 [Nationell plan för psykisk hälsa och missbruksarbete 2009–2015: Praxis i utveckling 2011]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 46/2012. 216 sidor. Tammerfors, Finland 2012.

ISBN 978-952-245-683-0 (tryckt); ISBN 978-952-245-684-7 (pdf)

ISSN 1798-0070 (tryckt); ISSN 1798-0070 (pdf)

Lägesrapporten för Mieli-planens tredje år beskriver den praktiska implementeringen. Den första delen, Ehkäisyä, edistämistä ja osallisuutta – omat voimat käyttöön (Förebyggande, främjande och delaktighet – de egna krafterna i användning), består av 13 artiklar. *Elina Kotovirta* har skrivit artikeln NA huumeongelmaisen toipumisen tukena (NA som stöd vid återhämtning från drogproblem). Den handlar om kamratarbetet inom Anonyma Narkomaners kamratsällskap. NA:s mål är att skapa en miljö för tillfriskande narkomaner, där de kan hjälpa varandra att upphöra med droganvändningen och finna en ny livsstil. Kamratsällskapet erbjuder inte någon form av experthjälp, utan NA:s ”basservice” är NA-gruppens möten. Kamratsällskapets grund är NA:s självhjälsprogram, dvs. 12 steg och 12 traditioner. *Maria Viljanens* Ikääntyneiden päihdetyön haasteet ja mahdollisuudet (Utmaningar och möjligheter i missbruksarbetet för äldre personer) ger en inblick i hur vanlig droganvändningen är bland äldre personer samt presenterar det utvecklingsarbete som bedrivits i samarbete mellan organisationer och kommuner och ger slutligen en översikt över hörnstenarna för införandet av god praxis. Främjandet av den psykiska hälsan bland äldre personer granskas i inlägget Att främja de äldres psykiska hälsa – psykosociala faktorer och insatser som har skrivits av *Anna Forsman et al.* Inlägget innehåller en presentation av aktuella undersökningsresultat och en systematisk litteraturoversikt samt en meta-analys av hur psykosociala interventioner påverkar äldre personers psykiska hälsa. *Pia Hytönens* och *Pirkko Haikolas* Omaisen ääni kuuluviin – kuule kokemuskouluuttajaa (Låt en närståendes röst bli hörd – lyssna på en erfarenhetsutbildare) ger en beskrivning av erfarenhetsutbildningen inom organisationen Anhörigas stöd för mentalvården centralförbund rf. Syftet med utbildningen är att förmedla och använda de erfarenhetsbaserade kunskaper som de anhöriga till rehabiliteringspatienter inom mentalvården har, bland annat som en metod inom det förebyggande mentalvårdsarbetet. Målet är att eliminera fördomar mot och rädsla för psykiska sjukdomar samt att normalisera uppfattningarna om frågor som gäller den psykiska hälsan. *Harriet Paattimäkis* och *Katriina Aamunkajos* projekt Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä (Utveckling av modellen för tidigt stöd inom anhörigarbetet, 2010–2014) i Tammerfors och Södra Österbotten beskriver ett projekt där målet är att utveckla anhörigarbetet och skapa en systematisk modell för anhörigarbetet i syfte att hjälpa de anhöriga. Avsikten är att samtliga anhöriga genom planmässigt anhörigarbete ska kunna få den information och det stöd de behöver, och därigenom en möjlighet att minska den egna belastningen och förbättra det egna välmåendet. I artikeln Kurikan perhekeskuksen kotiin tuetut perheet – toimintamalli ja tutkimustuloksia (Kurikkas familjecentrals hemstödda familjer – verksamhetsmodell och undersökningsresultat) presenterar *Esa Nordling et al* välfungerande praxis och undersökningsresultat. *Carolina Herberts*, *Ritva Mertaniemis* och *Maritta Vuorenmaas* Maahanmuuttajien mielenterveys ja mielenterveyspalvelut Mieli-suunnitelman toimeenpanon haasteina (Invandrades psykiska hälsa och mentalvårdstjänster som utmaningar i verkställigheten av Mieli-planen) går på djupet med en viktig aktuell fråga. De följande tre artiklarna bildar helheten Stöd för barns socioemotionella utveckling i skolorna. Friends-ohjelma lasten ja nuorten sosioemotionaalisten taitojen edistäjänä (Friends-programmet för att främja de socioemotionella färdigheterna bland barn och vuxna, *Nina Aartokallio*), Mielenterveys hyvinvoivan koulun perustaksi (Psykisk hälsa som grund för en välmående skola, *Marjo Hannukkala et al*), Kiusaamista Vastaan peruskoulussa – KiVa Koulu -ohjelma toimii! (Mot mobbning i grundskolan – programmet KiVa Skola fungerar!, *Annarilla Ahtola*) beskriver lyckade program i skolorna. Man har också goda erfarenheter av den verksamhet som beskrivs i *Kaija Appelqvist-Schmidlechners* och *Minna Savolainens* artikel Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen – Psykososiaalista tukea nuorille miehille (Time Out! Livet i balans – Psykosocialt stöd för unga män). De två sista artiklarna, *Timo Partonens* Itsemurhan ehkäisy (Förebyggande av självmord) samt *Esa Nordlings* och *Arja Oikarinens* Hyvä Mehtäkaveri -toimintamalli Kainuun metsästäjien huolen puheeksi ottamisen tukena (Bästa Jaktkompis – en handlingsmodell som stöd

modell som stöd för diskussion om bekymmer som jägarna i Kajaland har) behandlar ett smärtsamt problem i vårt samhälle.

Den andra delen av rapporten, **Strategiskt samarbete**, behandlar på ett intressant sätt missbruks- och mentalvårdsarbetet på kommunal beslutsfattarnivå i *Tuomas Tenkanens* och *Irmeli Tamminens* artikel Alkoholihjelma ehkäisevää päihdetyötä edistämässä (Främjande av missbruksarbete som förebygger alkoholism) och *Heli Hätönens*, *Esa Nordlings* och *Merja Halonens* Osallisuuden toteuttamisen haasteita ja mahdollisuuksia mielenterveys- ja päihdestrategiatyössä – kokemuksia Mielen Tuki -hankkeesta (Utmaningar och möjligheter i förverkligandet av delaktighet inom mentalvårds- och missbruksstrategiarbetet - erfarenheter av projektet Mielen Tuki).

Artiklarna Kaoksesta hallintaan – Itäkeskuksen psykiatrian poliklinikan muutosprosessi yleispsykiatrista työryhmistä häiriökohtaisiin työryhmiin vv. 2009–2010 (Från kaos mot kontroll – Förändringsprocessen vid Östra Centrums psykiatriska poliklinik, från allmänpsykiatriska arbetsgrupper mot störningsspecifika arbetsgrupper åren 2009–2010, *Leea Muhonen*), User's Forum – käyttäjälautetta psykiatrisesta sairaalahoidosta (User's Forum – användarrespons på psykiatrisk sjukhusvård, *Jorma Oksanen*), Elämänmuutos rakentuu toiminnasta ja osallisuudesta yhteisöhoiossa (En livsförändring bygger på verksamhet och delaktighet i samfundsvård, *Yrmy Ikonen*, *Liisa Kallio* och *Arja Ruisniemi*), Keski-Suomen aikuispsykiatrian kehittämishanke 2005–2010 – kohti avohoitokeskeistä hoitoa (Projektet för utveckling av vuxenpsykiatrin i Mellersta Finland 2005–2010 – mot öppenvårdsfokuserad vård, *Hannu Priha*) samt den artikel som har översatts från norska Vähentääkö matalampi kynnyks pakkoa? (Minskar en lägre tröskel tvånget?, *Inger Aareskjold Salte*) ger en bra bild av det betydelsefylla utvecklingsarbetet som utförs på olika vårdställen. Den sista artikeln i denna del, Psykoosisairauksiin liittyvät fyysiset terveysongelmat ja niihin vaikuttaminen (Fysiska hälsoproblem i anslutning till psykosjukdomar och hur dessa kan påverkas) har skrivits av *Jaana Suvisaari* et al och handlar om hur viktigt det är att ingripa förutom i störningar i den psykiska hälsan också i problem i den somatiska hälsan i syfte att minska överdödligheten och förbättra livskvaliteten.

I delen **Elektroniskt arbete** ger *Grigori Joffe*, *Kaisla Joutsenniemi* et al i sin artikel Sähköinen mielenterveystyö (Elektroniskt mentalvårdsarbete) på ett konkret sätt en bred översikt över de möjligheter som den moderna informationstekniken ger i arbetet inom mentalhälsovården. Fler innovativa tjänster presenteras i *Iina Järvis*, *Karita Niittymäki* och *Tuomo Varis* artikel Mobiili- ja internetpalveluiden uudet sovellukset päihde- ja mielenterveysongelmien vähentämisen välineenä (Nya mobil- och webbtillämpningar som ett verktyg för att minska missbruks- och mentalvårdsproblemen) och *Tiia Ruokosalos* och *Pinja Rislakkis* artikel Päihdelinkki itsearviointiin ja omaehtoisen toipumisen tukena (Droglänken som stöd för självvårdning och självständig återhämtning).

Rapportdelen **Mindre våld** behandlar mycket omtalade våldproblem i vardagen i *Minna Juutilainens* artikel Väikivaltainterventio sairaanhoidossa: Keski-Suomen sairaanhoitopiirin VISH-toimintamallin taustat ja toteutus (Våldsintervention i sjukhusvården: Bakgrund för och implementering av verksamhetsmodellen VISH i Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt) samt i den artikel som har redigerats av *Tiina Röning*, ART – Aggression Replacement Training -gruppövningsmetod för ungdomar som beter sig aggressivt.

Den sista delen **Vardagliga frågor i balans** återkommer ur ett annat perspektiv till den förebyggande och främjande verksamheten som togs upp i början. I sin artikel Vankilasta vapauteen: rangaistuksesta vapautuvien jälkuhuolto (Från fängelse till frihet: eftervård för personer som frigges efter straff) skriver *Jukka Mäki*: Fångar och samhällspåföljds klienter utgör den hårda kärnan av dem som lider av drog- och mentalvårdsproblem. Den extra utmaningen i dessa personers vård och rehabilitering utgörs av det kriminella beteendet, det förflutna på en anstalt och underkulturen i anslutning till dessa. Många återvänder upprepade gånger till fängelset. Men ändå har de alltid friheten framför sig. I fråga om många behövs det då strikt eftervård. För att lyckas med detta krävs det ett nära sektorgränsöverskridande samarbete mellan olika aktörer.”

På webbplatsen Portti vapauteen (En port mot friheten, *Susanna Särkkä*) får personer som har en kriminell bakgrund, deras närstående och de yrkespersoner i till exempel kommuner och organisationer som arbetar med dem information, råd och kamratstöd. *Tuula Tiainenens* artikel Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämishanke (Projektet för utveckling av boendet för psykiska rehabiliteringspatienter) beskriver på ett tankeväckande sätt miljöministeriets projekt i ett viktigt och centralt problem.

Nyckelord: psykisk hälsa, störningar i den psykiska hälsan, mentalvårdstjänster, främjande av den psykiska hälsan, mentalvårdsrehabilitering, förebyggande mentalhälsoarbete, drog, förebyggande drogarbete, drogtjänster, missbruksvård, drogproblem, mentalvårds- och missbruksplan, elektroniska tjänster

Abstract

Juha Moring, Anne Martins, Airi Partanen, Esa Nordling, Viveca Bergman (eds.). Kansallinen mielen-terveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Kehittyviä käytäntöjä 2011 [National plan for mental health and substance abuse work 2009–2015: Developing Practices 2011.] National Institute for Health and Welfare (THL). Report 46/2012. 216 pages. Tampere, Finland 2012.

ISBN 978-952-245-683-0 (printed); ISBN 978-952-245-684-7 (pdf)

ISSN 1798-0070 (printed); ISSN 1798-0070 (pdf)

The report on the third year of the National Mental Health and Substance Abuse Plan (Mieli Plan) focuses on describing the implementation of the plan. The first part of the report, **prevention, promotion and participation – self-empowerment**, consists of 13 papers. In her paper *Elina Kotovirta* describes how the peer activities of the Narcotics Anonymous (NA) fellowship help people to recover from drug abuse. The NA goal is to provide recovering drug abusers with an environment where they can help each other to stop using drugs and find new lifestyles. The fellowship provides no professional help of any field, and its “basic service” is the NA group meeting. The fellowship is founded on the NA recovery programme consisting of 12 steps and 12 traditions. *Maria Viljanen* describes in her paper different challenges and opportunities in substance abuse services for older people. She gives an overview of the prevalence of substance abuse among older people and describes how services have been developed in co-operation between NGOs and municipalities. She also discusses the cornerstones of establishing good practices. The paper by *Anna Forsman et al.* examines, through psychosocial factors and inputs, the promotion of older people’s mental health. It includes a presentation of topical research results, a systematic literature review, and a meta-analysis on the impact of psychosocial interventions on older people’s mental health. *Pia Hytönen* and *Pirkko Haikola* describe in their paper peer support training provided by the National Family Association Promoting Mental Health. The training aims at disseminating the experiences and knowledge of people close to mental health rehabilitees and using the information, for example, as a method in mental disorder prevention. The objective is to remove prejudices and anxieties concerning mental disorders and to normalise perceptions on mental health issues. *Harriet Paattimäki* and *Katriina Aamunkajo* present in their paper a project carried out in the city of Tampere and the region of South Ostrobothnia in 2010–2014. The aim of the project is to develop mental health carer support as well as to create a systematic model for the support. The idea is that systematic mental health carer support gives everyone concerned the opportunity to get necessary information and support and, thereby, the opportunity to reduce their burden and improve their wellbeing. The paper by *Esa Nordling et al.* describes good practices and research results from the town of Kurikka where the family centre provides support for families at home. In their paper *Carolina Herberts*, *Ritva Mertaniemi* and *Maritta Vuorenmaa* examine the topical theme of immigrant mental health and mental health services for immigrants as one of the challenges in the implementation of the Mieli Plan. The next three articles focus on the theme of supporting children’s socio-emotional development in school and describe good practices: *Nina Aartokallio*’s paper discusses how the so-called Friends Programme promotes socio-emotional skills among children and young people; *Marjo Hannukkala et al.* describe how mental health is the foundation of wellbeing at school; and *Annarilla Ahtola* presents in her paper a programme to fight against bullying in comprehensive school. Also *Kaija Appelqvist-Scmidlechner* and *Minna Savolainen* describe good practices: their paper discusses psychosocial support measures targeting young men. The last two articles in part one focus on a very difficult problem in our society, suicide: *Timo Partanen* discusses suicide prevention; and *Esa Nordling* and *Arja Oikarinen* describe a project where hunters in Kainuu were helped to discuss their problems.

The second part of the report focuses on **strategic co-operation**. Mental health and substance abuse work at the level of municipal decision-making is discussed in a very interesting way by *Tuomas Tenkanen* and *Irmeli Tamminen* in their paper on the Alcohol Programme as a means to promote substance abuse prevention as well as by *Heli Hätönen*, *Esa Nordling* and *Merja Halonen* in their paper on the participation-related challenges and possibilities in the strategies for mental health and substance abuse work.

Part three of the report focuses on **changing and developing treatments**. Five articles give good examples of significant development carried out at the level of clinics and regions: *Leena Muhonen* describes the process of replacing general psychiatric working groups with disorder-specific working groups in a psychiatric outpatient clinic in Helsinki in 2009–2010; *Jorma Oksanen* discusses user feedback on psychiatric inpatient care; *Yrmy Ikonen*, *Liisa Kallio* and *Arja Ruisniemi* discuss activities and participation in community care as a foundation for lifestyle changes; *Hannu Priha* focuses on the process towards outpatient-centred treatment in adult psychiatry in Central Finland in 2005–2010; and *Inger Aareskjold Salte* discusses whether a lower threshold reduces the need for involuntary treatment. The last paper in part three is by *Jaana Suvisaari et al* and it focuses on physical health problems in connection with psychosis disorders and describes how important it is to tackle not only mental disorders but also somatic health problems in order to improve quality of life and reduce excess mortality.

Part four of the report focuses on **modern technology in mental health work**. *Grigori Joffe*, *Kaisla Joutsenniemi*, *et al.* give a broad and concrete overview of the possibilities modern information technologies and websites open up for mental health work. Innovative services are also presented by *Iina Järvi*, *Karita Niittymäki* and *Tuomo Varis* in their paper on new mobile and internet applications as a means to reduce substance abuse and mental health problems as well as by *Tiia Ruokosalu* and *Pinja Rislakki* who describe the web service AddictionLink as a tool to support self-evaluation and independent recovery.

The theme in part five of the report is **less violence**, and topical problems with violence are discussed in *Minna Juutilainen's* paper on violence intervention in hospital care and in *Tiina Röning's* paper on the Aggression Replacement Training (ART) for young people with aggressive behaviour.

Part six of the report focuses on **getting daily affairs sorted out** and returns to the theme of prevention and promotion in part one from a different point of view. In his paper on aftercare for ex-prisoners *Jukka Mäki* writes that prisoners and community-service clients are at the hard core of substance abuse and mental health problems. Criminal behaviour, institutionalisation and related sub-cultures raise the level of challenge in their treatment and rehabilitation. Many return to prison again and again. However, freedom always looms ahead. Mäki emphasizes that many ex-prisoners need assertive aftercare and that good outcomes require tight-knit co-operation across sector boundaries.

Susanna Särkkä describes in her paper a website where people with criminal backgrounds, people close to them, and people who work with them in, for example, municipalities or NGOs, can get information, advice and peer support. The paper by *Tuula Tiainen* focuses on a project carried out by the Ministry of the Environment to develop housing for mental health rehabilitants and discusses the significant problem in a thought-provoking way.

Keywords: alcohol and drugs, electronic services, mental disorders, mental health, mental health and substance abuse plan, mental health promotion, mental health rehabilitation, mental health services, preventive mental health work, preventive substance abuse work, services for substance abusers, specialised services for substance abusers, substance abuse problems

Sisällys

LUKIJALLE	3
TIIVISTELMÄ	4
SAMMANDRAG	6
ABSTRACT	9
1 JOHDANTO	13
2 EHKÄISYÄ, EDISTÄMISTÄ JA OSALLISUUTTA – OMAT VOIMAT KÄYTTÖÖN	16
2.1 NA HUUMEONGELMAISEN TOIPUMISEN TUKENA	16
2.2 IKÄÄNTYNEIDEN PÄIHDETYÖN HAASTEET JA MAHDOLLISUUDET	22
2.3 ATT FRÄMJA DE ÄLDRES PSYKISKA HÄLSA – PSYKOSOCIALA FAKTORER OCH INSATSER	27
2.4 OMAISEN ÄÄNI KUULUVIIN – KUULE KOKEMUSKOULUTTAJAA	32
2.5 VARHAISTUEN MALLIN KEHITTÄMINEN OMAISTYÖSSÄ - PROJEKTI (2010–2014) TAMPEREELLA JA ETELÄ-POHJANMAALLA ...	35
2.6 KURIKAN PERHEKESKUKSEN KOTIIN TUETUT PERHEET – TOIMINTAMALLI JA TUTKIMUSTULOKSIA	39
2.7 MAAHANMUUTTAJAIN MIELENTERVEYS JA MIELENTERVEYSPALVELUT MIELI-SUUNNITELMAN TOIMEENPANON HAASTEINA	45
2.8 LASTEN SOSIOEMOTIONALISEN KEHITYKSEN TUKEMINEN KOULUISSA	56
2.8.1 <i>Friends-ohjelma lasten ja nuorten sosioemotionaalisten taitojen edistäjänä</i>	56
2.8.2 <i>Mielenterveys hyvinvoivan koulun perustaksi</i>	60
2.8.3 <i>Kiusaamista Vastaan peruskoulussa—KiVa Koulu -ohjelma toimii!</i>	68
2.9 TIME OUT! AIKALISÄ! ELÄMÄ RAITEILLEN - PSYKOSOSIAALISTA TUKEA NUORILLE MIEHILLE.	73
2.10 ITSEMURHAN EHKÄISY.....	79
2.11 HYVÄ MEHTÄKAVERI -TOIMINTAMALLI KAINUUN METSÄSTÄJIEN HUOLEN PUHEEKSI OTTAMISEN TUKENA	84
3 STRATEGISTA YHTEISTYÖTÄ	86
3.1 ALKOHOLIOHJELMA EHKÄISEVÄÄ PÄIHDETYÖTÄ EDISTÄMÄSSÄ	86
3.2 OSALLISUUDEN TOTEUTTAMISEN HAASTEITA JA MAHDOLLISUUKSIA MIELENTERVEYS- JA PÄIHDESTRATEGIATYÖSSÄ – KOKEMUKSIA MIELEN TUKI -HANKKEESTA	91
4 MUUTTUVAA JA KEHITTYVÄÄ HOITOA	96
4.1 KAAOKSESTA HALLINTAAN – ITÄKESKUKSEN PSYKIATRIAN POLIKLINIKAN MUUTOSPROSESSI YLEISPSYKIATRISISTA TYÖRYHMISTÄ HÄIRIÖKOHTAISIIIN TYÖRYHMIIN VV. 2009–2010	96
4.2 USERS´ FORUM – KÄYTTÄJÄPALAUTETTA PSYKIATRISESTA SAIRAALAHOIDOSTA	101
4.3 ELÄMÄNMUUTOS RAKENTUU TOIMINNASTA JA OSALLISUUDESTA YHTEISÖHOIDOSSA.....	104
4.4 KESKI-SUOMEN AIKUISPSYKIATRIAN KEHITTÄMISHANKE 2005–2010 - KOHTI AVOHOITOKESKEISTÄ HOITOA KESKI-SUOMESSA	107
4.5 VÄHENTÄÄKÖ MATALAMPI KYNYS PAKKOA?	121
4.6 PSYKOOSISAIRAUKSIIN LIITTYVÄT FYYSISET TERVEYSONGELMAT JA NIIHIN VAIKUTTAMINEN	123
5 TYÖTÄ LANKOJA PITKIN	136
5.1 SÄHKÖINEN MIELENTERVEYSTYÖ	136
5.2 MOBIILI- JA INTERNETPALVELUIDEN UUDET SOVELLUKSET PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSONGELMIEN VÄHENTÄMISEN VÄLINEENÄ	148
5.3 PÄIHDELINKKI ITSEARVIOINNIN JA OMAEHTOISEN TOIPUMISEN TUKENA	155
6 VÄHEMMÄN VÄKIVALTA	161
6.1 VÄKIVALTAINTERVENTIO SAIRAANHOIDOSSA: KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPUIRIN VISH-TOIMINTAMALLIN TAUSTAT JA TOTEUTUS	161
6.2 ART – AGGRESSION REPLACEMENT TRAINING – RYHMÄHARJOITUSMENETELMÄ AGGRESSIIVISESTI KÄYTTÄYTYVILLE NUORILLE	178

7 ARJEN ASIAT RAITEILLEEN	187
7.1 VANKILASTA VAPAUTEEN - RANGAISTUKSESTA VAPAUTUVIEN JÄLKIHOOLTO.....	187
7.2 PORTTI VAPAUTEEN.....	193
7.3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN ASUMISEN KEHITTÄMINEN.....	199
KIRJOITTAJAT	210

1 Johdanto

Tässä raportissa kuvataan sitä päihde- ja mielenterveyspalvelujen kehittämistoimintaa, joka on käynnissä eri puolilla maatamme. Tarvetta on: pitkälle hajautettu palvelujärjestelmämme on johtanut tarvitsijoiden eriarvoiseen asemaan asuinpaikasta riippuen. Yksi vakavimmista epäkohdista on päihde- ja mielenterveyden häiriöihin sairastuneiden eliniän jääminen huomattavasti, lähes 20 vuotta, muuta väestöä lyhyemmäksi. Mielenterveyden häiriöiden osalta ero on alkanut hieman kaventua, mutta päihdehäiriöiden osalta se näyttäisi jopa suurentuneen.

Myönteistä on se, että avohoidon määrä näyttää lisääntyvän ja pitkien sairaalahoitojen määrä vähentyvän, itsemurhien määrän väheneminen on jatkunut erityisen selvästi miesten osalta, ja asenteet hoitoa kohtaan muuttuneet positiiviseen suuntaan. Myönteistä on erityisesti se vilkas kehittämistoiminta, josta vain pieni osa on mahtunut esimerkkeinä mukaan raporttiin.

Yhteisen suunnan löytämiseksi tälle työlle asetti Sosiaali- ja terveysministeriö vuonna 2007 Eduskunnan aloitteesta Mieli 2009 -työryhmän valmistelemaan suunnitelmaa mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnallisesta kehittämisestä. Työryhmän raportti ”Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015” luovutettiin sosiaali- ja terveysministeriölle helmikuussa 2009. Siinä esitetään mielenterveys- ja päihdetyön kansalliset kehittämissuunnitelmat vuoteen 2015 saakka. Kyse on laajasta kokonaisuudesta, jonka toimeenpano jakaantuu usean toimijan vastuulle ja jonka toteuttaminen vaatii yhteistyötä lukuisten eri toimijoiden välillä. Suunnitelmassa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä tarkastellaan valtakunnallisella tasolla yhtenä kokonaisuutena. Suunnitelma jakaantuu neljään eri osa-alueeseen: asiakkaan aseman vahvistaminen, edistävän ja ehkäisevän työn osuuden lisääminen, palveluiden toiminnallisen kokonaisuuden kehittäminen, sekä ohjauskeinojen tehostaminen. Mieli-suunnitelman ehdotukset on lyhyesti esitetty seuraavassa:

I Asiakkaan asemaa vahvistetaan

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

II Panostetaan mielenterveyden ja päihdeongelmien edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen

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

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

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

IV Mielenterveys- ja päihdetyön ohjauskeinoja kehitetään

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

Mieli-suunnitelmaa ja sen toimeenpanoa on tarkemmin esitelty aiemmin ilmestyneissä THL:n julkaisemissa seurantaraporteissa ”Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009” (THL, Avauksia 16/2010) sekä ”Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010” (THL, Raportti 6/2011). Koko suunnitelma on julkaistu Sosiaali- ja terveysministeriön sarjassa Selvityksiä (2009:3). Julkaisut löytyvät suunnitelman toimeenpanon verkkosivuilta www.thl.fi/mielijapaihde.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman todellinen toimeenpano tapahtuu kunnissa ja sairaanhoitopiireissä. Suunnitelman saama vastaanotto onkin ollut hyvä, monet alueet ovat ottaneet ehdotukset uudistamistyön lähtökohdaksi. Suunnitelman ensimmäinen kokonaisuus korostaa asiakkaan aseman parantamista. Uusi terveydenhuoltolaki tukee toimivien ja helposti saavutettavien palvelujen kehittämistä. Valinnanvapa-

us antaa kansalaiselle mahdollisuuden vaikuttaa palveluihin. Monet muut Euroopan maat ovat viime vuosi-
na laatineet samantyyppisiä suunnitelmia, ja valinnanvapauskin heijastelee länsimaista käytäntöä.

2 Ehkäisyä, edistämistä ja osallisuutta – omat voimat käyttöön

2.1 NA huumeongelman toipumisen tukena

Elina Kotovirta

Ammattilaisten tarjoaman avun ja virallisen hoitojärjestelmän rinnalla, tukemana tai kokonaan sen ulkopuolella huumeiden käyttäjien on mahdollista saada apua vertaisryhmistä, joista maailmalla ja Suomessa laajimmin levinnyt on Nimettömien Narkomaanien toveriseura. Tämä artikkeli perustuu vuonna 2009 julkaistuun väitöskirjaan ”Huumeriippuvuudesta toipuminen Nimettömien Narkomaanien toveriseurassa”, joka on ensimmäinen aihetta käsittelevä väitöskirja Suomessa. Tutkimuksen mukaan NA vaikuttaa toipuvien huumeiden käyttäjien elämään monin eri tavoin. NA-kokouksissa käyminen, osallistuminen toveriseuran tapahtumiin, niiden järjestelyihin ja muuhun sosiaaliseen toimintaan ovat yhdessä ja erikseen merkityksellisiä toipumisen tukijoita. NA:n jäsenyydestä hyötyvät eri-ikäiset ja niin hoito- kuin huumeidenkäyttöhistorioltaan erilaiset ihmiset. NA voi näyttäytyä ulkopuolelta tiukan normatiivisena, mutta käytännössä sen ohjelmaa saa kukin soveltaa itselleen sopivalla tavalla. Tutkimus vahvistaa kuvaa vertaistuen merkityksellisyydestä, mutta vertaistukitoiminnan rinnalle tarvitaan myös virallista hoitojärjestelmää. NA ei voi kokonaan korvata ammatillista tukea, eikä yksin sille pidä jättää vastuuta toipuvista.

Nimettömät Narkomaanit (Narcotics Anonymous, NA)

Nimettömät Narkomaanit (Narcotics Anonymous, NA) on kansainvälinen, voittoa tavoittelematon, huumeriippuvuudesta toipuville tarkoitettu toveriseura. NA-jäsenyys on vapaaehtoista ja avointa kaikille, joilla on huumeiden käyttöön liittyviä ongelmia. Ainoa vaatimus jäsenyydelle on halu lopettaa huumeiden käyttäminen. NA perustettiin Yhdysvalloissa 1950-luvun alussa ja NA:n perustekstin (Basic Text) julkaiseminen vuonna 1983 aloitti toveriseuran huomattavan kasvun. Nykyään maailmassa kokoontuu yli 25 000 NA-ryhmää 127 maassa ja NA:n kirjallisuutta on saatavilla 34 kielellä. (Narcotics Anonymous, 2011.) Suomeen ensimmäinen NA-ryhmä perustettiin vuonna 1988 ja tällä hetkellä Suomessa pidetään noin 100 kokousta viikossa ympäri Suomen. Arviot jäsenmäärästä vaihtelevat 400 ja 600 välillä. NA-ryhmiä toimii myös vankiloissa, jossa ryhmiä vetävät vangit itse tai vankilan ulkopuolelta tulevat NA:laiset.

NA on eriytynyt omaksi toveriseurakseen ensimmäisestä 12 askeleen toveriseurasta Nimettömistä Alkoholisteista (AA, Alcoholics Anonymous). Kun AA:han alkoi hakeutua enemmän ja enemmän huumeongelmaisia, AA:ssa koettiin alkoholistien toipumisen häiriintyvän. AA tarjosi askeleensa ja perinteensä vapaasti mille tahansa ryhmille omaksuttaviksi ja sitoutui antamaan tukensa uusille ryhmille, painottaen kuitenkin, että ne pysyvät omina toveriseuroinaan. Oleellisin NA:n ja AA:n välinen käsitteellinen ero liittyy siihen, että AA:ssa keskitytään alkoholismista toipumiseen, kun taas NA:ssa ei keskitytä yhteen tai useampaan huumeeseen vaan addiktiosairauteen. (Narcotics Anonymous, 2011.) Puhumalla addiktiosairaudesta NA pystyy AA:n mallin mukaisesti toimimaan yhden asian liikkeenä, jossa keskitytään toipumiseen vain yhdestä asiasta. Tämä määrittely ei sulje ketään käytetyn huumeen perusteella toveriseuran ulkopuolelle. (Kotovirta 2009, 16–20.)

NA:n tavoitteena on tarjota toipuville huumeiden käyttäjille ympäristö, jossa he voivat auttaa toisiaan käytön lopettamisessa ja löytämään uuden elämäntavan. Toveriseura ei tarjoa minkään alan ammattiapua, NA:n ”peruspalvelu” on NA-ryhmän kokous. Toveriseuran perusta on NA:n toipumisohjelma eli 12 askelta ja 12 perinnettä.

Kaksitoista askelta	Kaksitoista perinnettä
<ol style="list-style-type: none"> 1. Myönsimme, että olimme voimattomia addiktiomme suhteen ja että elämämme oli käynyt hallitsemattomaksi. 2. Opimme uskomaan, että jokin itseämme suurempi voima voisi palauttaa mieleemme terveyden. 3. Teimme päätöksen luovuttaa tahtomme ja elämämme Jumalan huomaan, sellaisena kuin hänet käsitimme. 4. Teimme perusteellisen ja pelottoman moraalisen itsetutkistelun. 5. Myönsimme väärien tekojemme todellisen luonteen Jumalalle, itsellemme ja jollekin toiselle ihmiselle. 6. Olimme täysin valmiit antamaan Jumalan poistaa kaikki nämä luonteenme heikkoudet. 7. Nöyrästi pyysimme häntä poistamaan vajavuutemme. 8. Teimme luettelon kaikista vahingoittamistamme ihmisistä ja meissä syntyi halu hyvittää heitä kaikkia. 9. Hyvitimme henkilökohtaisesti näitä ihmisiä milloin vain mahdollista, mikäli emme niin tehdessämme vahingoittaneet heitä tai muita. 10. Jatkoimme itsetutkistelua ja kun olimme väärässä, myönsimme sen heti. 11. Pyrimme rukouksen ja mietiskelyn avulla syventämään tietoista yhteyttämme Jumalaan, sellaisena kuin hänet käsitimme, rukoillen vain tietoa siitä, mikä on hänen tahtonsa meidän suhteemme ja voimaa sen toteuttamiseen. 12. Koettuamme hengellisen heräämisen näiden askelten tuloksena yritimme saattaa tämän sanoman addikteilta ja toteuttaa näitä periaatteita kaikissa toimissamme. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yhteisen hyvinvointimme tulisi olla ensi sijalla; NA:n yhtenäisyys on henkilökohtaisen toipumisen edellytys. 2. Ryhmämme tarkoitusta varten on olemassa vain yksi perusarvovalta: rakastava Jumala sellaisena kuin hän saattaa ilmaista itsensä ryhmäomatunnossamme. Johtajamme ovat vain uskottuja palvelijoita; he eivät hallitse. 3. Jäsenyyden ainoa edellytys on halu lopettaa käyttäminen. 4. Jokaisen ryhmän tulisi olla itsenäinen, paitsi toisia ryhmiä tai koko NA:ta koskevissa asioissa. 5. Jokaisella ryhmällä on vain yksi päätarkoitus – saattaa sanomaa vielä kärsivälle addiktille. 6. NA-ryhmän ei tulisi milloinkaan ryhtyä takaajaksi tai rahoittajaksi eikä lainata NA:n nimeä millekään rinnakkaiselle järjestölle, hoitolaitokselle eikä ulkopuoliselle yritykselle, etteivät raha-asioita, omaisuutta ja arvovaltaa koskevat pulmat vieroittaisi meitä päätarkoitukseltamme. 7. Jokaisen NA-ryhmän tulisi olla täysin omavarainen ja torjua ulkopuoliset avustukset. 8. Nimettömät Narkomaanit -toveriseuran tulisi aina säilyä ei-ammattillisena, mutta palvelukeskukseemme voivat palkata erikoistyöntekijöitä. 9. NA:ta sellaisenaan ei saisi koskaan organisoida, mutta voimme muodostaa palveluelimiä tai toimikuntia, jotka ovat välittömästi vastuussa niille, joita palvelevat. 10. Nimettömät Narkomaanit -toveriseuralla ei ole mielipidettä ulkopuolisista asioista; tästä syystä NA:n nimen ei pitäisi milloinkaan tulla vedetyksi julkisiin kiistoihin. 11. Julkinen suhdetoimintamme perustuu pikemminkin vetovoimaan kuin mainontaan; meidän tulee aina säilyttää henkilökohtainen nimettömyytemme kaikissa tiedotusvälineissä. 12. Nimettömyys on kaikkien perinteidemme hengellinen perusta ja se muistuttaa meitä aina siitä, että meidän on asetettava periaatteet henkilökohtaisten seikkojen edelle.

Ohjelman peruseriaatteet ovat oman ongelmansa myöntäminen, avun hakeminen, perusteellisen itsetutkistelun tekeminen, luottamuksellinen tekojen myöntäminen, hyvittäminen ja muiden apua tarvitsevien huumien käyttäjien auttaminen. NA:n periaatteiden mukaan toipuvan on pyrittävä täysraittiuteen ja luovuttava kaikkien tajuntaan vaikuttavien aineiden, mukaan lukien alkoholin, käytöstä. NA rohkaisee jäseniään hengelliseen heräämiseen, jonka ei tarvitse olla uskonnollinen. NA:ssa toipuvat käyttävät itsestään useimmiten sanaa addikti tai toipuva addikti. (Kotovirta 2009, 39–40.)

NA-ryhmät ja NA:n ohjelma

NA:laiset käyvät säännöllisesti NA-ryhmissä. Oleellista ei ole käyntikertojen määrä viikossa vaan käyntien säännöllisyys, vaikka kävisi vain kerran vuodessa. Ryhmäkäyntien säännöllisyyttä perustellaan esimerkiksi sillä, että ryhmätoverit pitävät huolta toistensa hyvinvoinnista. Käytyään jonkin aikaa NA-ryhmissä ja tutustuttuaan eri ryhmiin on tavallista, että toipuva valitsee itselleen niin sanotun kotiryhmän, jonka kokouksissa hän pyrkii aina käymään. Kotiryhmän toimintaan, kuten kahvinkeittoon tai ryhmän vetämiseen liittyvien vastuiden ottamisen ja käyntien säännöllisyyden nähdään myös tukevan toipumista. Pelkän ryhmässä läsnä olemisen ei nähdä riittävän toipumiseen vaan ryhmässä tulisi myös puhua. Puheenvuorojen ei tarvitse kuitenkaan olla yleviä ja huolellisesti mietittyjä tai niiden ei tarvitse käsitellä vain suuria kriisejä, koska pienetkin asiat voivat pikkuhiljaa kasautua suuriksi. (Kotovirta 2009, 118–120.)

NA:han tullessa suositellaan, että toipuva kävisi joka päivä kokouksessa ainakin ensimmäisen yhdeksänkymmenen päivän ajan, jotta he saisivat kiinni toiminnasta ja toipumisesta. Ryhmistä pois jäämisen tuloksena saatetaan nähdä itsessä nousevan esiin taas ”käyttävän addiktin piirteitä” ja retkahdusriskin nähdään kasvavan. Ryhmäkäyntien nähdään auttavan myös niitä, jotka ovat olleet jo pidemmän aikaa raittiina. NA:n ohjelman mukaan toipuvat toimivat toistensa ”silminä ja korvina” ja huomaavat avun tarpeen silloin, kun toipuva itse ei sitä huomaa (Nimettömät Narkomaanit 2003, 61, 114).

Vaikka kaikissa NA-ryhmissä toimitaan samojen periaatteiden mukaan, luovat erilaiset ihmiset ryhmään erilaisen ilmapiirin. Toipuvalla voi olla kokemus siitä, että joku tietty ryhmä on itselle huono ja oma kotiryhmä voi muuttua huonoksi, jos siihen osallistuu joku epämiellyttävä henkilö. On selvää, että NA:ssa käyvät toipuvat ovat hyviltä ja huonoilta luonteenpiirteiltään aivan samanlaisia kuin muutkin ihmiset. NA:n periaatteiden mukaan kaikki hyväksytään ryhmään, mutta ihmiset voivat kuitenkin käytöksellään viestiä muuta. (Kotovirta 2009, 118–120.)

NA:n perusajatuksen mukaan toipumiseen ei riitä pelkästään ryhmässä käyminen vaan toipuvan on myös työskenneltävä NA:n ohjelman mukaisesti. Ohjelmatyöskentelyllä on ikään kuin ”filosofinen” puoli, joka tarkoittaa ohjelman periaatteiden mukaista elämistä, ja konkreettinen puoli, joka tarkoittaa 12 askeleen konkreettista työstämistä. Askeleiden työstämiseen on monta tapaa: niitä voi vain pohtia mielessään tai kirjoittaa pohdintansa paperille. Joissain hoitolaitoksissa NA:n askeleiden kirjallisesti tekeminen kuuluu hoito-ohjelmaan, mutta tämän lisäksi on myös tapana tehdä askeleet vielä uudelleen hoitolaitoksen ulkopuolella. NA ei määrittele mitään oikeaa tapaa askeleiden työstämiseen, mutta suosittelee, että askeleita on joskus työstettävä. Työstämisen tapoja on yhtä monta kuin jäseniä, eikä kenelläkään ole oikeutta sanoa toisen tapaa vääräksi. Askelien suorittamiselle ei ole aikataulua. Jäsen voi olla ollut jo useita vuosia ja silti vasta ensimmäisessä askeleessa. Askeleiden työstäminen ei myöskään koskaan lopu vaan niiden työstämisen voi aina aloittaa alusta tai voi työstää jotain tiettyä askelta uudelleen. (Kotovirta 2009, 126.)

Ohjelmatyöskentely ei ole vaatimus NA:n jäsenyydelle. Ohjelmatyöskentelyä tehdään, koska sen nähdään auttavan itseä menneisyyden ja itseensä liittyvien asioiden kohtaamisessa. Ohjelmatyöskentely voi antaa selkeät välineet käytöstopojen muutokselle. Toipuvien mukaan ohjelmaa tarvitaan, jotta ymmärtäisi, mitä toipuminen todella tarkoittaa ja mitä sen eteen pitää tehdä. Pelkästään ryhmässä käymällä voi pysyä raittiina, mutta toipumisen nähdään etenevän vain ohjelmatyöskentelyllä tai toipumista ja ”tavallisen elämän” alkuun pääsemistä voi ainakin nopeuttaa ohjelmatyöskentelyllä. Pitempään NA:n jäsenenä olleet ovat ottaneet ohjelman käyttöönsä myös tavalliseen arkeensa, ja yrittävät noudattaa NA:n periaatteita myös kotona. Esimerkiksi NA:n ensimmäinen perinne yhteisen menestyksen ensisijaisuudesta voi toimia hyvin myös perhe-elämän arjessa. (Kotovirta 2009, 126.)

”Fake until you make it” tarkoittaa vapaasti suomennettuna ”teeskentele osaavasi siihen asti kunnes osaat oikeasti”. Kyseessä on AA:sta muuallekin kuin muihin toveriseuroihin levinnyt periaate. Kyseinen kehoitus tarkoittaa suurin piirtein: ”käyttäydy kuten tietäisit, mitä olet tekemässä, ja pian huomaat, että ymmärrät mitä olet tekemässä”. Ajatuksen taakse kätkeytyy 12 askeleen ohjelmiin liittyvä ajatus 12 askeleen elämäntavan omaksumisesta pieninä, itselle sopivina, hallittavina palasina. (Kotovirta 2009, 127.) Ollakseen mukana 12 askeleen toveriseurassa ja pystyäkseen hyödyntämään ohjelmaa, ei tarvitse ymmärtää kaikkea, mitä toveriseuraan liittyy. Asioita voi omaksua omassa tahdissaan ja silti toipuminen on mahdollista (Nimettömät Narkomaanit 2003, 99).

Raittius, puhtaus, retkahdus

NA:laisittain raittiina olemista kutsutaan puhtaudeksi. NA:n ohjelma ei aseta mitään vaatimuksia siitä, miten pitkään pitää olla käyttämättä ennen kuin voi kutsua itseään puhtaaksi, vaikkakin ryhmässä puhumisen rajana pidetään sitä, että ei ole käyttänyt 24 tuntiin. Elämää eletään ”päivä kerrallaan” ja ”jokainen puhdas päivä on onnistunut päivä” (Nimettömät Narkomaanit 2003, 23). Puhtaus tarkoittaa NA:laisille ennen kaikkea sitä, ettei käytä mitään tajuntaan vaikuttavia aineita. NA:laisen näkemyksen mukaan mikä tahansa huume, alkoholi tai lääke aiheuttaa toipuvassa addiktissa samanlaisen kielteisen reaktion ja myös alkoholin käyttö johtaa takaisin huumeiden käyttöön. Vaikka NA:ssa lasketaankin puhtaita päiviä, kuukausia ja vuosia, retkahdus ei tarkoita toipumisen epäonnistumista. NA:laisille puhtaus ei ole vain tajuntaan vaikuttavista aineista pidättäytymistä, vaan laajemmin NA-elämäntavan mukaan elämistä, esimerkiksi vanhoista käytösmalleista luopumista. Tiukimman tulkinnan mukaan kaikista tajuntaan vaikuttavista aineista luopuminen voi tarkoittaa tupakasta ja jopa kahvista ja teestä luopumista. Tämä ei kuitenkaan ole mikään virallinen periaate, vaan kukin toipuva suhtautuu eri nautintoaineisiin tavallaan. (Kotovirta 2009, 104–110.)

Suhde huumaaviin lääkkeisiin on monesti vaikein paikka toipuvalle. Pahimmillaan jopa tavallisten särkyväkäsien käyttöä vältetään erityisesti toipumisen alkuvaiheessa. Ohjelmassa ei kuitenkaan kielletä lääkkeiden käyttöä ja todetaan, ettei lääkärin määräämän lääkkeen ohjeenmukaisesta käytöstä pidä tuntea syyllisyyttä (Nimettömät Narkomaanit 2003, 112). Tästä huolimatta lääkkeiden käyttöä saatetaan vastustaa jopa niin paljon, että niiden vastustamisesta voi tulla jopa toipumisen este. Oma tiukka kanta voi johtaa esimerkiksi tarvittavasta kipulääkityksestä tai masennuslääkityksestä kieltäytymiseen ja hoitamaton masennus voi hidastaa huumeriippuvuudesta toipumista. (Kotovirta 2009, 104–110.)

Retkahdus ei tarkoita toipumisen epäonnistumista, vaikka toipuvalle addiktille on oleellista olla käyttämättä tajuntaan vaikuttavia aineita. Retkahduksen jälkeen puhtaan ajan laskeminen alkaa taas alusta, mutta retkahdus ei katkaise NA-jäsenyyttä tai se ei vie pois raittiuden eteen tehtyä työtä. Jos retkahduksestaan ei itse puhu, ei siitä välttämättä kukaan muu edes saa tietää. Puhumattomuus tai epärehellisyys ovat ohjelman peruseriaatteita vastaan, mutta jokainen saa itse päättää, miten retkahduksensa käsittelee. Ne, jotka tulevat takaisin ryhmiin retkahduksen jälkeen, yleensä tunnustavat retkahduksensa ryhmässä ja käsittelevät asiaa kumminsa kanssa. Retkahduskokemuksia on niin monella addiktilla, että sitä ei pidetä mitenkään kummallisena, vaan retkahtanut pyritään samaan takaisin NA:n piiriin. (Kotovirta 2009, 104–110.) Ohjelman mukaan retkahtaminen ei ole häpeällistä vaan se, ettei tule takaisin (Nimettömät Narkomaanit 2003, 93).

Retkahtaminen tuskin on kenenkään toipuvan tavoitteena, mutta jälkeensä ajatellen retkahdus voi myös kannustaa toipumiseen. Mikäli retkahduksesta aiheutuvan häpeän pystyy voittamaan ja palaamaan takaisin ryhmiin, retkahdus voi muodostua toipumisen voimavaraksi. Retkahdus voi auttaa oman tilanteen huomaamisessa ja siten jopa kannustaa toipumiseen. Myös toisen NA:laisen retkahdusta voidaan pitää tarpeellisena muistuttajana itselle. Ryhmätoverien retkahdukset vuosienkin jälkeen voivat sitouttaa enemmän toveriseuraan, koska ne voivat vahvistaa käsitystä siitä, että kyseessä on parantumaton sairaus. (Kotovirta 2009, 104–110.)

NA ja virallinen hoitojärjestelmä

Vaikka NA korostaakin riippumattomuuttaan muista toveriseuroista, järjestöistä, hoitopaikoista ja palveluntuottajista, vaikuttaa se kuitenkin viralliseen hoitojärjestelmään – kuten myös virallinen hoitojärjestelmä vaikuttaa NA:han. Esimerkiksi monet toipuvat työskentelevät päihdeterapeuteina hoitolaitoksissa ja ammattilaiset ohjaavat asiakkaitaan hoitoon vertaisryhmiin ja NA-ryhmiä toimii A-klinikoiden tai hoitolaitosten tiloissa. NA:han tulee jäseniä eri hoitolaitoksista, joissa ryhmäkäynnit kuuluvat osana hoito-ohjelmaan. NA:han ei liity pakkoja, mutta hoitolaitos saattaa pakottaa asiakkaansa osallistumaan NA-ryhmiin. (Kotovirta 2009, 67–70.)

NA ja virallinen hoitojärjestelmä ovat siis vastavuoroisessa suhteessa. NA saa uusia jäseniä hoitopaikojen kautta tai ammattilaisten suosituksesta ja hoidon aikana NA-ryhmistä saatu tuki sitouttaa joitain paremmin hoitoon. Hoidon jälkeen NA-ryhmiin osallistuminen lisää todennäköisyyttä raittiina pysymiselle parantaen näin hoidon tuloksia. NA:n ja muiden itsehoitoryhmien merkitys sekä hoidon aikana että hoidon jälkeen pitäisikin ottaa huomioon eri hoitoja arvioitaessa. Tiiviin suhteen huono puoli on NA:n kannalta se,

että NA saattaa näyttää hoitolaitoksen jatkeelta. Näin tiettyyn hoitolaitokseen tai hoitoideologiaan kohdistuvat ennakkoluulot kohdistuvat myös NA:n toimintaan. (Kotovirta 2009, 67–70).

Raittiuden myötä kasvaa usein myös ymmärrys siitä, että kaikkia asioita ei voi hoitaa NA:ssa. Jotkut asiat voivat olla liian henkilökohtaisia ryhmässä käsiteltäväksi ja ryhmässä vaihteluvollisuus ei aina välttämättä toteudu toivotulla tavalla. NA rohkaiseekin ulkopuolisen avun hakemiseen silloin kun se on tarpeellista. On kuitenkin tilanteita, joissa NA:ta kohtaan koettu lojaalisuus on estänyt tai viivittänyt muun avun hakemista. Toipuvan tarve virallisiin tukipalveluihin, kuten parisuhde- ja perheneuvontaan, voi nousta uudestaan siinä vaiheessa, kun raittiita vuosia on jo useita takanapäin. Virallisen hoitojärjestelmällä tulisi olla joustavuutta tarjota tukea toipuville mahdollisimman lyhyellä varoitusaajalla myös näissä tilanteissa. NA yksin ei riitä kaikille hoidoksi, vaan NA:laiset tarvitsevat myös muuta hoitoa, myös joitain vuosia raitistumisen jälkeen. (Kotovirta 2009, 67–71.)

NA ja ammattilaiset

NA:n toimintaan liittyy myös ammattilaisten mielissä paljon epäilyjä, väärinkäsityksiä ja ennakkoluuloja. Laajasti uskotaan, että NA ei sovi kaikille huumeiden käyttäjille, vaikka tutkimuksissa on todettu hyvin erilaisten ja eri taustoista tulevien huumeriippuvaisten saaneen apua NA:sta. Esimerkiksi ohjelman hengellisyydestä huolimatta sekä uskovat ja ei-uskovat ovat hyötäneet ryhmistä yhtä hyvin. Tutkimus ei tue ajatusta siitä, että olisi jotain tiettyjä ryhmiä, jotka pitäisi jättää NA:n ulkopuolelle. Ryhmäosallistumiseen ei pidä pakottaa, mutta riskiä ei ole nähty olevan siinä, että ryhmässä käyntiä kokeilee muutaman kerran. Ammattilaiset voivat rohkaista asiakkaitaan kertomalla ryhmien luonteesta, odotuksista, ja niiden vahvuuksista ja rajoituksista ennakkoluulojen poistamiseksi ja valmistaa siihen, mitä realistisesti osallistumiselta voi odottaa. (Ks. esim. Timko ym. 2006; Humphreys 2004.)

Ammattilaisten tulisi vähintäänkin tietää, missä lähin NA-ryhmä kokoontuu ja olla valmis tarjoamaan tietoa myös tästä mahdollisuudesta. NA:n kokouksiin osallistuminen voi olla arvokas oppimiskokemus myös ammattilaiselle, koska pelkästään tutkimuskirjallisuus tai toveriseuran oma kirjallisuus ei anna kuvaa toveriseurojen toiminnasta. On hyvä muistaa, että NA kasvaa ja kehittyy Suomessa koko ajan, joten joitain vuosia sitten ryhmästä saatu kokemus ei välttämättä pidä paikkaansa enää muutaman vuoden kuluttua. (Kotovirta 2009, 172–173.)

Toipumisen esteet

NA voi näyttäytyä ulkopuolelta katsottuna tiukan normatiivisena, vaikka käytännössä sen ohjelmaa saa kukin soveltaa itselleen sopivalla tavalla. Joustavuus on NA:n vahvuus, mutta ilman laajempaa toveriseuran tuntemusta teksteistä välittyvät normit tai yksittäisten NA:n jäsenten fanaattisuus asiasta jos toisesta voi kuitenkin ajaa joitain ihmisiä pois sen piiristä. (Kotovirta 2009, 175.)

Vaikka kahdentoista askeleen ohjelma voi sopia kaikille, se ei ehkä palvele kaikkien toipuvien tarpeita samalla tavalla. Ryhmiin sitoutumisen on nähty olevan helpointa niille, joiden tavoitteena on täysraittius ja jotka uskovat riippuvuuteen sairautena. Toveriseura on parhaimmillaan erinomainen toipumisen tuki, jos vain toimintaan pääsee kiinni. (Ks. esim. Brown ym., 2001; Mankowski ym., 2001.) Vaikka toveriseuran periaatteiden mukaan uuden tulokkaan pitäisi olla ryhmän tärkein henkilö, toimintaan mukaan pääseminen vaatii käytännössä sosiaalisuutta ja oma-aloitteisuutta. Toipumisen esteeksi saattaa muodostua myös se, että NA-ryhmissä esiintyy samoja inhimillisiä ryhmädynamiikan ilmiöitä kuin missä muussakin tahansa ryhmässä sen säännöistä huolimatta. Myös NA:ssa syntyy kuppikuntia, arvostellaan toisia tai toisten tapaa toteuttaa ohjelmaa ja syntyy pulmia miesten ja naisten välisistä suhteista. Myöskään vaihteluvollisuus ei aina toteudu toivotulla tavalla. (Kotovirta 2009, 164–165.)

Toveriseuran perinteet pitävät toiminnan kuitenkin koossa ristiriidoista huolimatta. NA:lla ei ole johtajia, se on omavarainen eikä kenelläkään ei ole oikeutta puhua NA:n puolesta. Jokaisella toipuvalla on oikeus käyttää NA:ta hyväkseen haluamallaan tavalla. NA:n periaatteet ovat hyvin joustavia, vaikka kaikki toipuvat eivät sitä olisikaan. Suurin NA:n puute on se, että sillä ei ole tarjolla mitään strategiaa toveriseurasta pois jäämiselle. Toveriseuran oletuksiin kuuluu, että addiktio on parantumaton sairaus, jota täytyy hoitaa lopun elämäänsä. (Trice & Roman, 1970) Toveriseurasta pois jääminen voi käytännössä sulkea hen-

kilön myös NA:sta koostuvan ystäväpiirin ulkopuolelle, varsinkin jos raittiutta on takana vasta muutama vuosi (Kotovirta 2009, 167).

Opioidikorvaushoidossa oleville NA:n periaatteet voivat muodostua esteeksi osallistumiselle. Suomesakin on ollut yrityksiä perustaa oma toveriseuransa Methadone Anonymous (MA), mutta toiminta on yrityksistä huolimatta kuivunut kokoon. Jos korvaushoidossa olevan tavoitteena on huumeiden käytön lopettaminen, voi hän silloin olla NA:n jäsen. Suosituksena on kuitenkin ollut, ettei korvaushoitolääkkeen (kuten ei minkään muunkaan huumeen) vaikutuksen alaisena käytetä puheenvuoroja NA-ryhmässä. Ryhmiin voi osallistua kuuntelemalla ja keskustelemalla NA:laisten kanssa tauoilla ja kokousten jälkeen. Kukin NA-ryhmä voi kuitenkin päättää itse siitä, antaako se korvaushoidossa olevalle kokouksessa myös puheoikeuden vai ei. Esimerkiksi arviolta noin puolet pääkaupunkiseudun ryhmistä sallii korvaushoidossa olevien puhua NA-ryhmässä. Virallista tietoa siitä, missä kokouksissa puhuminen on sallittu, ei kuitenkaan ole. On selvää, ettei käytäntö lisää korvaushoidossa olevien luottamusta NA:ta kohtaan. (Kotovirta 2009, 71–74.)

Joskus NA:han osallistumisen esteeksi muodostuu myös se, mitä oletuksia toveriseuran uskonnollisuudesta tai hengellisyydestä tehdään. NA:n uskonnollisuudesta tai hengellisyydestä tehdään oletuksia joskus vain sen perusteella, miten hengellisyys näyttää toveriseuran teksteissä. ”Jumala, kuten hänet käsitimme”, on merkittävässä osassa esimerkiksi 12 askeleessa ja pelkkä jumala-sanan mainitseminen on joillekin punainen vaate. Toveriseuran ulkopuolisille voi olla vaikeaa erottaa uskontoa ja ohjelmaan liittyvää hengellisyyttä toisistaan. Todellisuudessa ohjelman hengellisyys on hyvin henkilökohtaista ja uskonto tai hengellisyys on toiminnan väline eikä toiminnan keskipisteenä. Kukin toipuva saa päättää itse miten tämän korkeamman voiman ymmärtää. (Kotovirta 2009, 22–24.)

Klaus Mäkelä on kuvannut, että kahdentoista askeleen ohjelma esittelee pikemminkin tavan toimintaan kuin jonkun luokitellun uskomusjärjestelmän. Yksilön tarvitsee uskoa toipumiseensa ja toipumisessa ei ole merkitystä sillä, miten henkilö on tilanteeseensa joutunut vaan sillä, miten paljon hän luottaa kahdentoista askeleen ohjelman voivan auttaa. Toipuminen ohjelman avulla on mahdollista, jos yksilö pystyy uskomaan siihen, että koska ohjelma on auttanut muitakin, se voi auttaa myös minua. (Mäkelä ym. 1996, 131–132.)

Toipumisen tuki

Ei ole mahdollista kuvata yhdenlaista mallihenkilöä, jolle NA sopii. NA:n jäsenyydestä hyötyvät eri-ikäiset ja niin henkilö-, hoito- kuin huumeidenkäyttöhistorioiltaan erilaiset ihmiset. Toveriseura tarjoaa erilaista tukea jäsenilleen kuin yleensä on saatavissa muulta sosiaaliselta verkostolta. Tukea on saatavissa ympäri vuorokauden ja toveriseura opettaa myös miten pidetään hauskaa päihteitä käyttämättä. Toveriseuran jäsenien kanssa vietetään vaput ja uudet vuodet ja yhteydenpito on tiivistä myös toveriseuran ulkopuolella. Toveriseuran jäseniltä saadaan konkreettisia käytännön ohjeita siihen, miten päihteiden käyttöä pystyy välttämään ja miten raittiutta ylläpidetään. Myös toveriseuran kansainvälisyys on merkittävää monelle toipuvalla. NA täyttää sitä tyhjiötä, jonka huumeiden käyttökulttuuri jättää jälkeensä ja toimii erityisesti sosiaalisen pääoman rakentajana. (Kotovirta 2009, 168–176.)

NA vaikuttaa toipuvien huumeiden käyttäjien elämään monin eri tavoin. NA antaa tietyt raamit toipumiselle, mutta sen tarjoamia välineitä voi soveltaa haluamallaan tavalla, kunhan itsellään on halu lopettaa huumeiden käyttäminen. NA-kokouksissa käyminen, osallistuminen toveriseuran tapahtumiin, niiden järjestelyihin ja muuhun sosiaaliseen toimintaan ovat yhdessä ja erikseen merkityksellisiä toipumisen tukijoita. NA:n toiminnan ”tulos” on siitä saatava konkreettinen hyöty. Toipumisessa näyttää olevan merkityksellistä ”muistaa mistä on tullut”. Oma NA-kummi ja toiset NA:laiset ja heille tapahtuvat asiat muistuttavat toipuvaa siitä, että nykyinen elämä kaikkine arjen vaikeuksineenkin on parempi vaihtoehto kuin aikaisempi elämä. NA:n vetovoimaisuutta lisää se, toipumisen tuoman muutoksen voi nähdä jossain läheisessä ihmisessä (Kotovirta 2009, 168–176.)

NA:n tarjoama vertaistuki perustuu kokemukseen siitä, ettei ole yksin ja siitä, että ongelman myöntäminen on osa sen ratkaisua. Vertaistuki on merkityksellistä, mutta vertaistukitoiminnan rinnalle tarvitaan myös virallista hoitojärjestelmää. NA ei voi kokonaan korvata ammatillista tukea, eikä yksin sille pidä jättää vastuuta toipuvista. (Kotovirta 2009, 168–176.)

”Aikasemmin mä en oo voinu luottaa tai uskoo mihinkään ja mä oon uskonu, että mussa on se vika ja mulla on nyt se tieto siitä, että mä en oo vastuussa sairaudestani, mutta mä oon vastuussa toipumisestani, tavallaan mulla on tämä sairaus, mutta mä voin tehdä sen eteen paljon. Mulla on mahdollisuus uskoo hyvään, uskoo siihen, et asiat tapahtuu oikein, niinku niitten pitääkin tapahtua, et aikasemmin mul ei oo ollu sellasta mitään mahdollisuutta nähä mitään tai kulkee mihinkään suuntaan, ni nyt mulla on mahdollisuuksia rajattomasti niin kauan kun mä teen sen mahdollisuuden.”

Kirjallisuus

- Brown, Barry, O’Grady, Kevin, Farrell, Eugene, Flechner, Ilene & Nurco, David: Factors associated with frequency of 12-step attendance by drug abuse clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 27 (2001) 1, 147–160.
- Humphreys, Keith: *Circles of Recovery. Self-Help Organizations for Addictions*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.
- Kotovirta, Elina: *Huumeriippuvuudesta toipuminen Nimettömien Narkomaanien toveriseurassa. Akateeminen väitöskirja*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2009.
- Mankowski Eric.; Humphreys Keith. & Moos Rudolph: Individual and contextual predictors of involvement in twelve-step self-help groups after substance abuse treatment. *American Journal of Community Psychology* 29 (2001): 4, 537–563.
- Narcotics Anonymous (2011). Information about NA. Haettu 8.3.2012 osoitteesta <http://www.na.org/>
- Nimettömät Narkomaanit: *Nimettömät Narkomaanit*. Chastworth CA: Narcotics Anonymous World Services, 2003.
- Timko, Christine, Billow, Rachel & DeBenedetti, Anna: Determinants of 12-step group affiliation and moderators of the affiliation–abstinence relationship. *Drug and Alcohol Dependence* 83 (2006): 2, 111–121.
- Trice, Harrison. & Roman, Paul: Sociopsychological predictors of affiliation with Alcoholics Anonymous: A longitudinal study of “treatment success”. *Social Psychiatry* 5 (1970): 1, 51–59.

2.2 Ikääntyneiden päihdetyön haasteet ja mahdollisuudet

Maria Viljanen

Ikäihmisten ongelmia aiheuttavaan alkoholinkäyttöön on alettu kiinnittää huomiota viime vuosina. Tämä johtunee toisaalta siitä, että alkoholin käyttö on lisääntynyt kaikissa ikäluokissa viimeisten kolmen–neljänkymmenen vuoden aikana ja toisaalta siitä, että ikäihmisten määrä on maassamme kasvanut ja kasvaa koko ajan. Tässä artikkelissa tehdään lyhyt katsaus ikääntyneiden päihteidenkäytön yleisyyteen sekä esitellään järjestöjen ja kuntien yhteistyössä tehtyä kehittämistyötä. Tarkoituksena on lyhyesti esitellä, millaista ikääntyneiden päihdetyötä on jo juurrutettu muutamiin kuntiin. Lopussa on pohdintaa siitä, mitkä asiat edesauttavat järjestöjen ja kuntien tekemän kehittämistyön juurtumista perustyöksi.

Ikääntyneiden päihteiden käyttö lisääntymässä

Viimeaikaisten Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tutkimusten mukaan raittiiden ikääntyneiden määrä on ollut selkeässä laskussa. Vuonna 1993 65–84-vuotiaista miehistä 32 prosenttia ja 63 prosenttia naisista ilmoittivat olevansa raittiita, eli etteivät olleet käyttäneet alkoholia viimeisen vuoden aikana. Vuonna 2009 vastaavat luvut olivat miesten kohdalla 25 prosenttia ja naisten kohdalla 45 prosenttia. (Laitalainen, Helakorpi & Uutela 2010.) Tämä tulos ei kerro alkoholiongelmiensa määräästä, mutta heijastelee sitä, että ikäihmiset kokonaisena sukupolvena kuluttavat alkoholia toisella tavalla kuin aikaisemmat sukupolvet.

2000-luvulla erityisesti 60–69-vuotiailla naisilla alkoholiongelmat ja alkoholin aiheuttamat sairaudet ovat lisääntyneet suhteellisesti kaikkein eniten ja alkoholin aiheuttamat kuolemat ovat kaksinkertaistuneet 1998–2007 välisenä aikana (Ahlström & Mäkelä 2009). Toinen huolestuttava piirre on se, että 1938–45 syntyneet miehet ovat THL:n juomatapatutkimuksen mukaan ilmoittaneet lisänneensä juomistaan vuosina 2000–2007 kolmanneksella. He ovat tänä vuonna 67–74-vuotiaita. Aikaisemmin on näytännyt siltä, että tässä ikäluokassa alkoholin käyttö vähenee. (Mäkelä, Mustonen & Huhtanen 2009.)

Suuri haaste on se, että monet ikääntyneet tarvitsevat paljon terveyden- ja sosiaalihuollon palveluita. Nämä hoidon ja avun tarvitsijat ovat kaikenlaisia ja kaikenikäisiä ikäihmisiä, joista osalla alkoholin suurkulutus¹, jota on ammattilaistenkin vaikeaa tunnistaa, vielä lisää palveluntarvetta. Tulevina vuosina ikärakenteemme muuttuu ja yli 60-vuotiaiden määrä lisääntyy voimakkaasti, mikä tuottaa jo nyt suuria muutospaineita vanhus- ja terveydenhuollon palveluihin. Sininauhaliiton toimeksiantona on arvioitu eri tilastojen pohjalta ikääntyneiden suurkuluttajien määräksi noin 5-10 prosenttia yli 65-vuotiaiden ikäluokasta (Aalto & Holopainen 2008). Tilastoja tarkasteltiin työikäisten suurkulutusrajojen mukaan, sillä Suomessa ei ole ikäihmisille erikseen määritelty suurkulutuksen riskirajoja. Tiedetään kuitenkin varmasti, että ikäihmiset eivät kestä yhtä paljon alkoholia kuin nuoremmat (mm. Aira 2012), ja tämän vuoksi voidaan olettaa, että alkoholin säännöllisen tai runsaamman käytön vuoksi terveystarpeille – vaikkakaan ei vielä aina riippuvuudelle – altistuvia ikääntyneitä alkoholin käyttäjiä on enemmän kuin 5–10 prosenttia.

Järjestöt ja kunnat yhdessä kehittämässä ikääntyneiden päihdetyötä

Sininauhaliitto aloitti ikääntyneiden päihdetyön kehittämisen vuonna 2005 Raha-automaattiyhdistyksen tuella. Silloin käynnistettiin viiden järjestön monitoimijahanke ”Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi”. Projektin tehtävänä oli kehittää asiakastyön avulla erilaisia päihdetyön muotoja ikäihmisille sekä tiedottaa aiheesta ja nostaa aihealue julkiseen keskusteluun. Kehittämistyötä tekivät Sininauhaliiton lisäksi Sininauhasäätiö, Helsingin Diakonissalaitos, Ikäinstituutti ja Kirkkopalveluihin kuuluva Kehittämiskeskus Tyynelä. Kumppanikuntia olivat Helsinki, Espoo, Vantaa, Pieksämäki, Savonlinna ja Kainuun maakuntakuntayhtymä. Kunnissa kehitettiin kotiin vietävää, kuntouttavaa ikäihmisten päihdetyötä sekä vertaisryhmä ja -päivätoimintaa. Tämä tehtiin vuosina 2005–08, jolloin pitkäaikaisia asiakkuuksia oli 129. Asiakkaita ohjautui kotihoidosta, sosiaalipalveluista sekä vuode- ja akuuttiosastoilta. Yhteistyötahot vaihtelivat kunta-kohtaisesti ja jopa asiakaskohtaisesti. Peruseriaate oli kuitenkin se, että kuntien työntekijöiden kanssa tehtiin tiivistä yhteistyötä asiakkaiden auttamiseksi. Yhteistyökumppaneina oli myös useita eläkeläis- ja vanhusjärjestöjä, joista erityisesti Eläkeliitto ja Eläkeläiset ry ovat olleet mukana tekemässä ehkäisevän työn materiaalia ja koulutuksia. Koulutusyhteistyötä tehtiin myös Lappeenrannan ja Mäntsälän kanssa. (Viljanen & Levo 2010.)

Vuosina 2008–11 kehitettyjä työmuotoja juurrutettiin kuntien omaksi toiminnaksi. Mukana olivat järjestöistä Helsingin Diakonissalaitos, Sininauhaliitto sekä Tyynelän Kehittämiskeskus. Kuntia olivat Espoo, Helsinki, Kainuun maakuntakuntayhtymä, Kuopio, Pieksämäki, Savonlinna ja sen lähikuntien eli Sosterin alueen kuntia. (Viljanen 2011.)

Esimerkkejä yhdessä asiakkaiden ja moniammatillisten verkostojen kanssa kehitetyistä työmuodoista

Tavoitteena oli kehittää sellaisia ikääntyneiden päihdetyön malleja, jotka ovat ikäihmisen helposti saavutettavissa ja joissa ikääntyneiden päihteitä käyttävien henkilöiden tarpeet pyrittiin huomioimaan mahdollisimman laajasti. Työmuotojen oli oltava helposti lähestyttävissä, mikä tarkoitti asiakkaiden etsimistä yhteistyöverkostojen avulla sekä palvelujen tuomista asiakkaan kotiin. Samalla kehitettiin työntekijöiden työkäytäntöjä asiakaslähtöisemmäksi, jolloin asiakkaan kohtaamiseen ja kuulemiseen kiinnitettiin erityistä huomiota. Asiakkaan voimavarojen vahvistaminen sekä osallistumisen mahdollisuuksien tarjoaminen oli keskeistä. (Viljanen & Levo 2010; Rinne 2011.)

Hankkeessa ikääntyneiden päihdetyö käsitettiin syrjäytymistä estäväksi, yksilön voimavaroja, osallisuutta ja toimijuutta tukeväksi kokonaisvaltaiseksi työksi, jossa tarvitaan niin päihde-, vanhus- ja mielen-

¹ Alkoholin normaali- tai satunnaiskäyttöä voidaan pitää sellaisena, jossa on kyse alkoholin ”hyvästä” käytöstä, eli ei juoda mielipahaan. Juodaan silloin tällöin esimerkiksi juhlatilaisuuksissa. Alkoholin käyttö ei ole humalahakuista, vaan lähinnä seurustelua tai tilaisuuden juhlistamista. Suurkulutus on runsasta ja usein toistuvaa juomista, mutta riippuvuutta ei ole vielä syntynyt. Jatkuva suurkulutuksen ylittäminen aiheuttaa terveystarpeita. Alkoholin suurkulutukseksi riskirajat ovat miehillä 24 annosta alkoholia viikossa ja 7 annosta kerralla ja naisilla 16 annosta viikossa ja 5 annosta kerralla. Yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön suositus on korkeintaan 2 annosta kerralla ja 7 annosta viikossa. Ikääntyneille ei ole varsinaisia suurkulutuksen riskirajoja. Suositus ei myöskään tarkoita, että alkoholilla olisi positiivisia vaikutuksia, eli se ei ohjeista käyttämään alkoholia. (Levo 2008; Aira 2012.)

terveystyön kuin muidenkin sosiaali- ja terveyspalveluiden välistä vuoropuhelua. Toiminta korosti asiakkaiden vapaaehtoisuutta ja lähti liikkeelle asiakkaiden omista toiveista käsin. Ikäihmisiä itseään kuultiin moneen otteeseen työn kehittämistä varten ja he olivat mukana muun muassa ryhmien toiminnan suunnittelussa (Heino 2007; Vakkuri 2011).

Etsivä, löytävä ja iloa elämään tuova Pilke-työ

Helsingissä Diakonissalaitos kehitti ja juurrutti Pilke ryhmä- ja päivätoimintaa kolmella eri alueella (Malmi, Pitäjänmäki ja Myllypuro). Työ keskittyi ryhmä- ja päivätoiminnan kehittämiseen ja kuvaamiseen sekä erityisesti verkostojen kautta tehtävään etsivään työhön. Pilke-työ on vertaisryhmätoiminnan lisäksi etsivää työtä, kotikäyntejä ja palveluohjausta.

Ryhmät ovat toiminnallisia ja lyhyempiä, kuin normaali päivätoiminta, koska osallistujat ovat usein fyysisesti ja psyykkisesti huonokuntoisia. Ryhmät kokoontuvat kerran viikossa ja niiden koko on kuudesta kahteentoista henkeä. Miehiä ja naisia on kaikissa ryhmissä. Ryhmät kestävät aamupäivisin kahdesta viiteen tuntiin, riippuen siitä syödäänkö lounasta ryhmän päätteeksi vai ei. Toiminnallisuus tarkoittaa sitä, että ryhmissä tehdään erilaisia käsitöitä, kuten nahka- ja savitöitä, askarrellaan kortteja ja huoneentauluja. Joskus pidetään tietokilpailuja, levyraati tai pelataan bingoa. Jokaisen ryhmän alussa halataan ryhmäläisiä, keitetään ja juodaan kahvit sekä käydään kuulumiskierros.

Kaupungin ja seurakuntien kanssa toteutettiin Pilke-ohjaajakoulutus, jotta työmuoto juurtuisi myös kaupungin omaksi toiminnaksi. Helsingin sosiaalivirasto on ostanut työmuotoa projektin päätyttyä Diakonissalaitokselta. Helsinkiin on syntynyt kaksi omaa Pilke-ryhmää (Roihuvuori ja Kamppi) ja kolmatta ollaan aloittamassa (Kallio). (Pajunen & Viljanen 2011.)

Sekä Pilke-työntekijä että Sininauhaliiton projektipäällikkö olivat mukana Helsingin sosiaaliviraston ohjaamassa Ikääntyneiden päihdetyön kehittämisessä, jossa eri alueille ollaan luomassa omat palvelupolut. Tämän työn eteneminen ja juurtuminen on vasta alussa, mutta projektin osaamista voitiin hyödyntää ja levittää kaupungin laajan verkoston kautta. Helsingin kaupungin kehittämistyössä näkyy hyvin, miten pilotoitua ja hyväksi koettua työmuotoa voidaan edelleen kehittää ja soveltaa paikallisten tarpeiden mukaan. Aluksi tuntui, ettei isossa kaupungissa oikein päästä alkua pidemmälle, mutta kun työ lähti käyntiin, on se edennyt nopeasti ja alueellisten verkostojen työskentely on ollut välillä hyvin intensiivistä. (Pajunen & Viljanen 2011.)

Pilke-työn markkinointi sekä asiakkaiden etsiminen erilaisten verkostojen avulla teki samalla tutuksi ja juurrutti ikääntyneiden päihdetyötä. Keskeisessä roolissa olivat jo edellä mainitut sosiaalityö, sairaalaosastot, kotihoito, diakoniatyö sekä yksittäiset järjestötoimijat. Päihdeongelmista kärsivien ikäihmisten etsivä työ on käsitteenä uusi. Keskeistä siinä on ylittää sektorien rajat ja etsiä päihdeongelmista kärsiviä ikäihmisiä ennakkoluulottomasti erilaisista palveluista. Työ etenee parhaimmillaan verkostomaisesti siten, että päihdeongelmaisen ikäihmisen löytänyt ei välttämättä ole se, joka lopulta ilmoittaa tämän Pilke-ryhmään, vaan kyseinen ikäihminen on saanut muiltakin tahoilta apua ja tukea, jotta ryhmään lähteminen helpottuisi. Pilke-ohjaaja toimii myös palveluohjaajana, sillä hän kartoittaa tulevan pilkeläisen tilannetta, muun muassa sosiaalityöntekijän avun tarvetta, kodin tilannetta ja muuta hoivan tai hoidon tarvetta. Näistä hän neuvottelee yhdessä asiakkaan kanssa ja pyytää tarpeen vaatiessa esimerkiksi sosiaalityön tai kotihoidon apua. (Pajunen & Viljanen 2011.)

Jalkautuva päihdetyö ja sitä tukevat vertaisryhmät

Savonlinnassa ja Pieksämäellä kehitettiin jalkautuvaa, kotiin tuotua päihdetyötä, jossa keskityttiin ikäihmisen sosiaaliseen kuntoutumiseen. Tärkeintä oli tukea yksilön omien voimavarojen löytymistä, jotta hän pystyi selviytymään omasta arjestaan. Akuuttien sairauksien, vammojen, haavojen, hygienian ja ravitsemuksen kuntoon saattaminen sekä taloudellisten asioiden selvittäminen olivat usein kaikkein akuuteimpia asioita, joihin kotona tehtävässä työssä puututtiin. Katkaisu oli usein tehty jo siinä vaiheessa, kun henkilö ilmoitettiin asiakkaaksi, mutta useimmiten juominen oli jatkunut kotiutuksen jälkeen. Joskus katkaisuhoidon saattaminen kuului projektityöntekijän tehtäviin. Aina ei tarvittu katkaisua, vaan juomisen vähentäminen riitti parantamaan asiakkaan elämänhallintaa, joka edelleen auttoi juomattomuutta. (Viljanen & Levo 2010.)

Kotona tehdyssä päihdetyössä ja kuntoutumisen tukemisessa oli tärkeää, että työntekijällä oli hyvä verkosto, joka pystyi auttamaan ja konsultoimaan tarvittaessa nopeastikin. Kehittämiskeskus Tyynelä kysyi asiakkailtaan, millaista tukea ja apua he tarvitsivat. Kysely tehtiin ryhmähaastatteluina, jotka asiakkaat kokivat niin hyviksi, että he toivoivat lisää ryhmäkeskusteluja. Näin alkoi kehittyä Pieksämäelle ja Savonlinnaan vertaistuelliset ryhmät, jotka saivat asiakkaat lähtemään kotoa ulos. Ryhmät ovat yhä toiminnassa ja niihin ohjautuu asiakkaita kuntien työntekijöiden kautta. (Rinne 2011.)

Juurruttamistyössä Tyynelän Kehittämiskeskus keskittyi päihdevastuuhenkilö- ja osaajaverkoston koostamiseen ja kouluttamiseen sekä vertaisryhmätoiminnan laajentamiseen Kuopiossa, Pieksämäellä ja Savonlinnan seudulla. Päihdevastuuhenkilö- ja osaajaverkoston koulutusprosessiin osallistui yhteensä kolmekymmentäkahdeksan ammattilaista keskeisistä päihde- ja vanhustyön verkostoista. Mukana olivat kotihoidon, sosiaalityön, avopäihdehuolto (A-klinikka, päihdepoliklinikka), sairaalan tai terveyskeskuksen osastot ja vastaanotto, diakoniatyö sekä muutama järjestö. (Levo & Myllymäki 2011.)

Koulutukseen kuului lähipäivien lisäksi pienryhmätapaamiset kunnissa, jolloin pohdittiin oman työyhteisön ja kunnan palvelujärjestelmän kehittämiskohteita ja ruvettiin viemään kehittämisehdotuksia eteenpäin. Näitä prosesseja käsiteltiin muun muassa alueellisissa ohjausryhmissä, mutta monet kehittämistyön kohteet ja palvelupolut olivat vasta aluillaan. Ohjausryhmissä oli sekä koulutuksiin osallistuneita perustyöntekijöitä (esimiesasemassa) että palveluista vastaavia, hallintoon kuuluvia ihmisiä, jotka pystyvät viemään toivottuja kehittämiskohteita eteenpäin esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluiden johtoryhmissä. (Levo & Myllymäki 2011.)

Espoossa esille ikääntyneiden päihde- ja mielenterveyskysymykset

Yhdessä espoolaisessa kotihoidon tiimissä tehtiin projektin ensimmäisessä vaiheessa toimintamallikuvaus, jota päästiin jatkohankkeen aikana juurruttamaan toiseenkin kotihoidon tiimiin. Tämän lisäksi järjestettiin kaksi isoa kolmen luontokerran koulutusta, joissa koko kotihoidon henkilöstölle annettiin perustiedot päihde- ja mielenterveyskysymyksistä sekä perusvalmiuksia alkoholin käytön puheeksiottoon. Mielenterveyden asiantuntemus tuli Vanhustyön keskusliitosta. (Levo & Myllymäki 2011.) Koulutuksen hyöty näkyi siinä, että Espoon mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Emppuun ohjautui kotihoidon kautta enemmän ikääntyneitä asiakkaita kuin aiemmin. Tämä kävi ilmi, kun kysyin asiaa työntekijöiltä tutustuessani Emppuun Päihdepäivien yhteydessä vuonna 2010.

Kainuun kotihoitoa kehittävä päihdeyhdyshenkilöverkosto

Kainuun maakunta-kuntayhtymän kanssa tehdyn yhteistyön tuloksena käynnistettiin kotihoitoon vuonna 2006 päihdeyhdyshenkilöverkosto, johon kuului edustajat Kajaanin, Kuhmon, Puolangan, Suomussalmen, Paltamon, Ristijärven, Sotkamon ja Hyrynsalmen kotihoidosta sekä riippuvuuksien hoidon työntekijä. (Levo & Myllymäki 2011.)

Yhteistyötä jatkettiin ja vuonna 2009 alettiin kehittää kotihoitoon varhaisen avun ja tuen mallia, jonka tavoitteena oli tukea ja antaa työvälineitä työntekijöille ikääntyvien alkoholin käytön tunnistamiseen, näkyväksi tekemiseen sekä avun tarjoamiseen. Mallilla vahvistettiin päihdeyhdyshenkilöiden osaamista ja he myös siirsivät systemaattisesti päihdetyön osaamista kotihoidon tiimeihin. Varsinainen mallin kehittäminen tapahtui vuoden 2010 aikana. Kehittämistyöhön osallistui kaikkiaan neljatoista päihdeyhdyshenkilöä maakunta-kuntayhtymän kotihoidosta sekä riippuvuuksien hoidon työntekijä. (Levo & Myllymäki 2011.)

Hyvien käytäntöjen juurruttamisen kulmakivet

Juuruttamisessa tärkeimmät kulmakivet ovat aika ja ihmisten sitouttaminen työn juurruttamiseen. Tämä vaatii kärsivällisyyttä ja mukana olevien ihmisten osallistamista. Kun työntekijät pääsivät kokeilemaan käytännössä työmuotojen toimivuutta ja lopulta myös todistamaan vaikutuksia, oli heidän helpompi uskoa, että menetelmät oikeasti auttavat asiakkaita sekä helpottavat omaa työtä.

Sitouttaminen vaatii erityisen paljon työtä, kun tehdään kunnan ja järjestöjen välistä yhteistyötä. Välillä kuntien työntekijöistä näytti siltä, että olimme tulleet arvostelemaan heidän työtänsä. Siksi koimme tärkeäksi varata aikaa työntekijöiden kuulemiseen ja kaikkein parasta oli kun menimme seuraamaan oikeita työtilanteita, jolloin saimme paremman kuvan siitä, mitä kaikkea perustyöhön sillä hetkellä kuului. Ennak-

koluuloja on molemmin puolin ja niiden purkamiseksi on tärkeää avata työn perusteita, käsitteitä ja tavoitteita mahdollisimman perusteellisesti ja avoimesti. Kun kyse on aatteellisista järjestöistä, erityisen tärkeää on kertoa omat lähtökohdat, motiivit ja arvomaailma, jotta kumppaneiden ei tarvitse lähteä arvailemaan niitä. Sen jälkeen piti antaa ihmisten tuoda esille omia näkemyksiään, mahdollisia pelkoja ja uhkia, joita prosessi heissä herätti sekä antaa heidän myös vastustaa muutoksia.

Liika on aina liikaa -projektissa kuvattiin auki sitä, mitä hankkeessamme tarkoitettiin ikääntyneiden päihdetyöllä ja miksi tällaista ikäerityistä päihdetyötä tarvitaan. Lehtijutut, koulutusmateriaalit, tutkimus- ja projektiraportit, luennot ja itse järjestämät seminaarit ovat olleet välttämättömiä, jotta on voitu vakuuttavasti avata ikääntyneiden päihdetyön perustaa. Nettisivut (<http://www.tippavaara.info>) olivat – ja ovat myös jatkossa – hyvin tärkeä työväline, josta löytyy esimerkiksi taustatietoa, materiaaleja ja yhteistyökumppaneiden yhteystietoja. Kirjalliselle materiaalille oli suuri tarve ja kysyntä. Oli pystyttävä läpinäkyvästi perusteellemaan, miksi jotain työmuotoa tai toimivaa käytäntöä kannattaa ruveta juurruttamaan juuri tiettyyn työyksikköön. (Viljanen & Levo 2010.)

Työntekijöiden sitoutumista vieläkin tärkeämmäksi olemme kokeneet sen, että ylin johto sekä erityisesti lähiesimiehet sitoutuivat kehittämistyöhön ja uusien käytäntöjen juurruttamiseen. Aina näin ei tapahtunut ja melkein aina silloin työn juurruttaminen pysähtyi. Jos esimiehet eivät anna aikaa, tilaa tai arvostusta uudelle työlle tai koulutuksiin osallistumiselle, ei uusien hyvien käytäntöjen juurtuminen ole mahdollista. Tämän koimme käytännössä ja sama asia tuli esille ulkoisessa arvioinnissa (Pelto-Huikko 2011). Hyvien käytäntöjen juurruttaminen vaatii koko työyhteisön sitoutumista, kokeilunhalukkuutta, aikaa sekä reflektointia. Nämä ovat asioita, jotka on helppo todeta teoriassa, mutta välillä vaikea toteuttaa. Ylemmän johdon tulee pitää huolta siitä, että lähiesimiehet ovat riittävästi perehdytetty juurrutettavan työmuodon tai hyvän käytännön hyötyihin. Esimiesten pitää osata nähdä muuttuvan, epävarman tilanteen yli ja vakuuttaa työntekijät siitä, että työt helpottuvat. Hyvien käytäntöjen juurtuminen vaatii myös sitä, että osataan nähdä pienet onnistumiset ja iloita niistä. Tämä vaatii työn seurantaan. (Levo & Myllymäki 2011.)

Hyvien käytäntöjen juurtumiseen ei riitä se, että yksi työntekijä perehtyy hyvin asiaan. Työntekijävaihdosten ja sairastumisten vuoksi yhden ihmisen sitouttaminen asiaan on liian haavoittuvaa. Kun työntekijä lähtee pois, lähtee samalla koko osaaminen. Hoitoalalla ja vanhustalveissa työtehtävien kierto on melko tyypillistä, koska työntekijöitä on paljon. Juurruttamistyössämme pyrimme hoitamaan asian niin, että koulutuksissa oli mukana samalta työpaikalta useampi työntekijä. (Levo & Myllymäki 2011.)

Tärkeimpiä juurtumisen edellytyksiä on se, että puututaan oikeisiin asioihin. Mutta mistä tiedetään, mitkä ovat niitä oikeita asioita? Olemassa olevat käytännöt ja hoivaketjut pitää käydä verkostoissa läpi ja pohdita, missä kohtaa asiat eivät toimi. Asiakkailta pitää kysyä, miten he haluaisivat palveluiden toimivan. Mikä olisi ideaalitalanne? Kaikkia toiveita ei pystytä toteuttamaan, mutta kohti parasta voidaan edetä. Palvelutilanteet pitää kuvata ja käydä läpi myös asiakkaan näkökulmasta. Juurruttamisen näkökulmasta koulutuksissa tulee olla aikaa siihen, että työntekijät pohtivat omaa palveluaan ja käyvät sen yksityiskohtaisesti läpi. Vasta sen jälkeen pystytään puuttumaan epäkohtiin. Pelkkä kuuntelu tai lyhyet ryhmätyöt eivät riitä ajallisesti tähän. Meidän useimpien pitää löytää toimintamallin toimivuus ja hyöty itse. Ja tämä vie eri ihmisillä erilaisen ajan.

Kirjallisuus:

- Aalto, Mauri & Holopainen, Antti: Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim* 13/2008, 1492–1498.
- Ahlström, Salme. & Mäkelä, Pia: Alkoholi ja iäkkäät Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2009/6, 674–678.
- Aira, Marja: Iäkkäiden alkoholinkäytön riskit. *Suomen Lääkärilehti* 6/2012, 409–412.
- Heino, Taina: Asiakaslähtöinen arviointi Seniori-hankkeessa. *Diplomatyö* 2007. Tyynelän kehittämisskeskus. http://www.tippavaara.info/data/liitteet/asiakaslahtoinen_arviointi.pdf (luettu 27.2.2012)
- Kaukonen, Olavi: Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. *Stakes tutkimuksia* 107. Saarijärvi 2000.
- Kaukonen, Olavi: Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. *Yhteiskuntapolitiikka-lehti* 3/2005, 311–322.
- Laitalainen, Elina, Helakorpi Satu, & Uutela, Antti: Eläkeikäisen väestön terveystietäytyminen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993–2009. *Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, Raportti* 30/2010.
- Levo, Tarja (toim.): Ikääntyvän ääntä kuunnellen. *Sininauhaliitto* 2008.

- Levo, Tarja & Myllymäki, Eija: Työelämälähtöiset prosessikoulutukset työkäytäntöjen ja toimintamallien juurtumisen välineinä. Teoksessa *Pilotoinnista perustyöhön. Ikääntyneiden päihdetyötä juurruttamassa*. Levo, Tarja. & Viljanen, Maria. (toim.). Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi –projektin raportti 2005-11. Sininauhaliitto. 2011.
- Mäkelä, Pia. Mustonen, Heli. & Huhtanen, Petri. Suomalaisten alkoholinkäyttötapojen muutokset 2000-luvun alussa. *Yhteiskuntapolitiikka-lehti* 3/2009 ss. 268-289.
- Pajunen, Terhi & Viljanen, Maria: Ikääntyneiden päihdetyön juurruttaminen Helsinkiin Pilke-työn avulla. Teoksessa *Pilotoinnista perustyöhön. Ikääntyneiden päihdetyötä juurruttamassa*. Levo, Tarja & Viljanen Maria (toim.). Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi –projektin raportti 2005-11. Sininauhaliitto. 2011.
- Pelto-Huikko, Antti: Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi –juurruttamishankkeen loppuarviointi. Sosiaalikehitys Oy 2011. Löytyy teoksesta: *Pilotoinnista perustyöhön. Ikääntyneiden päihdetyötä juurruttamassa*. Levo, Tarja & Viljanen Maria (toim.). Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi –projektin raportti 2005-11. Sininauhaliitto. 2011.
- Rinne, Tuija: Seniori-työssä kehitetty avopäihdekuntoutus ikäihmisen lähipalveluna. Teoksessa *Pilotoinnista perustyöhön. Ikääntyneiden päihdetyötä juurruttamassa*. Levo, Tarja. & Viljanen Maria (toim.). Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi –projektin raportti 2005-11. Sininauhaliitto. 2011.
- Vakkuri, Johanna: Pilkahduksia Pilkkeestä. Tutkimus ikääntyvien päihteidenkäyttäjien päivätoimintaryhmistä. Helsingin Diaikonissalaitoksen raportteja 1/2011.
- Viljanen, Maria & Levo, Tarja: Yhdessä jaettu on kevyempi kantaa. Kokemuksia ikääntyneiden kanssa tehdystä päihdetyöstä. Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi –projektin raportti 2005-08. Sininauhaliitto 2010.
- Viljanen, Maria: Johdanto. Teoksessa *Pilotoinnista perustyöhön. Ikääntyneiden päihdetyötä juurruttamassa*. Levo, Tarja & Viljanen, Maria (toim.). Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi –projektin raportti 2005–11. Sininauhaliitto 2011.

2.3 Att främja de äldres psykiska hälsa – psykosociala faktorer och insatser

Forsman Anna K^{1,2}, Nordmyr Johanna^{1,3}, Säätelä Sirkku⁴, Nyqvist Fredrica¹

¹ Institutet för hälsa och välfärd (THL), Vasa, ² Nordic School of Public Health NHV, Göteborg, Sverige, ³ Åbo Akademi, Vasa, ⁴ Yrkeshögskolan NOVA, Vasa

Inledning

Cirka tio procent av befolkningen i världen är 60 år eller äldre och år 2050 beräknas den här andelen ha fördubblats (FN, avdelningen för ekonomiska och sociala ärenden 2002). Europa utgör ett illustrativt exempel; cirka 17 procent av befolkningen har fyllt 65 år. Befolkningsstrukturen i Norden följer samma mönster och 17-18 procent av Finlands respektive Sveriges befolkning är 65 år eller äldre (Eurostat 2011). Den snabbaste befolkningsökningen sker i de allra äldsta åldersgrupperna. I Sverige och Finland är idag 5 procent av befolkningen 80 år eller äldre.

Med tanke på dessa demografiska förändringar, finns det ett påtagligt behov av att skifta fokus från en strävan efter att enbart öka livslängden till att istället fokusera på att bibehålla och främja en god hälsa och ett gott välbefinnande högt upp i åldrarna. Detta så att den alltjämnt växande äldre befolkningsgruppen kan vara aktiv och delaktig i samhället så länge som möjligt. Att främja den psykiska hälsan och förebygga den psykiska ohälsan bland äldre är en angelägen folkhälsofråga idag, eftersom psykiska funktionsnedsättningar är vanliga bland de äldre, med en förekomst på cirka 13 procent för depressiva sjukdomar i Finland (Kivelä 2011).

Syftet med denna artikel är att visa att olika psykosociala faktorer och insatser (d.v.s. icke-medicinska insatser med fokus på de psykologiska eller sociala aspekterna av hälsan) har avgörande betydelse i folkhälsoarbetet för att främja de äldres psykiska hälsa.

I artikeln presenteras aktuell forskning om samband mellan olika aspekter av socialt kapital och psykisk hälsa bland äldre. Dessutom redogör vi för resultaten från en systematisk litteraturoversikt och meta-analys som gjorts för att kartlägga olika former av psykosociala interventioners inverkan på de äldres psykiska hälsa. Litteraturoversiktstudien ingick som en del av det EU-finansierade forskningsprojektet DataPrev (2007-2011).

Forskningen som beskrivs i kapitlet har bedrivits vid Institutet för hälsa och välfärds (THL) enhet i Vasa. Resultaten från sambandsstudierna baseras delvis på ett datamaterial som insamlades i Västra Finland år 2008 (Enkät om psykisk hälsa i Västra Finland; Forsman et. al. 2009). Enkäten sändes till 10 000

personer mellan 15-81 år i Österbotten och Egentliga Finland. Dessutom analyserades data från GERDA-projektets postenkät från år 2010, som riktade sig till äldre personer bosatta antingen i Österbotten (Finland) eller i Västerbotten (Sverige). Syftet med studierna var att se vilka samband som finns mellan olika aspekter av socialt kapital och psykisk ohälsa bland äldre personer (65+) i regionerna. Depression valdes som ett mått på psykisk ohälsa, dessutom mättes psykisk belastning i Enkät om psykisk hälsa - studien (en detaljerad beskrivning av mätinstrumenten finns i Forsman et al. 2009).

Betydelsen av socialt kapital för de äldres psykiska hälsa och välbefinnande

Definition av begreppet socialt kapital

Begreppet socialt kapital används ofta som en paraplyterm som innefattar olika sociala aspekter av vår interaktion med omgivningen (t.ex. sociala kontakter, nätverk, socialt deltagande, känsla av tillit och samhörighet). Statsvetaren Robert Putnam (1993) definierar socialt kapital som ”egenskaper hos en social organisation, såsom nätverk, normer och social tillit, som förenklar koordination och samverkan till ömsesidig nytta”. Inom folkhälsovetenskapen och den tillhörande hälsoforskningen är det främst Putnams teori som har använts – så även i den forskning som den här artikeln baserar sig på.

Det är vanligt att göra en distinktion mellan det strukturella och kognitiva sociala kapitalet (Islam et al. 2006). Den strukturella aspekten innebär att vara delaktig i olika sociala sammanhang och mäts ofta med frågor om sociala relationer och deltagande. Den kognitiva aspekten av socialt kapital fokuserar istället på attityder, tillit, förtroende och ömsesidighet och beskriver kvaliteter i människorelationer. Förenklat kan man säga att det strukturella och kognitiva analytiskt skiljer sig åt beträffande vad människor gör och vad de upplever i sina sociala relationer. En annan viktig distinktion görs mellan det sammanbindande (bonding), överbryggande (bridging) och nivålänkande (linking) sociala kapitalet. Kortfattat finns det sammanbindande sociala kapitalet främst mellan individer som står varandra nära såsom den egna familjen och nära vänner medan det överbryggande sociala kapitalet finns i relationer mellan individer med heterogen bakgrund och har en mera inkluderande karaktär. Det nivålänkande sociala kapitalet länkar ihop individer med olika maktpositioner såsom relationen mellan den enskilda individen och offentliga tjänstemän. I forskningen som vi redovisar här har vi enbart gjort en åtskillnad mellan det strukturella och kognitiva sociala kapitalet.

I den finländska enkäten från 2008 mättes följande kognitiva aspekter av socialt kapital: 1) socialt stöd (både praktisk hjälp, visat intresse från omgivningen för vad man gör, samt upplevt förtroende för närstående); 2) känsla av att höra till grannskapet; samt 3) känsla av tillit till andra. I undersökningen som baserade sig på GERDA-projektets postenkät från 2010 mättes både strukturella och kognitiva aspekter av socialt kapital. Deltagarnas sociala nätverk mättes med hur ofta man har kontakt med vänner respektive grannar. För det kognitiva sociala kapitalet användes ett frågebatteri om förtroende för olika personer och grupper. Vi använde oss av två delfrågor, nämligen förtroendet man har för vänner och grannar. Detaljerade beskrivningar av frågorna och hur de olika svarsalternativen kategoriserades finns beskrivna i andra publikationer (Forsman et al. 2011; Forsman et al. 2012).

Sambandet mellan psykisk hälsa och socialt kapital hos de äldre

Baserat på forskningsresultaten från sambandsstudierna kan man dra slutsatsen att begränsade sociala nätverk sett både ur strukturella och kognitiva perspektiv verkar vara viktiga riskfaktorer för såväl depression (Forsman et al. 2011; Forsman et al. 2012) som psykisk belastning (Forsman et al. 2011). Bristfälligt socialt kapital har således ett viktigt samband med psykisk ohälsa hos äldre, även om forskningsresultaten från sambandsstudierna inte var helt entydiga.

Låg frekvens av social kontakt med vänner och grannar samt upplevd misstro till vänner hade ett signifikant samband med depression, medan man inte kunde hitta något samband mellan depression och upplevd misstro till grannar i studien baserad på GERDA-projektets datamaterial (Forsman et al. 2012). Resultaten från undersökningen understryker därmed vikten av vänskapsrelationer; risken för depression är större för de äldre som sällan har kontakt med vänner alternativt uppger att de inte har några vänner jämfört med dem som har regelbundna och täta kontakter. Forskningsresultaten pekar dessutom på vikten av att uppleva

förtroende inom de vänskapsrelationer man har, dvs. förutom de kvantitativa aspekterna av sociala kontakter behövs också kvalitativa aspekter för att stärka sambandet till den psykiska hälsan. Utgående från dessa resultat kan man även dra slutsatsen att betydelsen av sociala relationer för den psykiska hälsan varierar beroende på den sociala kontakten vilket även tidigare forskning har visat (Litwin 2001). Föga överraskande verkar det vara viktigare för den psykiska hälsan att känna en förtrolig relation till sina vänner än till sina grannar.

I studien baserad på Enkät om psykisk hälsa i Västra Finland hittades ett signifikant samband mellan begränsad tillgång till praktiskt stöd och depression, medan andra komponenter av kognitivt socialt kapital – så som att uppleva generell misstro, att ha få personer man kan lita på, samt att uppleva ett begränsat intresse från omgivningen för vad man gör – kunde kopplas till psykisk belastning (Forsman et al. 2011). Forskningsresultaten från sambandsstudierna överensstämmer väl med tidigare undersökningar som visat att sociala kontakter är en viktig resurs för de äldres psykiska hälsa (Forte 2009), samtidigt som vår studie utökar den begränsade forskningen inom området som omfattar äldre personer (Almedom 2005).

Sammantaget illustrerar vår forskning behovet av att aktivt upprätthålla de äldres sociala nätverk för att främja deras psykiska hälsa och förebygga psykisk ohälsa. Äldre som upplever ett bristfälligt socialt kapital verkar löpa större risk för att lida av psykisk ohälsa och därför bör denna riskgrupp ha tillgång till insatser som stöder uppbyggandet och upprätthållandet av sociala nätverk och ett rikt socialt liv. Därtill visar resultaten från sambandsstudierna på den stora potential som psykosociala interventioner kan ha med tanke på att de kan stödja ett aktivt och hälsosamt åldrande. I följande kapitel presenteras exempel på effektiva interventioner.

Betydelsen av psykosociala insatser för de äldres psykiska hälsa

I en systematisk översikt och effektutvärdering från år 2011 (Forsman et al. 2011) jämfördes olika psykosociala interventioner för främjande av psykisk hälsa och prevention av depression bland äldre. Psykosociala interventioner definierades i översikten som insatser där sociala eller psykologiska faktorer betonades framom biomedicinska (Ruddy & House 2005).

Efter genomgång av över 5000 studier omfattade översikten slutligen 69 studier, varav 44 studier ingick i effektutvärderingen. Medelåldern på interventionsdeltagarna var 78 år, och kvinnorna utgjorde en majoritet. Interventionsdeltagarna bodde både i eget hem och på äldreboenden och andra institutioner. 17 av studierna var europeiska, resterande 52 icke-europeiska och av dessa var majoriteten amerikanska. Med undantag av en studie (Yuen et al. 2008) genomfördes interventionerna av utbildad personal inom social- och hälsovårdsområdet.

Studierna indelades i sex grupper enligt interventionens huvudsakliga innehåll:

- Fysisk träning
- Övningar i färdighet och bemästring
- Reminiscens eller relaterade minnesövningar
- Sociala aktiviteter
- Stödgrupper
- Interventioner med kombinerat innehåll

Interventionernas påverkan på sju olika utfall relaterade till psykisk hälsa utvärderades. Dessa utfall inkluderade depression, depressiva symptom, allmän funktionsförmåga, livskvalitet, tillfredsställelse med livet, generell psykisk hälsa, samt socialt kapital.

Den samlade effekten av alla evaluerade psykosociala insatser, oavsett huvudsakligt innehåll, resulterade i en signifikant förbättring av livskvalitet och generell psykisk hälsa, samt en klar minskning i depressiva symptom.

Gällande praktiska arrangemang kring interventionerna, så visade översikten att längden på insatsen hade betydelse. De interventioner som varade 3 månader eller längre visade flera positiva resultat jämfört med kortare interventioner. Dessa längre interventioner hade en positiv inverkan på livskvalitet och generell psykisk hälsa, och uppvisade också en betydande minskning av depression jämfört med kortare

interventioner. Dessa resultat avviker från tidigare översiktsstudier med fokus på psykosociala insatser, (Beswick et al. 2008; Masi et al. 2011) där interventionens längd inte hade någon avgörande betydelse för resultaten.

Vid jämförelse av de olika interventionernas innehåll, framkom det att interventionerna som erbjöd sociala aktiviteter ledde till flera positiva resultat. Dessa interventioner förbättrade interventionsdeltagarnas generella psykiska hälsa, livskvalitet och tillfredsställelse med livet, samt minskade depressiva symptom. Utöver interventionerna i denna kategori innehöll också andra interventioner sociala inslag, exempelvis att interventionen utfördes i grupp, vilket kan ha bidragit till positiva resultat. Nedan beskriver vi närmare de interventioner som fokuserade på sociala aktiviteter.

En av studierna som hade en positiv inverkan på deltagarnas psykiska välbefinnande fokuserade på körsång (Cohen et al. 2006). Interventionen varade i 30 veckor och omfattade många och regelbundna sessioner. Körövningarna och uppträdanden utgjorde en gruppaktivitet och medförde samverkan med andra äldre, samt offentliga framträdanden inför publik. En annan intervention med positiva resultat (Yuen et al. 2008) innebar att interventionsdeltagarna på ett äldreboende regelbundet träffade yngre personer med annat modersmål för att i samtalsform öva engelska med dem. Detta uppdrag gav interventionsdeltagarna en social roll och en viktig uppgift som enligt deras utsago fick dem att känna att de var behövda och till nytta. I en tredje (Nijs et al. 2006) intervention fick deltagarna på ett äldreboende äta under mer familjära förhållanden (till exempel började man äta först efter att alla satt sig ner, man serverade sig själv, dukningen var tilltalande, personal var närvarande under hela måltiden) medan kontrollgruppen fick maten färdigt serverad och ofta åt ensamma. Interventionsdeltagarna upplevde en betydande förbättring i livskvalitet. De sociala inslagen i interventionerna, i form av upplevelse av gemenskap, socialt sammanhang, samt nya sociala roller verkar ha en avgörande betydelse för interventionens positiva resultat.

Sammanfattning, diskussion och praktisk betydelse

Resultaten från forskningen som har presenterats i artikeln framhåller sociala aktiviteter som en viktig resurs för den psykiska hälsan bland äldre därför att de ger en känsla av tillhörighet till en social grupp. Samtidigt ger de mening åt vardagslivet genom nya sociala roller och uppgifter, samt en känsla av framtidshopp. Dessutom stöder de sociala aktiviteterna upprätthållandet av individens sociala kontakter och interpersonella relationer, vilket i sig är en orsak till varför sociala aktiviteter är viktiga i arbetet för att främja de äldres psykiska hälsa.

Att sociala aktiviteter och förtroendefulla vänskapsrelationer har en viktig betydelse även i hög ålder bör lyftas fram. Man bör ha i åtanke att förutsättningarna för sociala kontakter varierar bland äldre personer beroende på boendesituation och andra omständigheter. Om man som äldre har kvar sin funktionsförmåga och kan leva självständigt i sitt eget hem är det möjligt att träffa vänner och att delta i självvalda aktiviteter. Utmaningen blir att bibehålla den sociala interaktionen även då funktionsförmågan sviktar och den äldre blir tvungen att flytta till ett äldreboende. Då har funktionsförmågan försvagats i så stor utsträckning att den äldre är beroende av hjälp i sitt dagliga liv och även för att kunna upprätthålla de sociala kontakter som man skapat tidigare i livet.

I praktiken placeras de äldre in i boendeenheter i sin kommun utan att själva ha reella möjligheter att välja ett sådant boende där de eventuellt har vänner eller bekanta. En försämrad funktionsförmåga begränsar också möjligheterna att besöka sina vänner och kontakten till gamla vänner och förtrogna bryts eller blir sporadisk. I de flesta fall faller den äldre även utanför en flexibel färdtjänst eftersom färdtjänst för äldre inte är en subjektiv rättighet, utan beroende av budgeterade medel. Detta betyder att besök till vänner och bekanta försvåras både för dem som vill besöka vänner på boenden, men också för de äldre på boenden som skulle vilja besöka vänner utanför äldreboendet.

De äldre som bor på äldreboenden har alla olika former av funktionsnedsättningar och är ofta beroende av hjälp dygnet runt. Då blir också olika aktiviteter som den äldre eventuellt tidigare gjort lidande eftersom dessa ej längre kan utföras självständigt. Att gå på konsert, teater eller delta i de körövningar som man eventuellt gjort tidigare lyckas inte längre. Sociala aktiviteter för äldre som bor inom äldreboenden begränsas ofta till aktiviteter som utförs på äldreboenden t.ex. sångstunder, andakter, eller andra tillställningar som antas intressera de äldre och där de äldre på boendet samlas kollektivt. Dessa aktiviteter kanske inte

intresserar alla och då finns risken att det blir en form av social aktivitet som utgår från något annat än personliga behov. Även den personliga sociala kontakten och interaktionen blir mindre på boenden. Det går inte heller att välja vem man umgås eller äter tillsammans med, utan det blir kanske en påtvingad social interaktion med personer man i annat fall inte skulle umgås med. Hos de allra äldsta, oavsett boendeform, är det dessutom ett betydande problem att gamla vänner har dött eller drabbats av en kognitiv sjukdom, vilket minskar eller försvårar en social samvaro.

Resurserna är också ofta snävt tilltagna inom äldreomsorgen vilket har betydelse för organiserandet av sociala aktiviteter. De äldre är dessutom en heterogen folkgrupp och det kan vara problematiskt att erbjuda sociala aktiviteter som lämpar sig för eller intresserar alla. På många äldreboenden planeras sociala aktiviteter utgående från personalresurser och blir då en kompromiss eller utgår från andra faktorer än de boendes önskemål eller intressen. Att kunna erbjuda enskilda personer aktiviteter utanför boendet är på många håll ogenomförbart i dagens läge.

Trots begränsade resurser bör forskningen som betonar betydelsen av psykosociala faktorer och insatser för de äldres psykiska hälsa tas på allvar och tillämpas i planeringen av vård och service för de äldre. Beslutsfattare borde mera innovativt hjälpa de äldre att upprätthålla gamla intressen, genom att t.ex. erbjuda flexibel färdtjänst till dem som behöver det för att kunna upprätthålla sina gamla intressen och besöka sina vänner. Idag isoleras en del äldre på boenden från samhället och aktiviteter utanför boendet är begränsade. Klienter på boenden borde istället stödjas för att kunna vara mera aktiva i verksamheten på sina egna villkor, t.ex. genom att hjälpa till med dukning och matlagning, ge egna förslag till aktiviteter och möjligheter att förverkliga dessa. Detta skulle även gälla aktiviteter utanför boendet, t.ex. att sjunga i kör, ordna syjunta, eller att gå på teater och konserter om det är vad den äldre själv önskar.

Referenser

- Almedom, Astier M. Social capital and mental health. An interdisciplinary review of primary evidence. *Social Science & Medicine* 61 (2005): 5, 943-964.
- Beswick, Andrew D., Rees, Karen, Dieppe, Paul, Ayis, Salma, Gooberman-Hill, Rachael, Horwood, Jeremy, & Ebrahim, Shah: Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 371 (2008): 9614, 725-735.
- Cohen, Gene D., Perlstein, Susan, Chapline, Jeff, Kelly, Jeanne, Firth, Kimberly M., & Simmens, Samuel: The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *The Gerontologist* 46 (2006): 6, 726-734.
- Eurostat: Europe in figures. Eurostat Yearbook 2011. EUs publikationsbyrå, 2011. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-11-001/EN/KS-CD-11-001-EN.PDF [läst 20.2.2012].
- FN, avdelningen för ekonomiska och sociala ärenden: World population ageing: 1950-2050. Förenta Nationerna, 2002. <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/> [läst 30.10.2010].
- Forsman, Anna, Herberts, Kjell, Aromaa, Esa, Tuulari, Jyrki, & Wahlbeck, K: Kohti pohjalaistahyvinvointia: Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus 2008. Menetelmäraportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009.
- Forsman, Anna K., Nordmyr, Johanna, & Wahlbeck, Kristian: Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promotion International* 26 (2011): suppl 1, i85-i107.
- Forsman, Anna, Nyqvist, Fredrica, Schierenbeck, Isabell, Gustafson, Yngve, Wahlbeck, Kristian: Structural and cognitive social capital and depression among older adults in two Nordic regions. *Aging & Mental Health* (2012): DOI:10.1080/13607863.2012.667784.
- Forsman, Anna, Nyqvist, Fredrica, Wahlbeck, Kristian: Cognitive components of social capital and mental health status among older adults: a population-based cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health* 39 (2011), 757-765.
- Forte, Denise: Relationships. I Cattani, Mima (Red.), *Mental health and well-being in later life*. Berkshire: Open University Press, 2009, 84-111.
- Islam, M Kamrul, Merlo, Juan, Kawachi, Ichiro, Lindström, Martin, & Gerdtham, Ulf G: Social capital and health: does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health* 5 (2006): 3, doi:10.1186/1475-9276-5-3.
- Kivelä, Sirkka-Liisa: Ur depression i balans: Ett gott liv vid äldre år. Helsinki: Kirjapaja, 2011.
- Litwin, Howard: Social network type and morale in old age. *The Gerontologist* 41 (2001): 4, 516-524.
- Masi, Christopher M., Chen, Hsi -Yuan, Hawkey, Louise C., & Cacioppo, John T.: A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review* 15 (2011): 3, 219-266.
- Nijs, Kristel A. N. D., de Graaf, Cees, Kok, Frans J., & van Staveren, Wija A: Effect of family style mealtimes on quality of

life, physical performance, and body weight of nursing home residents: Cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal* 332 (2006): 7551, 1180–1183.

Putnam, Robert D: Making democracy work. Civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press, 1993.

Ruddy, Rachel & House, Allan: Psychosocial interventions for conversion disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005331.pub2/pdf> [läst 1.4.2012]

Yuen, Hon Keung., Huang, Peng, Burik, Jerry K., & Smith, Thomas G.: Impact of participating in volunteer activities for residents living in long-term-care facilities. *American Journal of Occupational Therapy* 62 (2008): 1, 71–76.

2.4 Omaisen ääni kuuluviin – kuule kokemuskouluttajaa

Pia Hytönen, Pirkko Haikola

Tässä artikkelissa kuvataan Omaiset mielenterveystyön tukena -järjestön kokemuskoulutustoimintaa. Kokemuskoulutustoiminnan tavoitteena on mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemustiedon välittäminen ja käyttäminen muun muassa ehkäisevän mielenterveystyön menetelmänä. Tavoitteena on poistaa ennakkoluuloja ja pelkoja mielenterveyden sairauksia kohtaan ja normalisoida käsityksiä mielenterveyden asioista. Omaiskokemuskouluttaja on kokemuskoulutuksen käynyt henkilö, jolla on omakohtaista kokemusta mielenterveyskuntoutujan omaisena olemisesta. Kokemuskouluttaja voi toimia esimerkiksi asiantuntijana palveluiden suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa, asiantuntijana erilaisissa työryhmissä sekä luennoitsijana oppilaitoksissa ja ammattilaisten koulutuspäivillä.

Omaisten kokemustieto käyttöön

Omaisjärjestötyön tavoitteena on omaisen hyvinvointi. Hyvinvoinnin vastakohtana taas on uupuminen, kuormittuminen ja masennus. Näitä ehkäistään vähentämällä omaisen riskitekijöitä ja lisäämällä hänen suojaavia tekijöitään. Kun omaisten hyvinvointiin liittyvät riski- ja suojaavat tekijät tunnistetaan, voidaan oikeanlaista tukea tarjoamalla vahvistaa omaisen voimavaroja ja hyvinvointia.

Omaisten tyytyväisyyttä mielenterveysalan ammattilaisiin on selvitetty Markku Nymanin ja Eija Stengårdin (2001) tutkimuksessa. Omaiset olivat tyytymättömiä siihen, missä määrin ammattihenkilöt olivat kiinnostuneita omaisten ongelmista sairastuneen kanssa. Omaiset toivoivat ammattihenkilöiltä taitoa kohdata potilas ja omainen sekä tasavertaisina ihmisinä että ammatillisesti asiakkaana. Ammattitaitoa, monipuolista asiantuntemusta ja laajaa ammatillista kokemusta pidettiin keskeisinä hyvän ammattiauttajan valmiuksina. Erityisen tärkeänä omaiset pitivät tiedon saamista läheisen sairauteen ja hoitoon liittyvissä asioissa.

Maailman terveysjärjestö WHO ennustaa vuoteen 2020 mennessä pelkästään masennuksen muodostavan kymmenesosan kaikesta sairastamisesta ja olevan toiseksi yleisin sairausongelma teollistuneissa maissa, puhumattakaan vaikeammista psyykkisistä sairauksista. Tämä on huolestuttavaa, kun paineet avopalveluihin lisääntyvät koko ajan. Mielenterveyskuntoutujien hoidon järjestäminen ilman omaisten osallistumista ja heidän tilanteensa huomioimista heikentää omaisten elämänlaatua oleellisesti ja kohottaa masennusriskiä merkittävästi. Vaativissa tilanteissa eläville mielenterveyskuntoutujien omaisilla on riski sairastua psyykkisesti myös itse. Tutkimuksen mukaan 38 prosenttia omaisyhdistykseen kuuluvista omaisista kärsi masennuksesta, ja myös seurantatutkimuksessa omaisten hyvinvointi ja tyytyväisyys osoittautuivat muuta väestöä alhaisemmaksi (Nyman & Stengård 2001, 2005).

Omaisten masennuksen ennaltaehkäisyssä ja tunnistamisessa sekä tarvittaessa hoitoon ohjaamisessa ovat avainasemassa mielenterveysalan ammattilaiset. Kouluttamalla omaisista kokemuskouluttajia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, palvelujen tarjoajat sekä suuri yleisö oppivat hyödyntämään ja arvostamaan omaisten kokemustietoa. Samoin ymmärrys omaisen kokemusmaailmasta syvenee.

Kokemuskoulutustoiminta

Omaiset mielenterveystyön tukena järjestö on 26 muun sosiaali- ja terveysalan järjestön kanssa mukana Kokemuskoulutuksesta pysyvää -hankkeessa. Hankkeen päätoteuttajat ovat olleet Sosiaali- ja terveysjärjes-

töjen kansanterveyden neuvotteluryhmän kokemuskoulutusjohtoryhmän edustajien järjestöt. Suomen Reumaliitto hallinnoi hanketta ja käytännön toteutuksesta vastaa Reumaliiton projektityksikkö. Hankkeelle on saatu Raha-automaattiyhdistyksen tuki. Hankkeen tavoitteena on, että kokemuskoulutus vakiintuu valtakunnalliseksi toimintamuodoksi kehittämällä ja vahvistamalla valtakunnallisia ja alueellisia yhteistyörakenteita ja toimintamalleja. Kokemuskoulutuksella on omat valtakunnalliset sivut <http://www.kokemuskoulutus.fi>. Sivusto on tarkoitettu kokemuskouluttajille, sosiaali- ja terveysalan järjestöissä työskenteleville, opetusyksiköille sekä kaikille kokemuskoulutustoiminnasta kiinnostuneille. Sivustolla on muun muassa kokemuskouluttajapankki, josta löytyy kaikkien hankkeessa olevien järjestöjen kokemuskouluttajien yhteystiedot. Tällä hetkellä on olemassa noin 300 kokemuskouluttajaa. Kokemuskouluttajaksi ryhtyvältä vaaditaan soveltuvuutta ja koulutusta tehtävään. Kokemuskouluttaja ei koskaan toimi yksin, vaan on aina jonkun kokemuskouluttajaverkostoon kuuluvan järjestön edustaja. Taustajärjestöt vastaavat kokemuskouluttajiksi valittavien soveltuvuudesta tehtävään. Niiden tehtävänä on myös ylläpitää kokemuskouluttajan tietoja ja taitoja sekä tarjota kokemuskouluttajalle täydennyskoulutusta.

Hanke järjesti syksyllä 2009 neljä kokemuskouluttajien koulutustilaisuutta, joihin pääsi mukaan kahdeksan mielenterveyspotilaan tai -kuntoutujan omaista. Hankkeen järjestämät koulutukset ovat ohi ja koulutusvastuu kokemuskouluttajista on omilla taustajärjestöillä.

Mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemustieto käyttöön

Omaiskokemuskouluttajilla on ollut selkeästi kysyntää eri puolilla maata ja omaiset itse ovat kokeneet, että osallistuminen kokemuskoulutukseen ja -toimintaan on tarjonnut heille voimaantumista edistävää toimintaa, vertaistukea sekä mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan. Omaiset mielenterveys-työntekijäkeskuskeskusliitto sai vuosille 2011–2012 Raha-automaattiyhdistykseltä Ak-toiminta-avustuksen kokemuskoulutustoimintaan ja järjesti syksyllä 2011 ensimmäiset kaksi valtakunnallista omaiskokemuskoulutusta Helsingissä. Koulutukset suunnittelivat, toteuttivat ja arvioivat keskusliiton työntekijät yhdessä kokemuskouluttaja Pirkko Haikolan kanssa. Koulutuksen pohjana oli Kokemuskoulutuksesta pätevää -hankkeen pilotoima koulutusrunko ja se oli laajuudeltaan kolmen opintopisteen arvoinen opintosuoritus. Koulutukseen valittiin 20 hakijaa ympäri Suomea keskusliiton jäsenjärjestöjen kautta.

Vuosi 2011 mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemuskoulutustoiminnan saralla huipentui Ostrobothnia-talolla 12.11.11 järjestettyyn päätösseminaariin, johon oli kutsuttu uudet koulutettavat sekä Omaiset mielenterveystyön tukena järjestön muut kokemuskouluttajat. Yhteensä osallistujia oli 30 henkilöä. Päivä alkoi yhteistyökumppaneiden puheenvuoroilla kokemuskoulutuksen merkityksestä ja vaikutuksesta. Kehittämispäällikkö Esa Nordling Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta piti kokemuskoulutustoimintaa erittäin tärkeänä. Hänen mukaansa kokemuskoulutusta tarvitaan, koska mielenterveysstrategioihin pitää saada kokemusasiatuntemuksen näkökulma ja mielenterveyspalveluissa on paljon sudenkuoppia, joita ammatillaiset eivät yksin pysty korjaamaan. Hän totesi myös, että kokemuskoulutus auttaa koulutettavia voimaantumaa ja lisää samalla omaisjärjestötyön painoarvoa ja vaikutusmahdollisuuksia. Diakonia-ammattikorkeakoulun koulutusjohtaja Jari Helminen kiteytti sanomansa hyvin lauseeseen: *”ihmisen, asiakkaan ääni mukana opetuksessa”* Hän näki, että ammattikorkeakoulutoiminnassa kokemuskouluttaja parhaimmillaan rikastuttaa, tekee eläväksi ja syventää muun opetuksen tarjoamia aineksia. Helminen toivoi myös, että yhteistyöhön voidaan liittää myös muita ulottuvuuksia opetushetkien lisäksi, esimerkiksi harjoittelut, opinnäytetyöt tai toiminnalliset tapahtumat. Vastaava omaistyöntekijä Marja Oivo Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistyksestä katsoi, että kokemustietoa voidaan hyödyntää niin toiminnan suunnittelussa, kehittämisessä kuin arvioinnissakin. *”Tarvitaan ammattilaisten- ja kokemusasiatuntemuksen yhteistyötä”*, hän korosti puheenvuorossaan. Kokemuskouluttaja Anita Ruutiainen piti vakuuttavan puheenvuoron omaiskokemuskouluttajien edustajana. Hänen mielestä kokemuskoulutuksessa vaikuttavinta on se, että opiskelijat kohtaavat ihmisen, joka on itse käynyt läpi kertomansa asiat. *”Omaiskokemuskouluttaja osaa välittää kuulijoille myös sen, millaisia tunteita läheisen sairaus omaisessa herättää. Juuri tämä tekee luennoista vaikuttavia”*, Anita totesi.

Omaisille suunnatusta kokemuskoulutuksesta saadun hyvän palautteen sekä kokemuskouluttajien kysynnän vuoksi keskusliitto järjestää koulutuksia myös vuonna 2012. Omaiskokemuskoulutustoiminta tukee

myös Omaiset mielenterveystyön tukena järjestön edunvalvonnan linjauksia ja tavoitetta kehittää sosiaali- ja terveyspalveluita käyttäjä- ja omaislähtöisemmin.

Omaisien kokemus kokemuskoulutustoiminnasta – arvo elämänkokemukselle

Mielenterveyden kokemusasiantuntijuuden näen ainakin kolmesta näkökulmasta. Ensimmäiseksi, omaiskokemuskouluttajana haluan olla vaikuttamassa psykiatristen palvelujärjestelmien kehittämisessä käyttämällä asiantuntemustani hyödyksi ja jakaa myös hiljaista tietoa muun muassa erilaisissa alan koulutustilaisuuksissa ja seminaareissa. Toiseksi, kykenen omaisena arvioimaan laajasti mielenterveystyöhön ja -kuntoutukseen liittyviä asioita ja ilmiöitä ja tuomaan näkemykseni kehittämistyöryhmissä. Kolmanneksi, mielenterveyden omaiskokemusasiantuntijana tietämykseni ja roolini on hyvin erityinen. Omaisen tietämykseni ei kilpaile tai ole parempaa tietoa kuin ammattilaisen, se on vain erilaista ja täydentävää tietoa. Omaisen on parhaimmillaan ammattilaiselle yhteistyökumppani.

Kun yksi sairastuu, monen maailma muuttuu, sairaus koskettaa kaikkia läheisiä. Psykiatrinen sairaus tuo mieleen pelon, parantumattomuuden, häpeän ja hyväksymättömyyden. Omaisena haluan vaikuttaa mielenterveyden häiriöihin liittyvän stigman poistamiseen sekä antaa hyödyksi kokemustietoni sairastuneen läheiseni hoitoa suunniteltaessa. Kokemustieto on siis hyvin olennaista tietoa kehitettäessä hoito- ja palvelujärjestelmiä, mutta myös pyrkimyksissä hälventää yleisiä ennakoasenteita, myös hoitohenkilökunnan joukossa.

Jo yli kymmenen vuotta sitten on mainittu, että ”*useiden selvitysten mukaan psyykkisesti sairaiden ja mielenterveyskuntoutujien keskeisimmiksi ongelmiksi tiivistyvät yksinäisyys, köyhyys ja mielekkään tekemisen puute. Nämä ongelmat edistävät yhteiskunnasta syrjäytymistä sekä lisäävät riskiä eristäytymiseen ja sairauden vaikeiden vaiheiden uusiutumiseen.*” (Luomahaara & Vuorinen & Naarala 2000).

Edellisten kaltaisten ongelmien kanssa omaiset taistelevat yhä joka päivä, yrittäen saada apua ja tukea usein vaikeastikin sairastuneelle läheiselleen ja myös itselleen omaishoitajana. Omaisena minulle on jäänyt liian paljon vastuuta sairastuneen läheiseni hyvinvoinnista.

Arjen kokemusasiantuntijana omaisella riittää siis haastetta, koska vaikka kehitystä on psykiatrisissa palveluissa vuosikymmenien saatossa hiljalleen tapahtunut, niin on ollut tarpeen nostaa esiin myös mielenterveysomaisten oikeudet ja tarpeet – omaisen ei saa olla enää tänä päivänä vain osa hoitoresurssia palvelujärjestelmässä. Omaisena olen yksilö omana itsenäni.

Kokemusasiantuntijana eri foorumeilla toimiessani esiinnyn kaikkien mielenterveys omaisten äänenä. Avoimuus on poistanut häpeän tunnetta ja ehkäissyt minua itse sairastumasta masennukseen.

Olen opiskelijoille ja ammattilaisille pitämieni luentojen jälkeen saanut arvostavaa ja kiittävää palautetta tiedon jakamisesta, myös rohkeudesta tulla itse omaisena kertomaan kokemuksistani. Kokemustiedon jakaminen nykyisille ja tuleville ammattilaisille on mielestäni erittäin tärkeä ja olennainen osa psykiatrisen hoitojärjestelmän ja hoitotyön kehittämistä. Omaiskokemuskouluttajien myötä tulee yhä enemmän esille tietoa omaisen roolista ja ennen kaikkea tietoa siitä, että omaisellakin on jaksamisen rajat. Jaksakseni muuttuvissa arjen tilanteissa omaisena tarvitsen tietoa, tukea ja neuvontaa. Psyykkisesti sairastuneiden omaisten asioihin ja edunvalvontaan vaikuttamiseksi tarvitaan siis omaisten riittävää ja jatkuvaa monenlaisesta esilläolosta ja rakentavaa yhteistyötä eri tahoilla.

Kirjallisuus

Kokemuskoulutuksesta -pysyvää hanke.

<http://www.kokemuskoulutus.fi/>

Luomahaara, Jaakko ja Vuorinen, Marja ja Naarala, Mikko (2000):

Puhkisäästetyt mielenterveyspalvelut. Helsinki: Stakes.

Nyman, Markku ja Stengård, Eija (2001): Mielenterveyspotilaiden omaistenhyvinvointi. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nyman, Markku ja Stengård, Eija (2005): Hiljaiset vastuunkantajat. Omaistenhyvinvointi 2001-2004. Helsinki: Kirjapaino Miktor Ky.

2.5 Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä - projekti (2010–2014) Tampereella ja Etelä-Pohjanmaalla

Harriet Paattimäki, Katriina Aamunkajo, Oili Huhtala

Johdanto

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman pääteemoja ovat asiakkaan aseman vahvistaminen, edistävää ja ehkäisevää työtä sekä kaikkien ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen. Painopiste on perus- ja avohoitopalveluissa sekä tiiviisti yhteen sovitettussa mielenterveys- ja päihdetyössä. Yhdessä tavoitteeksi on asetettu, että vuonna 2015 on jäljellä 3000 psykiatrista sairaalapaikkaa nykyisten noin 4600 psykiatrisen sairaalapaikan sijasta. Vuonna 1980 niitä oli 20 000.

Psykiatrisen hoitojärjestelmän muutos on merkinnyt sitä, että omaisten vastuu psyykkisesti sairastuneista läheisistään on kasvanut ja kasvaa entisestään hoidon painopisteen siirtyessä yhä enemmän avohoitoon. Tutkimusten mukaan päihde- ja mielenterveyshäiriötä sairastavien omaiset ovat kuormittuneita ja kuuluvat mielenterveyden riskiryhmään (Nyman ja Stengård, 2001 ja 2005). Sairastuneen hoitoon pääsy on usein pitkä prosessi, omaiset ovat ilman tietoa ja tukea pitkään ennen kuin sairastunut pääsee hoidon piiriin. Informaatio-ohjauksen lisäksi tarvitaan selkeät suunnitelmat ja käytännön toimia omaisten tukemiseksi. Olennaista on ennaltaehkäisevä ja varhaisvaiheen omaistyö sekä omaisten ottaminen mukaan palveluiden suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin. Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä -projektin (2010–2014) tavoitteena on kehittää omaistyötä ja luoda systemaattinen omaistyön malli omaisten auttamiseksi. Tarkoituksena on, että suunnitelmallisen omaistyön kautta kaikilla omaisilla on mahdollisuus saada tarvitsemaansa tietoa ja tukea ja sitä kautta mahdollisuus oman kuormittuneisuuden vähenemiseen ja hyvinvoinnin kohenemiseen.

Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry perustettiin vuonna 1988 ja Omaiset mielenterveystyön tukena Etelä-Pohjanmaa ry vuonna 2001 tukemaan omaisia, joiden läheinen on sairastunut psyykkisesti. Tässä artikkelissa kuvataan Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä -projektin (2010–2014) toteutumista Tampereen ja Etelä-Pohjanmaan alueella projektin toisen vuoden lopulla.

Omaisen tuen tarve

Psyykkisesti sairastuneiden omaiset tulee ottaa entistä enemmän huomioon sairastuneen läheisen hoidossa. Omaisia ei voida nähdä pelkästään asiakasta koskevan tiedon lähteenä, vaan heidät tulee kohdata omana itsenään ja omine tarpeineen. Omaiset pitävät huolta sairaasta läheisistään ja heidän merkityksensä on sitä suurempi, mitä vähemmän on tarjolla hoitopalveluja, tuettuja asumispalveluja sekä kuntoutus- ja päivätoimintamahdollisuuksia. Omaiset tulee nähdä voimavarana sekä kokemusasiantuntijoina. Omaiset eivät kuitenkaan voi toimia ilman riittävää tietoa ja tukea. Omaisten ottaminen mukaan hoitoprosessiin on välttämätöntä, kun toimitaan ennaltaehkäisevästi ja varhaisen puuttumisen periaatteella.

Mitä suurempi omaisen kuormitustilanne on, sitä suurempi riski omaisella on uupumiseen. Vaikea huolenpitotilanne kuormittaa omaista erityisesti silloin, kun sairastunut läheinen tarvitsee paljon apua arjessa selviytymiseen. Toinen kuormittava tekijä on suuri valvontavastuu tilanteissa, joissa sairastunut henkilö on vaarallinen itselleen tai muille. Lasten ja nuorten kohdalla vanhemman mielenterveys- ja päihdehäiriöt voivat vaarantaa terveen, normaalin kehityksen. Lapsilla, joiden vanhemmalla tai huoltajalla on mielenterveys- ja päihdeongelma, on suurentunut riski sairastua mielenterveyden häiriöihin sekä lapsuudessa että aikuisuudessa.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden lapset tarvitsevatkin erityistä tukea. Lapsi saattaa pelästyä vanhemman käytöstä ja sulkeutua kuoreensa tai tuntea olevansa vastuussa tapahtuneesta. Lapsi voi myös yrittää suojella vanhempansa salaamalla tilanteen muilta ihmisiltä tai alkaa kantaa kehitystasoonsa nähden liian suurta vastuuta perheen arjen sujumisesta. Joidenkin arvioiden mukaan päihdeperheiden lapsilla on nelinkertainen riski sairastua päihderiippuvuuteen. Riippuvuusongelmat voivat näyttäytyä myös läheisyyteen, kontrolliin, vastuullisuuteen, tunteiden ilmaisuun ja identiteettiin liittyvinä vaikeuksina. Erityisesti nämä lapset tarvitsevat ennaltaehkäisevien ja varhaisen puuttumisen menetelmin toimivia hoitokäytäntöjä.

Omaisyhdistys asiantuntijaorganisaationa ja tiedon tuottajana

Omaisyhdistyksissä on vuosien myötä saavutettu laaja omaistyön asiantuntijuus, joka koostuu sekä omaistyöntekijöiden koulutuksen ja kokemuksen mukanaan tuomasta asiantuntijuudesta että yhdistysten toiminnassa mukana olevien omaisten kokemusasiantuntijuudesta. Omaistyötä on kehitetty tutkimusten avulla. Vuosina 2001 ja 2005 julkaistujen omaisten hyvinvointitutkimusten mukaan omaisten riski sairastua masennukseen on 2-3 -kertainen normaaliväestöön nähden. Tutkimuksessa haastatelluista omaisista jopa 38 prosenttia depressiomittarilla (DEPS–seula) mitattuna oli itse sairastunut masennukseen läheisen psyykkisen sairauden myötä (Nyman ja Stengård, 2001). Masennukseen liittyy usein lisääntyneitä päihteiden käyttöä, mikä koskee myös masentuneita omaisia. Alueellisia ja kunnallisia mielenterveys- ja päihdesuunnitelmia tehtäessä on otettava huomioon, että omaiset kuuluvat mielenterveys- ja päihdetyön kannalta riskiryhmiin.

Omaisen hyvinvointitutkimuksen (Nyman ja Stengård, 2001) mukaan omaista masennukselta suojaavia tekijöitä ovat hyvä taloudellinen tilanne ja toimeentulo, muiden perheenjäsenten tuki huolenpidossa, sairastuneen läheisen hyvä toimintakyky, tyytyväisyys mielenterveysalan ammattilaisiin, selviytyminen hyvin huolenpitotilanteesta, huolenpitoon liittyvät vahvistumisen kokemukset sekä omaisen omat voimavarat.

Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä – projektissa tehtiin kyselytutkimus Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:n jäsenille (2010 – 2011). Kyselyyn vastasi 219 omaista, joista 48,4 prosenttia oli DEPS–seulalla mitattuna masentuneita. GHQ 12- mittarilla mitattuna 48 prosenttia vastaajista koki psyykkistä pahoinvointia. Kun läheisen mielenterveyden häiriö todettiin, kyselyyn vastanneista omaisista 68 prosenttia koki, ettei saanut riittävästi tietoa, 77 prosenttia ei tullut huomioiduksi riittävästi omaisena ja 79 prosenttia ei tullut kuulluksi.

Mielenterveys- ja päihdeongelmista kuntoutuminen on pitkäjänteinen prosessi. Mikäli kuntoutuminen ei etene toivotulla tavalla, kuntoutujan ja hänen läheistensä toiveikkuus ja motivaatio ovat ajoittain kovalla koetuksella. Omaisten mukanaolo hoitoprosessissa saattaa tukea kuntoutumista ja ehkäistä tilanteen, jossa sairastunut kokee toivottomuutta ja lakkaa yrittämästä.

Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyy usein epä tietoisuutta, hämmennystä ja häpeän kokemuksia ja siten niistä voi olla vaikea puhua. Ympäristön asenteet kaksoisdiagnoosipotilaita ja heidän omaisiaan kohtaan saattavat olla varsin negatiivisia. Kumpikin ongelma koetaan jo itsessään leimaavaksi. Kaksoisdiagnoosin kohdalla ympäristön asenteet leimaavat potilaan ja omaisen kaksinkertaisesti. Salailun ja eristäytymisen todennäköisyys on suuri.

Mielenterveys- ja päihdeongelmia tulisi tarkastella useilla tasoilla ja monesta näkökulmasta. Tarvitaan kokonaisvaltaista kuntoutusta, jossa ovat mukana eri auttajatahot ja asiakkaan lähiverkosto. Tämä vaatii laajaa ja ajanmukaista tietotaitoa ja asiantuntemusta. Ammatillisen näkökulman lisäksi tarvitaan asiakkaan ja omaisten näkökulmaa ja heidän kokemustensa synnyttämää asiantuntemusta riittävän laajan kokonaiskuvan muodostamiseksi.

Projektin taustaa

Psykiatrisessa hoitojärjestelmässä on tapahtunut suuria muutoksia viimeksi kuluneiden vuosikymmenten aikana. Psykiatrisia sairaalapaikkoja alettiin 1980-luvulla vähentää suunnitelmallisesti ja kehittää avohoittoa. Välissä koettiin 1990-luvun taloudellinen lama, jolloin psykiatrisen avohoidon kehitys jäi toteutumatta. Nyt ollaan lähes vastaavanlaisessa tilanteessa. Suunnitelmissa on avohoidon kehittäminen ja sitä myötä laitospaikkojen vähentäminen entisestään.

Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä -projektin syntymiseen vaikuttivat sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-ohjelmassa määritellyt sosiaali- ja terveyshuollon kehittämistavoitteet ja toimenpiteet vuosille 2008 – 2011. Väli-Suomen mielenterveys- ja päihdehanke (Välittäjä – hanke) oli puolestaan suunniteltu vuosille 2009 – 2011 ja se toimi Tampereen ja Etelä-Pohjanmaan Omaiset mielenterveystyön tukena yhdistysten toimialueella. Välittäjä 2009 -hanke ankkuroitui tiiviisti valtakunnalliseen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen sekä Kaste-ohjelmaan. Omaisten osallisuutta hoitoon tai suunnitteluun ei kuitenkaan selkeästi huomioitu, vaikka avohoitopainotteinen mielenterveystyö vaikuttaa myös omaisten elämään alati kasvavana hoitovastuuna sekä kuormitustekijänä. Tämän vuoksi erillinen projekti koettiin tarpeelliseksi.

si ja siihen haettiin rahoitusta Raha-automaattiyhdistykseltä, joka myös myönsi rahoituksen vuosille 2010–2014.

Projektissa kehitetään yhtenäisiä omaistyön hyviä käytäntöjä kaikille ammattilaisille. Projektin toiminta perustuu koulutukselliseen perhetyöhön, joka on muutoinkin Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:n toiminnan perustana. Tampereella omaistyötä kehitetään tiiviissä yhteistyössä Tampereen kaupungin perusterveydenhuollon ja avomielenterveyspalveluiden kanssa. Etelä-Pohjanmaan yhdistys tekee yhteistyötä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sekä alueen sosiaali- ja terveystoimien kanssa. Projektin tavoitteena on omaisten osallisuuden, tiedon ja tuen lisääntyminen. Tavoitteena on, että omaiset otetaan entistä paremmin huomioon sairastuneen läheisen hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa. Tavoitteena on myös, että kehitetään toimenpiteitä omaisten kuormittuneisuuden ja masennuksen ennaltaehkäisyyn. Projektissa on kyse myös jalkautuvasta omaistyöstä eli omaisia kohdataan siellä, missä sairastunutta läheistä hoidetaan. Lisäämällä omaistyön koulutusta pyritään laajentamaan ammattilaisten näkökulmaa siten, että omainen nähdään paitsi kuntoutujan tukena myös tuen saajana. Projektissa korostuvat ennaltaehkäisevä työ, matalan kynnyksen palvelut ja yhteistyö. Tavoitteena on saada implementoitua omaistyö siten, että omaisneuvontapisteet ja omaisneuvojat ovat osa mielenterveys- ja päihdetyötä.

Projekti kehittää uusia omaistyön käytäntöjä

Omaiset tarvitsevat enemmän tietoa ja rohkaisua ottaakseen yhteyttä terveydenhoidon ammattilaisiin kun läheisellä on päihde- tai mielenterveyden häiriöitä. Mitä aikaisemmassa vaiheessa mielenterveyden häiriöt otetaan puheeksi ja hakeudutaan hoitoon, sitä vähäisemmiksi jäävät sairauden vaikutukset sairastuneelle itselleen ja hänen omaisilleen.



Kuva 1. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan omaisen varhaisen tuen prosessikuvaus (huoli puheeksi = omaisen varhaisen tuen tarpeen havaitseminen ja puheeksi ottaminen)

Projektin alussa mielenterveys- ja päihdetyön toimijoiden kanssa sovittiin yhteisiä projektin tiedotus- ja keskustelutilaisuuksia, joissa käytiin läpi projektin tarkoitusta ja tavoitteita sekä yhteistyötahojen jo käytössä olevia hyviä omaistyön käytäntöjä. Tarkoituksena oli yhteistyössä miettiä kehittämistarpeita ja toimintamallia, joka tavoittaa mahdollisimman monet omaiset mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Julkisen

terveydenhuollon työntekijät sekä Tampereella että Etelä-Pohjanmaan alueella lähtivät hyvin mukaan yhteistyöhön. Kesällä 2010 omaistyön koordinaattorit aloittivat omaisneuvonnan Tampereella Kriisipsykiatrian poliklinikalla sekä Etelä-Pohjanmaalla Seinäjoen mielenterveystoimiston yhteydessä. Vuonna 2012 omaisneuvontaa toteutetaan Tampereen kaupungin avomielenterveyspalveluissa yhdeksällä aikuispsykiatrian poliklinikalla. Omaisneuvonta on aloitettu Tampereella myös perusterveydenhuollossa. Pilottiterveysasemaksi on valittu Pyynikin terveysasema. Etelä-Pohjanmaalla omaisneuvontaa toteutetaan sairaanhoitopiiriin tiloissa, tarvittaessa jalkaudutaan myös kuntiin. Omaisneuvontaa toteutetaan sairaanhoitopiirissä ja osassa poliklinikoita säännöllisenä toimintana ja osassa ajanvarausperiaatteella. Lisäksi omaiset voivat varata aikoja suoraan projektin työntekijöiltä ja sopia heidän kanssaan neuvonta-ajan ja paikan. Omaisten tarpeisiin soveltuvan tukimateriaalin kehittäminen aloitettiin julkaisemalla ”Kun huoli herää” ja ”Ensiti-toesite”.

Matalan kynnyksen periaatteella toimivassa omaisneuvonnassa omaiset kohdataan omana itsenään ja omine tarpeineen, koulutuksellisen perhetyön menetelmin. Jo omaisen huoli on riittävä peruste kohtaamiselle. Omaisneuvonta on asiakaslähtöistä: työntekijä kuulee omaisen tarinan. Läheisen sairastumisen herättämiä tunteita ja vaikutusta koko perheeseen pohditaan yhdessä. Jos sairastuneen perheeseen kuuluu lapsia, varmistetaan, että heidän kanssaan on keskusteltu tilanteesta ja heille on tarjottu mahdollisuus puhua ja kysyä mieltä painavista asioista. Omaisneuvonnassa keskustellaan perheen vuorovaikutuksesta, jaetaan tietoa psyykkisistä sairauksista ja palveluista sekä etsitään keinoja arjen sujumiseen ja perheen hyvinvoinnin parantamiseen. Omaisen omien voimavarojen kartoittaminen ja jaksamisen tukeminen on tärkeää. Yhdessä mietitään myös jatkosuunnitelmaa: mistä omaisyhdistyksen tukitoimista tai muiden toimijoiden palveluista voisi olla apua ja/tai tukea. Tarvittaessa laaditaan kriisisuunnitelma omaisen arjen tueksi. Omaisneuvonnassa omaista tavataan 1 – 5 kertaa, riippuen omaisen tilanteesta ja toiveista. Tapaamisten määrään vaikuttaa muun muassa omaisen sopeutumisprosessin vaihe.

Omaisneuvontatoiminnan arvioimiseksi ja laadun varmistamiseksi Tampereen ja Etelä-Pohjanmaan omaisyhdistyksissä työntekijät täyttävät omaisneuvontakäynneistä itsearviointilomakkeen, joka on kehitetty yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Lomakkeesta käy ilmi muun muassa omaisen tiedonsaantiväylä omaisneuvontaan, tärkeimmät käsitellyt asiat, omaisen palvelujen ja tuen tarve sekä jatkosuunnitelma. Tärkeä osa on työntekijän ja asiakkaan arvio käydystä keskustelusta. Yhteistyö Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa jatkuu projektin ulkoisen evaluoinnin merkeissä ja se kohdistuu projektin toimintamuotojen hyvinvointivaikutuksiin.

Projektissa kootaan yhteyshenkilöverkostoa mielenterveys- ja päihdetyön toimijoista. Yhteistyöpalavereita nykyisten ja uusien yhteistyötahojen kanssa sovitaan tarpeen mukaan. Myös korkeakoulujen ja ammattikorkeakoulujen kanssa tehdään yhteistyötä. Heti projektin alkuvaiheessa omaiset otettiin mukaan palvelujen suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin. Omaisten kokemusasiantuntijuutta on hyödynnetty myös mielenterveys- ja päihdealan ammattilaisille suunnatuissa koulutuksissa.

Projektista jaetaan tietoa perus- ja erikoissairaanhoidossa. Omaistyön koulutuksia järjestetään ammattilaisille. Koulutusten tavoitteena on laajentaa ammattilaisten näkökulmaa omaistyöhön ja lisätä omaistyön osaamista koulutuksellisen perhetyön menetelmän, vuorovaikutuksen ja kohtaamisen osa-alueilla. Tampereella projektissa rekrytoidaan ja koulutetaan tukihenkilöitä tukea tarvitseville omaisille. Etelä-Pohjanmaalla projekti on mukana kouluttamassa kokemusasiantuntijoita yhdessä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin ja Pohjamaa-hankkeen kanssa.

Projektin yhteydessä Tampereella tutkittiin avomielenterveyspalveluiden ammattilaisten omaistyön osaamista opinnäytetyön muodossa. Vastaava tutkimus toteutetaan päihdepuolen ammattilaisille. Kyselyä omaisneuvonnan uusille asiakkaille jatketaan sekä Tampereen että Etelä-Pohjanmaan alueella.

Omaisten uupumisen ja masennuksen ennaltaehkäisemiseksi sekä mielenterveyden edistämiseksi kiinnitetään huomiota erityistukea tarvitseviin riskiryhmiin, joita ovat lapsiperheet sekä perheet, joita koskettavat kaksoisdiagnoosiin liittyvät ongelmat. Tampereen kaupungin perheneuvolan kanssa toteutettiin työparitoimintana 6-12-vuotiaiden käytöshäiriöisten ja haastavien lasten vanhempainryhmä. Yhteistyössä Välittäjä -hankkeen kanssa järjestettiin vertaisryhmätoimintaa kaksoisdiagnoosipotilaiden omaisille sekä yhdessä A-klinikasäätiön työntekijän kanssa ensitietokoulutusryhmä päihde- ja mielenterveysasiakkaiden omaisille.

Etelä-Pohjanmaalla toteutettiin sekä kaksoisdiagnoosipotilaiden omaisten ryhmä että ryhmä äideille, joiden lapsi oli sairastunut psyykkisesti. Tavoitteena oli omaisten syrjäytymisen ja leimautumisen vähentäminen.

Projektissa kehitetty Huomioi omaiset -malli on ammattilaisten käyttöön soveltuva menetelmä omaisen tuen tarpeen arviointiin. Se kehitettiin päihde- ja mielenterveystyön yhteistyökumppaneiden kanssa neljän kysymyksen mini-interventioksi. Malli lanseerattiin kirjamerkin muodossa kalenterin väliin, ilmoitustaululle tai tietokoneen reunaan kiinnitettäväksi. Tavoitteena on neljän kysymyksen avulla arvioida omaisen jaksamista, riittävää tiedon ja tuen saantia, lasten ja muiden perheenjäsenten huomioimista sekä ohjata omaisen tarvittaessa Omaiset mielenterveystyön tukena ry:n omaisneuvontaan ja muun toiminnan piiriin. Omaiset huomioon -mallia implementoidaan yhdessä yhteistyökumppaneiden kanssa mielenterveys- ja päihdepuolen toimintayksiköihin koko projektin ajan.

Projektin painopistealueet muuttuvat vuosittain. Kolmantena vuonna aloitetaan kotikäyntitoiminnan kehittäminen yhdessä päihde- ja psykiatristen kotikäyntiryhmien (raja- ja kriisiryhmä, kriisiryhmä ja psykiatrinen kotikuntoutusryhmä) kanssa. Projektin neljäntenä vuonna jatketaan Hyvät käytännöt -mallin suunnittelua ja kehitetään lisää kirjallista tukimateriaalia omaisen polun eri vaiheisiin. Tarkoituksena on koota yhteen kehitettyjä toimintoja, kuten kokemusasiantuntijuus, tukihenkilötoiminta, omaisneuvonta ja työparitoiminta. Päättävänä on levittää Hyvät käytännöt -mallia sekä alueellisesti että valtakunnallisesti siten, että mallin mukaiset alueelliset omaistyön suunnitelmat ovat näkyvissä mielenterveys- ja päihdestrategioissa. Toiminnassa keskitytään päättäjiin kohdennettuun vaikuttamistyöhön, jonka tavoitteena on omaisneuvojan pysyvän toimen tai omaisneuvontapisteen perustaminen mielenterveyssektorille.

Kirjallisuus

- Hurmanen, Risto: Päivä kerrallaan ihmisenä ihmiselle. Alma – projektin loppuraportti 2003–2006. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus, 2007.
- Määttä, H. & Määttä, P.: Psyykkisesti sairaiden ihmisten lähiomaisien selviytymismallit ja ammatillisen tuen odotukset. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. 1995.
- Nyman, Markku & Stengård, Eija: Mielenterveyspotilaan omaisten hyvinvointi. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry, 2001.
- Nyman, Markku & Stengård, Eija: Hiljaiset vastuunkantajat. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry, 2005.
- Saarelainen, Ritva., Stengård, Eija & Vuori – Kemilä, Anne. (toim.) (2003). Mielenterveys- ja päihdetyö. Porvoo; Helsinki: WSOY, 2003.
- Välittäjä 2009 – Väli-Suomen mielenterveys- ja päihdehanke (2009–2011). Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. (Osa STM:n kansallista Kaste – kehittämissuunnitelmaa 2008).
- Arvioiva ajattelu projektitoiminnassa. RAY, itsearviointioppas. Espoo, 2004.

2.6 Kurikan perhekeskuksen kotiin tuetut perheet – toimintamalli ja tutkimustuloksia

Esa Nordling, Anu Leinonen, Eeva-Liisa Yrttimaa, Pirkko Yli-Krekola, Marita Tuomaala, Arja Saari, Erja Kivineva

Tausta

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2004 oppaan Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Se antaa selkeät ohjeet työntekijöille lastenneuvolatyön kehittämisestä. Oppaassa annettujen suositusten mukaan lapsiperheiden kanssa työskentelevien yhteistyötä tulee kehittää perhepalveluverkostoiksi. Perhetilanteiden selvittäminen ja varhainen tuki mahdollistavat lastenneuvolan terveydenhoitajien työpareina toimivien perhetyöntekijöiden avulla. Neuvoloihin suositellaan moniammatillista neuvolatyöryhmää. On tärkeää, että neuvolassa työskentelevät kehittävät valmiuksiaan tunnistaa perheiden tuen tarpeita. Erityistukea tarvitseville perheille laaditaan tavoitteellinen suunnitelma, jonka toteutumista seurataan ja arvioidaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004).

Kurikassa on pitkään tehty yhteistyötä äitiysneuvolan, lastenneuvolan, perheneuvolan sekä terveyskeskuksen psykologitoiminnan henkilökunnan kesken. Vuonna 2004 nämä palvelut koottiin yhteen perhekes-

kukseksi lastenneuvolaoppaan suosituksen mukaisesti. Siitä seurasi tarve selkiinnyttää ja tiivistää eri toimijoiden yhteistyötä tavoitteena moniammatillinen yhdessä tekeminen. Samanaikaisesti haluttiin kehittää perheiden kanssa tehtävää lähityötä heidän kodeissaan, neuvolan perhetyötä. Siihen työhön muiden toimijoiden rinnalle tarvittiin perhetyöntekijä. Hänen työnsä tavoitteena on lasten terveen kehityksen turvaaminen perheitä tukemalla heidän omassa arkiympäristössään voimavaroja ja ratkaisuja etsivillä menetelmillä.

Tällä hetkellä Kurikan Perhekeskuksessa toimivat monialaiset tiimit, joihin kuuluvat äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajat, terveystieteiden psykologi, perheneuvolan psykologi ja sosiaalityöntekijä, puhe-terapeutti, perheohjaaja sekä lääkäri. Perhekeskuksen monialaisen ehkäisevän perhetyön tarkoituksena on tukea perheen hyvinvointia heidän elämänmuutostilanteissaan.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen keräämien tietojen perusteella (<http://www.sotkanet.fi>) lapsiperheiden sosioekonomiset olosuhteet Kurikassa ovat osin muuta Suomea heikkomat. Toimeentulotukea saavien osuus lapsiperheistä oli vuonna 2010 suurempi kuin maassa keskimäärin (11,0 % versus 8,7 %). Lastensuojelun avoimuusolosuhteiden tukitoimien piirissä olevien 0–17-vuotiaiden prosenttiosuus vastaavanikäisestä väestöstä kasvoi Kurikassa vuoden 2000 3,9 prosentista vuoden 2010 9,6 prosenttiin. Koko maassa vastaava muutos oli 4,0 prosentista 6,5 prosenttiin. Lasten pientuloisuusaste oli korkeampi kuin keskimäärin Suomessa (16,5 versus 14,6). Samoin elatussopimusten suhteellinen osuus 0–17-vuotiaista oli Kurikassa suurempi kuin muualla maassa (5,3 % versus 3,9 %). Kouluterveyskyselyn mukaan tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa olevien suhteellinen määrä 8. – 9. luokan oppilaista oli Kurikassa selvästi suurempi kuin keskimäärin muualla Suomessa (22,2 % versus 16,5 %).

Kurikan perhetyön toimintamalli

Kurikassa perhetyön juuret ovat vuosina 2000–2003 toteutetun ”Lastemme huomina alkaa tänään” -projektin lapsiin kohdistuvien palveluiden kehittämisessä. Projektin aikana käynnistyi myös sosiaalitoimen alaisuudessa tehtävä perhetyö (Leinonen 2010). Kehittämistoiminta jatkui vuosina 2007–2009 perhekeskuksen Meiran porukat yhdessä – hankkeena. Hankkeen tavoite, lasten kehityksen turvaaminen ja tukeminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa auttamalla perheitä heidän arkiympäristössään, rajattiin koskemaan 0–2-vuotiaiden lasten perheitä. Hankkeessa kehitetty toimintamalli on kuvattu hankkeen loppuraportissa (Leinonen 2010) ja THL:n hyvät käytännöt verkkosivuilla (<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakaytanto>). Toimintamallin kehittämisprosessiin sisältyi myös tutkimuksellinen työote, jonka kysymyksenasettelut on kuvattu loppuraportissa (Leinonen 2010).

Toimintamallin mukaisesti neuvolan terveydenhoitaja käy kaikkien ensimmäistä lastaan odottavien perheiden sekä niiden perheiden kanssa, joita ei ennen ole tavannut, Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen -keskustelun (Hastrup ym. 2005). Jos työntekijöille nousee huoli perheen tilanteesta vastaanoton yhteydessä tai jos perhe ilmaisee huolensa kenen tahansa perhekeskuksen työntekijän vastaanotolla, perheelle tarjotaan mahdollisuutta monialaiseen perhetyöhön.

Asiakkaan toivoessa tukea tai työntekijän suosituksesta sitä, perheen asia tuodaan ennakkotiimiin käsiteltäväksi. Ennakkotiimin ehdotuksista keskustellaan perheen kanssa perheohjaajan ja terveydenhoitajan yhteisellä kotikäynnillä, jolloin kerrotaan myös perhetyön tavoitteista ja käytännöistä. Perhe tekee tässä vaiheessa päätöksen ottaako ehkäisevää perhetyötä vastaan. Perheohjaaja tekee sen jälkeen 1–4 kartoituskäyntiä perheestä ja perhetilanteesta riippuen. Kartoituskäyntien jälkeen perhe tuo perheohjaajan kanssa asian tiimikokoukseen, ja perheohjaaja esittelee perheen kokonaistilanteen. Perhe ja perheohjaaja esittelevät yhdessä etukäteen määrittelemänsä ongelmat ja kysymykset, joihin he toivovat tiimikokouksen apua. Monialaista osaamista hyödyntäen ja perheen omaa näkemystä kunnioittaen tehdään ehdotuksia jatkotyöskentelystä.

Varsinaista perhetyötä aloitettaessa laaditaan kirjallinen perhetyön suunnitelma yhdessä perheen kanssa. Suunnitelma on yhteistyösopimus, johon perhe itse määrittelee yhdessä työntekijän kanssa työskentelyn tavoitteet ja mitä palveluja he haluavat käyttää. Perhetyöprosessin etenemiseen kuuluvat seurantatiimit, joissa tarkastellaan tavoitteiden toteutumista ja mietitään keinoja niiden saavuttamiseksi. Lähtökohtaisesti perhe on aina mukana seurantatiimissä. Ehkäisevä perhetyö päätetään, kun tavoitteet on saavutettu. Loppuarvioinnissa keskustellaan yhdessä perheen kanssa työskentelyn eri vaiheista, saavutetuista tavoitteista ja niihin liittyvistä kokemuksista. Perheeltä pyydetään palautetta kokemuksista ja perheelle myös annetaan

palautetta. Loppuarviointikeskusteluun tulee mukaan myös terveydenhoitaja ja tuolloin tehdään suunnitelma yhteistyön jatkosta, joko neuvolaseurantojen yhteydessä tai muun monialaisen yhteistyön jatkumisena. Ellei tavoitteisiin päästä, arvioidaan perheen kanssa yhdessä, minkälaista tukea perhe jatkossa tarvitsee. Tarvittaessa tehdään lastensuojeluilmoitus, jolloin yhteistyöhön liittyvät lastensuojelun työntekijät.

Kurikan perhekeskuksen perheintervention indikaatiot perustuvat pitkälti Matti Rimpelän ajatuksiin hyvinvointineuvolasta lapsiperheiden tukena (Rimpelä 2007). Neuvolan perheinterventio on tarpeen erityisesti silloin kun

- perheen toimeentulo on heikko
- jommankumman tai molempien vanhempien hyvinvoinnissa ja terveydentilassa on ongelmia tai vanhemmat käyttävät runsaasti päihteitä
- mielikuvat vauvasta ovat negatiiviset tai vuorovaikutuksessa vauvan kanssa on selvästi ongelmia
- sisarusten lukumäärä ja ikä on sellainen, että perheen voimavarat eivät riitä vauvasta huolehtimiseen
- vauvan terveydessä tai hyvinvoinnissa on ongelmia
- perheeltä puuttuu läheistuki
- parisuhteessa on ongelmia.

Neuvolan perhetyöhön liittyviä tutkimustuloksia

Neuvoloiden perhetyötä on kehitetty Suomessa eri hankkeiden avulla viime vuosina voimakkaasti. Tästä esimerkkeinä ovat Espoon Perhekeskus kumppanina -hanke 2005–2007, Porin Lapsiperheiden peruspalvelut ja psykososiaalinen tuki -hanke (Lapsos), Jyväskylän seudun perhehanke sekä Kainuun Varhain tuemalla turvallinen lapsuus toimintamalli perhetyöhön -hanke (Vartu).

Neuvolan ennaltaehkäisevän perhetyön työntekijöiden kokemuksista on Suomessa tehty väitöskirja (Heimo 2002). Sen lisäksi neuvolan perhetyötä on tutkittu etupäässä ammattikorkeakoulujen opinnäytetöin. Näiden tutkimusten ongelmanasettelut ovat tosin olleet hyvin erilaisia: ne ovat liittyneet työntekijöiden kokemuksiin (Kovács & Rewell 2007; Flink 2009), perhetyön toteuttamismuotoihin (Borg & Roininen 2005), perhetyöntekijöiden toiminnan seurantaan (Äijälä 2007), neuvolan perhetyössä käytettäviin työvälineisiin (Lehtinen 2009), varhaiseen puuttumiseen neuvolatyössä ja raskauden aikana aloitettuun perhetyöhön (Pöllänen 2009) sekä vanhempien kokemuksiin ennalta ehkäisevästä perhetyöstä (Ijäs & Väisänen 2008). Jyväskylän seudun perhehankkeen arvioinnin yhteydessä tutkittiin perhetyötä monesta näkökulmasta (Kemppainen 2008). Lisäksi Tampereen kaupunki on kartoittanut lapsiperheiden perhetyöhön liittyviä työntekijöiden ja perheiden kokemuksia (Tampereen kaupunki 2009). Näissä tutkimuksissa ei kuitenkaan ole selvitetty neuvolan perhetyön perheiden psykososiaalista tilannetta ja ominaisuuksia.

Neuvolan perhetyön kotikäynneistä on olemassa muutamia suomalaisia tutkimuksia. Kotikäynntejä on tutkittu osana äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa sekä erillisenä tuen muotona. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004). Jo 1990-luvulla Aronen ym. (1995) tutkivat kotikäynntejä perhetuen muotona. Tutkijat totesivat, että annetun tuen vaikutukset olivat hyvin myönteisiä ja pitkäaikaisia vielä senkin jälkeen, kun kotikäynnit olivat loppuneet.

Honkasen (2008) väitöskirjan mukaan kotikäynnit osoittautuivat tärkeäksi työmenetelmäksi riskioloissa elävien perheiden auttamisessa. Mitä vaikeammista perheoloista oli kysymys, sitä useammin terveydenhoitajat kuvasivat kotikäyntiä työmuotona. Kotikäynneillä perheen tilanne usein realisoitui ja esille tuli sellaisia asioita, mitä ei neuvolassa olisi koskaan tullut. Myös äidin väsymyksestä saa kotioloissa totuudenmukaisemman kuvan, ja perheen voimavarat, esimerkiksi isän osallistuminen kodin töihin ja lasten hoitoon, selvisivät kotikäynneillä.

Honkasen (2008) mukaan tutkimustieto osoittaa kotikäynnin olevan vaikuttava työmenetelmä toimittaessa riskioloissa elävien perheiden kanssa. Vaikuttavuutta on kuitenkin yleensä vasta pitempikestoisella ja tavoitteellisella kotiin viedyllä tuella.

On saatu myös kansainvälistä tutkimuksellista tietoa kotikäyntiohjelmien vaikuttavuudesta. Ne voivat parantaa äitien ja lasten psykososiaalista tilannetta ja terveyttä, esimerkiksi edistää imetystä, tunnistaa ja hoitaa masennusta sekä lievittää lapsen hankalaa käyttäytymistä (Elkan ym. 2000). Lisäksi kotikäyntiohjelmien hyöty on todettu tapaturmien ehkäisyssä, äitien tiedon saannissa, äidin ja lapsen vuorovaikutuksen

kehittämisessä, lapsen hoidossa, sekä lapsen kaltoinkohtelun ehkäisyssä (Byrd 1997, Hodnett & Roberts 2000, Kendrick ym. 2000, Drummond ym. 2002). Tuloksellinen kotikäynti edellyttää työntekijältä empaattista, luottamuksellista ja kunnioittavaa suhdetta perheen jäseniin sekä voimavaraistavien strategioiden käyttöä. Lasten kaltoinkohteluriskin vähentämisessä auttaa, jos riskiperheet tunnustetaan varhain, tukipalvelut aloitetaan mieluummin jo raskauden aikana, ja tehdään useita käyntejä tietyn periodin, esimerkiksi kuuden kuukauden aikana (Cox 1998).

Kurikan perhekeskuksen tutkimus

Kurikan perhekeskuksen Meirän porukat yhyres -hankkeen yhteydessä haluttiin selvittää tutkimuksella, millaisia eroja on perhetyö -interventioon osallistuneiden ja muiden perheiden välillä sosioekonomisissa ja sairaushistoriaan liittyvissä muuttujissa, terveystottumuksissa sekä ulkoisen avun saannin ja avun käytön osalta. Lisäksi haluttiin selvittää, miten hyvin tulosten perusteella perhetyö -interventioon ohjautuneiden perheiden ominaisuudet ja tilannetekijät vastaava niitä indikaatioita, joita interventiolle asetettiin.

Tutkimuksen aineistoon otettiin vuoden 2007 elokuun ja vuoden 2009 syyskuun välisenä aikana äitiysneuvolan asiakkaiksi tulleet kaikki ensisynnyttäjäperheet raskauden viimeisen kolmanneksen aikana sekä uudet perheet, joita ei aikaisemmin ollut tavattu. Näitä perheitä oli 72. Perhetyöhön ohjautui 30 perhettä (41,7 %) ja perhetyön ulkopuolelle jäi 42 perhettä (58,3 %). Perheitä koskevat tiedot koottiin perhekeskuksessa käytössä olevan Lapsen perhe -lomakkeen avulla haastatteleamalla perheen äitiä tai vanhempia yhdessä. Lomakkeessa kysytään perheenjäseniä koskevia sosioekonomisia taustatietoja, perheessä tapahtuneita muutoksia, perheessä tai lähisuvussa ilmenneitä sairauksia, vanhempien terveystottumuksia tupakoinnin ja päihteiden käytön suhteen, perheen päivärytmiin sisältyviä asioita sekä sosiaalisen verkoston laatuun ja tukeen liittyviä asioita. Haastattelun yhteydessä vastaajilta pyydettiin lupa tietojen käyttämiseen tutkimustarkoitukseen. Kaikki perheet antoivat suostumuksensa.

Aineisto analysoitiin Excel-taulukkolaskentaohjelman ja StatView Graphics-ohjelman avulla. Ryhmien välisiä tilastollisia eroja laatuero- ja järjestysasteikollisten muuttujien osalta analysoitiin Khin-neliö -testin avulla ja välimatka- ja suhdelukuasteikollisten muuttujien osalta riippumattoman t-testin tai yksisuuntaisen varianssianalyysin (ANOVA) avulla.

Tulokset

Tulosten perusteella perhetyö -interventioon osallistuneiden ja muiden perheiden taustatekijöissä oli osin eroja. Interventioerheiden äidit olivat useammin poissa työelämästä kuin muiden perheiden äidit (57 % versus 24 %; $p < .01$). Tästä johtuen interventioerheissä molemmat vanhemmat olivat mukana työelämässä selvästi harvemmin kuin muissa perheissä. Työelämän ulkopuolella olemiseksi ei katsottu mahdollista äitiyslomalla olemista. Interventioerheiden isät olivat useammin vailla ammatillista koulutusta, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä (21 % versus 8 %). Työssä käyvien interventioerheiden äideistä epäsäännöllistä työaikaa (vuorotyötä tai osa-aikatyötä) teki 72 prosenttia ja muiden perheiden äideistä 44 prosenttia. Isien työhön liittyi harvemmin epäsäännöllinen työaika (39 % versus 32 %). Interventioerheissä oli vähemmän ensisynnyttäjiä (23 % versus 64 %; $p < .001$), mistä johtuen myös lasten lukumäärässä oli eroja. Lasten lukumäärän keskiarvo oli interventioerheissä 1,6 ja muissa perheissä 0,6 ($p < .001$). Muiden elämänmuutosten, kuin aikaisempien perheenlisäysten osalta, perheet eivät eronneet toisistaan.

Sairauksien ja vammojen osalta interventioerheet erosivat muista perheistä niin, että niissä ja niiden lähisuvussa esiintyi sairauksia ja erilaisia häiriöitä useammin. Interventioerheissä niitä oli keskimäärin 2,1 ja muissa perheissä 1,3 ($p < .05$). Suurin ero oli psyykkisen sairauden yleisyydessä (23 % versus 5 %; $p < .05$). Myös kuulovammojen yleisyydessä oli yllättäin vastaava ero, joskin interventioerheiden kuulovammoista 70 prosenttia oli isovanhemmillä, ei omassa perheessä.

Vanhempien tupakointi ja alkoholinkäyttö oli jonkin verran yleisempää interventioerheissä, mutta erot eivät ole tilastollisesti merkitseviä. Interventioerheiden äideistä joka viides ja muiden perheiden äideistä joka kymmenes tupakoi. Alkoholista käytti interventioerheiden äideistä joka kolmas ja muiden perheiden äideistä joka viides. Isät sekä tupakoivat että käyttivät alkoholia selvästi yleisemmin kuin äidit, mutta erot interventioerheiden ja muiden perheiden isien osalta olivat pienemmät kuin äitien osalta. Raittiutta vaalivien, millä tarkoitetaan tupakoimattomia ja alkoholinkäyttöä välttäviä, äitien osuus oli interventioerheissä

pienempi kuin muissa perheissä, mutta ero ei ole tilastollisesti merkitsevä (53 % versus 74 %). Isien osalta ero oli pienempi, mutta samansuuntainen. Niitä perheitä, joissa sekä isä että äiti olivat tupakoimattomia eivätkä käyttäneet alkoholia, oli vajaa neljäsosa. Tässä asiassa interventio- ja muut perheet eivät eronneet toisistaan.

Koetun avunsaannin osalta erot interventio- ja muiden osalta olivat pienet. Sukulaisilta saatavaan apuun luottivat lähes kaikki perheet. Interventio- ja muista perheistä runsas kolmasosa (36 %) ja muista perheistä yli puolet (60 %) koki saavansa apua myös perheen muilta läheisiltä kuin sukulaisilta. Muiden tahojen apuun, esimerkiksi viranomaisapuun, luotettiin selvästi vähemmän. Yli puolet perheistä (69 %) vastasi saatavilla olevan tuen vastaavan avun saannin tarpeitaan. Ulkoapäin annettua apua oli käyttänyt interventio- ja muista perheistä vain noin joka seitsemäs (50 % versus 14 %; $p < .01$). Jälkimmäisten perheiden osalta joka kolmas jätti vastaamatta kysymykseen, mikä voi viitata siihen, ettei avun tarvetta käytännössä ollut olemassa.

Koska tutkimuksen aineistokeruu kesti noin kaksi vuotta, ehti perheissä tapahtua monenlaisia asioita. Koska kyseessä ei ollut seurantatutkimus, ei perheissä tapahtuneista muutoksista tutkimusaikana kerätty tietoa. Aineistonkeruun aikana selvisi kuitenkin, että kahdeksan tutkimusaineistoon kuuluvan perheen osalta (11 %) käynnistettiin lastensuojelulliset toimenpiteet. Näistä perheistä kuusi oli perhetyöinterventiossa mukana olleita. Koska lastensuojelutoimenpiteiden kohteiksi joutuneiden perheiden määrä aineistossa oli pieni, ei tilastollisia vertailuja niiden ja muiden perheiden välillä voitu tehdä. Joitakin mahdollisesti suuntaa antavia eroja kuitenkin löydettiin. Lastensuojeluperheissä oli keskimäärin enemmän lapsia (1,9 versus 0,9), isät ja äidit tupakoivat yleisemmin (64 % versus 38 % ja 38 % versus 11 %), sairauksia oli lähisuvussa keskimäärin enemmän (2,5 versus 1,6), molemmat vanhemmat olivat työssä harvemmin (13 % versus 64 %), viranomaisten tarjoama apu oli yleisempää (50 % versus 13 %) ja apua myös käytettiin yleisemmin (64 % versus 25 %).

Päätelmät

Interventio- ja muista perheistä. Interventio- ja muista perheiden isistä noin joka viides oli vailla ammatillista koulutusta ja äideistä yli puolet oli pois työelämästä. Näiden perheiden toimeentulo oli useammin isän työansioiden varassa. Lisäksi interventio- ja muista perheiden työssä käyvien äitien työaika oli useimmiten epäsäännöllistä. Interventio- ja muista perheissä oli lapsia keskimäärin yksi enemmän kuin muissa perheissä. Tulokset antavat viitteitä siitä, että interventio- ja muista perheiden taloudellinen tilanne oli haastavampi kuin muiden perheiden.

Perheenjäsenten tai lähisukulaisten sairaudet ja vammat olivat myös yleisempiä interventio- ja muista perheissä kuin muissa perheissä. Vaikka tilastollisia eroja saatiin vain mielenterveysongelmien ja kuulovammojen osalta, niin luvut olivat kaikkien muiden sairaus- ja vammaryhmien paitsi kehitysvammaisuuden osalta korkeampia interventio- ja muista perheissä. Erityisesti psyykinen sairaus perheessä aiheuttaa usein suuria ongelmia paitsi perheen sisällä (Stengård 2005) niin myös perheen ulkopuolissa ihmissuhteissa esimerkiksi leimautumispelkojen vuoksi (Angermeyer & Matschinger 2003, Schulze 2003, Angermeyer & Matschinger 2004).

Interventio- ja muista perheiden äideistä joka viides tupakoi ja joka kolmas käytti alkoholia. Vastaavasti muissa perheissä vain joka kymmenes äiti tupakoi ja joka viides käytti alkoholia. Isien osalta vastaavat erot olivat pienet. Täysin raittiiden perheiden osuudessa ei juuri ollut eroja. Tuloksen mukaan äitien tupakointi ja alkoholinkäyttö näyttäisi olevan mahdollisesti yhteydessä perheen ohjautumiseen perhetyö- ja interventioon. Tupakoinnin tiedetään olevan myös yhteydessä äitien stressikokemuksiin (Stewart ym. 2011). Johtopäätöksiä tehdessä on kuitenkin huomattava se, ettei tutkimuksessa selvitetty tupakoinnin eikä alkoholinkäytön määrää. Tuloksesta ei voi päätellä, että interventio- ja muista perheiden äidit olisivat muita riippuvaisempia nikotiinista tai alkoholin suurkuluttajia.

Lähes kaikki perheet luottivat sukulaisten apuun tarvittaessa. Muitten perheelle läheisten antamaan apuun luotettiin vähemmän. Interventio- ja muista perheiden välillä oli eroa. Interventio- ja muista perheistä runsas kolmasosa ja muista perheistä yli puolet toi esille muiden läheisten, kuin sukulaisten antaman tarvittavan avun. Tulos voi kuvata perheiden sosiaalisten verkostojen erilaisuutta. Avun saannin mahdollisuuk-

sista huolimatta yli kolmasosa interventioperheistä ja yli neljäsosa muista perheistä koki, ettei saanut sitä apua mitä tarvitsi. Sitä, mihin asioihin apua haluttiin, ei selvitetty.

Joka toinen interventioperhe ja joka seitsemäs muu perhe oli käyttänyt tarjottua apua. Tarpeellisen avun saannin ja avun käytön yhteydet toivat esiin eroja interventioperheiden ja muiden perheiden välillä. Jos interventioperheillä oli kokemus siitä, että tarpeellista apua oli saatavilla, niin apua myös yleisesti käytettiin. Muut perheet eivät tarjottua apua juurikaan käyttäneet, vaikka perheillä olikin kokemus avun vastaavuudesta perheiden tarpeisiin. Tämä voi olla merkki siitä, että interventioperheiden ajankohtaisen avun tarve oli selvästi yleisempää kuin muiden perheiden tai että asiat, joihin apua tarvittiin, olivat interventioperheiden ja muiden perheiden välillä hyvin erilaisia. Tulos voi kuvata myös perheiden sisäisten voimavarojen ja selviytymiskeinojen eroja.

Kaiken kaikkiaan tulokset viittaavat siihen, että perhetyö -interventioon osallistuneiden perheiden elämäntilanteeseen liittyi enemmän kuormittavia tekijöitä kuin muiden perheiden elämäntilanteeseen. Stressihaavoittuvuus -teorian (Falloon & Fadden 1993) mukaan yksilön stressikertymä vaihtelee yleisen, normaalielämään liittyvän stressin ja hetkellisiin elämäntapahtumiin liittyvien stressitekijöiden yhteisvaikutuksen perusteella. Kun stressikertymä ylittää haavoittuvuusrajan, alkaa psyykinen tai fyysinen oireilu. Laukaisevina stressitekijöinä voivat olla erilaiset kehitykselliset vaatimukset, esimerkiksi lapsuuden kodista lähteminen, parisuhteen muodostaminen sekä äidiksi tai isäksi tuleminen. Elämännhallintaa lisäävillä psykososiaalisilla interventioilla voidaan auttaa yksilöitä ja perhettä stressinhallinnassa ja ehkäistä siten psyykkisen pahoinvoinnin syntymistä (Saari 2002). Tällä perusteella voidaan Kurikan perhekeskuksen perhetyö -interventiota pitää tärkeänä psykososiaalisena tukimuotona riskitilanteissa oleville perheille.

Joka yhdeksäs tutkimusaineistoon kuuluva perhe joutui lastensuojelullisten toimenpiteiden kohteeksi kahden vuoden aikana. Interventoryhmään kuuluvista joka viides ja muista perheistä noin joka 20. kuului tähän ryhmään. Näin ilmaistuna ero on suuri. Tulosten perusteella on mahdotonta vielä sanoa, mikä on perhetyö -intervention preventiivinen merkitys näiden vaikeimmissa tilanteissa olevien perheiden osalta. Kuinka paljon enemmän perheitä olisi lastensuojelun asiakkaana, jos perhetyö -interventiota ei olisi tarjottu? Vai onko niin, että juuri perhetyö -intervention avulla nämä suojelulliset toimenpiteet voitiin aloittaa tarpeeksi ajoissa lasten tulevaisuutta ajatellen? Näihin kysymyksiin pitää hakea vastauksia tulevissa tutkimuksissa.

Kirjallisuus

- Angermeyer MC & Matschinger H. 2003. The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 108 (4), 304-309.
- Angermeyer MC & Matschinger H. 2004. The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: Results from a representative survey in Germany. *Schizophrenia Bulletin* 30 (4), 1049-1061.
- Aronen E, Kuosa M, Tallila M & Arajärvi T. 1995. Kotikäynteihin perustuvan perheneuvonnan vaikutus nuoren psyykkiseen terveyteen: 15 vuoden seuranta tutkimus. *Duodecim* 111 (6), 505-509.
- Borg L & Roininen K. 2005. Ennaltaehkäisevä perhetyö lastenneuvoloissa. Toteutuminen ja kehittämishaasteet Päijät-Hämeen alueella. Opinnäytetyö Diakonia-ammattikorkeakoulun diakonisen sosiaali-, terveys- ja kasvatustieteiden koulutusohjelmassa. Lahden yksikkö.
- Byrd ME. 1997. A typology of the potential outcomes of maternal-childhome visits: a literature analysis. *Public Health Nursing* 14 (1), 3-11.
- Cox AD. 1998. Preventing child abuse: a review of community-based Projects II: Issues arising from reviews and future directions. *Child Abuse Review* 7 (1), 30-43.
- Drummond JE, Weir AE & Kysela GM. 2002. Home visitation programs for at risk young families. A systematic literature review. *Canadian Journal of Public Health* 93 (2), 153-158.
- Elkan R, Kendrick D, Hewitt M, Robinson JJA, Tolley K, Blair M, Dewey M, Williams D & Brummell K. 2000. The effectiveness of domiciliary visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technology Assessment* 4 (13), 1-339.
- Falloon IRH & Fadden G. 1993. Integrated mental health care. A comprehensive community-based approach. University Press, Cambridge.
- Flink M. 2009. Yksin ja yhdessä perheen hyväksi. Teoksessa: Rouhiainen-Valo T & Sirola K. (toim.) Avautuvien mahdollisuuksien perhetyö neuvolassa. Lapsiperheiden peruspalvelut ja psykososiaalinen tuki. Lapsos-hanke. Satakunnan ammattikorkeakoulu, Pori. Sarja D, Muut julkaisut. Euraprint Oy, 41-50.
- Hastrup A, Toikka S & Solantausta T. 2005. Ennaltaehkäisevä mielen-tervystyö perustason työssä. Vavu -hankkeen loppuraportti. Stakes, Aiheita 8/2005.

- Heimo E. 2002. Erityistuen tarpeessa olevien lapsiperheiden tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Seurantatutkimus vuosina 1997-2000. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C. 184. Turun yliopisto, Turku.
- Hodnett ED & Roberts I. 2000. Home-based social support for socially disadvantaged mothers. Cochrane database, Systematic Reviews 2000:2:CD000107.
- Honkanen H. 2008. Perheen riskiolot neuvolatyön kontekstissa. Näkökulmana mielenterveyden edistäminen. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 160. Kopijyvä Oy, Kuopio.
- Ijäs S & Väisänen P. 2008. Vanhempien kokemuksia ennaltaehkäisevästä perhetyöstä Espoossa. Opinnäytetyö Diakoniammattikorkeakoulun sosiaalialan koulutusohjelmassa. Diak Etelä, Helsinki.
- Kemppainen J. 2008. Arviointi. Hankkeeseen liittyvät opinnäytetyöt. Teoksessa: Kemppainen J. (toim.) Kutsu kumppanuuteen – eväitä arkeen. Jyväskylän seudun Perhe –hankkeen loppuraportti. Jyväskylän kaupungin raportit 2008, 21–22.
- Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robinson J, Williams D & Brummell K. 2000. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. Archives of Disabled Children 82 (6), 443-451.
- Kovács I & Rewell P. 2007. Neuvolan ennaltaehkäisevä perhetyö Espoossa. Perhetyöntekijöiden kokemuksia. Opinnäytetyö Diakoniammattikorkeakoulun sosiaalialan koulutusohjelmassa. Diak Etelä, Helsinki.
- Lehtinen A. 2009. Työvälineet neuvolan perhetyössä. Karttoitus ja oppaan laatiminen. Opinnäytetyö Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaalialan koulutusohjelmassa. Jyväskylä.
- Leinonen A. 2010. Meirän porukat yhyres. Pikkulapsiperheiden tukeminen perusterveydenhuollossa moniammatillisena yhteistyönä. JIK peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän julkaisu. http://www.jikky.fi/MPYhanke/Raportti_2010_MPY_m100810.pdf.
- Pöllänen T. 2009. Varhainen puuttuminen neuvolatyössä ja raskauden aikana aloitettu perhetyö. Opinnäytetyö Mikkelin ammattikorkeakoulun sosiaalialan koulutusohjelmassa. Mikkelin.
- Rimpelä M. 2007. Hyvinvointineuvola lapsiperheiden tukena: ideasta toteutukseen. Alustus TedBM-hankkeen yhteistyöseminaarissa Tampereella 25.5.2007.
- Saari M. 2002. Psykoosiryhmä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa Kainuussa vuosina 1992-1996. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis Medica No. D 665. Oulun yliopisto, Oulu.
- Schulze B. 2003. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. Social Science & Medicine 56 (2), 299-312.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Lastenneuvola perheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2004:14. Edita Prima Oy, Helsinki
- Stengård E. 2005. Journey of hope and despair. The short-term outcome in schizophrenia and the experiences of caregivers of people with severe mental disorder. Acta Universitatis Tampensis 1066. Tampere University Press, Tampere.
- Stewart, MJ, Greaves L, Kushner KE, Letourneau NL, Spitzer DL & Boscoe M. 2011. Where there is smoke, there is stress: low income women identify support needs and preferences for smoking reduction. Health Care for Women International 32 (5), 359-383.
- Tampereen kaupunki. 2009. Lapsiperheiden perhetyö Tampereella. Selvityksen yhteenveto. Tampereen kaupungin Tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja D3/2009. Tampere.
- Äijälä T. 2007. Perhetyön kehittäminen Pohjois-Porin neuvolassa. Opinnäytetyö Satakunnan ammattikorkeakoulun terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Pori.

2.7 Maahanmuuttajien mielenterveys ja mielenterveyspalvelut Mieli-suunnitelman toimeenpanon haasteina

Carolina Herberts, Ritva Mertaniemi, Maritta Vuorenmaa

Tämän THL Vaasassa kirjoitetun artikkelin tarkoituksena on luoda katsaus maahanmuuttajien mielenterveyteen ja tarvittavien palvelujen kehittämiseen Mieli-suunnitelman ja siihen liittyen myös Kaste-ohjelman keinoin. Maahanmuuttajien mielenterveys ja mielenterveyspalvelut ovat useita Mieli-suunnitelman suosituksia ja tavoitealueita koskettavia kehittämishaasteita. Maahanmuuttajien mielenterveyskysymyksiä tarkastellaankin tässä artikkelissa neljästä lähtökohdasta käsin. Mieli-suunnitelman tavoite- ja toimenpidekonaisuuksien mukaisesti jäsennettynä tarkastelukulmat ovat:

- maahanmuuttajat ja mielenterveys
- mielenterveyshäiriöitä ehkäisevä toiminta eri syistä maahan tulleiden maahanmuuttajien näkökulmista
- mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen kieli- ja kulttuuritausta huomioiden
- maahanmuuttajien tarpeita vastaavien hyvien käytäntöjen luominen ja levittäminen.

Kohti monikulttuurisuutta

Maahanmuuttajien määrä on Suomessa moninkertaistunut kuluneen kahdenkymmenen vuoden aikana. Kun vuonna 1990 Suomessa asui vakituisesti vain 26 000 ulkomaan kansalaista, ulkomailla syntyneitä oli vuonna 2010 jo 248 000 eli noin 4 prosenttia väestöstä (Tilastokeskus 2011). Vaikka maamme monikulttuuristuminen on ollut muun Euroopan kehitykseen verrattuna verkkaisempaa, on maahanmuuttajien tarvitsemien palvelujen kehittäminen nyt varsin ajankohtainen haaste. Tämä haaste on otettu vastaan myös kansallista mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmaa, Mieli 2009-suunnitelmaa toimeenpantaessa. Yksi lähtökohta on, että mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat saatavilla ainakin osin omalla äidinkielellä ja palvelujen tuottajat ymmärtävät palveluiden käyttäjien kulttuuristaustaansa liittyviä tekijöitä.

Ulkomaalaisia tulee Suomeen perhesyiden vuoksi, paluumuuttajina, turvapaikanhakijoina, pakolaisina ja työn tai opiskelun takia. Maahanmuuttajat muodostavat useita hyvin heterogeenisiä ryhmiä. Tällä hetkellä meillä suurimmat yksittäiset maahanmuuttajaryhmät ovat alkuperänsä mukaan venäläiset, virolaiset, ruotsalaiset, somalialaiset ja kiinalaiset. Myös arabian, kurdin ja albanian kielialueilta tulleita maahanmuuttajia on suhteellisen paljon. Huomattavaa on, että etenkin maahanmuuttajan oleskelun alkuvaiheessa maahantulon syy näyttää vaikuttavan selvästi tulomaata enemmän maahanmuuttajan kotoutumiseen ja mielenterveyteen. Korostettakoon lisäksi, että maahanmuuttajat eivät asetu mielenterveyspalveluissa joiksikin yhtenäisiksi ryhmiksi. Sen sijaan maahanmuuttajien tarpeet mielenterveyspalveluissa ovat yhtä yksilöllisiä kuin kenen tahansa kantaväestöönkin kuuluvan. (ks. Martikainen & Tiilikainen 2007.)

Maahanmuuttajat mielenterveysongelmien riskiryhmänä

Mieli-suunnitelman keskeisenä tavoitteena on kehittää ja levittää hyväksi koettuja toimenpiteitä mielenterveyden edistämiseksi ja mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisemiseksi. Maahanmuuttajien mielenterveyden edistämisessä ja ongelmien ehkäisyssä tarvitaan sellaisia vaikuttavia toimia, jotka lähtökohtaisesti estävät maahanmuuttajien mielenterveysongelmiin yhteydessä olevaa syrjäytymistä hyvinvoinnista, arjen yhteisöistä ja yhteiskunnan toiminnoista. Lisäksi tarvitaan kantaväestölle suunnattujen toimien tavoin maahanmuuttajien mielenterveysongelmien varhaista tunnistamista ja keinoja estää sukupolvelta toiselle siirtyvien mielenterveys- ja päihdeongelmien sosiaalinen periytyminen. Osoittavathan monet tutkimukset, että maahanmuuttajilla ja erityisesti pakolaisilla on kantaväestöä suurempi riski mielenterveysongelmiin (Halla 2007, Rauta 2005, Väänänen ym. 2009).

Suurimmat hyvinvointi- ja terveyserot maahanmuuttajien ja kantaväestön välillä ilmenevät juuri mielenterveyden indikaattoreilla mitattuina (Statens folkhälsoinstitut 2004). On esitetty arvioita, että skitsofrenian riski on kantaväestöä 2,8 kertaa suurempi ensimmäisen polven maahanmuuttajilla ja 4,7 kertaa suurempi toisen sukupolven maahanmuuttajilla (Cantor-Graae & Selten 2005). Tutkimukset osoittavat, että maahanmuuttoon liittyvillä mielenterveyden ongelmilla voi olla seurauksia vielä toisen ja kolmannenkin sukupolven maahanmuuttajille (Rauta 2005). Hoitamattomina mielenterveysongelmat vaikeuttavat lasten elämää, kielen oppimista, koulumenestystä ja kotoutumista (Halla 2007).

Mielenterveyden lisäksi monet muut maahanmuuttajien hyvinvointia kuvaavat indikaattorit kuten koulutus, asuminen, tulotaso ja työ, ovat kantaväestöä heikommalla tasolla. Tarkempaan tutkailuun voidaan nostaa maahanmuuttajien tulotaso, työ ja työllisyys. Vuonna 2005 noin puolet Suomessa asuvista maahanmuuttajalapsiperheistä oli pienituloisia, kun suomea äidinkielenään puhuvista lapsiperheistä pienituloisia oli joka viidennes (Suomalainen lapsi 2007). Lisäksi maahanmuuttajien työttömyys on ollut keskimäärin noin kolminkertainen verrattuna kantaväestön kulloisiinkin työttömyyslukuihin. (Mertaniemi & Hannu-Jama 2011, Rauta 2005.) Yksi selitys on, että Väänänen tutkimusryhmineen tekemän selvityksen mukaan maahanmuuttajien asema työmarkkinoilla on erittäin epävakaa. Maahanmuuttajille on kantaväestöä useammin tarjolla pätkätöitä ja työllistyminen koulutustasoa alhaisempiin tehtäviin on yleisempää. Tällöin heidän työllisyystilanteensa reagoi jopa kantaväestöä herkemmin taloudellisen tilanteen muutoksiin. (Väänänen ym. 2009.)

Hyvä kotoutuminen ja yhteiskuntaan integroituminen edistävät maahanmuuttajan mielenterveyttä

Maahanmuuttajien onnistuneesta kotoutumisesta ja hyvästä yhteiskuntaan integroitumisesta on tullut yhä tärkeämpiä yhteiskunnallisia tavoitteita niin Euroopan unionin kuin yksittäisten jäsenvaltioidenkin tasolla (Väänänen ym. 2009). Tämä näkyy myös Suomen uudessa vuoden 2011 syyskuussa voimaan tullessa kotouttamislaissa (L 493/1999). Maahanmuuttajien kotoutumista tuetaan myös STM:n hallinnonalalla ja THL:ssä kohtalaisen tuoreena tehtäväalueena. Niinpä myös Mieli 2009 -suunnitelmaa tukien THL:n Vaasan yksikössä on sen tehtävistä käsin keskitytty maahanmuuttajien integraatiota tukevien toimien tutkimukseen ja kehittämiseen sekä maahanmuuttajien mielenterveyden edistämiseen. Useimmiten THL Vaasan toimissa tavoitellaan sellaista prosessia, jossa maahanmuuttaja asettuu ja tulee osalliseksi yhteiskuntaan ja uuteen ympäristöönsä (sosiaalisesti, taloudellisesti ja poliittisesti) säilyttäen myös oman kulttuurinsa ja kielen. Yhtenä avaimena ovat toimivat ja laadukkaat sosiaali- ja terveystalvet.

Maahanmuuttajien hyvä kotoutuminen ja integraatio tukevat sosiaali- ja terveystalvet merkittävän tavoitteen sosiaalisesti kestävästä yhteiskunnan rakentumisesta. Sosiaalinen kestävyys taas edellyttää, että ihmiset tuntevat yhteenkuuluvuutta yhteisöönsä ja yhteiskuntaan ja että he tulevat kuulluiksi ja voivat vaikuttaa itseään koskeissa asioissa. (STM 2011:1.)

Maahanmuuttajan kotoutumiseen vaikuttavat paitsi toiseen maahan muuton jälkeinen aika ja sen tapahtumat, myös muuttoa edeltävä aika ja itsessään muuttotapahtuma. Näin tulkittuna maahanmuuttoprosessiin liittyy useiden psyykkisten ja sosiaalisten riskitekijöiden ketju, joka altistaa maahanmuuttajan mielenterveyden häiriöille (esim. Al-Baldawi 2010, Bhugra & Jones 2001, Kristal-Andersson 2000). Useat tutkimukset antavat viitteitä, että maahanmuuttoprosessin kaikissa vaiheissa hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ovat ennen muuta ikä, sukupuoli, kieli, persoonallisuus, muuton syy sekä henkilön taloudellinen, sosiaalinen ja koulutuksellinen asema. Muita keskeisiä tekijöitä ovat muuttoon valmistautuminen ja maasta muuttoon usein liittyvä ero läheisistä ja perheestä. Varsinaisen muuttoprosessin aikana hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä taas ovat kielitaito, koulutus, muuttoon liittyvät odotukset ja muuttamiseen saatu tuki. Uudessa maassa maahanmuuttajan stressiä lisäävät elämäntilanteen ja ympäristön tuntemus ja hallinta, sosiaalisen tuen ja kielitaidon puuttuminen, sosioekonominen asema, työttömyys, koettu rasismi ja uudelleen rakentamista vaativat sosiaaliset verkostot. Tällä kaikella on useita osoitettuja vaikutuksia myös maahanmuuttajan mielenterveyteen ja psyykkiseen oireiluun, kuten ahdistushäiriöihin, alentuneeseen itsetuntoon, post-traumaattisiin stressioireisiin, toivottomuuteen ja masennukseen ja psykoosiin (Al-Baldawi 2010, Bhugra 2004, Bhugra & Jones 2001, Halla 2007, Kristal-Andersson 2000, Rao ym. 2006, Rauta 2005, Silove 2004.) Muuton syy vaikuttaa paljolti siihen, minkälaisia psykososiaalisia ongelmia esiintyy (Lindert ym. 2008). Esimerkiksi turvapaikan hakijoiden psyykkiset oireet voivat vaikeutua pitkittyneen muuttoprosessin ja konkreettisesti turvapaikkapäätöksen aiheuttaman turvattomuuden ja epävarmuuden takia (Halla 2007).

Vastaanottavan maan mahdollinen rasistinen ja syrjivä ilmapiiri ja näitä myötäilevä julkinen keskustelu ovat merkittäviä mielenterveyden riskitekijöitä (Carta ym. 2005, Mind 2009b, Nyborg & Curry 2003, Rauta 2005, Väänänen ym. 2009). Rasismi ja syrjintä ovat omiaan vaikeuttamaan kaikkineen maahanmuuttajien kotoutumista ja arjessa selviytymistä.

Maahanmuuttajien mielenterveyshäiriöitä ehkäisevä toiminta on lähtökohtaisesti sosiaalista

Mieli 2009-suunnitelman tavoitteita tukien tärkeää olisi, että alueilla, kunnissa ja järjestöissä otettaisiin käyttöön näyttöön perustuvia maahanmuuttajien mielenterveyden edistämisen, mielenterveysongelmien ehkäisyn ja näihin liittyen maahanmuuttajien syrjäytymisen ehkäisyn interventioita ja työkaluja. Kehittämishankkeissa (esim. muutamat Kaste-hankkeet) saatujen kokemusten perusteella mielenterveyden häiriöitä ehkäistäessä katse on hyvä kiinnittää maahanmuuttajan koko elämänsäkulkuun ja siinä mielenterveyttä edistäviin tekijöihin ja mielenterveyden riskitekijöihin. Maahanmuuttajan mielenterveyttä edistäviä tekijöitä tulisi vahvistaa ja mielenterveyden riskitekijöitä tulisi vähentää tai poistaa.

Myös tutkimukset antavat useita viitteitä siitä, että maahanmuuttajien mielenterveyshäiriöitä ehkäisevät toimet ovat lähtökohtaisesti sosiaalisia ja koko elämänsäkulkuun ulottuvia. Hyvinvoinnin edellytystekijät (esim. toimeentulo, asunto, työ, koulutus, terveys, itsensä arvostaminen ja itsensä toteuttaminen) ovat kan-

taväestöllä ja maahanmuuttajilla yhteiset. Sen sijaan asenneilmapiiri ja sen yhteydet mielenterveyteen ovat kantaväestön ja maahanmuuttajien kesken selvästi erilaisia.

Mahdolliset rassistiset ja syrjivät kokemukset vaikuttavat aina maahanmuuttajan lapsuudesta ja nuoruudesta lähtien mielenterveyteen. Albinin tutkimus yli 5000 viidesluokkalaisesta osoitti, että rasismia kokeneet lapset kärsivät muita useammin joko yhdestä tai useammasta mielenterveyden ongelmasta. Rasismia kokeneet lapset olivat muita useammin masentuneita. Lisäksi heillä oli keskittymiskyvyn puutetta, hyperaktiivisuutta, uhmareaktioita ja muita käyttäytymisongelmia. Lapsuudessa koettu rasismi näyttäisi lisäävän mielenterveysongelmia vielä nuoruusiässä ja varhaisaikuisuudessakin (Brody 2006). Myös Yhdysvalloissa tehdyt laajat, meta-analyysiin perustuvat tutkimukset osoittavat tilastollisesti merkittävän yhteyden koetun rasismiin, syrjinnän ja mielenterveyden välillä (Pietersen 2012, Paradies ym 2006, Pascoe & Richman 2009, Williams & Mohammed 2009).

Aikuisiällä koettu syrjintä työ- tai asuntomarkkinoilla taas puolestaan vahvistaa segregatiota, lisää riippuvuutta yhteiskunnallisista tuista ja voimistaa ulkopuolisuuden kokemusta yhteiskunnassa (Väänänen ym. 2009). Ruotsissa tehty tutkimus vahvistaa, että tällaiset syrjintäkokemukset jopa kaksinkertaistavat riskin mielenterveysongelmiin (Socialstyrelsen 2000).

Mieli 2009-suunnitelman tavoitteissa korostetaan mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvien leimavien asenteiden eli stigman vähentämisestä. Mielenterveysongelmista kärsivällä maahanmuuttajalla on riski kaksinkertaiseen stigmaan: mielenterveysongelmasta ja maahanmuutosta aiheutuneeseen. Laveist (1996) nimittäin osoittaa, että maahanmuuttajan säännöllisesti kohtaamalla hienovaraisilla eleillä kuten katseilla, nimittelyllä, ulkopuolelle jättämisellä ja muilla rassistisilla kokemuksilla voi olla yhtä vakavia seurauksia ihmisen mielenterveydelle kun yksittäisillä suorilla hyökkäyksilläkin. On myös joitain viitteitä siitä, että koettu rasismi ja syrjintä vaikuttavat sitä voimakkaammin, mitä kauemmin maahanmuuttaja on asunut uudessa maassa. Selityksenä on, että ajan myötä kielitaito karttuu ja yhteiskunta ja sen käyttäytymismallit tulevat tutummiksi. Tällöin maahanmuuttaja myös pystyy aiempaa herkemmin ja monitasoisemmin tunnistamaan itseensä kohdistuvan rasismiin ja syrjinnän - myös sen piilevän ja sanattoman (ks. Gee ym. 2007, Laveist 1996.).

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen kieli- ja kulttuuritausta huomioiden

Mieli 2009 -suunnitelman keskeisenä tavoitteena on, että mielenterveys- ja päihdepalveluja kehitetään koko elämänkaaren kattavaksi toimivaksi palvelukokonaisuudeksi. Maahanmuuttajien kannalta tärkeä tavoite on, että mielenterveys- ja päihdepalveluja on saatavilla myös omalla äidinkielellä ja palveluiden tuottajat huomioivat palveluiden käyttäjien kieli- ja kulttuuritaustan. Yksi keskeinen tavoitealuetta tukeva toimenpide on, että kokemusasiantuntijuutta hyödynnetään järjestelmällisesti palveluiden arvioinnissa ja kehittämisessä.

Näiden Mieli 2009 -suunnitelman tavoitteiden saavuttaminen näkyy pitkällä aikavälillä maahanmuuttajaväestön mielenterveyden kohentumisena ja mielenterveysongelmien vähäisempänä määränä, oireiden lieventymisenä, niiden lyhyempänä kestona ja syrjäytymiskehityksen vähentymisenä. Maahanmuuttajien mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisen vaikutukset voidaan todentaa nyt käytettävissä olevaa aikaa pidemmällä seurantavälillä kansallisen ja alueellisen indikaattoritiedon lisäksi monitieteisin tutkimuksin (esim. väestötutkimukset) ja vaikkapa alueellisin terveys- ja hyvinvointitutkimuksin (vrt. ATH-tutkimus). Niin indikaattoreiden kuin tutkimustenkin tulee sisältää tavoitealueen ja maahanmuuttajien kannalta relevantteja ja valikoituja mielenterveyden ja hyvinvoinnin indikaattoreita ja osoittimia.

Koska maahanmuutto on Suomessa suhteellisen uusi ilmiö, on suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto varsin varautumaton lisääntyvään maahanmuuton ja monikulttuurisuuden palvelujärjestelmälle tuomiin haasteisiin ja mahdollisuuksiin. Suhteellisen hiljattain selvästi lisääntynyt maahanmuutto ja maahanmuuttajien heterogeenisuus tuovat haasteita myös tehokkaiden ja tarkoituksenmukaisten mielenterveyspalveluiden tarjoamiselle (ks. Halla 2007, Väänänen ym. 2009).

Tutkimukset osoittavat myös, että maahanmuuttajat ovat nykyisellään määräänsä nähden aliedustettuina mielenterveyspalveluissa (Rauta 2005, Gissler ym 2006, Whitley ym 2006). Mielenterveyspalveluiden saatavuus ja tarkoituksenmukaisuus vaikuttavat maahanmuuttajien mielenterveyteen ja edelleen hyvinvointiin vähintään siinä määrin kantaväestönkin (esim. Reitmanova & Gustafson, 2009). Tästä syystä palvelujen

kyky vastata maahanmuuttajien tarpeisiin kohdennetusti ja mahdollisimman oikea-aikaisesti on tulevien vuosien kehittämiskohde. Tärkeää on, että eri maahanmuuttajaryhmille suunnattuja mielenterveyspalveluita kehitetään osana universaaleja sosiaali- ja terveyspalveluita – ei erillisjärjestelmänään. Tämä on ollut myös Mieli 2009- suunnitelmassa tarkoituksena.

Kehittäminen vaatii pitkäjänteisyyttä. Tutkimukset nimittäin osoittavat maahanmuuttajien kannalta monia mielenterveyspalvelujen ongelmia ja kehittämiskohteita. Tärkeimmät kehittämiskohteet ovat palvelujärjestelmässä, sen toiminnoissa ja maahanmuuttajien mielenterveystyössä tarvittavassa osaamisessa. Tämän lisäksi kehittämiskohteet ovat myös maahanmuuttajissa itsessään ja heidän odotuksissaan ja asennoitumisessaan mielenterveyteen ja mielenterveyspalveluihin.

Tutkimusten mukaan maahanmuuttajien kohtaamia ongelmia mielenterveyspalveluissa voivat olla kansainvälisiin tutkimustuloksiin viitaten kieliongelmat, kulttuurierot, rajoitetut oikeudet terveyspalveluihin (erityisesti turvapaikanhakijat), palveluiden jäykkyys ja palvelukentän pirstaleisuus. Jatkohoitomahdollisuuksissa, niiden puutteessa ja tahdonvastaisessa hoidossa on omat ongelmakenttensä. Riittämättömät taloudelliset resurssit ja puutteellinen yhteistyö mielenterveyspalveluiden ja mielenterveys- ja sosiaalipalvelujen ja järjestöjen kesken vaikeuttaa palveluiden kohdentumista ja kehittämistä. Lisäksi alueelliset ja palvelukohtaiset erot voivat olla suuria (Mind 2009b), mikä eriarvoistaa maahanmuuttajia esimerkiksi asuinpaikan tai maahantulosityn mukaan.

Maahanmuuttajilla on keskimääräistä korkeampi kynnyks hakeutua mielenterveyspalveluihin. BIGNAULT tutkimusryhmineen (2008) tunnistaa kommunikaatio-ongelmien lisäksi stigmatisoitumisen, luottamuspulan, palveluiden jäykkyyden ja diskriminaation suurimmiksi esteiksi sille, että maahanmuuttajat pyrkisivät käyttämään tarvitsemiansa mielenterveyspalveluita. Myös suomalaisessa tutkimuksessa on viitteitä siitä, että hoitohenkilökunnan puutteellinen osaaminen kulttuurieroihin ja maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvissä asioissa heikentää heidän kykyään tunnistaa maahanmuuttajien psyykkisiä ongelmia (Rauta 2005). Tämä on omiaan lisäämään joko ali- tai yli-diagnoosin riskiä (Halla 2007, Whitley ym. 2006). DOW (2011) puolestaan kiinnittää huomiota edellä esitettyjen ongelmien perusteella, että maahanmuuttajilla on reaalisesti muita huomattavasti suurempi riski saada väärä diagnoosi. Lisäksi maahanmuuttajan ollessa potilaana hänen kokonaisvaltaisen tilanteensa tunnistaminen jää usein puutteelliseksi. Kuvaava on SAINOLA-RODRIGUESIN tutkimus, joka osoitti, että maahanmuuttajat kokivat usein ensisijaisesti juuri Suomeen muuton jälkeisten tapahtumien vaikuttavan heidän hyvinvointiinsa ja mielenterveyteensä, kun taas lääkärit ja hoitohenkilökunta etsivät ongelmien syytä maahantuloa edeltävistä tapahtumista (Sainola-Rodrigues ym. 2006).

Suomessa maahanmuuttajien hakeutumista ja kokemuksia mielenterveyspalveluista on tutkittu vain vähän (Hannu-Jama & Vuorenmaa 2008). Silti viitteitä on myös meillä, että kieliongelmat, tulkkaukseen liittyvät ongelmat, kulttuurierot, potilaan ja henkilöstön eriävät näkemykset ja ymmärrys ongelmasta, potilaalle vieras järjestelmä, stigma ja pelko ovat estämässä tai vaikeuttamassa maahanmuuttajien hakeutumista tarvitsemiinsa mielenterveyspalveluihin (Rauta 2005, Sainola-Rodrigues 2007, Sainola-Rodrigues & Koehn, 2006). Kansainvälisten tutkimusten mukaan maahanmuuttajan tarpeiden ja palvelujärjestelmän kohtaamisessa on muitakin ongelmia. Maahanmuuttajilla voi olla epärealistisia odotuksia mielenterveyspalvelujen ja hoidon suhteen. Lisäksi maahanmuuttajat voivat suhtautua kantaväestöä kielteisemmin mielenterveyden ongelmiin, mikä vuorostaan voi vaikeuttaa mielenterveyshäiriöiden tunnistamista ja tarvittavien mielenterveyspalveluiden käyttöä (Andersom ym. 2009; Mind 2009a, Reitmanova & Gustafson 2009, Whitley ym. 2006).

Edellä esitettyä tukevat kuudessatoista EU-maassa toteutetun ja äskettäin päättyneen EUGATE-hankkeen tulokset. Hankkeessa tutkittiin maahanmuuttajien terveyspalveluiden saatavuutta, laatua ja tarkoitusemukaisuutta. Suomessa hanke toteutettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Vaasan toimipisteessä osana Mieli 2009 -suunnitelman toimeenpanoa. Hankkeen yksi osa oli, että siinä haastateltiin yhteensä 240 maahanmuuttajien terveyspalveluissa työskentelevää hoitoalan ammattilaista. Haastateltavat edustivat perusterveydenhuoltoa, päivystysyksiköitä sekä mielenterveyspalveluita (ks. <http://www.eugate.org.uk>).

PRIEBEN tutkimusryhmineen kokoamat tulokset kertovat edellä esitettyjen tutkimustulosten kanssa kovin samansuuntaisesti maahanmuuttajien terveyspalveluista ja niiden kehittämishaasteista. Mielenkiintoista on myös, että kaikissa kuudessatoista maassa tunnistettiin samat terveydenhuollon ongelmakohdat, vaikka eri maiden maahanmuuton historia ja maahanmuuttajien osuus väestöstä eroavat merkittävästi. Mieli 2009 -

suunnitelman toimeenpanoa tukeneessa eurooppalaisessa EUGATE-hankkeessa maahanmuuttajien terveyspalveluiden keskeisiä ongelmakohtia olivat seuraavat:

- kielestä ja tulkkaamisen puutteesta aiheutuvat esteet
- vaikeudet terveydenhuoltopalveluiden järjestämisessä eri maahanmuuttajaryhmille, erityisesti niille, jotka eivät kuulu maan sairausvakuutusjärjestelmän piiriin
- maahanmuuttajien moninainen sosiaalinen huono-osaisuus
- vaikeat traumaattiset kokemukset
- maahanmuuttajien terveydenhuoltojärjestelmän tuntemuksen puute
- maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan eriävä ymmärrys sairaudesta ja hoidosta
- kulttuuriset erot
- henkilöstön ja potilaiden kielteiset asenteet
- puuttuvat tai puutteelliset tiedot potilaan terveyshistoriasta (<http://www.eugate.org.uk>, Priebe ym. 2011).

Yhtenä päätelmänä hankkeesta on, että Euroopassa tarvitaan lisää tietoa ja syvempää ymmärrystä maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvistä ongelmista, mielenterveyspalveluiden käytöstä ja saatavuudesta sekä palveluihin hakeutumisesta (ks. myös Lindert ym. 2008, Väänänen ym. 2009.). Monessa muussa Euroopan maassa on sama tilanne kuin meillä, että terveys- saati mielenterveyspalveluissa ei rekisteröidä tietoa maahanmuuttajan taustasta. Tämä vaikeuttaa luotettavan tiedon karttumista maahanmuuttajien mielenterveysongelmista, heidän käyttämistään palveluista ja niiden kyvystä vastata maahanmuuttajien tarpeisiin (ks. Rauta 2005).

Vaikka Suomessa on ainoastaan muutama maahanmuuttajien mielenterveyspalveluihin erikoistunut taho, löytyy meiltä useita hyviä, rohkaisevan urauurtavia ja hyviksi koettuja käytäntöjä. Palvelujärjestelmän kiinteää osaa tai maan kattavan hoito- ja palveluketjun osaa ne eivät kuitenkaan vielä muodosta. Mainittakoon näistä hyvistä käytännöistä ensimmäisenä Suomen mielenterveysseuran SOS-kriisikeskus. Se tarjoaa maahanmuuttajillekin keskustelua - myös tulkin välityksellä. Helsingin Diakonialaitoksessa puolestaan toimii kidutettujen kuntoutuskeskus, joka on erikoissairaanhoidotasoinen poliklinikka. Se hoitaa ja kuntouttaa Suomessa asuvia kidutuksen vuoksi traumatisoituneita pakolaisia ja turvapaikanhakijoita. Keskus toimii valtakunnallisena osaamiskeskuksena muille kidutettuja hoitaville tahoille (Wahlbeck ym. 2008). Julkisten palveluiden puolelta otetaan esimerkki Tampereelta. Siellä on pisimpään kehitetty ja vahvistettu osaamista maahanmuuttajien mielenterveyspalveluissa. Siellä maahanmuuttajien psykiatrisella poliklinikalla toimii moniammatillinen työryhmä, joka koostuu psykiatrian erikoislääkäristä, sosiaalityöntekijästä ja fysioterapeutista.

Maahanmuuttajien tarpeita vastaavien hyvien käytäntöjen luominen ja levittäminen

Maahanmuuttajien kotoutumista ja sen osana mielenterveyttä on niin Suomessa kuin EU:ssakin edistetty lukuisten politiikka- ja toimintaohjelmin ja niitä toteuttavin hankkein. Ensisijaisesti on kehitetty maahanmuuttajien alkuvaiheen ohjausta ja neuvontaa, koulutus- ja työllistymispolkuja sekä tuotettu maahanmuuttajille tarkoitettua omakielistä kirjallista ja nettipohjaista materiaalia. Myös nykyisessä hallitusohjelmassa on asetettu tavoite, että maahanmuuttajien työttömyys puolitetaan hallituskauden aikana. Alkuvaiheessa saatu tieto ja ohjaus sekä mahdollisimman hyvä työllistyminen ovatkin maahanmuuttajan kotoutumisen ja mielenterveyden kannalta ensisijaisen tärkeitä. Työ on myös parasta ja kannustavinta sosiaaliturvaa. Työsäolo tarjoaa maahanmuuttajille itsenäisen toimeentulon lisäksi myös osallisuuden ja merkityksellisyyden kokemuksia, kuuluvuutta ja sosiaalisia suhteita. Nämä ovat tärkeitä mielenterveyden edistämisen resursseja. EU-hankkeiden lisäksi kansalliseen käyttöön hyvien käytäntöjen ja mielenterveyspalvelujen kasvu- ja levittämisalustoja ovat tarjonneet Kansallinen sosiaali- ja terveysalan kehittämisohjelma Kaste ja Kansallinen mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelma, Mieli 2009. Seuraavassa luodaan lyhyt katsaus maahanmuuttajien tarpeita vastaaviin hyviin eurooppalaisiin, kansainvälisiin ja suomalaisiin, hyviin käytäntöihin. Ne ovat useimmiten helposti saatavilla ja levitettävissä, koska ne ovat nettipohjaisia.

Vuonna 2009 avattiin EU komission ylläpitämä European Web Site on Integration -sivusto. Sen tarkoituksena on levittää tietoa maahanmuuttajien integraatiopolitiikasta ja hyvistä käytännöistä EU-maissa sekä

edistää Euroopan mittakaavassa kotoutumista tukevaa verkottumista (ks. <http://ec.europa.eu/ewsi/en/>). European Web Site on Integration -sivuston hakutoiminnolla voi etsiä kuvauksia eurooppalaista hyvistä käytännöistä maahanmuuttajien kotoutumisen eri osa-alueilta. Myös mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveyspalveluihin liittyviä hyviä käytäntöjä löytyy sivustoilta runsaasti. Suurin osa maahanmuuttajien mielenterveyttä edistävästä hyvistä käytännöistä liittyy jo todetusti sosiaalisen areenalle: alkuvaiheen ohjaukseen, maahanmuuttajien omakielisten materiaalien tuottamiseen ja maahanmuuttajien tai maahanmuuttajien ja kantaväestön kohtaamispaikkojen järjestämiseen. Suomalaisia hyviä käytäntöjä EU:n tietokannassa edustavat esimerkiksi työperusteisen maahanmuuttajien ohjaukseen ja neuvontaan keskittyvät hankkeet (mm. Insite-hanke), maahanmuuttajien palveluohjausta kehittävä MAHKU-hanke, maahanmuuttajien veritaistukseen paneutunut Vertaiskoto-hanke ja maahanmuuttajanaisten kieli- ja yhteiskuntatietouden vahvistamiseen tähtäävä Chili-hanke. Hyvänä käytäntönä on myös tunnistettu valtakunnallinen Infopankki, joka tarjoaa kattavasti tietoa suomalaisesta yhteiskunnasta viidellätoista yleisemmällä kielellä. Korostettakoon, että kaikkineen eurooppalaisilla sivustoilla on erittäin vähän suoraan mielenterveyspalveluihin liittyvää tietoa, etenkin jos asiaa tarkastellaan hyvien hoitokäytäntöjen näkökulmasta.

Maahanmuutto- ja kotouttamispolitiikan kehittämisen tueksi EU-komissio on julkaissut kolme päättäjille ja viranomaisille tarkoitettua maahanmuuttajien kotouttamisen käsikirjaa. Käsikirjoissa käsitellään kotoutumisen eri osa-alueita ja kuvataan eurooppalaisia hyviä käytäntöjä, joiden toivotaan kannustavan jäsenvaltioita kehittämään maahanmuuttajien kotouttamistyötä (Kotouttamisen käsikirjat 2004 ja 2007 ja 2010).

Jo mainitussa EUGATE-hankkeessa (<http://www.eugate.org.uk>) tavoitteena oli tunnistaa maahanmuuttajien terveydenhuoltopalveluiden ja niiden osana mielenterveyspalvelujen hyviä käytäntöjä. Sekä haastattelujen että Delphi-menetelmän avulla saadut hyvien käytäntöjen mahdollistajat liittyivät terveydenhuoltopalveluiden saatavuuteen ja niiden yleisen laadun tekijöihin kuten muun muassa joustaviin aikajärjestelyihin, pysyviin hoitosuhteisiin ja tulkkauspalveluiden saatavuuteen. Hyvien käytäntöjen edellytystekijöinä pidettiin alan ammattilaisten ja asiantuntijoiden maahanmuuttoprosessiin ja eri kulttuureihin liittyvää osaamista ja sen määrätietoista vahvistamista. Kaikissa EUGATE-hankkeessa mukana olleessa kuudessa toista maassa korostettiin maahanmuuttajille suunnatun, terveyteen ja palvelujärjestelmään liittyvän, omakielisen tiedotusmateriaalin tärkeyttä. Palveluiden laatua ja tarkoituksenmukaisuutta arvioitiin parannettavan selkeällä ohjeistuksella maahanmuuttajille ja alan ammattilaisille eri maahanmuuttajaryhmien palvelu- ja hoitopoluista ja maahanmuuttajien oikeuksista palveluihin. Mieli 2009 -suunnitelman tavoin myös monissa muissa EU-maissa hyvänä käytäntönä pidettiin maahanmuuttajien ja heidän perheidensä osallistamista palveluiden kehittämiseen (Deville ym. 2011, Dauvrin ym. 2011, Priebe ym. 2011). Poikkeuksetta maahanmuuttajien terveys- ja mielenterveyspalvelujen hyvät käytännöt edellyttivät sektorirajat ylittävää yhteistyötä.

Maahanmuuttajien mielenterveyspalveluiden kehittämiseen on tarjolla malleja ja keinoja myös EU:n ulkopuolelta. Erityisesti Australiassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa on tuettu mielenterveyspalveluiden kehittämistä niin tutkimuksin kuin kehittämishankkein. Tämän työn jatkuvuus mahdollistetaan kansallisilla politiikkaohjelmilla. Kehittämishankkeina on viety eteenpäin kansallisten, alueellisten ja paikallisten toimijoiden mielenterveyteen ja mielenterveyspalveluihin liittyvä nettiportaaleja. Niitä on suunnattu niin maahanmuuttajille kuin myös mielenterveyspalveluissa toimiville ja niistä päättävälle. Mainittakoon, että Yhdysvalloissa toimii vähemmistöjen terveyteen paneutuva The Office for Minority Health, jolla on laaja nettisivusto. Se sisältää yksityiskohtaista tietoa niin fyysisistä kuin psyykkisistäkin sairauksista ja niiden hoidosta. Tämän lisäksi sivusto tarjoaa tilastollista tietoa, virtuaalisen kirjaston ja laajasti asiantuntija- ja kokemustietoa monikulttuurisesta työstä (ks. <http://minorityhealth.hhs.gov/>). Vastaavanlaisia sivustoja löytyy myös Kanadasta. Esimerkiksi monikulttuurisen mielenterveystyön resurssikeskus The Multicultural Mental Health Resource Centre on räätälöinyt tietoa maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvistä kysymyksistä niin potilaille itselleen kuin heidän perheilleen ja lähiyhteisöilleen. Sivustolta löytyy tietoa ja runsaasti työkaluja alan ammattilaisille, tutkimustietoa ja viimeisintä tietoa alan palveluista ja maahanmuuttoasioista päättävälle ja terveydenhuollon hallinnoijille (<http://www.mcgill.ca/mmhrc>). Australiassa taas Diversity Health Institute on julkisen sektorin toimijoista koostuva laitos, joka moninaisen tiedon ja työkalujen avulla tukee maahanmuuttajien parissa tehtävää työtä (<http://www.dhi.gov.au/Home/default.aspx>).

Suomessa on kehitetty maahanmuuttajien kotoutumista ja kokonaisvaltaista hyvinvointia edistävää toimintaa ensisijaisesti alan perustyönä tai yksittäisissä pienehköissä hankkeissa. Laajat Kaste-ohjelman mukaiset hankkeet ovat oikeastaan vasta laajemmin avautumassa maahanmuuttajien palvelujen kehittämiseksi. Myös varsinaisia maahanmuuttajien mielenterveyteen paneutuvia hankkeita on Suomessa erittäin vähän. Niissä on kuitenkin luotu hyviä käytäntöjä kuten esimerkiksi Suomen mielenterveysseuran OVI-hankkeen puitteissa järjestetyistä vertaistukiryhmissä. Vertaistukea maahanmuuttajille on kehitetty myös muun muassa Väestöliiton Kotipuu-hankkeessa, Ihmisoikeusliiton Kitke-hankkeessa ja Suomen pakolaisavun Kasvokain-hankkeessa. Eri puolella Suomea järjestetyt maahanmuuttajien kohtaamispaikat palvelevat osaltaan myös matalan kynnyksen vertaistukena.

Kotoutumisen tärkeä osatekijä on tiedon saanti uudesta kotimaasta ja tarjolla olevista palveluista. Tästä löytyy myös hyviä käytäntöjä. Erityisesti alkuvaiheen neuvontaan perehtyviä maahanmuuttajien infopisteitä on Suomessa perustettu erityisesti niille paikkakunnille, joilla asuu paljon maahanmuuttajia. Maahanmuuttajien terveyden edistämiseksi on laadittu omakielistä informaatiota terveyden ja mielenterveyden edistämisestä, sairauksista ja hoitomenetelmistä. Suurten paikkakuntien sivustojen lisäksi omakielistä informaatiota löytyy muun muassa Tampereen kaupungin maahanmuuttajien psykiatrisen poliklinikan sivuilta, Suomen mielenterveysseuran nettisivuilta ja International Organisation for Migrants (IOM) Helsingin yksikön sivuilta. IOM tuotti myös Terve tulevaisuus-hankkeessaan laajasti maahanmuuttajien terveyttä, terveyspalveluita ja sairauksia käsittelevän käsikirjan, DVD:n ja muuta oheismateriaalia. Materiaali antaa tietoa maahanmuuttajille ja tukee samalla hoitohenkilökunnan työskentelyä maahanmuuttajien kanssa (<http://www.iom.fi>).

Myös Suomen mielenterveysseura on tuottanut maahanmuuttajien omakielistä tietoa yleisistä mielenterveyteen liittyvistä ongelmista ja sairauksista. Sen lisäksi seura on järjestänyt koulutusta työssään maahanmuuttajia kohtaaville henkilöille. Pitkän uran maahanmuuttajien mielenterveyspalveluissa tehneet Bremer ja Haavikko tuottivat oppaan ”Ulkoisesti erilaisia sisäisesti samanlaisia, opas mielenterveystyöhön yli kulttuurirajojen”, Oppaan tarkoituksena on tukea mielenterveyspalvelujen ammattilaisia työssään maahanmuuttajien parissa. Yhtenä keskeisenä teemana oppaassa on tulkin käyttö mielenterveyspalveluissa (Bremer & Haavikko 2010). Lisäksi lääkäriseura Duodecim on kääntänyt Ruotsissa valmistuneen kulttuurisen haastattelun käsikirjan erityisesti maahanmuuttajien psykiatrisen diagnostisoimisen tueksi. (http://www.tampere.fi/material/attachments/k/5urs2njD3/kulttuuri_ja_psykiatrinen_diagnostiikka.pdf).

THL:n kansallinen tehtävä maahanmuuttajien integraation tukemiseksi

THL Vaasassa yhtenä kansallisena tehtävänä on maahanmuuttajien integraation tukeminen. Maahanmuuttajien integraation tukeminen on mitä suurimmassa määrin sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon alan lisäksi myös muita hallinnon aloja koskettava haaste. TEM:n vastuualueella olevat uudet kotouttamislainsäädännön pilotit ja tuore valtion kotouttamisohjelma tarjoavat uudelle Kaste-ohjelmalle monia synergiaetuja. Samaa tukevat myös Mieli 2009 -suunnitelman ja Kaste-ohjelman tavoitteet. Kansallisen tehtävän tueksi THL:ssä on juuri nyt meneillään useita tutkimus- että kehittämishankkeita. Ne tuottavat tietoa tekijöistä, jotka edistävät tai vaikeuttavat eri syystä maahan tulleiden maahanmuuttajien ja maahanmuuttajaryhmien integraatiota.

Maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia käsitävässä Maamu-tutkimuksessa kerätään tietoa sekä maahanmuuttajien terveystarkastusten että haastattelujen avulla. Tutkimuksen yhtenä osana kerätään myös tietoa maahanmuuttajien mielenterveydestä ja hyvinvoinnista ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Maamu-tutkimus antaa myös tietoa sosiaali- ja terveyspalveluiden kohdentumisesta. Tutkimuksesta saadut tulokset muodostavat arvokkaan tietopohjan maahanmuuttajien terveydestä ja hyvinvoinnista ja maahanmuuttajille suunnattujen palveluiden kehittämiseksi (ks. <http://www.thl.fi/maamu>).

THL:n kehittämä ja koordinoima Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH) tarjoaa kunnille ja kuntayhtymille tietoa asukkaiden terveydestä ja hyvinvoinnista. Kunnat voivat hyödyntää tutkimuksen tuottamaa tietoa suunnitellessaan palveluita eri väestöryhmille ja arvioidessaan palvelujen ja muiden toimien vaikutuksia. Syksyllä 2012 Pohjanmaalla toteutettavassa ATH-tutkimuksessa huomioidaan myös maahanmuuttajataustaiset vastaajat. Kansallisesti tavoitteena on, että vuodesta 2014 eteenpäin maahanmuuttajat huomioitaisiin kauttaaltaan ATH-tutkimuksessa (<http://www.thl.fi/ath>).

THL:n Vaasan toimipaikassa on vuoden 2012 alussa käynnistynyt kaksi uutta maahanmuuttajien osallisuutta, hyvinvointia ja täten maahanmuuttajien mielenterveyttä edistävää hanketta. Maahanmuuttajasta kuntalaiseksi -hanke on Euroopan Sosiaalirahaston rahoittama maahanmuuttajien kotoutumista edistävä yhteistyö- ja kehittämisprosessi. Hanke pureutuu erityisesti maahanmuuttajien työllisyyden ja osallisuuden edistämiseen alueellisen yhteistyön keinoin. Kehittämistyön lähtökohtana on Pohjanmaan alueen vahva kotouttamiseen liittyvä osaaminen, hyvä työllisyystilanne sekä maahanmuuttajien osallisuus kehittämisprosessissa. Hankkeessa hyödynnetään ruotsalaista Skooneen alueella kehitettyä alueellista, näyttöön perustuvaa toimintamallia (ns. RÖK-malli):

http://www.vaasa.fi/Suomeksi/Sosiaali_ja_terveys/Projektit_ja_hankkeet.

Toinen vuoden 2012 alussa alkanut hanke on SOLID VOICE- hanke. EU:n kotouttamisrahaston tukeamana kehitetään keinoja maahanmuuttajien osallisuudelle ja vaikuttamismahdollisuuksille. Hanke toteuttaa Suomen ensimmäisen maahanmuuttajien kansalaisraadin. Kansalaisraati paneutuu kotoutumisen kannalta tärkeisiin palveluihin ja erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluihin. Kansalaisraadin tuottamaa tietoa hyödynnetään maahanmuuttajien osallisuuden vahvistamiseksi ja sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseksi (<http://blog.uwasa.fi/solid/>). Sekä Maahanmuuttajasta kuntalaiseksi- että SOLID VOICE-hankkeiden tulosten ja vaikuttavuuden arviointiin antaa tukensa Pohjanmaan hyvinvointitutkimuksen ja -osaamisen keskitymän eli BoWer-verkoston toimijat (ks. <http://www.welfarebower.fi>). Yhteistyöllä Innokylän kanssa puolestaan pyritään varmistamaan hankkeissa kehitettyjen, näyttöön perustuvien hyvien ja vaikuttavien käytäntöjen levittäminen kansalliseen käyttöön (ks. <http://www.innokyla.fi>).

Kyse on usean vuoden määrätietoista kehittämispanostuksesta maahanmuuttajien mielenterveyspalveluihin

Maahanmuuttajien onnistunut kotoutuminen on tärkeä sekä yksilön hyvinvoinnin että yhteiskunnan sosiaalisen kestävyuden kannalta. Maahanmuuttoprosessiin liittyy monia mielenterveyteen haitallisesti vaikuttavia tekijöitä. Tutkimus- ja kehittämistyön lisäksi on tärkeää, että maahanmuuttajat huomioidaan kaikessa terveyttä ja hyvinvointia ohjaavassa politiikkatyöskentelyssä. Tukea ja väyliä työlle tarjoaa Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman Kaste II ja sen tavoitteet koko väestön hyvinvointia ja terveyttä edistävästä työstä ja huomion suuntaamisesta erityisesti maahanmuuttajien kaltaisiin riskiryhmiin. Mieli 2009 -suunnitelmassa puolestaan korostetaan monikulttuurisen osaamisen lisäksi palveluiden kehittämistä niin, että ne vastaavat eri kieli- ja kulttuuriryhmien tarpeita.

Jos on mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen ylipäätään juuri nyt mittava haaste ja resurssikysymys, on se niitä mitä suurimmassa määrin maahanmuuttajien tarpeita ajatellen. Oman vaatavuuskerroimensa tilanteeseen lisää meneillään oleva kunta- ja palvelurakennemuutos. Työtä tukee maahanmuuttajien asiakkuutta ajatellen uusi vuonna 2011 voimaan tullut kotouttamislaki ja sen tueksi käynnistetyt useat Osallisena Suomessa -pilottihankkeet ja valtion kotouttamisohjelma. Kyse onkin useiden vuosien määrätietoista kehittämispanostuksesta ja sen mahdollistamisesta hallinto- ja sektorirajat ylittävänä yhteistyönä. Tähän työhön kutsumme nyt mukaan niin maahanmuuttajien sosiaali- ja terveyspalveluissa toimivia kuin maahanmuuttajakin.

Kirjallisuus

- Albin, A. (2009). Mental health problems more common in kids who feel racial discrimination. UCLA News 27.4.2009 (<http://www.newsroom.ucla.edu>).
- Al-Baldawi, R. (2010). The impact of migration and acculturation processes on family relations: WCPRR, 70-85. <http://www.wcpr.org/pdf/05-02/2010.02.70-85.pdf>.
- American Psychological Association (2012). The mental health needs of immigrants. Available at <http://www.apa.org/about/gr/issues/minority/immigrant.aspx>.
- Anderson, E., Stanciole, E. & Huber, M. (2009). Access to health care of migrants, ethnic minorities, and asylum seekers in Europe. Policy Brief May 2009: European Centre.
- Bhugra, D. (2004). Migration and Mental Health. Acta Psychiatrica Scandinavica, 109, 243-258.
- Bhugra, D. & Jones, P. (2001). Migration and mental illness. Advances in Psychiatric Treatment; 7: 216 - 222.
- Blignault, I., Ponzio, V., Rong, Y. & Eisenbruch, M. (2008). A Qualitative Study of Barriers to Mental Health Services Utilisa-

- tion among Migrants from Mainland China in South-East Sydney. *International Journal of Social Psychiatry*, 54: 180-190.
- Bremer, L. & Haavikko, A. (2009). Ulkoisesti erilaisia – sisäisesti samanlaisia. Opas mielenterveystyöhön yli kulttuurirajojen. SMS SOS-keskus.
- Brody, G.H. (2006). Racial discrimination can affect adolescents' development - lead to depression and behavior problems. *News Medical*.
<http://www.newsmedical.net/news/2006/09/14/20156.aspx?page=2>.
- Cantor-Graae, E. & Selten, J-P. (2005). Schizophrenia and migration: A meta-analysis and reviews. *American Journal of Psychiatry*, 162, 12-24.
- Carta, M.G., Bernal, M., Hardoy, M.C. & Haro-Abad, J.M. (2005). Report on the mental health in Europe. *Clinical practice in Epidemiology in Mental health*, 1(13). Available at: <https://www.cpejournal.com/content/1/1/13>.
- Dauvrin, M., Lorant, V., Sandhu, S., Devillé, W., Hamidou, D., Dias, S., Gaddini, A., Ioannidis, E., Jensen, N.K., Kluge, U., Mertaniemi, R., Puigpinós i Riera, R., Sárváry, A., Strassmayr, C., Stankunas, M., Soares, J.J.F., Welber, M., PÅriebe, S. and the Eugate study group. (2012). Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study *BMC Research Notes* 2012, 5:99, <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/5/99>.
- Deville, W., Greacen, T., Bogic, M., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Jensen, N.K., Karamanidou, C., Kluge, U., Mertaniemi, R., Puigpinós i Riera, R., Sárváry, A., Soares, J.J.F., Stankunas, M., Straßmayr, C., Welbel, M. and Priebe, S. (2011). Health care for immigrants in Europe: Is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC Public Health*, 11:699. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/699>.
- Dow, H.D. (2011). Migrant's Mental Health Perceptions and Barriers to Receiving Mental Health Services. *Home Health Care Management Practice*, 23: 176 - 185.
- FOU (2008). Migration och psykisk ohälsa. Malmö Högskolan, Forsknings och Utredningsrapport 3.
- Gee, G.C., Spencer, M.S., Chen, J. & Takeuchi, D. (2007). A Nationwide Study of Discrimination and Chronic Health Conditions among Asian Americans. *American Journal of Public Health*, 99 (7): 1275-1282.
- Gissler, M., Malin, M. & Matveinen, P. (2006). Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut: Terveystuon palvelut ja sosiaalihuollon laitospalvelut. Teoksessa M. Gissler, M.
- Malin, P. Matveinen, M. Sarvimäki & A. Kangasharju. Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut. Terveystuon palvelut ja sosiaalihuollon laitospalvelut. Pienten lasten hoito ja sosiaalihuollon avopalvelut. Työpoliittinen tutkimus 296. Helsinki: Työministeriö.
- Halla, T. (2007). Psykkisesti sairaat maahanmuuttajat. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 123(4), 469-75.
- Hannu-Jama, M. & Vuorenmaa.M. (2008). Kotoutuminen edistää maahanmuuttajien mielenterveyttä. *Dialogi*, 8: 22
- Kristal-Andersson, B. (2000). Psychology of the refugee, the immigrant and their children – development of a conceptual framework and application to psychotherapeutic and related support work. Doctoral Dissertation. University of Lund.
- Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta L 493/1999.
- Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heniz, A. & Priebe, S. (2008). Mental health, health care and utilisation of migrants in Europe. *European psychiatry*, 23, S14-S20.
- Martikainen, T. & Tiilikainen, M. (toim.) (2007). Maahanmuuttajanaiset: kotoutuminen, perhe ja työ. Väestötutkimuslaitoksen julkaisusarja D 46. Helsinki: Väestöliitto.
- Mertaniemi, R. & Hannu-Jama, M. (2011). Maahanmuuttaja hyvinvoina pohjalaisena – työ osallisuuden ja kotoutumisen edistäjänä. Teoksessa P. Vartiainen & M. Vuorenmaa (toim.) Kohti sosiaalisesti kestävää hyvinvointia. Näkökulmia Pohjanmaalla. Tutkimuksia 295. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 6. Vaasa: Vaasan yliopisto, 136-150.
- Mind (2009a). Improving mental health support for refugee communities – an advocacy approach. London, England.
- Mind (2009b). A civilised Society: Mental health provision for refugees and asylum-seekers in England and Wales. London, England.
- Nyborg, V.M., & Curry, J. F. (2003). The impact of perceived racism: Psychological symptoms among African American boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 32 (2), 258-266.
- Paradies, Y. (2006). A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology*. 35, 898-901.
- Pascoe, E.A., & Richman, L.S. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135, 531-554.
- Pieterse, A.L., Todd, N.R., Neville, H.A. & Carter, R.T.(2012). Perceived Racism and Mental Health Among Black American Adults: A Meta-Analytic Review. *Journal of Counseling Psychology*. 2012, Vol. 59, No. 1, 1-9.
- Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, Ma., Lorant, V., Puigpinós i Riera, R., Sarvary, A., Soares, J. J.F., Stankunas, M., Straßmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M. and Bogic M.. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health* 11:187. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/187>.
- Rao, D.V., Warburton, J. & Bartlett, H. (2006). Health and social needs of older Australians from culturally and linguistically diverse backgrounds: issues and implications. *Australian Journal on Ageing*, 25: 174 – 179.

- Rauta, A. (2005). Selvitys maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja saatavuudesta. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Reitmanova, S. & Gustafson, D.L. (2009). Mental health needs of visible minority immigrants in a small urban centre: Recommendations for policy makers and service providers. *Journal of Immigrant Minority Health*, 11, 46-56.
- Sainola-Rodrigues, K. (2007). Maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen mielenterveyspalveluissa – transnationaalinen taitoko? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 44: 216–227.
- Sainola-Rodrigues, K. & Koehn, P. (2006). Turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvien tarpeiden tunnistaminen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 43: 47–59.
- Silove, D. (2004). The global challenge of asylum. In J Wilson and B Drozdek (eds.). *Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees War and Torture Victims*, p. 13-31. New York: Brunner-Routledge.
- Socialstyrelsen (2000). Olika villkor – olika hälsa. Available at: <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2000/3260/2000-3-3+sammanfattning.htm>.
- Statens Folkhälsoinstitut (2004). Fodselandets betydelse. En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper in Sverige. Bollnäs.
- STM (2011). Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Julkaisuja 2011:5
- Suomalainen lapsi 2007. Helsinki: Tilastokeskus.
- Väänänen, A., Toivanen, M., Aalto, A-M., Bergbom, B., Härkäpää, K., Jaakkola, M., Koponen, P., Koskinen, S., Kuusio, H., Lindström, K., Malin, M., Markkula, H., Mertaniemi, R., Peltola, U., Seppälä, U., Tiitinen, E., Vartia-Väänänen, M., Vuorento, M., Vuorento, M. & Wahlbeck, K. (2009). Maahanmuuttajien integroituminen suomalaiseen yhteiskuntaan elämän eri osaluilla. Sektoritutkimuksen Neuvottelukunta: Osaaminen, Työ ja Hyvinvointi, 9.
- Wahlbeck, K., Manderbacka, K., Vuorenkoski, L., Kuusio, H., Luoma, M-L. & Widström, E. (2008). Quality and equality of access to healthcare services. Health-QUEST country report for Finland Helsinki : Stakes, 2008. http://www.stakes.fi/FI/Julkaisut/verkkajulkaisut/raportteja08/V_R1_2008.htm.
- Whitley, R., Kirmayer, L.J. & Groleau, D. (2006). Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: A qualitative study from Montreal. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(4), 205-209.
- Williams, D.R., & Mohammed, S.A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 20-47.
- Internetsivustot*
- Diversity Health Institute, Australia, <http://www.dhi.gov.au/Home/default.aspx>.
- Duodecim. Kulttuuri ja psykiatrisen diagnostiikka. Käsikirja kulttuuriseen haastatteluun psykiatriassa, http://www.tampere.fi/material/attachments/k/5urs2njD3/kulttuuri_ja_psykiatrisen_diagnostiikka.pdf.
- EUGATE, <http://www.eugate.org.uk>.
- Euroopan komissio (2004). Kotouttamiskäsikirja päättäjille ja käytännön toimijoille. Ensimmäinen laitos. Luxemburg: Euroopan unionin julkaisutoimisto. http://ec.europa.eu/ewsi/UDRW/images/items/doc1_1212_8784_47416.pdf.
- Euroopan komissio (2007). Kotouttamiskäsikirja päättäjille ja käytännön toimijoille, Toinen laitos. Luxemburg: Euroopan unionin julkaisutoimisto. http://ec.europa.eu/ewsi/UDRW/images/items/doc1_1214_7565_68378.pdf.
- Euroopan komissio (2010). Kotouttamiskäsikirja päättäjille ja käytännön toimijoille, Kolmas laitos. Luxemburg: Euroopan unionin julkaisutoimisto. http://ec.europa.eu/ewsi/UDRW/images/items/doc1_12892_622_671702.pdf.
- European Web Site on Integration, <http://ec.europa.eu/ewsi.en>.
- Ihmisoikeusliitto. Kitke-hanke, <http://www.ihmisoikeusliitto.fi/index.php/toiminta/kitke>.
- Innokylä, <http://www.innokyla.fi>.
- International Organisation for Migrants (IOM), Helsinki, <http://www.iom.fi>.
- Pohjanmaan hyvinvointitutkimuksen ja osaamisen keskittymä, <http://www.welfareover.fi>.
- Suomen mielenterveysseura. OVI-hanke, <http://hankkeet.mielenterveysseura.fi/ovi/>.
- Suomen pakolaisapu, Kasvokkain-hanke, <http://www.pakolaisapu.fi/fi/yhteys/kasvokkain.html>.
- The Multicultural Mental Health Resource Center, Kanada, <http://www.mcgill.ca/mmhrc>.
- The Office for Minority Health, Yhdysvallat, <http://minorityhealth.hhs.gov>.
- Tiedotteita mielenterveyden häiriöistä eri kielillä. Tampereen kaupunki, Psykiatrina poliklinikka maahanmuuttajille, <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/mielenterveys/maahanmuuttajat/tiedotteet.html>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, <http://www.thl.fi>.
- Väestöliitto. Monikulttuurinen osaamiskeskus. Kotipuu, <http://www.vaestoliitto.fi/monikulttuurisuus/>.

Viitatus

- THL:n maahanmuuttajia koskevat hankkeet vuodesta 2011- Maahanmuuttajasta kuntalaiseksi, http://www.vaasa.fi/Suomeksi/Sosiaali_ja_terveys/Projektit_ja_hankkeet
- Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi Maamu, [http://www.thl.fi/maamu_ks_myos_osaltaan_alueellinen_terveys_ja_hyvinvointitutkimus_\(ATH\)_www.thl.fi/ath](http://www.thl.fi/maamu_ks_myos_osaltaan_alueellinen_terveys_ja_hyvinvointitutkimus_(ATH)_www.thl.fi/ath).
- SOLID VOICE – maahanmuuttajien kansalaisraati. Osallisuutta deliberatiivisen demokratian keinoin, <http://blog.uwasa.fi/solid/>

2.8 Lasten sosioemotionaalisen kehityksen tukeminen kouluissa

2.8.1 Friends-ohjelma lasten ja nuorten sosioemotionaalisten taitojen edistäjänä

Nina Aartokallio

Johdanto

Friends on pääsääntöisesti kouluissa, mutta myös muissa ohjatuissa ryhmissä toteutettava, koko ryhmälle suunnattu ahdistusta ja masennusta ennaltaehkäisevä sekä mielenterveyttä tukeva ohjelma. Friends-ohjelma pyrkii edistämään lasten ja nuorten sosioemotionaalisia taitoja eli ihmisen kykyä tulla toimeen itsensä ja toisten kanssa. Hyvät sosioemotionaaliset taidot omaavilla lapsilla ja nuorilla on myös paremmat edellytykset selvitä elämän haastavista tilanteista. Friends on yksi laajimmin tutkituista ja sovelletuista mielenterveyden häiriöitä ennaltaehkäisevistä ohjelmista maailmanlaajuisesti. Friends on Maailman terveysjärjestön (WHO) tunnustama ahdistuksen ja masennuksen ehkäisyohjelma.

Friends-ohjelma perustuu vertais- ja kokemukselliseen oppimiseen. Ohjelma rohkaisee osallistujia oppimaan omista kokemuksistaan sekä kannustaa ottamaan aktiivisesti osaa oppimiseen. Ohjelma rakentuu kymmenestä oppitunnista (tai tapaamisesta) sekä kahdesta kertaustunnista. Ohjelman läpikäymiseen voi halutessaan käyttää enemmänkin aikaa, aikaa koska tehtäviä ja harjoituksia on runsaasti. Tunneilla muun muassa tehdään ryhmätöitä, toiminnallisia harjoitteita ja keskustellaan. Jokaisella osallistujalla on käytösään oma työkirja. Friends-ohjelmassa nimi toimii muistisäätiönä sekä oppilaille että ohjaajille, sillä Friends sanan jokainen kirjain muistuttaa yhdestä opittavasta taidosta. Ohjelman menestys perustuu ohjelman tekijän, professori Paula Barrettin mukaan siihen että ohjelmaan osallistuneet oppivat tiedostamaan kuinka omat ajatukset vaikuttavat tunteisiin ja käyttäytymiseen (Barrett 2011, 15).

Ohjelman sisältö koostuu kognitiivisiin (ajattelumallit), fyysisiin (tunteet ja kehon oireet, rentoutuminen) ja käyttäytymiseen (toimintamallit ja selviytymiskeinot) liittyvistä osa-alueista. Näillä tekijöillä on tutkittu olevan yhteys ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden syntymiseen, kokemiseen ja jatkumiseen (Tiippana 2009, 26–27).

Friends-ohjelman aikana läpikäytävät teemat perustuvat itse ”Friends” sanan kirjainten merkitykseen ja ajatukseen siitä, kuinka tärkeää on olla hyvä ystävä itselleen ja kuinka ystävyys-suhteet edistävät henkistä hyvinvointiamme. Friends-sanan kirjaimet ja niiden sisältöjen merkitys ovat:

F: Fiilikset (Feelings); tunteiden nimeäminen, tunnistaminen ja säätely, kehon viestien tiedostaminen.

R: Rentoutuminen (Remember to relax); erilaisten rentoutumistekniikoiden harjoittelu.

I: Itse osaan ja voin vaikuttaa olooni (I can do it, I can try my best); kielteisten ajatusten tunnistaminen ja niiden kyseenalaistaminen. Opitaan tiedostamaan miten ajatukset vaikuttavat tunteisiin ja käyttäytymiseen.

E: Etsi ratkaisuja askel askeleelta (Explore solutions and coping step plans); Selviytymissuunnitelman hyödyntäminen vaikeiden ja haastavien tilanteiden, tai asioiden pilkkominen pienempiin helpommin käsiteltäviin osiin. Harjoitellaan myös kuuden vaiheen suunnitelma ongelmien ratkomiseksi.

N: Nyt on palkinnon aika (Now reward yourself. You’ve done your best); oppilaita rohkaistaan palkitsemaan itseään jo yrittämisestä tai kun he ovat lähestyneet haastavaa tilannetta).

D: Duunaa harjoituksia (Don’t forget to practise); muistuttaa siitä kuinka Friends-taitoja on harjoitettava ja kuinka niitä pystyy soveltamaan moniin eri tilanteisiin.

S: Sinut itsesi kanssa – pysy rauhallisena (Smile. Stay calm for life); muistuttaa että käyttämällä Friends-taitoja ja pysymällä rauhallisena sekä luottamalla omiin voimavaroihin myös vaikeiden tilanteiden kohtaaminen on helpompaa (Barrett, 2009, 38–80, Joronen & Koski 2010, 220).

Ohjelman tausta ja aikaisempi tutkimus

Friends-ohjelman on kehittänyt psykologian tohtori Paula Barrett. Hän toimii professorina ja tutkijana Australian Brisbanessa sijaitsevassa Pathways Health and Research Centerissa. Friends-ohjelmasta on ilmestynyt useita eri versioita. Vuonna 1998 ilmestyivät Friends for Children (ohjelma 7-12 -vuotiaille), Friends for youth (ohjelma 13-17-vuotiaille). Nämä teokset uudistettiin vuonna 2004-2005 sekä 2010-2011. Lasten ohjelma on ollut käytössä Suomessa vuodesta 2006 lähtien suomenkielisenä ja vuodesta 2009 lähtien ruotsinkielisenä; nuorten ohjelma vuodesta 2008 lähtien suomenkielisenä ja ruotsinkielisenä vuodesta 2012 lähtien. Myöhemmin ohjelmasta on ilmestynyt 4-7 -vuotiaille tarkoitettu Fun Friends ohjelma, jota pilotoidaan Suomessa keväällä 2012. Vuonna 2011 Australiassa ilmestyi myös aikuisille, yli 18 vuotiaille suunnattu ohjelma nimeltä Resilience for life (Joronen & Koski 2010, 221). Aikuisten ohjelma ei vielä ole saatavilla Suomessa.

Aseman Lapset ry vastaa Friends-materiaalien tuottamisesta, ohjelman kehittämisestä sekä koulutuspäivien järjestämisestä ympäri Suomen. Friends-ohjelma saapui Suomeen Kansanterveyslaitoksen tekemän kartoituksen jälkeen, jonka tarkoituksena oli löytää Suomen oloihin helposti muokattavissa oleva ahdistusta ja masennusta sekä syrjäytymistä ennaltaehkäisevä ohjelma. Vuonna 2006 Lasten ohjelmaa pilotoitiin kolmessa Helsingin kaupungin peruskoulussa. Kansanterveyslaitoksen tekemän selvityksen mukaan ohjelman todettiin sopivan suomalaisen kouluympäristöön. Oppilaat, opettajat sekä vanhemmat hyötyivät ohjelmasta. Muun muassa oppitunneilla syntyi keskustelua ja oppilaat kertoivat oppineensa tunnistamaan tunteita. Vanhemmat puolestaan olivat kiitollisia siitä että oppilaille tarjotaan elämänhallintataitoja sekä välineitä myönteisen minäkuvan kehittämiseen. (Pennanen & Joronen 2007, Joronen & Koski 2010). Hyvien kokemusten ja palautteiden perusteella päätettiin jatkaa ohjelman levittämistä Suomessa. Vuoteen 2011 loppuun mennessä Friends- ohjelmiin on Suomessa osallistunut jo lähes 20 000 lasta ja nuorta.

Friends-ohjelmasta on tehty useissa maissa runsaasti seuranta- ja vaikuttavuustutkimuksia. Näiden mukaan keskimäärin 80 prosenttia ohjelmaan osallistuneista lapsista ja nuorista on osoittanut ahdistuneisuuden tuntemuksien tasaantumista ja vähenemistä ohjelman jälkeen. Friends-ohjelman vaikuttavuutta on tutkittu niin oireilevien lasten ja nuorten ryhmissä kuin koko luokan keskuudessakin. Myös vaikutusten pysyvyyttä on tutkittu lukuisissa, eripituisissa seuranta- ja vaikuttavuustutkimuksissa, joiden perusteella ohjelmalla voidaan sanoa olevan pitkäaikaisia vaikutuksia (Tiippana 2009, 27).

Suomessa laajin Friends-tutkimus on Netta Tiippanan pro gradu tutkielma (2009). Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella millainen yhteys ahdistusta ja masennusta ennaltaehkäisevällä interventio-ohjelmalla on oppilaiden kokemaan ahdistuneisuuden, masentuneisuuteen ja itsetuntoon. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös missä määrin 7.- luokkalaisten kokevat ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta ja millainen heidän itsetuntonsa on. Lisäksi analysoitiin eroja masentuneisuuden kokemisessa sukupuolen, koulujen ja luokkien välillä. Yläkoululaisille suunnattua ohjelmaa pilotoitiin Suomessa kuudessa koulussa lukuvuonna 2008-2009. Osallistujajoukko koostui pilotissa mukana olleista luokista, joita oli yhteensä 28 sekä kymmenestä kontrolliluokasta. Yhteensä Tiippanan tutkimukseen osallistui 610 oppilasta (nint=425 ja nkontr=185).

Tutkimus oli luonteeltaan interventiotutkimus, joka koostui alkumittauksesta, lukukauden mittaisesta interventio- ja loppumittauksesta. Tutkimustuloksista ilmeni, että jonkin asteista masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta koki noin 20 prosenttia tutkimukseen osallistuneista. Masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden kokemisessa ilmeni alkutilanteessa eroja sukupuolten välillä. Tytöt kokivat keskivaikeaa masentuneisuutta lähes kaksinkertaisesti poikiin verrattuna. Myös koulu- ja luokkakohtaisia eroja havaittiin. Tarkasteltaessa kontrolli- ja interventio-ryhmissä tapahtunutta muutosta alku- ja lopputilanteen välillä, havaittiin, että kontrolliryhmässä ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden kokemus lisääntyi hieman. Interventio-ryhmässä vastaavaa muutosta ei ollut tapahtunut. Interventio-ryhmässä masentuneisuus vähentyi niiden oppilaiden keskuudessa, jotka olivat alkumittauksessa raportoineet jonkin asteisesta masentuneisuudesta. Kontrolliryhmässä näiden oppilaiden masentuneisuus puolestaan lisääntyi edelleen hiukan. Tiippanan tutkimustulokset tukevat interventio-ohjelman käyttöä opetuksessa (Tiippana 2009, 3). Lisätutkimukset Friends-ohjelman vaikuttavuudesta Suomessa on tarpeen.

Ohjelman käytännön toteutus ja sisältö

Friends-ohjelman käyttöönotto edellyttää osallistumista yhden päivän mittaiseen ohjaajakoulutuspäivään. Koulutuspäivän aikana perehdytään ohjelman taustateoriaan, tutkimuksiin sekä käytännön toteutukseen. Aluksi käymme myös läpi lasten ja nuorten mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä ja ahdistuksen ja masennuksen tuntomerkkejä. Päivän aikana osallistujat saavat itse kokeilla joitakin Friends-ohjelmaan kuuluvia harjoituksia. Tuntien toteuttamisessa ja suunnittelussa apuna toimii ryhmänohjaajan opas, jossa esitellään ohjelman sisällöt ja runsaasti erilaisia ideoita tuntien toteutukseen. Ohjaaja voi valikoida ja soveltaa tehtäviä, mutta ohjelman rakenteen seuraaminen on suositeltavaa, sillä opittua syvennetään ja sisältöjä yhdistellään (Joronen & Koski 2010, 224). Ohjaajilla on myös käytössään sähköinen materiaalipankki, extranet. Extranetistä löytyy paljon lisämateriaaleja oppitunneille. Koulutus on suunnattu opetus- ja oppilashuollon henkilökunnalle sekä nuoriso-, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille.

Oppilailla on käytössään henkilökohtaiset työkirjat, joita käytetään tunneilla ja jotka sisältävät kotitehtäviä. Näihin työkirjoihin oppilaat voivat halutessaan palata myöhemmin. Työkirjan ohella ohjelman aikana tehdään runsaasti pari- ja ryhmätöitä sekä toiminnallisia harjoituksia, esimerkiksi roolipelien ja draaman avulla. Monesti oppilaat ovat toivoneet enemmän toiminnallisia harjoituksia ja vähemmän ”opettajan löpinää”.

Vanhempien osallistaminen Friends-ohjelmaan on ensiarvoisen tärkeää, mutta erillisten Friends-vanhempainiltojen järjestäminen on ohjaajien palautteiden perusteella osoittanut haasteelliseksi. Tärkeää kuitenkin on, että vanhemmat tietävät että oppilailla alkaa Friends-ohjelma. Kirjallinen tiedote lähetetään niille vanhemmille, jotka eivät pääse osallistumaan vanhempainiltaan.

Friends-ohjelmaan kuuluu kaksi vanhempaintapaamista, joista ensimmäinen järjestetään ennen ohjelman alkua ja toinen noin puolivälissä ohjelmaa tai sen loppupuolella. Friends-vanhempainillan voi hyvin yhdistää luokan perinteiseen vanhempainiltaan. Friends-vanhempainillan aikana vanhemmat saavat tietoja ohjelmasta ja sen tavoitteista. Vanhemmille tarjoutuu myös mahdollisuus tiedostaa omat selviytymis- ja ajattelustrategiansa. Vanhempien osallistumisen kautta kodin ja koulun välinen yhteistyö lapsen ja nuoren emotionaalisen ja sosiaalisen kehityksen tukijana vahvistuu. Lisäksi järjestetyt tapaamiset tarjoavat mahdollisuuden myös vanhempien verkostoitumiseen (Joronen & Koski 2010, 230, Barrett 2011, 141–155). Friends-ohjelma antaa myös mahdollisuuden järjestää vanhempien ja oppilaiden yhteisiä Friends-työpajoja. Näissä oppilaat voivat opettaa vanhemmilleen ohjelman aikana omaksuttuja taitoja. Friends-ohjelman tavoitteena on saada perheet mukaan tukemaan, kehittämään ja ylläpitämään Friends-ohjelman aikana opittuja elämäntaitoja. Tämä edesauttaa myös aktivoimaan kodin keskustelukulttuuria. Osa kotitehtävistä on tarkoitus tehdä yhdessä vanhempien kanssa.

Suomessa Friends-ohjelmaa on käytetty pääsääntöisesti peruskouluissa. Alakouluissa ohjelmaa ovat toteuttaneet esimerkiksi luokanopettajat, koulupsykologit tai kouluterveydenhoitaja. Yläkoulun puolella ohjelmaa on ohjannut muun muassa oppilaanohjaajat, terveystiedon ja äidinkielen opettajat tai luokanvalvojat. Työparityöskentely on osoittautunut erittäin myönteiseksi kokemukseksi, erityisesti ohjattavan ryhmän ollessa suuri. Opettajien työparina on toiminut esimerkiksi koulupsykologi, koulukuraattori, terveydenhoitaja tai nuoriso-ohjaaja. Friends tarjoaa ainutlaatuisen mahdollisuuden tutustua oppilaisiin syvemmin. Palautteiden mukaan ohjelman ansioista yhteys oppilaisiin myös paranee.

Friends-ohjelma sopii mainiosti työmenetelmäksi paitsi erilaisille ohjatuille ryhmille myös yksilötyöskentelyyn. Pyrimme levittämään käyttömahdollisuuksia myös sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä nuoriso-toimen puolelle. Ohjelma tarjoaa myös puitteet moniammatilliseen yhteistyöhön esimerkiksi kun opettajien työparina toimii nuoriso-ohjaaja tai jonkin muun tahon edustaja, kuten Suomen lastenhoitoyhdistyksen Perhelinjan ja Perhenurkkauksen työntekijät, jotka vetävät ulkopuolisina Friends-ryhmiä Suur-Helsingin ja Raaseporin alueen kouluissa. Ulkomailla Friends-ohjelmaa käytetään myös lasten- ja nuorisopsykiatrian poliklinikoilla sekä sairaaloissa esimerkiksi terapian tukena. Aseman Lapset ry kartoittaa mahdollisuuksia ottaa käyttöön Friends-ohjelma myös näissä ympäristöissä.

Seuraavaksi esittelemme lasten ohjelman ensimmäisten tuntien (F+R-kirjainten läpikäyminen) aihesisällön. Ennen F-kirjainten läpikäyntiä ohjelmaan kuuluu tehdä erilaisia tutustumis- ja ryhmäytymisharjoituksia turvallisen ilmapiirin luomiseksi sekä luoda ryhmälle yhteiset pelisäännöt. Asetetaan ryhmälle yhteinen tavoite ja oppilaille henkilökohtaiset tavoitteet.

Jokaisella oppitunnilla on omat tavoitteensa. Ryhmänohjaajan oppaassa on listattu tuntien aikana tärkeimmät käsiteltävät asiat ja millä tavalla harjoitukset on järkevä toteuttaa ryhmän koosta riippuen (Barrett, 2011, 26). Oppitunnit alkavat edellisellä tunnilla annettujen kotitehtävien läpikäymisellä.

Fiilikset-tunnin keskeisiä sisältöjä ovat tunteet ja niiden tunnistaminen sekä rentoutuminen. Pohditaan yhdessä, miksi meillä on tunteita, mikä on niiden tarkoitus ja miksi tunteiden näyttäminen on tärkeää. Ryhmänohjaaja korostaa, että tunteita on erilaisia (näitä voidaan listata taululle) ja että tunteilla on eri voimakkuudet. Ryhmänohjaajan on myös hyvä nostaa esille, ettei ole hyviä tai huonoja tunteita, vaan että kaikki tunteet ovat hyväksytyjä ja sallittuja. Pohditaan myös mikä on hyväksyttävää käytöstä ja mikä ei. Mietitään vaikeiden tunteiden tarpeellisuutta ja mitä hyötyä niistä on. Toiminnalliseksi harjoitukseksi voi tehdä muun muassa fiilismittareita (tiedostetaan tietty tunne asteikolla 1-5), pyörittää tunnerulettia (kerrotaan esimerkiksi millaisessa tilanteessa on koettu tietty tunne), tehdä tunnepantomiiamia tai käyttää erilaisia tunnekortteja.

Friends-ohjelmassa tunteet yhdistetään kehon viesteihin. Yhtenä tehtävänä on tunnekehojen tekeminen. Tämän voi tehdä joko ryhmätyönä tai työkirjassa. Kyseisessä tehtävässä ryhmät valitsevat yhden voimakkaan tunteen, esimerkiksi pelon, ja piirtävät kehon ääriiviivat isolle paperiarkille. Tehtävänä on nimetä ne kohdat jotka reagoivat tavallisesti poikkeavalla tavalla kyseisen tunteen vallitessa (Joronen & Koski 2010, 226–227, Barrett 2011, 12–31). Kehoon merkitään kaikkien ryhmäläisten kehon viestit. Lopuksi tunnekehot esitellään kaikille ja keskustellaan esimerkiksi siitä, että nämä kehon tuottamat viestit ovat täysin normaaleja ja että meillä kaikilla on näitä tunteita.

Tämän tunnin kotitehtävänä on pelata tunnenoppa-peliä perheen kesken. Tunnenopassa jokainen numero vastaa jotakin tunnetta. Noppaa heitellään vuorotellen ja keskustellaan nopan osoittamasta tunteesta työkirjassa esiintyvien kysymysten avulla, esimerkiksi milloin sinulla oli viimeksi tämä tunne tai milloin yleensä tunnet näin?

Seuraavalla R-oppitunnilla siirrytään rentoutumiseen. Ensimmäisellä jutellaan siitä, mitä rentoutuminen tarkoittaa ja miksi se on tärkeää, missä tilanteissa rentoutumista voi harjoittaa ja että kaikilla on oma tapansa rentoutua. Tämän jälkeen tehdään rentoutumisharjoituksia. Aloitetaan hengitysharjoituksella ja siirrytään sitten esimerkiksi ”Torni, robotti, meduusa” –harjoitukseen. Harjoituksen tarkoituksena on opettaa oppilaita tunnistamaan jännittyneen ja rentoutuneen kehon kehottamalla heitä olemaan torneja (kävelevät varpaisillaan ja kurottavat kattoon käsillään), robotteja (lihakset jännittyneinä) ja meduusoina rentouttamaan koko kehonsa lihakset. Harjoituksen jälkeen keskustellaan miltä kehossa tuntui kun se oli jännittynyt tai rento. Kotitehtävän tarkoituksena on kannustaa tekemään opittuja rentoutumistehtäviä perheen kanssa ja viettämään hiljaista aikaa yhdessä. (Barrett 2011, 12–31, Joronen & Koski, 2010, 226–230). Tavoitteena on, että oppilaat voivat liittää läpikäytyjä asioita omaan arkeensa ja kokemuksiinsa.

Lopuksi

Ohjaajien vuosina 2010–2011 antamassa palautteessa paljon kiitosta on saanut ohjelman konkreettinen ja helppokäyttöinen materiaali. Monet ohjaajat ovat havainneet positiivisia hyötyjä heille itselleen ja ryhmälleen. Oppilastuntemus on parantunut ja ryhmähenki on vahvistunut. Ajanpuute on koettu erityisenä haasteena, sekä se ettei opetussuunnitelmaan aina ole varattu tilaa kyseisille ohjelmille. Toki joissakin kunnissa/kouluissa Friends-ohjelma on jo otettu jatkuvaksi käytännöksi ja osaksi opetussuunnitelmaa. Joidenkin mielestä tunnetaitojen opettaminen muille vaatii erityisen paljon rohkeutta ja itsetuntemusta. Myös me aikuiset olemme välillä hukassa omien tunteittemme ja ajatustemme kanssa. Friends-ohjelma on kuitenkin suunniteltu helposti käyttöön otettavaksi, Ohjelman oppaat antavat hyviä ohjeita ohjelman onnistuneeseen toteuttamiseen.

Myös vanhempien aktiivinen mukaansaaminen on ollut haasteellista. Tämä kertoo yhteiskunnan ja työelämän paineista, ajanpuutteesta sekä kulttuurista, jossa koti ja koulu ovat hyvin erillisiä. Etenkin yläkoulun puolella kodin ja koulun välinen yhteistyö on vähäistä. Monesti vanhempiin otetaan yhteyttä vasta kun jokin on mennyt pieleen koulussa. Kuinka voisimme nostaa enemmän esille myönteisiä puolia ja oppilaiden vahvuuksia? Miten vanhemmat saataisiin osallistumaan enemmän koulun arkeen? Kotitehtäviin osallistuminen voi olla yksi tapa vanhempien lähestyä koulumaailmaa, Vanhempien ja oppilaiden yhteiset illanvietot voisivat olla toinen. Esimerkiksi Australiassa vanhemmat toimivat usein jopa opettajien apuohjaajina

Friends-ohjelman puitteissa. Vaikka tällainen toimintatapa vaikuttaakin vieraalta suomalaisesta näkökulmasta, vanhempien osallistuminen mitä aikaisimmassa vaiheessa olisi hyödyksi lapselle, mutta myös vanhemmille itselleen. Mielenkiinnolla odotamme vanhempien palautetta mahdollisesta hyödyistä pilotin päätyttyä.

Sosioemotionaalisten taitojen oppiminen minäpystyvyyden vahvistajana on tärkeää, jotta tämän päivän lapset omaksuvat tulevaisuutta varten hyödyllisiä elämäntaitoja ja keinoja pettymysten ja vastoinkäymisten varalle. Minäpystyvyydellä tarkoitetaan tunnetta omasta kyvykkyydestä, ja se liittyy tunteeseen siitä, kykyneekö oppilas vaikuttamaan asioihin tai selviytymään jostakin tehtävästä (Tiippana, 2009, 21).

Ajattelustrategioiden muutoksilla, esimerkiksi sen kautta, että koulussa opetetaan oppilaita antamaan positiivisempia ja itsetukevia selityksiä onnistumisille ja epäonnistumisille, voidaan vaikuttaa myönteisesti nuoren tulevaisuuteen (Tiippana, 2009, 22). Yhteiskunnassamme esiintyy huolta koululaistemme kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista. Keskustelu riittämättömästä kouluterveydenhuollosta, pahoinvoinnista, ahdistuneisuudesta ja masentuneisuuden lisääntymisestä, sekä koulujen viihtymättömyydestä haastaa meidät suhtautumaan vakavasti ongelmiin. Friends-ohjelma tarjoaa tähän yhden ratkaisun, joka kannattaa ottaa käyttöön lasten ja nuorten mielen hyvinvoinnin tukemiseksi.

Aseman Lapset ry: n puolesta toivomme, että jonain päivänä kaikilla halukkailla on mahdollisuus ottaa Friends-ohjelma käyttöön maksuttomana ja että tarjolla olisi kaikki Friends-versioiden ohjelmat molemmilla kotimaisilla kielillä.

Kirjallisuus

- Barrett, Paula: Friends työkirja (FRIENDS for Life: Activity Book for Children). Helsinki: Aseman Lapset ry, 2011.
- Barrett, Paula: Friends ryhmänohjaajan opas lasten kanssa työskentelyyn (FRIENDS for Life: Group Leaders' Manual for Children). Helsinki: Aseman Lapset ry, 2011.
- Barrett, Paula: Friends ryhmänohjaajan opas lasten kanssa työskentelyyn (FRIENDS for Life: Group Leaders' Manual for Children). Helsinki: Aseman Lapset ry, 2009.
- Joronen, Katja & Koski, Anna: Tunne- ja sosiaalisten taitojen vahvistaminen koulu yhteisössä. Tampere: Tampereen yliopisto, 2010.
- Pennanen, Marjaana & Joronen, Katja: Koulupohjaisen syrjäytymiskehityksen ehkäisy (SYKE) – pilottihankkeen loppuraportti. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B23, 2007.
- Pennanen, Marjaana, Patja, Kristiina, Joronen, Katja: Tupakkatutkimus 2006. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3, Helsinki, 2006.
- Tiippana, Netta: Mielen hyvinvoinnin tukeminen kouluissa – ahdistusta ja masennusta ennaltaehkäisevän Friends-ohjelman yhteys 7.- luokkalaisten kokemaan mielialaan ja itsetuntoon. Pro gradu tutkielma. Helsinki: Kasvatustieteen laitos, 2009.
- Opetushallitus, edu.fi:
<http://tkk.joensuu.fi/projektit/sosemot/teoria.php> [27.2.2012],
<http://www.friendsinfo.net> [29.2.2012].
<http://www.pathwayshrc.com.au> , Friends for life – Evidence base abstracts [29.2.2012].

2.8.2 Mielen terveys hyvinvoivan koulun perustaksi

Marjo Hannukkala, Anna Erkko, Elina Korhonen, Elina Marjamäki

Johdanto

Suomen Mielen terveysseura vie monipuolisesti mielen terveyden voimavaroosaamista kouluihin ja oppilaitoksiin. Yhteistyö koulujen kanssa vahvistui 2000-luvun alkuvuosina, kun opettajilta alkoi tulla yhä enemmän pyyntöjä siitä, että he haluavat ja tarvitsevat lisää ammatillista osaamista ja materiaalia mielen terveydestä. Mielen terveyden sisältöjä, työvälineitä ja menetelmiä lähdettiin avaamaan yhteistyössä vantaalaisten yläkoulujen ja opettajien kanssa RAY:n rahoittamalla pitkäkestoisella pilottiprojektilla (2006–2009). Näkökulmana kehittämistyössä oli alusta asti näkemys mielen terveydestä voimavarana sekä yläkoulun terveystiedon opetus suunnitelman perusteet vuosiluokille 7–9 (2004).

Koulu tavoittaa koko ikäluokan nuoret, joten siellä voidaan vaikuttaa nuorten ymmärrykseen itsestään, mahdollisuuksistaan ja vahvuuksistaan. Parhaimmillaan koulupäivä antaa nuorelle kokemuksia itsetunnon vahvistumisesta ja kaverisuhdetaitojen harjoittelemisesta. Ryhmään kuulumisen, omien tunteiden ilmaise-

minen sekä pettymysten ja vastoinkäymisten kohtaaminen ja käsitteleminen ovat taitoja, joita voidaan harjoitella päivittäin. Näitä mielenterveyttä tukevia taitoja ja niihin liittyviä tietoja voi nuori harjoitella, oppia ja ottaa käyttöön omassa elämässä. Yhdessä muiden kanssa nuori opettelee myös näkemään toimintojensa ja valintojensa merkityksiä ja vaikutuksia. Nuoren ajattelua ja vastuunottoa elämästään voidaan herätellä antamalla hänelle tilaisuuksia oivalluksiin. Nuori ei saa jäädä yksin, vaan hänelle on tarve ja oikeus saada kasvuympäristössään aikuisten tukea ja rohkaisua.

Terveystiedon opetussuunnitelman perusteet sisältävät mielenterveyden teemoja voimavaranäkökulmasta, mutta opettajat tarvitsivat konkreettista osaamista, välineitä tai näkemystä mielenterveyden voimavara-ajattelusta. Mielenterveysseuran kouluhankkeiden kehittämis-, koulutus- ja materiaalityön keskeinen sisältö on ollut avata käytännönläheisesti sitä, mitä mielenterveys voimavarana tarkoittaa ja miten sitä voi opettaa.

Pitkäjänteinen työ on tuottanut tulosta. Opettajille ja oppilas- ja opiskelijahuoltohenkilöstölle on valmistunut koulutusmalleja, työvälineitä ja materiaalia nuorten mielenterveyden vahvistamisesta. Opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittamalla hankkeella (2009–2011) on eri puolilla Suomea koulutettu noin 750 terveystietoa opettavaa opettajaa lähes 400 koulusta. Keväällä 2011 materiaali käännettiin ruotsiksi ja samalla ruotsinkieliset opettajakoulutukset käynnistyivät. Koulutus ja materiaali ovat osallistujille maksuttomia.

Kiinnostus koulutuksiin ja materiaaleihin on herännyt myös muiden kasvatustyötä tekevien ammattilaisten keskuudessa. Mielenterveysseuran kehittämistyö onkin laajentunut, ja osaamista viedään perusopetuksen lisäksi myös toisen asteen oppilaitoksiin ja lukioihin, oppilashuoltotiimeille ja nuorisotyön eri osa-alueilla toimiville ammattilaisille. Oppilashuoltotiimejä on koulutettu Hyvän mielen koulu -koulutuksella jo 200 koulusta. Toiselle asteelle on valmistunut Hyvinvoiva oppilaitos - Opetus- ja koulutusaineisto toisen asteen oppilaitoksiin sekä koulutusmallit, joilla on koulutettu noin 800 toisen asteen oppilaitoksissa työskentelevää henkilöä. Nämä ”Hyvinvoiva oppilaitos -koulutukset” laajenevat keväällä 2012 valtakunnalliseksi. Vuoden 2012 keväällä käynnistyy materiaalin ja koulutuksen kehittäminen alakoulu-, päiväkotij- ja neuvolatyöhön.

Mielenterveys voimavarana

Mielenterveysseura edistämässä lasten ja nuorten mielenterveyttä

Suomen Mielenterveysseuran toiminta pohjautuu käsitykseen mielenterveydestä voimavarana, jota voidaan kehittää ja lisätä. Mielenterveyden suojatekijöitä voidaan vahvistaa ja riskitekijöiden vaikutusta vähentää tai poistaa. Mielenterveysseura toimii ihmisten elämän edellytysten ja arkisen selviytymisen turvaamiseksi. (Suomen Mielenterveysseura 2012.)

Mielenterveysseura pyrkii toiminnallaan siirtämään painopistettä mielenterveyden häiriö- ja ongelma-keskeisestä käsityksestä mielen hyvinvoinnin suuntaan. Siten Mielenterveysseura välittää ja vahvistaa näkemystä mielenterveydestä voimavarana ja opittavissa olevina elämäntaitoina, ei vastakohtana mielen sairauksille ja häiriöille. (Suomen Mielenterveysseura 2012.)

Maailman terveysjärjestön WHO:n määritelmää soveltaen, mielenterveys on hyvinvoinnin tila, joka mahdollistaa tuotteliaan toiminnan omien kykyjen mukaan, selviytymisen stressitilanteissa sekä panoksen antamisen omalle yhteisölle. Mielenterveyteen vaikuttaa yksilön ja yhteisön välinen tasapaino ja vuorovaikutus. (WHO 2010.)

Mielenterveysseuran yhtenä painoalueena 2000-luvulla onkin ollut lasten ja nuorten hyvinvoinnin tukeminen. Seurassa on tehty kehittämistyötä lasten ja nuorten mielenterveyden edistämiseksi sekä pitkäjänteisellä hanketyöllä että antamalla asiantuntijalausuntoja moniin opetuksen ja hyvinvoinnin kehittämiseen liittyviin uudistuksiin.

Mielenterveys elämäntaitona ja kokonaisvaltaisena terveytenä

Mielenterveys on olennainen osa kokonaisvaltaista hyvinvointia ja terveyttä. Mielenterveys on nykyisen ajattelun mukaan pitkälti elämäntaidollinen käsite.

Samalla tavoin kuin pidetään huolta fyysisestä kunnosta, myös mielensä kuntoa voi vahvistaa ja ylläpitää. Mielenterveyttä tukee se, että pitää huolta arjen rytmistä: ravinnon ja yhdessä syöminen, liikkumisen,

unen ja levon, harrastusten ja sosiaalisten tapahtumien sopivasta suhteesta. Mielenterveys on tässä mielessä elämän kivijalka, joka tukee arjessa jaksamista. Voimavarat kertyvät, kun pitää huolta omasta jaksamisestaan: huolehtimalla, että on riittävästi omaa aikaa, ja tekemällä asioita, jotka tuottavat itselle hyvää mieltä ja antavat voimaa arjessa.

Hyvinvoiva mieli on elämän tukijalka, joka auttaa kohtaamaan arkipäivän pettymyksiä, vastoinkäymisiä ja ajoittaista ahdistusta. Mielenterveys antaa kykyä kohdata pettymyksiä ja kriisejä ja selviytymään niistä sekä hyväksymään näiden tuomia muutoksia omassa elämässä.

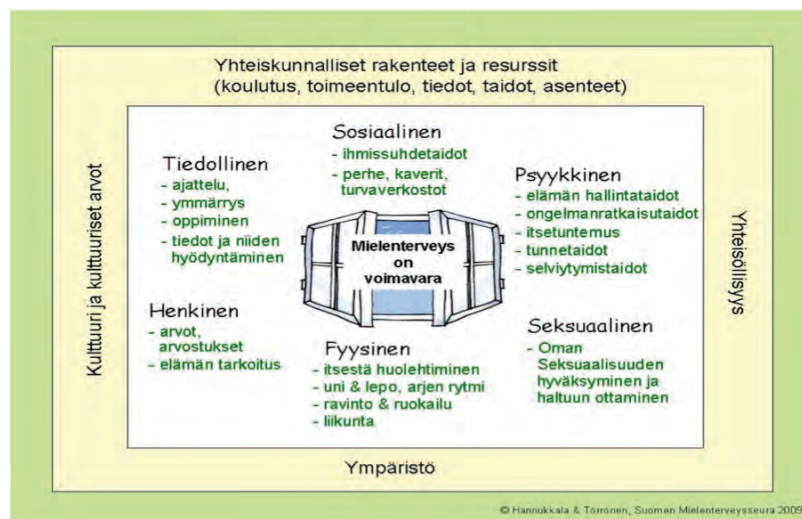
Mielenterveys tuo joustavuutta sekä kykyä ratkaista ristiriitoja. Voimavarat karttavat, kun tiedostaa, tunnistaa ja ilmaisee omia tunteitaan. Myös rakentava kyky purkaa kiukkua ja pettymyksiä tukee hyvinvointia. Mielenterveys on kykyä puhua mieltä painavista asioista, tukeutua ystäviin ja lähimmäisiin silloin, kun tukea tarvitsee, ja samalla rohkeutta etsiä tarvittaessa ulkopuolista apua. Mielenterveyteen kuuluu omien arvojen ja arvostusten selkeyttäminen. Mitä asioita pitää tärkeänä elämässään, mitä odottaa tältä hetkeltä ja mitä toivoo tulevaisuudelta. Luottamus ja toivo antavat uskoa ja rohkeutta oman elämän ja tulevaisuuden suunnittelulle ja unelmille.

Mielenterveysseuran lasten ja nuorten hankkeissa on otettu erityisesti huomioon nuoruuden kasvun ja kehityksen tukemisen merkitys kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille. Nuori tarvitsee kasvunsa tueksi aikuisen turvaa ja kannustusta, ja tätä varten aikuiset tarvitsevat riittävästi mielenterveystaitoja.

Perhe on yksi tärkeimmistä nuoren voimavaroista ja myös nuoren turvaverkon perusta. Nuoren elämään kuuluvilla yhteisöillä on myös merkittävä rooli nuoren hyvinvoinnin vahvistamisessa. Esimerkiksi nuoren mahdollisuus tulla kuulluksi ja kohdatuksi ryhmässä on merkittävä itsetuntoa tukeva tekijä. Nuoren kasvua ja mielenterveyttä voidaan tukea vahvistamalla nuoren itsetuntemusta ja rohkaisemalla nuorta omien tunteiden tunnistamiseen ja ilmaisemiseen sekä omien selviytymistaitojen tiedostamiseen ja kehittämiseen.

Mielenterveyden ulottuvuudet

Mielen hyvinvoinnin mallissa (Kuva 1.) havainnollistetaan sitä, mistä mielenterveys rakentuu ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat. Mielenterveydellä on psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen ulottuvuuden lisäksi myös henkinen, tiedollinen ja seksuaalinen ulottuvuus.



Kuva 1. Mielen hyvinvoinnin malli (©Hannukkala & Törrönen, Suomen Mielenterveysseura 2009).

Mallissa psyykkistä ulottuvuutta kuvaavat muun muassa itsetuntemuksen, ongelmanratkaisutaitojen sekä tunnetaitojen harjoittelemine ja vahvistaminen. Fyysisen ulottuvuuden kannalta olennaista on itsestään huolehtiminen, esimerkiksi riittävän unen ja levon, arjen rytmin sekä ravinnon ja liikunnan osalta. Sosiaaliseen ulottuvuuteen kuuluvat ihmissuhdetaidot, kuten vuorovaikutus- ja tunnetaidot, sekä turvaverkostaan huolehtiminen. Sosiaalinen tuki ja yhteisöllisyys, samoin kuin oma lähipiiri, perhe, koulu ja työ, ovat kes-

keisiä mielenterveyttä tukevia tekijöitä. Mielenterveyden henkinen ulottuvuus sisältää arvojen ja arvostusten pohtimisen ja ymmärtämisen sekä elämäntietoisuuskysymykset.

Kun mielenterveyttä tarkastellaan opittavissa olevina tietoina ja taitoina, voidaan siihen liittää mukaan tiedollinen ulottuvuus. Tämä tarkoittaa, että ymmärrys ja osaaminen antavat valmiuksia mielenterveystietojen ja -taitojen harjoitteluun, soveltamiseen omassa elämässään. Seksuaalisuus on keskeinen osa ihmisyhteyttä. Seksuaaliterveyden ja mielenterveyden rakentumista tukevat muun muassa omien arvojen ja elämän merkityksen vahvistaminen, itsetunnon tukeminen sekä tunne- ja sosiaalisten taitojen harjoittelu. (Hannukkala & Törrönen 2009; Heiskanen, Salonen & Sassi 2006.)

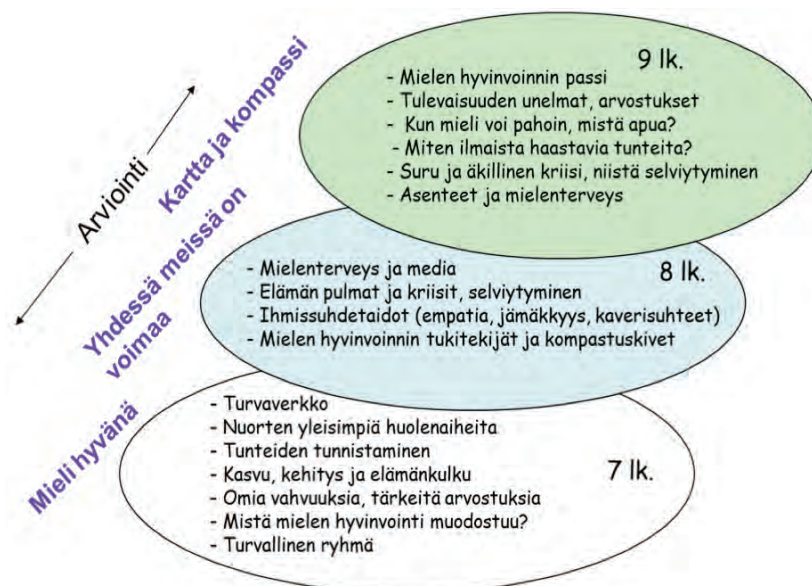
Kaikki mielenterveyden ulottuvuudet vaikuttavat koettuun olotilaan ja ovat olemassa lomittain toistensa kanssa. Mielenterveys kehittyy ihmisen, lähiympäristön ja yhteisön vuorovaikutuksessa ja vaihtelee eri elämänvaiheissa. Yhteiskunnassa vallitsevat kulttuuriset arvot, rakenteet ja resurssit voivat tukea ja vahvistaa yksilön mielenterveyttä, mutta toisaalta esimerkiksi resurssien niukkuus voivat heikentää koettua terveyttä ja hyvinvointia. Myös yhteisöllisyyden merkityksestä mielenterveyteen on viime vuosina kirjoitettu paljon. Kulttuuriset arvot, kuten oikeudenmukaisuus ja ihmisoikeudet sekä mielenterveyden yhteiskunnallinen arvostus ja mielen sairauksien leimaavuus vaikuttavat siihen, miten mielenterveydestä yhteiskunnassa puhutaan. (Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E. & Ahonen, J. 1999.)

Mielenterveys on voimavara, jonka keräämiseen ja käyttämiseen tarvitsemme tietoa ja taitoa, koko elämämme ajan. Seuraavaksi tarkastelemme, millaisia mahdollisuuksia meillä on vahvistaa lasten ja nuorten parissa työskentelevien aikuisten tietoja ja taitoja mielenterveydestä voimavarana ja siten edistää lasten ja nuorten mielenterveyttä.

Mielenterveyden opettaminen koulussa

Mielenterveyden opetuskokonaisuus terveystietoon

Mielenterveyteen liittyviä elämäntaitoja voidaan tukea ja vahvistaa, opettaa ja oppia jokaisen omassa arjessa ja elämässä. Tällaisia mielenterveyttä tukevia elämäntaitoja ovat esimerkiksi itsetunnon tukeminen, tunnetaitojen harjoittelu ja haastavista elämäntilanteista puhuminen ja avun etsiminen. Seuraava kuva (Kuva 2.) kokoaa yhteen teemoja, joita käsitellään kehittämässämme mielenterveyden opetuskokonaisuudessa.



Kuva 2. Mielen hyvinvoinnin opetuskokonaisuuden aihepiirit (Mielen hyvinvointi -Opetuskokonaisuus terveystietoon, Hannukkala & Törrönen 2009, Suomen Mielenterveysseura.)

Mielenterveysseuran Osaan ja Kehityksen -hankkeessa (OK -hanke 2006–2009) kehitetty Mielen hyvinvointimateriaalipaketti sisältää opettajan tuntisuunnitelmat 7., 8. ja 9. luokille, Hyvän mielen kuvakortit ja pelikortit, Mielen saaret -tietokonepelin, Kasvun voimaa -luento-DVD:n sekä vanhempainilta-aineiston. Kehittämisyhteistyö opettajien kanssa ja heiltä saadut palautteet ja kokemukset materiaalin käytöstä muokkasivat siitä käytännöllisen ja toimivan työvälineen opettajalle.

Kokemuksia mielen hyvinvoinnin koulutuksesta ja opettamisesta yläkouluissa

Terveystietoa opettavien opettajien palaute Mielen hyvinvoinnin opetusmateriaalista ja kahden päivän opettajakoulutuksesta on ollut innostunutta. Materiaali tarjoaa opettajille uusia ideoita ja vinkkejä siitä, miten mielenterveysteemoja voidaan käsitellä voimavaranäkökulmasta, osana terveystiedon opetusta. Mielen hyvinvointi -materiaalin sisällöt etenevät ikätason sekä nuoren kasvun ja kehityksen mukaan ja muodostavat kokonaisuuden mielenterveyden opetuksesta osaksi perusopetuksen terveystiedon opetusta.

Koulutuksen luento-osuudet mielenterveydestä voimavarana, tunteista ja tunnetaidoista sekä kriiseistä ja niistä selviytymisestä ovat tuoneet monelle opettajalle uutta näkökulmaa ja innoitusta mielenterveysaiheen käsittelyyn koulussa. Näin toteaa yksi koulutuksen käynyt opettaja: ”Mielen hyvinvoinnin tukeminen tulee olemaan koko terveystiedon opetukseni lähtökohtana. Se olisi se punainen lanka, joka kulkisi pohjimmaisena ajatuksena, oli aiheena ensisijaisesti sitten päihteet, seksuaalisuus tai vaikkapa fyysinen kehittyminen. Kaikki osa-alueethan terveystiedossa voidaan ajatella pyrkimyksinä kohti tervettä mieltä, toki painotuksia aihealueittain vaihdellen. Tämän oivalluksen sain mielen hyvinvoinnin opettajakoulutuksessa.” (Opettaja, Tampere 2010).

Opetusmenetelmällisen osaamisen vahvistaminen on tärkeä osa koulutusta. Sekä koulutus että materiaali rohkaisevat opettajia kokeilemaan monenlaisia pedagogisia ratkaisuja tunteihin; opettaja tuntee ryhmänsä ja voi valita ryhmälleen sopivan tavan opiskella teemaa. ”Pidin opetukseen annettuja menetelmiä virkistävinä ja koulutus rohkaisi minua käyttämään toisenlaisia opetusmenetelmiä!” vahvisti eräs miespuolinen terveystiedon opettaja. Toinen opettaja kertoo oppilaiden näkökulman opetusmenetelmien käytöstä: ”Etenkin kahdeksannen luokan oppilaat kyselevät aina tunnin alussa, että kai me tehään taas jotain juttui ennen kuin aletaan opiskella? Eivät parat edes huomaa, että päivän asiaa on käsitelty jo hyvän tovin ennen kuin kynä otetaan esille.”

Jokainen opetuskerta on rakennettu kolmen keskeisen kysymyksen kautta:

- Mitä opitaan ja miksi? (tavoitteet ja teoria)
- Miten opitaan? (sovellus) ja
- Mitä opittiin? (kokoaminen ja arviointi).

Turvallisen ryhmän rakentaminen luo pohjaa opiskelulle ja työrauhalle. Materiaalin harjoitukset tukevat ryhmäytymistä ja muistuttavat siitä, että sen vahvistaminen on tärkeää koko yläkoulun ajan. Mielen hyvinvoinnin teemoista opettaja saa kokonaiskuvan siitä, mitä on tärkeää opettaa, miksi se on tärkeää ja miten aiheen voi opettaa.

”Tällainen materiaali auttaa ja helpottaa, kun voi myös antaa käytännön esimerkkejä”, kertoo eräs materiaalia kokeilleista opettajista. Monissa palautteissa tuli esille se, että oppituntien suunnittelu helpottuu, kun työvälineenä on materiaali, jossa on selkeä rakenne, toimivia pohjia sekä runsaasti toiminnallisia tehtäviä. Materiaalissa on myös mielenterveyden tietojen arviointia varten luokkakohtainen koepankki sekä pisteytys ehdotuksia.

Helmiä opetukseen – vinkkejä nuoren kanssa työskentelyyn

Materiaalin konkreettisia helmiä mielen hyvinvoinnin käsittelyyn ovat muun muassa Mielen hyvinvoinnin käsi, kuvakorttien käyttö opetuksessa ja Mielen hyvinvoinnin passi.

Mielen hyvinvoinnin käsi

Mielenterveyttä on konkretisoitu oppilaille muun muassa ”käsimallin” avulla (Kuva 3.). Käden sormet edustavat jotain mielenterveyden osatekijää (esimerkiksi uni/lepo, ruokailu, yhdessä tekeminen tai ihmissuhteet), joihin jokainen voi omalla toiminnallaan vaikuttaa.



Kuva 3. Mielen hyvinvoinnin käsi (Lähde: Mielenterveystaidot kasvuun -hankkeet. Suomen Mielenterveysseura).

Tämä ”tassuteoria” havainnollistaa nuoren arjessa olevia mielenterveyttä tukevia tekijöitä. Käsimallin voi antaa myös kotitehtäväksi. Nuori voi miettiä yhdessä vanhempiensa kanssa, mitä mielenterveyttä tukevia asioita nuorella on omassa arjessaan ja mitä osa-aluetta olisi tärkeää vahvistaa nuoren elämässä. Arjen perusasioita tukemalla vahvistetaan nuoren mielenterveyttä. Monet opettajat ovat todenneet, että käsimaliin voi hyvin nivoa muita opetuksen sisältöjä, kuten ihmissuhdetaitoja, seksuaaliterveyttä tai päihdekasvatusta.

Seitsemännellä luokalla on useita kotitehtäviä, joiden avulla kotona voi keskustella luontevasti hyvinvoinnista. Niiden kautta kotiväki tulee tietoiseksi siitä, mistä terveystiedossa puhutaan. Joissakin kouluissa käytetään mielen hyvinvoinnin kättä myös vanhempainvarteissa keskustelun tukena.

Tunnetyöskentelyä kuvakorttien avulla

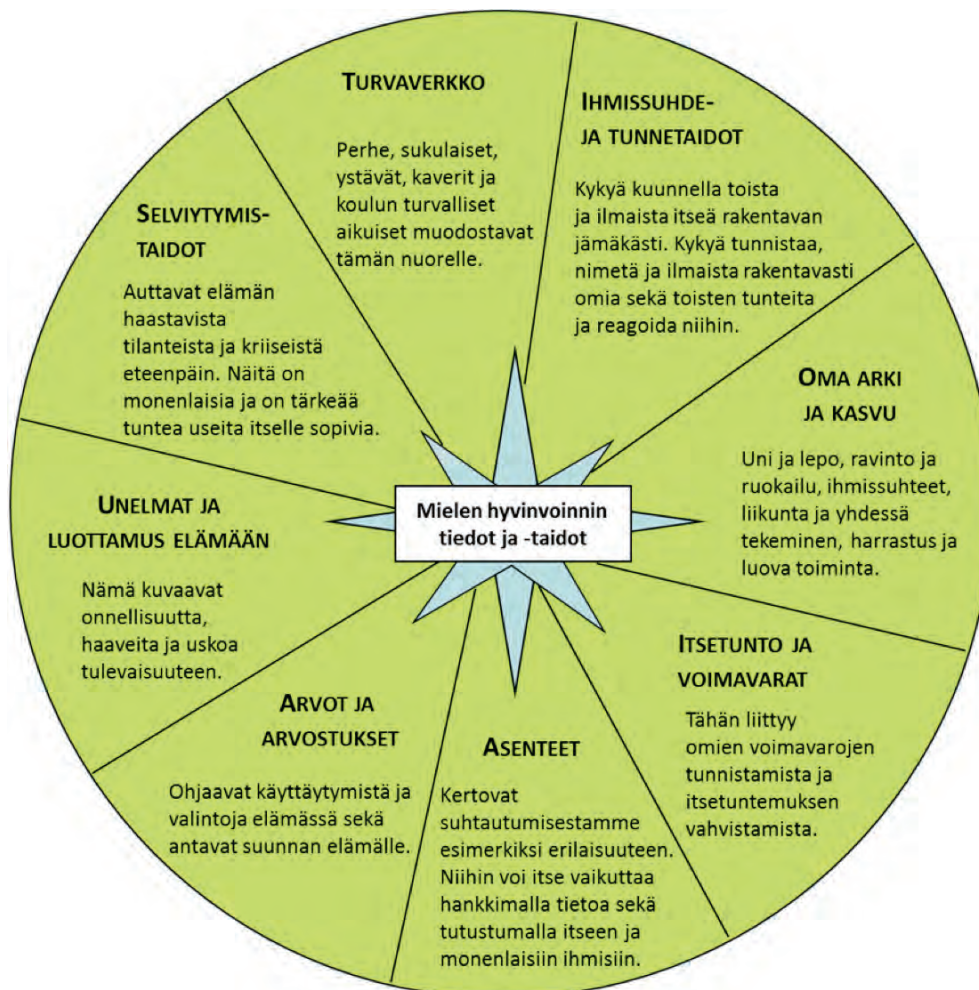
Tunteiden tunnistaminen ja niiden sanoittaminen on tärkeä mielenterveystaito, joka vahvistaa itsetuntemusta sekä nuoren kykyä rakentaa ja ylläpitää kaverisuhteita. Tunnetaidot antavat myös tukea selviytyä haastavista elämäntilanteista. Koulutuksen käynyt opettaja kertoo, miten hän on hyödyntänyt tunnetyöskentelyssä kuvakortteja:

”Opiskelijat saivat valita kuvakorttipakasta yhden kuvan, joka kuvaisi parhaiten heidän tunnelmiaan työskennellessään itsenäisesti nettitehtävien parissa. Oppilaat innostuivat kuvista ja yllättivät toisensa ja opettajan kertoessaan avoimesti ja seikkaperäisesti tunteistaan ja tunnelmistaan sekä niiden aiheuttajista. Tunteista puhuminen vapautti tunnelmaa ja lisäsi ymmärrystä, miksi eri henkilöt kokivat asiat eri tavoin. Se lisäsi luokan yhteenkuuluvuuden tunnetta kun saivat jakaa kokemuksiaan.” (Opettaja, Helsinki 2009)

Tunnetyöskentelyn kautta opitaan tunnistamaan, nimeämään ja ilmaisemaan koko tunteiden kirjoa. Myös tunnesanalistat ovat hyvä apuväline työskentelyssä. Tunteiden sanoittaminen helpottuu, kun oppilas voi etsiä listasta sekä perustunteita että tunteiden eri sävyjä. Opetusmateriaalissa yksi listoista on tehty auringon muotoon. Eräs opettaja kertoi käyttävänsä aurinkoa joka tunnin alussa, kun pohditaan, mitä tunteita tänään on koettu. Toinen opettaja kuvasi, että tunneaurinko on toimiva malli kuvaamaan tunteiden kirjoa. Opettajat hyödyntävät tunneaurinkoa ja kuvakortteja myös tarinoiden kirjoittamisessa.

Mielen hyvinvoinnin passi

Kolmen vuoden opetuskokonaisuudesta muodostuu Mielen hyvinvoinnin passi (Kuva 4.). Passiin on koottu keskeisiä mielen hyvinvoinnin tietoja ja taitoja, joita jokainen voi harjoitella ja vahvistaa omassa elämässään. Jokaisella peruskoulunsa päättävällä yhdeksäsluokkaisella on terveystiedon opetussuunnitelman (2004) tavoitteiden ja sisältöjen perusteella oikeus saada tietoa ja osaamista laaja-alaisesti mielenterveydestä voimavarana mukaansa oman elämänsä ”reppuun”. Tietoihin ja taitoihin kuuluvat muun muassa nuoren arki ja kasvu, itsetunto ja voimavarat, arvot ja arvostukset, turvaverkko, selviytymisen taidot ja ihmissuhde- ja tunnetaidot.



Kuva 4. Mielen hyvinvoinnin passi. (Lähde: Mielen hyvinvointi -opetuskokonaisuus terveystietoon. Hannukkala & Törrönen 2009, Suomen Mielenterveysseura.)

Kohti hyvän mielen koulua

Hyvän mielen koulun rakentaminen on pitkäjänteistä työtä ja edellyttää moniammatillista yhteistyötä sekä koulussa että kuntatasolla, kuin myös kotien kanssa. Yhteistyö koulujen kanssa 2000-luvulla osoittaa, että

voimavaralähtöisten mielenterveystietojen ja -taitojen opetus antaa välineitä ja malleja rakentaa kouluuyhteisön hyvinvointia pitkäjänteisellä työllä.

Kaikilla lasten ja nuorten kanssa työtä tekevillä tulisi olla riittävä ammatillinen tieto, taito ja osaaminen nuoren kasvun, kehityksen ja mielenterveyden tukemisesta osana päivittäistä työtään lasten ja nuorten parissa. Mielen hyvinvoinnin opettajakoulutus tukee opettajan ammattitaitoa ja antaa välineitä myös nuorten kohtaamiseen. Eräs opettaja kertoo omasta matkastaan:

”Mielen hyvinvoinnin koulutus tuki monella tavoin omaa ammatillista kasvuani. Kurssin jälkeen olen pystynyt pysähtymään kohtaamaan oppilaan aidosti. Enää ei ole niin kiire seuraavaan asiaan tai seuraavalle tunnille. Ajattelen, että on korvaamattoman tärkeää olla aidosti läsnä oppilaille”.

Opettajat pitävät arvokkaana myös kollegoiden kohtaamista opettajakoulutuksissa. He pääsevät jakamaan ajatuksia ja kokemuksia sekä myös kokeilemaan itse toisten opettajien kanssa, miltä tuntuu harjoitella mielenterveystaitoja oppilaiden tavoin. Koulutus on tukenut myös opettajan omaa jaksamista ja hyvinvointia. Opettaja kertoo koulutuskokemuksestaan:

”Hankalimmatkaan tilanteet eivät tuntuneet niin pahoilta, kun niistä kertoi poreammeen lämmössä. Hyviä opetusvinkkejä tuli vaihdettua ja kurssimateriaalin läpikäyminen toisen kanssa selvitti, millaisia mahdollisuuksia kansio oikein sisältääkään. Kurssilla yhdessä tekeminen, erilaiset harjoitukset (esim. katsekontaktipiiri) toimivat esimerkin tavoin, näitähän voisin keilla omassa luokassakin.”

Perusopetuksen kautta on mahdollista tavoittaa koko ikäluokka. Nuori harjoittelee ihmissuhdetaitojaan sekä kykenee löytämään ja käyttämään omia vahvuuksiaan ja selviytymään vaikeissa tilanteissa, kunhan tähän tarjotaan määrätietoisesti mahdollisuuksia ja opetusta. Lasten ja nuorten mielenterveyttä tukevaan voimavaralähtöiseen työhön tarvitaan koko kouluuyhteisön panosta, johdon osaamista ja tukea, yhteistyötä kodin ja koulun välillä, sekä riittävästi ja sitoutuneesti ohjattua taloudellista resurssia. Myös opettajakoulutuksessa tällaiseen työhön tulee saada koulutusrakenteeseen aikaa ja tilaa. Haasteena on saada yliopistollinen opettajakoulutus sitoutumaan tulevien opettajien ja kasvattajien mielenterveysosaamisen vahvistamiseen osana perustutkintokoulutusta. Perustutkintokoulutuksessa opettajalle kertynyt mielenterveystietojen ja taitojen osaaminen välittyy opettajan työssä lapsille ja nuorille ja tätä kautta tulevien sukupolvien hyvinvoinnin hyväksi. Mielenterveysseura on osana kehittämistyötä rakentanut yliopistollista yhteistyötä muun muassa kehittäen pilottikoulutukset yliopistossa opiskeleville sekä siellä opettajina toimiville.

Mielenterveyden voimavaralähtöinen lähestyminen on tärkeää ottaa huomioon päätöksenteossa ja tehdä rakenteellista uudistusta tältä pohjalta. Meillä on riittävästi tutkittua tietoa, koulutusmalleja, työvälineitä ja osaamista vahvistaa niitä lasten ja nuorten päivittäisessä elämäpiirissä olevia rakenteita, jotka tukevat hyvinvointia. Neuvola-, päiväkotijärjestelmämme tarjoavat mahdollisuuden lapsen, nuoren ja perheen mielenterveystietojen ja -taitojen tukemiseen, kun voimavaralähtöinen ajattelu ja toimintatavat otetaan niissä käyttöön.

Mielenterveyttä edistävän työn on tärkeää vakiintua opetuksen kehittämiseen ja laatuarviointiin kunnissa. Mielenterveysseura, yhteistyössä kuntien ja oppilaitosten kanssa, haluaa kehittää edelleen tietotaitoa voimavara- lähtöisestä mielenterveydestä. Tavoitteena on saattaa mielenterveysosaaminen kansalaistaidoksi lasten ja nuorten kanssa työskenteleville ammattilaisille, ja tätä kautta lasten, nuorten ja perheiden hyväksi.

Kirjallisuus

Hannukkala, Marjo & Törrönen, Soile: Mielen hyvinvointi - opetuskokonaisuus terveystietoon. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura, 2009.

Heiskanen, Tarja, Salonen, Kristina & Sassi, Pirkko: Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: SMS-Tuotanto, 2006.

Lahtinen, Eero, Lehtinen, Ville, Riikonen, Eero & Ahonen, J. (toim.). Framework for promoting mental health in Europe.

- Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health. Helsinki: Stakes, 1999.
- Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004. Opetushallitus, 2004. http://www02.oph.fi/ops/perusopetus/pops_web.pdf
- Suomen Mielenterveysseura. Mielenterveysseuran arvot ja tavoitteet. SMS, 2012. http://www.mielenterveysseura.fi/mielenterveysseura/arvot_ja_tavoitteet
- World Health Organization. Mental health: strengthening our response. WHO, 2010. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- Kirjoituksen tukena käytetyt muut lähteet:*
- Aalberg, Veikko & Siimes, Martti: Lapsesta aikuiseksi. Nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Jyväskylä: Nemo, 2007.
- Aalberg, Veikko: Kasvun voimaa – DVD. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura, 2009.
- Erkko, Anna. & Hannukkala, Marjo: Nuorisoverkkoprojekti. Mielen hyvinvoinnin työkalut verkkoon nuoriso-ohjaajille ja nuorten hyväksi. Raportti. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura, 2011.
- Herron, S & Mortimer, R. "Mental Health": A Contested Concept. Teoksessa M.C. Murray & C.A. Reed (toim.). Promotion of Mental Health, Vol 7. Aldershot: Ashgate, 2000.
- Heiskanen, Tarja & Salonen, Kristina: Miten hoidan mielenterveyttäni. Helsinki: SMS-Julkaisut, 1997.
- Sohlman, Britta: Funktionaalisen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Stakes: Tutkimuksia 137. Helsinki: Stakes, 2004.
- Törrönen, Soile, Hannukkala, Marjo, Ruuskanen, Ulla & Korhonen, Elina: Hyvinvoiva oppilaitos. Mielen hyvinvoinnin opetus- ja koulutusaineisto toisen asteen oppilaitoksiin. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura, 2011.

2.8.3 Kiusaamista Vastaan peruskoulussa—KiVa Koulu -ohjelma toimii!

Annarilla Ahtola

Mistä KiVa sai alkunsa?

Suomalaislasten koulumenestys on erinomaista: OECD:n kansainvälisissä PISA-tutkimuksissa suomalaisoppilaiden tulokset ovat huippuluokkaa niin lukemisessa, kirjoittamisessa, matematiikassa kuin luonnontieteissäkin. Suomalaisten lasten ja nuorten psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi on sen sijaan herättänyt huolta jo pidemmän aikaa. Maailman terveysjärjestön WHO:n tekemä kouluviihtyvyyden kansainvälinen vertailu (Samdal, Dür & Freeman 2004), jossa suomalaiset sijoittuivat häntäpäähän, käynnisti silloisen opetusministerin Antti Kalliomäen johdolla kouluhyvinvointihankkeen. Sen yhtenä osana oli kiusaamiseen puuttuminen valtakunnallisen toimintaohjelman avulla. Opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittama kehittäminen alkoi Turun yliopiston psykologian oppiaineen ja Oppimistutkimuksen keskuksen yhteistyönä. Ohjelma sai nimekseen KiVa Koulu; työskennellään Kiusaamista Vastaan.

Koulu hyvinvoinnin lähteenä

Kun halutaan edistää kaikkien lasten ja nuorten hyvinvointia ja ennaltaehkäistä erilaisten ongelmien syntyä ja pahenemista, on keskityttävä muokkaamaan niitä elinympäristöjä, joissa lapset ja nuoret elävät arkeaan. Kodin ohella merkittävimmät kasvu ympäristöt ovat varhaiskasvatus ja peruskoulu, joissa vietetään jopa valtaosa valveillaoloajasta. Koulun mahdollisuudesta tukea lasten ja nuorten tasapainoista ja tervettä kehitystä ja kasvua on keskusteltu kansainvälisessä kirjallisuudessa jo puolen vuosisadan ajan (ks. esim. Gordon 1983; Lambert 1965; Merrell & Buchanan 2006). Koulu ei ole vain paikka, jossa opitaan, soisalistutaan ja valmistaudutaan työelämään, vaan kaikki kouluasteet varhaiskasvatuksesta alkaen ovat oivallisia paikkoja myös hyvinvointioppimiseen (Rimpelä 2008). Suomalaisen peruskoulun tehtävänä on sekä opetus että kasvatus: ”- tavoitteena on tukea oppilaiden kasvua ihmisyyteen ja eettisesti vastuukykyiseen yhteiskunnan jäsenyyteen sekä antaa heille elämässä tarpeellisia tietoja ja taitoja” (Perusopetuslaki 2 §).

Koulun merkitys lasten ja nuorten hyvinvoinnille on laaja-alainen. Yksi keskeinen osa koulunkäyntiä ovat muut lapset ja nuoret, vertaisryhmä (ks. esim. Salmivalli 2005). Nuoruusiässä kaverien merkitys lisääntyy entisestään, kun nuori alkaa vähitellen itsenäistyä vanhemmistaan ja lapsuudenperheestään. Onnistuneet suhteet ikätovereihin lisäävät hyvinvointia, kun taas negatiiviset kokemukset toveriryhmässä tai ystävän puuttuminen ovat riski hyvinvoinnille. Koulunkäynti perustuu lasten ja nuorten yhteiselle toiminnalle ryhmissä, joten terveiden sosiaalisten suhteiden tukemiselle on koulussa sekä hyvä peruste että mah-

dollisuus. Sitä edellyttää myös perusopetuslaki, jonka 29 § mukaan oppilaalla on oikeus turvalliseen opiskeluympäristöön ja oppilaita on suojattava väkivallalta, kiusaamiselta ja häirinnältä. KiVa-toimenpideohjelma tuo koulujen ulottuville toimivia vaikuttamiskeinoja.

Mitä kiusaaminen on?

Kiusaamisella tarkoitetaan negatiivista toimintaa, joka on tahallista ja jossa yhdelle ja samalle lapselle aiheutetaan toistuvasti pahaa mieltä. Kiusaaja ja kiusattu eivät ole tilanteessa tasaväkiset, ja kiusatun on jostain syystä vaikea puolustaa itseään (Olweus 1999). Satunnainen kiusoittelu, joka kohdistuu milloin kehenkin, tai tasaväkisessä asemassa olevien lasten riitely tai nahistelu eivät ole kiusaamista, vaikka niihinkin usein tarvitaan aikuisen puuttumista. Tavallisimmin kiusaaminen on sanallista: nimittelyä, pilkkaamista tai naurunalaiseksi tekemistä. Epäsuora kiusaaminen tarkoittaa sitä, että manipuloinnin tai juurujen avulla pyritään sulkemaan kiusattu ryhmän ulkopuolelle. Sanallista ja epäsuoraa kiusaamista voi tapahtua myös netissä tai puhelimitse. Kiusaaminen voi olla myös fyysistä tai omaisuuteen kohdistuvaa.

Kiusaaminen on ryhmäilmiö

Kiusaamista tarkastellaan nykyään ensisijaisesti ryhmäilmiönä, sen sijaan että pohdittaisiin pelkästään kiusaajaan ja kiusattuun liittyviä henkilökohtaisia ominaisuuksia, joka vaikuttavat heidän käytökseensä. Kiusaamisen keskeisimpänä syynä pidetään vallan ja aseman tavoittelua ryhmässä. Tässä kiusaaja onnistuu, kun hän valitsee uhrikseen epävarman ja aran toverin, jonka asema ryhmässä on ehkä jo valmiiksi huono ja jolla on vain vähän, jos ollenkaan, ystäviä. Näin kiusaaja varmistaa, etteivät ryhmän muut jäsenet ryhdy puolustamaan kiusattua vaan hän itse selviää tilanteesta voittajana.

Koska kiusaamisen syynä on vallan ja aseman tavoittelu, on tärkeää tarkastella toveriryhmän käyttäytymistä ja palautetta kiusaamistilanteessa (Salmivalli 1998; Salmivalli 2010; Salmivalli, Lagerspetz, Björkqvist, Kaukiainen & Österman 1996). Kiusaamista todistavat muut lapset ja nuoret viestittävät suoraan tai epäsuorasti, miten he suhtautuvat kiusaamiseen. Hyväksynnän tai jopa ihailun merkit palkitsevat kiusaajaa. Kiusaamisen vastaisessa työssä onkin keskeistä pyrkiä vaikuttamaan tähän toveriryhmään sen sijaan että yritettäisiin vain saada kiusaaja lopettamaan toimintansa. Mikäli kiusaaja huomaa, ettei kiusaaminen tuota enää toivottua tulosta eli ylläpidä tai kohenna hänen asemaansa ryhmässä, kiusaaminen vähenee tai loppuu.

Kärnä, Voeten, Poskiparta ja Salmivalli (2010) havaitsivat tutkimuksessaan, että kiusaamiseen vaikuttavat sekä yksilötason riskit että luokkatason tekijät. Yksittäisten oppilaiden kohdalla sosiaalinen ahdistuneisuus ja torjutuksi tuleminen olivat yhteydessä kiusatuksi joutumiseen, mutta tämä yhteys heikkeni tai vahvistui riippuen siitä, millaiset koko luokan kiusaamisnormit olivat. Mitä enemmän luokassa vahvistettiin kiusaamiskäyttäytymistä ja mitä vähemmän puolustettiin uhria, sitä todennäköisempää oli, että ahdistunut tai torjuttu oppilas joutui kiusatuksi.

Suurin osa koululaisista pitää kiusaamista huonona asiana: kiusaaminen on väärin, se tuntuu pahalta kiusatusta ja se pitäisi saada loppumaan. Kuitenkaan harva lapsi tai nuori asettuu kiusaamistilanteessa aktiivisesti kiusatun tueksi kiusaajaa vastaan. Syynä tähän on tavallisesti pelko joutua itsekin kiusatuksi. Tämä onkin ehkä pahinta kiusaamisessa: kiusatusta oppilaasta voi tuntua, että kaikki ovat kiusaajan puolella häntä vastaan, vaikkei tämä olisikaan totta. Kiusatun puolustamisella on jo sinällään suuri merkitys, vaikkei se saisikaan kiusaamista heti loppumaan.

Kiusaaminen on kehityksellinen riski

Kiusaamisen haitallisuus lienee itsestäänselvää, ja sen ovat vahvistaneet myös monet tutkimukset. Kiusatuksi tuleminen liittyy muun muassa masentuneisuuteen, ahdistukseen ja psykosomaattisiin oireisiin sekä epävarmuuteen ja torjutuksi tulemiseen luokkatovereiden taholta (Arseneault, Bowes, & Shakoor 2009; Fekkes, Pijpers & Verloove-Vanhorick 2004; Hawker & Boulton 2003). Kiusaamisen uhriksi joutumisen kielteiset vaikutukset voivat kestää aikuisuuteen saakka. Kouluaikaisen kiusaamisen on todettu olevan yhteydessä esimerkiksi aikuisiän masentuneisuuteen (Isaacs, Hodges & Salmivalli 2008; Ttöfi, Farrington, Lösel & Loeber 2011).

Suomessa 2000-luvun aikana tapahtuneiden räjähdys- ja koulusurmatapausten yhteydessä on ollut esillä näihin tekoihin syyllistyneiden asema toverioppiirissä. Julkisuudessa on arvioitu, että nämä tekijät olisivat olleet kiusaamisen uhreja. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin 15 kouluampumistapausta, havaittiin lähes kaikkien ampujien olleen jonkinlaisen kiusaamisen tai torjunnan kohteena (Leary, Kowalski, Smith & Phillips 2003). Ampujat ovat saattaneet perustella tekoaan sillä, miten heitä on koulussa kohdeltu. Leary ja kollegat arvioivat, että riski koulusurmaan saattaa lisääntyä silloin, kun oppilas on kiusattu ja lisäksi kärsii psyykkisistä ongelmista, on kiinnostunut aseista tai räjähteistä tai on viehtynyt kuolemasta.

Kiusaaminen on riski myös kiusaajan kehitykselle ennustaen esimerkiksi myöhempää rikollista käyttäytymistä (Farrington, Loeber, Stallings & Ttofi 2011; Sourander et al. 2007). Kiusaamisen haitalliset vaikutukset näkyvät jopa niissä lapsissa ja nuorissa, jotka joutuvat todistamaan kiusaamista (Nishina & Juvonen 2005; Rivers, Poterat, Noret, & Ashurst 2009).

Mitä KiVa-ohjelma sisältää?

KiVa-ohjelma pyrkii vaikuttamaan oppilaiden sosiaalisiin suhteisiin kolmella tavalla. Ensinnäkin kaikkia oppilaita rohkaistaan tukemaan kiusattua oppilasta sen sijaan, että he palkitsevat kiusaajaa tämän käyttäytymisestä. Toiseksi kiusaajille viestitetään, ettei heidän käytöstään hyväksytä koulussa. Kolmanneksi KiVa tarjoaa aikuisille, niin koulussa kuin kotonakin, tietoa kiusaamisesta sekä välineitä ehkäistä sitä ja saada se loppumaan. KiVa-toimenpideohjelma sisältää konkreettiset välineet kahdenlaiseen vaikuttamiseen: Ensinnäkin pyritään tukemaan hyviä sosiaalisia suhteita ja ennaltaehkäisemään kiusaamistapausten syntymistä. Toiseksi tarjotaan konkreettinen toimintamalli, jolla jo syntynyt kiusaaminen saadaan loppumaan. Koululle tarkoitetuista materiaaleista on kolme eri versiota: alakoulun vuosiluokille 1 ja 4 sekä yläkoulun vuosiluokalle 7. Toistaiseksi opetus- ja kulttuuriministeriö on rahoittanut KiVa-materiaalit sekä alkukoulutuksen kaikille peruskouluille, jotka ovat halunneet ottaa KiVa-ohjelman käyttöön. KiVa-opettajanoppaat on suunniteltu niin, että ohjelmaa pystyy käyttämään ja voi käyttää myös ilman koulutusta. Oppaat tarjoavat runsaasti taustatietoa, ja ne sisältävät konkreettiset tuntisuunnitelmat ja muut ohjeet.

Ennaltaehkäisevät toimenpiteet

Ennaltaehkäisevien toimenpiteiden tarkoituksena on saada oppilaat ymmärtämään kiusaaminen ilmiönä, jonka jatkumiseen ja loppumiseen he voivat ja heidän tulisi itse vaikuttaa. Vaikka vierestä seuraavat tai pois kääntyvät oppilaat eivät ole vastuussa kiusaamisesta, he ovat kuitenkin osaltaan vastuussa sen loppumisesta, koska heidän käytöksensä vaikuttaa kiusaajaan.

Ennaltaehkäisevän osuuden kulmakivi ovat vuosiluokilla 1 ja 4 KiVa-oppitunnit (10 kaksoistuntia lukuvuodessa) ja vuosiluokalla 7 KiVa-teemat (esimerkiksi neljä teemapäivää lukuvuodessa). Oppitunneilla ja teemoissa käsitellään kullekin ikätasolle sopivalla tavalla ryhmän toimintaan, tunteisiin ja vuorovaikutukseen sekä kiusaamiseen ja siihen puuttumiseen liittyviä aiheita. Tunneilla ja teemapäivien aikana mietitään esimerkiksi niitä keinoja, joilla voi asettua kiusaamista vastaan ja puolustaa kiusattua. Opettajan oppaat sisältävät ohjeet muun muassa opetuskeskusteluihin ja toiminnallisiin harjoituksiin sekä paljon erilaista materiaalia, kuten lyhytfilmejä ja diaesityksiä. Verkko-oppimisympäristöstä löytyy alakoululaisille KiVa-peli ja yläkoululaisille KiVa street, jotka tarjoavat mahdollisuuden harjoitella ja soveltaa oppitunneilla tai teemoissa käsiteltyä kiusaamisen vastaista toimintaa. Verkko-oppimisympäristöä voi käyttää sekä koulusta että kotoa käsin. Lisäksi KiVa-ohjelma sisältää monipuolisen vanhempien oppaan sekä julisteita ja välituntivalvojen liivejä koulun henkilöstön käyttöön.

Akuutit kiusaamistilanteet

Akuutteihin kiusaamistilanteisiin reagoi koulutiimi, johon kuuluu vähintään kolme koulun opettajaa tai muuta oppilashuollon työntekijää. Kun opettajan tai muun koulun aikuisen tietoon tulee epäily kiusaamisesta, ensimmäinen askel on selvittää, onko todella kyse systemaattisesta kiusaamisesta. Mikäli näin on, asia ohjataan koulutiimin hoidettavaksi. Koulutiimin jäsenet keskustelevat erikseen sekä kiusatun että kiusaajan tai kiusaajien kanssa. Koulutiimi seuraa systemaattisesti, että kiusaaminen todella loppuu ja että muutos on pysyvä. Seurantakeskusteluissa voidaan tavata sekä kiusattu että kiusaajat yhdessä, mikäli kiusattu niin haluaa. Koulutiimin järjestämien keskustelujen lisäksi luokanopettaja valitsee luokasta muutaman

sellaisen luokkatoverin, joiden arvioi voivan vaikuttaa ryhmän toimintaan. Luokanopettaja keskustelee näiden oppilaiden kanssa siitä, että heidän apuaan tarvitaan, jotta oppilas X voisi tuntea olonsa paremmaksi. Yhdessä pohditaan, miten nämä oppilaat voisivat tukea kiusattua toveriaan.

KiVa-ohjelmassa ei siis suositella mallia, jossa kutsutaan isoon neuvotteluun sekä kiusatun että kiusaajan tai kiusaajat perheineen. Isoja neuvotteluja voi olla vaikea pitää asiallisina ja hallinnassa. Lisäksi KiVa-ohjelma korostaa koulun ja toveriryhmän vastuuta ja mahdollisuutta vaikuttaa toimintaan, joka tapahtuu (pääosin) koulussa. Vaikka vanhemmilla on keskeinen rooli lastensa kasvattajina, heidän konkreettiset mahdollisuutensa vaikuttaa siihen, mitä koulupäivän aikana tapahtuu, ovat paljon heikommat.

KiVa-ohjelma vähentää kiusaamista ja lisää hyvinvointia

KiVa-toimenpideohjelman kehittämiseen on liittynyt laaja vaikuttavuustutkimus, jossa oli vuosina 2007–2009 mukana yhteensä 234 koulua ja yli 30 000 oppilasta. Puolet kouluista valittiin satunnaisesti koekouluiksi, joissa KiVa-ohjelmaa toteutettiin yhden lukuvuoden ajan. Näille kouluille tarjottiin koulutusta sekä muuta tukea ohjelman toteuttamiseen. Loput koulut olivat kontrollikouluja, jotka eivät saaneet kokeiluvuoden aikana KiVa-materiaaleja tai koulutusta.

Vuosiluokilla 4–6 KiVa-ohjelma vähensi kiusaamista selvästi (Kärnä et al. 2011b). Lukuvuoden jälkeen sekä kiusatuksi joutuminen että kiusaaminen oli yleisempää kontrollikouluissa kuin koekouluissa. Myös kiusaamista seuraavan toveriryhmän käytöksessä oli havaittavissa myönteisiä muutoksia. Myös vuosiluokilla 1–3 KiVa-ohjelman vaikutukset kiusatuksi joutumiseen ja kiusaamiseen olivat samansuuntaiset (Kärnä et al. 2012). Sen sijaan yläkoulussa, vuosiluokilla 7–9, KiVa-ohjelman tulokset olivat selvästi vaatimattomammat.

Keskimäärin KiVa-ohjelma vähensi sekä kiusaajien että kiusattujen määrää noin 20 prosentilla, kun tarkastelussa otetaan huomioon kaikki vuosiluokat. Tämän lisäksi ohjelmalla näyttää olevan itsenäinen positiivinen vaikutus kouluhyvinvointiin, motivaatioon ja koulusuoriutumiseen. KiVa-ohjelma hyödyttää suoraan siis muitakin kuin kiusaamisen uhreja ja kiusaajia (Salmivalli, Garandeau, & Veenstra in press).

Yläkoulu haasteena

Tähänastisten tulosten perusteella näyttää siltä, että KiVa-ohjelma on vähentänyt kiusaamista tehokkaammin ala- kuin yläkoulussa. Tämän suuntaisia tuloksia on saatu myös aiemmissa tutkimuksissa muualla maailmassa. Lisätutkimusten ollessa KiVa-ohjelman osalta vielä keskeneräisiä voidaan tässä vaiheessa vain pohtia, mistä tämä ero johtuu.

Ensinnäkin on todennäköistä, että KiVa-ohjelmaa toteutettiin ahkerammin ala- kuin yläkouluissa—ja mitä enemmän ohjelmaa toteutetaan, sitä enemmän kiusaaminen myös näyttää vähenevän (Kärnä et al. 2011a). Toteuttamisaktiivisuuteen vaikuttanevat paitsi koulusysteemiin ja opettajien koulutukseen liittyvät tekijät myös ohjelman rakenne. Molemmat alakoulun ohjelmat rakentuvat kuukausittain pidettävien KiVa-oppituntien perustalle, kun taas yläkoululle tarkoitetun ohjelman muodostavat neljä teemaa, joiden toteuttaminen jää koulujen pohdittavaksi. Oppituntien tuntisuunnitelmat ovat konkreettiset ja yksityiskohtaiset, kun taas teemojen osalta kouluille jää enemmän mahdollisuuksia omaan suunnitteluun. Tämä edellyttää voimakasta sitoutumista KiVa-ohjelmaan, mikä taas yläkoulun aineenopettajamallissa saattaa olla hankalampaa kuin luokanopettajavetoisessa alakoulussa.

Toiseksi kiusaamiseen on todennäköisesti ylipäänsä vaikeampi vaikuttaa oppilaiden ollessa jo nuoruusiässä. Murrosikäisten asenteisiin ja käyttäytymiseen vaikuttaminen valistustyön kautta voi olla haastavaa, koska ikävaiheeseen kuuluu itsenäistyminen lapsuudenperheestä ja monesti myös auktoriteettien vastustaminen. Lisäksi yläkouluikäisillä on takanaan jo pitkä sosiaalisten suhteiden historia, monesti jopa saman lapsiryhmän kanssa aina päiväkodista saakka. Tapa olla toisten kanssa ja toimia ryhmässä on jo jossain määrin vakiintunut.

Jatkossa peruskoulun oppilaat sosiaalistetaan kiusaamisen vastaiseen työhön jo ensimmäiseltä luokalta lähtien. Tällöin oppilaat ovat todennäköisesti nykyistä paremmin sisäistäneet kiusaamisen vastaisen työn merkityksen jo yläkouluun tullessaan.

Tulevaisuuden näkymiä

Tätä kirjoitettaessa helmikuussa 2012 KiVa-ohjelma on käytössä jo 90 prosentissa suomalaisia peruskouluja. KiVa-hankkeessa kiinnitetäänkin nyt erityistä huomiota siihen, miten koulut saataisiin sitoutumaan kiusaamisen vastaiseen työhön pitkäjänteisesti. Tällä hetkellä aktiivisuutta pidetään yllä muun muassa KiVa-uutiskirjeellä, verkkokoulutuksella sekä joka toinen vuosi järjestettävillä KiVa-päivillä. KiVa-ohjelman toteuttamiseen on myös luotu laatusuosituksen, ja koulut saavat säännöllistä palautetta omasta aktiivisuudesta verrattuna muihin kouluihin. Opettajilta saadut tiedon ja oppilaiden antaman palautteen perusteella valitaan vuosittain Vuoden KiVa Koulu. Karamzinin alakoulu ja Polvijärven yläkoulu valittiin vuoden 2011 KiVa Kouluksi.

Kiusaamisen vastaisessa työssä on tärkeää ottaa huomioon myös erilaiset erityiskysymykset. Näitä ovat esimerkiksi erityisoppilaat ja erityiskoulut sekä erilaiset vähemmistöt, kuten etniset ja seksuaalivähemmistöt. Kiusaamisen vastaista toimenpideohjelmaa tarvittaisiin myös sekä päiväkoteihin varhaiskasvatukseen että toisen asteen oppilaitoksiin eli lukioihin ja ammattioppilaitoksiin. Mannerheimin Lastensuojeluliiton selvityksen (Kirves & Stoor-Grenner 2010) mukaan kiusaamista esiintyy alle kouluikäisten lasten parissa ja kiusaamisen muodot näyttävät olevan melko samanlaiset kuin koulukiusaamisessa. Selvitys osoitti myös, että päiväkodin työntekijöillä ei ole riittävästi tietoa tunnistaa kiusaamista eikä keinoja puuttua siihen. Kokemus kiusaamistapausten selvittelystä osoittaa, että kiusaamisen historia voi ulottua pitkälle varhaislapsuuteen—eikä se välttämättä pääty oppivelvollisuuden loppumiseen.

Kiusaamisen ja sen vastaisen työn tutkijoille KiVa-vaikuttavuustutkimuksen sekä levitysvaiheen aineisto tarjoavat loputtomat mahdollisuudet opinnäytetöiden ja tutkimusartikkelien tekoon. Kiinnostavia tutkimusaiheita jatkossa ovat muun muassa KiVan toteuttamisen aste eri kouluissa ja sen yhteys saavutettuihin tuloksiin sekä KiVan vaikuttamismekanismit. Tiedämme jo, että KiVa vähentää kiusaamista: nyt tutkimme tarkemmin, miten ja millaisten ehtojen vallitessa tämä tapahtuu.

KiVa-ohjelma on saanut runsaasti huomiota myös muualla maailmassa, ja se palkittiin Euroopan rikosentorjuntapalkinnolla vuonna 2009. Aiempiin kiusaamisen vastaisiin toimenpideohjelmiin verrattuna KiVa-ohjelman vahvuuksia ovat sen tutkimusperustaisuus, työvälineiden konkreettisuus ja erityisen vahva näyttö sen myönteisistä vaikutuksista.

KiVa Koulu -ohjelman toiminnasta vastaavat päätoimisesti koordinaattori ja kaksi toimistosihiteeriä. Lisäksi mukana on kaksi vastuullista johtajaa, tutkijoita sekä mainostoimisto. Koulujen tukitoiminnalle on useita rahoituslähteitä.

Kirjallisuus

- Arseneault, L., Bowes, L., & Shakoor, S. (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: 'Much ado about nothing'? *Psychological Medicine*, 40, 717–729. doi:10.1017/S0033291709991383
- Farrington, D. P., Loeber, R., Stallings, R. and Ttofi, M. M. (2011). Bullyingperpetration and victimization as predictors of delinquency and depression in the Pittsburgh Youth Study. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 3, 74–81.
- Fekkes, M., Pijpers, F.I., & Verloove-Vanhorick, S.P. (2004). Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *Journal of Pediatrics*, 144, 17–22.
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98, 107–109.
- Hawker, D. S. J. & Boulton, M. J. (2003). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 441–455.
- Isaacs, J., Hodges, E.V., & Salmivalli, C. (2008). Long-term consequences of victimization: a follow-up from adolescence to young adulthood. *European Journal of Developmental Science*, 2, 387–397.
- Kirves, L. & Stoor-Grenner, M. (2010). Kiusaavatko pienetkin lapset? MLL & Folkhälsan.
- Kärnä, A., Voeten, M., Poskiparta, E., & Salmivalli, C. (2010). Vulnerable children in varying classroom contexts. Bystanders' behaviors moderate the effects of risk factors on victimization. *Merrill-Palmer Quarterly*, 56, 261–282.
- Kärnä, A., Voeten, M., Little, T. D., Poskiparta, E., Alanen, E., & Salmivalli, C. (2012). Effectiveness of the KiVa antibullying program: Grades 1–3 and 7–9. Manuscript submitted for publication.
- Kärnä, A., Voeten, M., Little, T.D., Poskiparta, E., Alanen, E., & Salmivalli, C. (2011a). Going to scale: A nonrandomized nationwide trial of the KiVa antibullying program for Grades 1–9.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79, 796–805. doi: 10.1037/a0025740
- Kärnä, A., Voeten, M., Little, T. D., Poskiparta, E., Kaljonen, A., & Salmivalli, C. (2011b).
A large-scale evaluation of the KiVa anti-bullying program. *Child Development*, 82, 311–330. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01557.x
- Lambert, N. (1965). Introduction. In N. M. Lambert (Ed.), *The protection and promotion of mental health in schools* (pp. vi–viii). Mental health monograph 5. U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Leary, M. R., Kowalski, R. M., Smith, L., & Phillips, S. (2003). Teasing, rejection, and violence: Case studies of the school shootings. *Aggressive Behavior* 29, 202–214.
- Merrell, K. W., & Buchanan, R. (2006). Intervention selection in school-based practice: Using public health models to enhance systems capacity of schools. *School Psychology Review*, 35, 167–180.
- Nishina, A., & Juvonen, J. (2005). Daily reports of witnessing and experiencing peer harassment in middle school. *Child Development*, 76, 435–450.
- Olweus, D. (1999). Sweden. In P.K. Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas, D. Olweus, R. Catalano & P. Slee (Eds.), *The nature of school bullying: A cross-national perspective* (pp. 2–27). London & New York, Routledge.
- Rimpelä, M. (2008). Lasten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin edistämisen peruskysymyksiä. Luentomateriaali, Helsinki, 11.11.2008.
- Rivers, I., Poteat, V. P., Noret, N., & Ashurst, N. (2009). Observing bullying at school: The mental health implications of witness status. *School Psychology Quarterly*, 24, 211–223.
- Salmivalli, C. (1998). Koulukiusaaminen ryhmäilmionä. *Gaudeamus*.
- Salmivalli, C. (2005). Kaverien kanssa. Vertaisuusheet ja sosiaalinen kehitys. Opetus 2000 -sarja. PS-kustannus.
- Salmivalli, C. (2010). Bullying and the peer group: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 112–120.
- Salmivalli, C., Garandeau, C., & Veenstra, R. (in press). KiVa Anti-Bullying Program: Implications for School Adjustment. To be published in G. Ladd & A. Ryan (Eds.), *Peer Relationships and Adjustment at School*. Charlotte, NC: Information Age Publishing.
- Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Björkqvist, K., Österman, K. & Kaukiainen, A. (1996). Bullying as a group process: Participant roles and their relations to social status within the group. *Aggressive Behavior*, 22, 1–15.
- Samdal, O., Dür, W., & Freeman, J. (2004). Life circumstances of young people. *School*. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, & V. B. Rasmussen (Eds.), *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Denmark: World Health Organization.
- Sourander, A., Jensen, P., Rönning, J. A., Elonheimo, H., Niemelä, S., Almqvist, F. (2007). Childhood bullies and victims and their risk of criminality in late adolescence. The Finnish from a boy to a man study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161, 546–552.
- Ttofi, M.M., Farrington, D.P., Lösel, F., & Loeber, R. (2011). Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 3, 63–73. doi: 10.1108/17596591111132873.

2.9 Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen - Psykososiaalista tukea nuorille miehille.

Kaija Appelqvist-Schmidlechner, Minna Savolainen

Taustaa Time Out! Aikalisä! -toiminnalle

Huoli suomalaisista nuorista miehistä

Suurin osa maamme nuorisosta voi hyvin (Helakorpi ym. 2010, Luopa ym. 2010), mutta osalle kasautuu yhä enemmän erilaisia ongelmia. Hyvinvointi ja huono-osaisuus näyttävät polarisoituneen (Autio ym. 2008). Valtakunnallisissa terveys- ja sosiaalipoliittisissa ohjelmissa onkin viime vuosina painotettu toimia lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi (Opetusministeriö 2007, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Erityisen huolissaan on oltu nuorten miesten tilanteesta.

Tilastojen valossa psyykkisen oireilun on todettu koskettavan erityisesti tyttöjä ja naisia. Toisaalta on kysytty, voisiko sukupuolten väliset erot esimerkiksi masennuksen ilmenemisessä johtua siitä, että poikien ja miesten masennusta on vaikeampi tunnistaa (Pollack 1998). Poikien ja miesten psyykkinen oireilu kätkeytyy usein häiriökäyttäytymisen eri muotoihin (Pollack 1998, Kilmartin 2005). Nuorten miesten pahoinvointi näkyy ennen kaikkea käytöshäiriöinä (Marttunen & Kaltiala-Heino 2007), päihteiden ongelmakäytönä (Kestilä & Salasuo 2007), sosiaalisten ongelmien kasautumisena (Rönkä 1999) sekä varhaisena kuol-

leisuutena (Kumpula ym. 2006). Etenkin nuorten miesten itsemurhakuolleisuudessa Suomi on lähellä kansainvälisen tilaston kärkeä, vaikka itsemurhakuolleisuus onkin viime vuosina vähentynyt (Uusitalo 2007). Terveystietä puhuminen, mielenterveysongelmien tunnistaminen ja niiden myöntäminen on miehille vaikeampaa kuin naisille (Laine 2006). Nuoret miehet ovatkin osoittautuneet mielenterveyspalveluihin hakeutumisessa erityisen haasteelliseksi ryhmäksi (Välimaa 2000ab, Biddle ym. 2004).

Ongelmien kasautuminen miehillä naisia yleisempää

Lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet, että hyvinvoinnin eri osa-alueet - fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen - liittyvät tiiviisti toisiinsa. Mielenterveysongelmat ja sosiaalinen syrjäytyminen kulkevat usein käsi kädessä. Nuorten mielenterveysongelmien on todettu liittyvän hyvin kiinteästi sosiaaliseen huono-osaisuuteen, koulutukselliseen syrjäytymiseen, rikoskäyttäytymiseen sekä päihteiden ongelmakäyttöön (Rintanen 2000, Markman Geisner ym. 2004, Kaltiala-Heino ym. 2006, Elonheimo ym. 2007, Viner & Taylor 2007). Erilaisilla ongelmilla on taipumus esiintyä yhdessä ja kasautua (Rönkä 1999). Ongelmien on todettu kasautuvan miehillä aikaisemmassa vaiheessa kuin naisilla. Miehillä ongelmat myös jatkuvat elämänvaiheesta toiseen yleisemmin kuin naisilla. Palvelujärjestelmän näkökulmasta ongelmien kasautuminen merkitsee sitä, että nuoren kanssa työskentelevien olisi samanaikaisesti pystyttävä auttamaan nuorta esimerkiksi asunnottomuudessa, mielenterveysongelmissa ja työttömyydessä (Paju & Vehviläinen 2001).

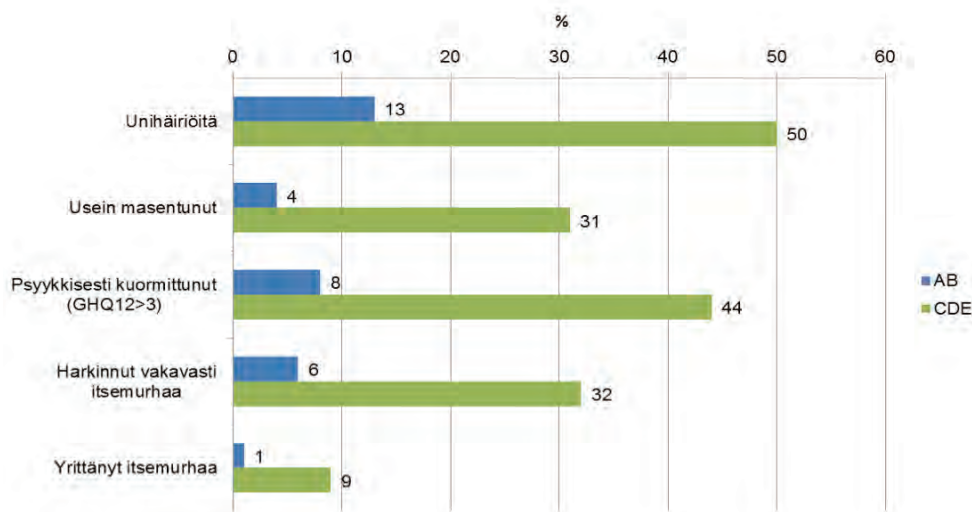
Hyvin usein ongelmien juuret löytyvät jo lapsuusajan vaikeista elinolosuhteista. Aina näin ei kuitenkaan ole. Ongelmien kasautuminen voi alkaa myös vasta nuoruusiässä. Vaikeat kokemukset, kuten työttömyys tai parisuhteen ongelmat, saattavat käynnistää ongelmaketjuja, jotka pahimmassa tapauksessa johtavat yhteiskunnalliseen syrjäytymiseen tai jopa itsemurhaan. Varhainen puuttuminen tulisi siten ymmärtää suhteessa pulmien ilmenemiseen, ei henkilön ikään (Rönkä 1999).

Toissijaista varhaisessa puuttumisessa on oikeastaan se, onko ensisijainen tarttumisen aihe työttömyys, taloudellinen tilanne, päihteiden käyttö vai psyykinen hyvinvointi. Kun nuorta tuetaan kokonaisvaltaisesti, voivat ongelmavyöhykset lähteä purkautumaan automaattisesti asioiden edetessä parempaan suuntaan. Myös erilaiset elämän käännekohtat liittyen esimerkiksi ihmissuhteisiin, perhetilanteisiin, uuteen työpaikkaan tai harrastuksiin voivat käynnistää positiivisia kumulatiivisesti eteneviä ketjureaktioita ja viedä nuoren elämää positiiviseen suuntaan (Jessor 1993, Rönkä ym. 2002).

Varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle jääneet nuoret miehet erityisen tuen tarpeessa

Itsemurhien ehkäisyprojektissa (Upanne ym. 1999) tehty yhteistyö puolustusvoimien kanssa sekä aikaisemmat tutkimukset (Parkkola 1999, Multimäki ym. 2005, Appelqvist-Schmidlechner 2010) ovat antaneet viitteitä siitä, että ongelmien kehittymisen kannalta merkittävän riskiryhmän muodostavat varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle jäävät nuoret miehet. Vuosi-ikäluokasta noin 30 prosenttia eli lähes 10.000 nuorta miestä koko maassa ei suorita varusmies- tai siviilipalvelusta. Kutsunnoissa reilu 10 prosenttia vapautetaan palveluksesta joko määräajaksi tai kokonaan. Noin 40 prosenttia heistä vapautetaan mielenterveydellisin perustein. Varusmies- tai siviilipalveluksen aloittaneista asevelvollisista noin 15 prosenttia keskeyttää palveluksen vuosittain. Yleisin keskeyttämisen syy on mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. (Parkkola 2012)

Tutkimukset ovat osoittaneet, että varusmies- tai siviilipalveluksen keskeyttäneet miehet ovat elämäntilanteeltaan ja psykososiaaliselta hyvinvoinniltaan huomattavasti huono-osaisempia palvelukseen määrättyihin miehiin verrattuna (Parkkola 1999, Multimäki ym. 2005, Appelqvist-Schmidlechner 2010). Heillä on palvelukseen määrättyihin verrattuna enemmän erilaisia psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia, päihteiden ongelmakäyttöä, taloudellisia ongelmia, työttömyyttä ja psyykkistä oireilua (Kuva 1. Appelqvist-Schmidlechner ym. 2010). Myös ongelmien kasautuminen on merkittävämpää. Jopa joka kolmas palveluksen ulkopuolelle jääneistä on joskus elämänsä aikana harkinnut vakavasti itsemurhaa. Itsemurhaharkinnat ovat yhteydessä niin lapsuusajan kuin myös ajankohtaisiin kuormittaviin elämäntilanteisiin (Appelqvist-Schmidlechner 2011a).



Kuva 1. Psykkinen oireilu varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle (CDE) sekä palvelukseen määrättyillä (AB) miehillä

Palveluksen keskeytyessä nuori mies voi tarvita tukea, vaikkei hänellä olisikaan silmiinpistäviä ongelmia. Usein nuori mies joutuu suunnittelemaan lähitulevaisuutensa uudestaan, mikä saattaa tuoda mukanaan monenlaisia käytännön pulmia. Varusmiespalveluksen ulkopuolelle jääminen voi olla nuorelle miehelle myös suuri pettymys. Palveluksen suorittaminen ja siinä selviytyminen on monille tärkeä onnistumisen kokemus, eräänlainen ”ajokortti tulevaisuuteen”. Tällä kokemuksella voi olla erityinen arvo juuri niille nuorille miehille, joilta kelpaamisen ja selviytymisen kokemukset puuttuvat (Upanne & Rautava 1996). Palveluksen keskeytyessä miehille saattaa siten nousta tarve purkaa tilannetta ja pysähtyä miettimään tulevaisuutta jonkin ulkopuolisen tahon kanssa. Epäsuotuisan kehityskulun ehkäisemisen kannalta olisi ratkaisevaa tunnistaa selviytymisen riskit ja ongelmien ilmaantuminen mahdollisimman varhain, jotta tarvittavat tukitoimet voitaisiin käynnistää.

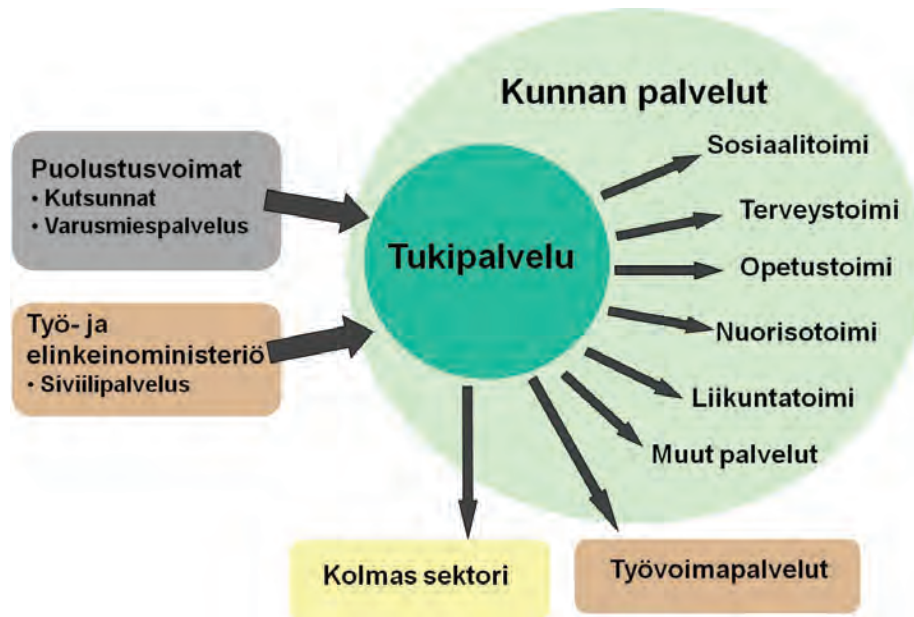
Vaikka palveluksen ulkopuolelle jäävien tuen tarve olikin tunnistettu, tukitoimiin ryhtyminen ei aikaisemmin ollut minkään tahon vastuulla. Haasteeseen vastaamiseksi käynnistettiin vuonna 2004 Stakesin, puolustusvoimien, työministeriön sekä Helsingin ja Vantaan kaupunkien yhteistyönä Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -hanke (2004–2010). Hankkeen tavoitteena oli kehittää nuorille miehille soveltuvia psykososiaalisia tukimuotoja sekä laatia toimintamalleja palvelun organisoimiseksi. Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -toimintamallin (Stengård ym. 2008a) avulla pyritään tukemaan erityisesti palveluksen keskeyttäjiä kuin myös kutsunnoissa palveluksen ulkopuolelle jääneitä.

Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen – toimintamalli ja tukipalvelu

Toimintamalli perustuu yhteistyöhön ja sovittuihin käytäntöihin

Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen toimintamalli on kuntien, puolustusvoimien ja siviilipalveluskeskuksen yhteistyömalli, jonka tavoitteena on nuorten miesten selviytymisen tukeminen ja syrjäytymiskehityksen ehkäiseminen. Toimintamalli mahdollistaa aktiivisen tuen tarjoamisen nuorille miehille kutsunnoissa ja palveluksen keskeytyessä. Toimintamallin avulla pyritään tukemaan erityisesti palveluksen keskeyttäjiä kuin myös kutsunnoissa palveluksen ulkopuolelle jääneitä. Tavoitteena on edistää nuorten miesten hyvinvointia, ehkäistä elämäntilanteeseen liittyvien ongelmien vaikeutumista sekä auttaa ongelmien ratkaisemisessa.

Toimintamalli koostuu kolmesta osasta: palveluun ohjaamisesta, tukipalvelusta sekä palveluohjauksesta (Kuva 2.).



Kuva 2. Aikalisä-toimintamalli

Toimintamalli on tällä hetkellä käytössä lähes 200 kunnassa aina pääkaupunkiseudulta pohjoisimpaan Lappiin asti. Syksyn 2011 kutsunnoissa tukipalvelua tarjottiin lähes 25 000 nuorelle miehelle (noin 70 % ikäluokasta). Koulutettuja Aikalisä-ohjaajia on tällä hetkellä noin 400 ja perehdyttäjiä ja kouluttajia 25.

Toimintamallin käyttöönottaessaan kunta sitoutuu yhteistyöhön puolustusvoimien ja siviilipalveluskeskuksen kanssa. Kunnassa tehdään päätös miten tukipalvelu organisoidaan ja kunta vastaa ohjaajien rekrytoimisesta sekä siitä, että ohjaajilla on mahdollisuus toteuttaa tukipalvelua osana työtehtäviään. Ohjaajina Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen toimintamallissa toimivat pääosin sosiaali-, terveys- ja nuorisolan työntekijät, jotka ovat saaneet Aikalisä-toimintaan koulutuksen. Vaikka toimintamallin käyttöönotto ei edellytäkään kunnalta uusia välittömiä resursseja, niin ohjaajina toimiville tulee allokoida riittävästi työaikaa tukipalvelun toteuttamiseen. Kokemus on osoittanut, että tukipalvelu on hyvin toteutettavissa osana olemassa olevia palveluja ja ohjaajina toimivien perustyötä.

Tukipalvelu tukee nuorta oman elämän järjestymisessä

Tukipalveluun nuori ohjautuu lähetteellä, joka tehdään hänelle kutsunnoissa tai palveluksen keskeytyessä. Ohjaajat ovat mukana kuntansa kutsunnoissa, joissa he ”jututtavat” nuoria miehiä ajankohtaisen elämäntilanteen sekä tuen tarpeiden selvittämiseksi ja tarjoavat mahdollisuutta tukipalveluun. Palveluksen keskeytyessä joukko-osastoissa sosiaalikirjastoissa tapaavat keskeyttävät miehet ja tekevät tukea tarvitsevista miehistä läheteen heidän kotikuntiansa Aikalisä -tukipalveluun. Vastaavasti toimitaan Lapinjärven koulutuskeskuksessa siviilipalveluksen keskeytyessä. Tukipalvelu on asiakkaille vapaaehtoista ja lähete laaditaan nuoren suostumuksella.

Tukipalvelussa nuori saa oman henkilökohtaisen ohjaajan, jonka kanssa hänellä on mahdollisuus selvittää elämäntilannettaan. Ohjaaja tukee ja auttaa parhaiden ratkaisujen löytämisessä sekä ohjaa tarvittaessa muihin palveluihin. Tukipalvelussa tavoitteet ja tukipalvelun sisältö suunnitellaan yhdessä nuoren kanssa. Ohjaustyön käytännön tavoitteet ovat lähellä arkielämän selviytymisen tukemista ja tulevaisuuden suunnitelmien jäsentämistä. Yleisimmin nuoret tarvitsevat tukea opiskelupaikan, työpaikan tai asunnon löytämisessä sekä toimeentuloon tai mielenterveyteen liittyvissä asioissa (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2011b). Tukipalvelussa nuorta pyritään auttamaan 1) kokonaisvaltaisesti nuoruuden kehitystehtävät huomioiden, 2) preventiivisiä ja promotiivisia strategioita yhdistämällä, 3) asiakaslähtöisesti sekä 4) mahdollisimman matalalla kynnyksellä. Nuoren tilannetta tarkastellaan laaja-alaisesti terveydellisestä, psykologisesta, sosiaalisesta, taloudellisesta ja toiminnallisesta näkökulmasta. Toiminnassa ohjaajalla on aktiivinen ote. Tausta-

ajatuksena on: ”Pystytäänkö tekemään mitään nuorten miesten elämän varmentamiseksi, jos kerrankin yritetään puuttua napakalla otteella ja tehdä kaikki, mitä ikinä osataan”. (Stengård ym. 2008a.)

Tukisuhte ohjaajan ja nuoren välillä on usein melko lyhyt kestoaltaan. Lähes puolet (48 %) tukisuhteista on alle kuukauden mittaisia, valtaosa (83 %) alle kolme kuukautta. Tapaamisia tukisuhteissa on yleisimmin korkeintaan kolme. Tukisuhteista lähes puolet (40 %) sisältää vain yhden tapaamiskerran. (Appelqvist-Schmidlechner 2011b.)

Suurin osa asiakkaista - neljä viidestä - ohjataan muihin palveluihin, yleisimmin työvoima- tai sosiaali- palveluihin. Mielenterveyspalveluihin ohjataan 18 prosenttia asiakkaista. (Appelqvist-Schmidlechner 2011b.)

Tukipalvelun vaikuttavuudesta ja hyödyistä positiivisia kokemuksia

Tukipalvelun vaikuttavuutta on tutkittu kokeellisella vertailuasetelmalla (Appelqvist-Schmidlechner 2011c) hankkeen alkuvaiheessa. Tutkimuksessa helsinkiläiset ja vantaalaiset varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle jääneet miehet (n=356) satunnaistettiin interventio- (n=182) ja vertailuryhmiin (n=174). Interventoryhmään kuuluville miehille tarjottiin mahdollisuutta osallistua tukipalveluun. Tutkimus osoitti, että interventoryhmään kuuluvien miesten psyykinen kuormittuneisuus väheni yhden vuoden seuranta-aikana enemmän kuin vertailuryhmään kuuluvilla miehillä.

Tukipalvelu sai myös miehiltä itseltään laajan hyväksynnän. Yli puolet tukipalveluun kiinnittyneistä arvioi, että heidän elämäntilanteensa oli parantunut tukipalvelun ansiosta. Mahdollisuus keskustella henkilökohtaisista asioistaan jonkun ulkopuolisen kanssa koettiin hyödylliseksi. Keskustelut auttoivat nuoria jäsentämään oman tilanteensa ja keskustelujen kautta aukeni myös uusia näkökulmia tulevaisuuden suunnitteluun. Nuoret kokivat aktivoituneensa oman elämän selvittelemisessä ja järjestykseen saamisessa. Nuoret saivat myös konkreettisia neuvoja ja vinkkejä asioiden hoitamisessa. Myös tunne, että joku välittää, tuntui hyvältä. (Stengård ym. 2008b.)

Tukipalveluun kiinnittyneille miehille oli tyypillistä psyykinen oireilu ja ajankohtaisten ongelmien kasautuminen. Kuitenkaan miehiä, joille oli kasautunut kaikista eniten ongelmia, eivät ohjaajat onnistuneet tavoittamaan ollenkaan (Appelqvist-Schmidlechner 2011d). Kaikista suurimmassa syrjäytymisriskissä olevien nuorten tavoittaminen asettaakin suuren haasteen sosiaali- ja terveyspalveluille. Etsivän nuorisotyön mahdollisuudet saavat tämän kohderyhmän kohdalla entistä suuremman painoarvon.

Nuorten monialaisten ja poikkisektoraalisten palvelujen kehittäminen on edelleen ajankohtainen haaste

Nuoret miehet ovat erityisen vaikeasti tavoitettava kohderyhmä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Palvelujärjestelmän on arvioitu olevan liian monimutkainen varsinkin sellaisille nuorille, joiden ongelmia on vaikea määrittää. Nuorten ongelmat ovat usein niin monisäikeisiä, etteivät esimerkiksi mielenterveyspalvelut välttämättä kohtaa kaikkia nuorten tarpeita. Nuoret tarvitsevat laaja-alaisia tukitoimia, joissa heitä tarkastellaan kokonaisina ihmisinä, ei pelkästään tietyn oireen tai ongelmakäyttäytymisen näkökulmasta. Nuorten palveluissa peräänkuulutetaan erilaisia sektorit ylittäviä, poikkihallinnollisia ja moniammatillisia toimintamalleja. Lupaavia monialaisia ”yhden oven” – palvelukonsepteja on kehittymässä eri puolilla Suomea. Esimerkiksi Oulussa on vuoden 2011 syksyllä käynnistynyt ”Byströmin nuorten palvelut”, jossa tavoitteena on, että nuori saa tarvitsemansa palvelun samasta paikasta. Byströmin nuorten palveluiden toiminnan pääpaino on ennaltaehkäisevissä palveluissa. Talon henkilöstö koostuu eri organisaatioiden työntekijöistä. Myös Oulun Time out! Aikalisä – toiminta on sijoittunut Byströmin taloon. (Byströmin nuorten palvelut – internetsivut 2012.)

Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen toiminta on osoittanut, että eri hallintokunnat - kuntien peruspalvelut ja puolustusvoimat sekä siviilipalveluskeskus - voivat toimia yhdessä riskiryhmään kuuluvien nuorten tavoittamisessa ja tukemisessa.

Kokemukset tukiohjelman tarkoituksenmukaisuudesta ja vaikuttavuudesta ovat hyvät, vaikei kaikkia tukea tarvitsevia kyetäkään tavoittamaan. Näyttää siltä, että melko kevyehkölläkin interventiolla voidaan vaikuttaa positiivisesti nuorten miesten hyvinvointiin. Usein saattaa riittää, että joku on läsnä ja valmis

kuuntelemaan ja tukemaan nuorta elämän tärkeissä nivelkohdissa ja auttaa tällä tavoin myönteisen elämänsuunnan löytämisessä.

Time out! Aikalisä toimintamallia kehitetään edelleen tukea tarvitsevien nuorten miesten tavoittamisen ja tuen piiriin saamisen tehostamiseksi yhteistyössä kuntien etsivän nuorisotyön kanssa. Tavoitteena on kehittää Aikalisä -toimintaa ja etsivää nuorisotyötä yhteennivovia käytäntöjä siten, että Aikalisä -ohjaajina toimivilla olisi kunnissa tukena mahdollisimman monialainen ohjaajien verkosto. Tukipalvelua pyritään myös monipuolistamaan liittämällä Aikalisä -toimintaan fyysistä kuntoa edistäviä palveluja ja tukemalla kuntia muun muassa liikunnallista aktiviteettia edistävien toimintojen kehittämisessä. Time out! Aikalisä -toiminta tekee yhteistyötä kutsuntaikäisten nuorten miesten liikunta-aktiivisuuden edistämistä kehittävien hankkeiden kanssa, esimerkiksi Varsinais-Suomen alueella My Chance -hankkeen kanssa. (My Chance -hankkeen internetsivut 2012.)

Kutsunnat ovat ainutlaatuinen väylä tavoittaa kokonainen nuorten miesten ikäluokka. Tätä nuoren ja yhteiskunnan kohtaamista ei ole riittävästi käytetty hyväksi psykososiaalisen syrjäytymiskehityksen ehkäisyssä. Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen – toiminnan kokonaisvaltainen ja ennaltaehkäisevä orientaatio mahdollistaa eri toimijoille kutsuntojen hyödyntämisen ”Aikalisä -sateenvarjon” alla.

Kirjallisuus

- Appelqvist-Schmidlechner, Kaija; Upanne, Maila; Henriksson, Markus; Parkkola, Kai & Stengård, Eija. Young men exempted from compulsory military or civil service in Finland – a group of men in need of psycho-social support. *Scandinavian Journal of Public Health* 38 (2010); 168-176.
- Appelqvist-Schmidlechner, Kaija; Henriksson, Markus; Joukamaa, Matti; Parkkola, Kai; Upanne, Maila & Stengård, Eija. Psycho-social factors associated with suicidal ideation among young men exempted from compulsory military or civil service. *Scandinavian Journal of Public Health*. *Scandinavian Journal of Public Health* 39 (2011a): 870-879.
- Appelqvist-Schmidlechner, Kaija; Savolainen, Minna; Nordling, Esa & Stengård, Eija. Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen! Toimintamallin ja tukipalvelun implementoinnin arviointi. Raportti 34/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011b.
- Appelqvist-Schmidlechner, Kaija. Time Out! Getting life on track. A psychosocial support programme targeted at young men exempted from compulsory military or civil service. *Acta Universitatis Tamperensis* 1653. Tampere: Tampere University Press, 2011c.
- Appelqvist-Schmidlechner, Kaija; Henriksson, Markus; Joukamaa, Matti; Parkkola, Kai; Upanne, Maila & Stengård, Eija. Psycho-social support programme for young men at risk – who participates, who drops out? *International Journal of Mental Health Promotion* 13 (2011d): 2, 40–49.
- Autio, Minna; Eräranta, Kirsi & Myllyniemi, Sami: Polarisoituvuus nuoruus? Nuorten elinot -vuosikirja 2008. Helsinki: Hakapaino Oy, 2008.
- Biddle, Lucy; Gunnell, David; Sharp, Debbie & Donovan, Jenny. Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice* 54 (2004): 248-253.
- Elonheimo, Henrik; Niemelä, Solja; Parkkola, Kai; Multimäki, Petteri; Helenius, Hans; Nuutila, Ari-Matti & Sourander, Andre. Police-registered offenses and psychiatric disorders among young males: the Finnish “From a boy to a man” birth cohort study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 42 (2007): 6, 477–484.
- Helakorpi, Satu; Laitalainen, Elina & Uutela, Antti: Suomalaisen aikuisväestön terveystilanne ja terveys, kevät 2009. Raportti 7/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.
- Jessor, Richard. Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist* 48 (1993): 2, 117–126.
- Kaltiala-Heino, Riittakerttu; Kaivosoja, Matti & Ritakallio, Minna. Nuorten rikoksentehtävien mielenterveys ja psykiatrisen hoidon tarve. *Suomen Lääkärilehti*, 2006, 9, 971-977.
- Kestilä, Laura & Salasuo, Mikko: Nuorten aikuisten alkoholinkäyttö – sosiaalisen eriarvoisuuden ilmentymä? Teoksessa: Tigerstedt, Christoffer. (toim.) Nuoret ja alkoholi. Julkaisuja 75. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, 2007.
- Kilmartin, Christopher. Depression in men: communication, diagnosis and therapy. *The Journal of Men's Health and Gender* 2 (2005): 95-99.
- Kumpula, Heli; Lounasmaa, Anne; Paavola, Meri; Lunetta, Philippe & Impinen, Antti (toim.): Nuorten miesten tapaturmat ja väkivalta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:71. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006.
- Laine Sovia. Nuorten salattu masennus. Yhteisötömyyttä vai leimautumisenpelkoa? Teoksessa: Puuronen, Anne (Toim.) Terveystaju. Nuoret, politiikka ja käytäntö, Nuorisotutkimusverkoston julkaisuja 63. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy, 33–47, 2006.
- Luopa, Pauliina; Lommi, Anni; Kinnunen, Topi & Jokela, Jukka: Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveyskysely 2000–2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Ra-

- portti 20/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.
- Markman Geisner, Irene; Larimer, Mary & Neighbors, Clayton. The relationship among alcohol use, related problems and symptoms of psychological distress: Gender as a moderator in a college sample. *Addictive Behaviors* 29 (2004), 843–848.
- Marttunen, Mauri & Kaltiala-Heino, Riittakerttu. Nuorisopsykiatria. Teoksessa: Lönnqvist, Jouko; Heikkinen, Martti; Henriksson, Markus; Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (Toim.) *Psykiatria*. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 2007: 591–630.
- Multimäki, Petteri; Parkkola, Kai; Sourander, Andre; Haavisto, Antti; Nikolakaros, Georgios & Helenius, Hans. (2005). Military fitness class of Finnish 18-year-old-men – prediction of military fitness class at call-up with the YASR and socio-demographic factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 57–63.
- Opetusministeriö: Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2007-2011. Opetusministeriön julkaisuja 2007:41. Helsinki: Yliopistopaino, 2007
- Paju, Petri & Vehviläinen Jukka. Valtavirran tuolla puolen. Nuorten yhteiskuntaan kiinnittymisen kitkat 1990-luvulla. Nuorisotutkimusverkoston julkaisuja 18, Helsinki, 2001.
- Parkkola, Kai. Henkilökohtainen tiedonanto, 2012.
- Pollack, William. Tosi poikia. Keuruu: Otava, 1998.
- Rintanen, Hannu. Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämäkuluksessa. *Acta Universitatis Tamperensis* 740. Tampereen yliopisto, 2000.
- Rönkä, Anna: The accumulation of problems of social functioning: outer, inner and behavioral strands. Doctoral thesis. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social research 148. Jyväskylä: University of Jyväskylä, 1999.
- Rönkä, Anna; Oravala, Sanna & Pulkkinen, Lea. "I met this wife of mine and things got onto a better track". *Turning points in risk development*. *Journal of Adolescence* 25 (2002): 47-63.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE-ohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008.
- Stengård, Eija; Appelqvist-Schmidlechner, Kaija, Upanne, Maila; Haarakangas, Tanja; Parkkola, Kai & Henriksson, Markus. Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen. Nuorten meisten psykososiaalisen tukiohjelman vaikuttavuus ja hyöty. Stakesin tutkimuksia 176. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino, 2008b.
- Stengård, Eija; Haarakangas, Tanja; Upanne, Maila; Appelqvist-Schmidlechner, Kaija; Savolainen, Minna & Ahonen, Juha. Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -toimintamalli. Käsikirja. Stakes: Vaajakoski, 2008a.
- Upanne Maila; Hakanen Jari & Rautava Marie. Voiko itsemurhan ehkäistä? Itsemurhien ehkäisyprojekti Suomessa 1992-1996: toteutus ja arviointi. Stakesin raportteja 227, 1999.
- Upanne, Maila & Rautava, Marie. Rauhanajan haavoittuneet. Armeijasta putoaminen selviytymisväylänä. *Dialogi* 1996; 6.
- Uusitalo, T: Nuorten itsemurhat Suomessa. Lapsiasiavaltuutetun toimiston selvityksiä 2/ 2007.
- Viner, Russell & Taylor, Stephanie. Adult outcomes of binge drinking in adolescence: findings from a UK national birth cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health* 61 (2007): 902-907.
- Välimaa, Raili. Nuorten koettu terveys kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen valossa. *Studies in sport, physical education and health* 68. University of Jyväskylä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino, 2000a.
- Välimaa, Raili. Poikien paikka terveyspuheessa. *Nuorisotutkimus*, 4 (2000b): 48-57.

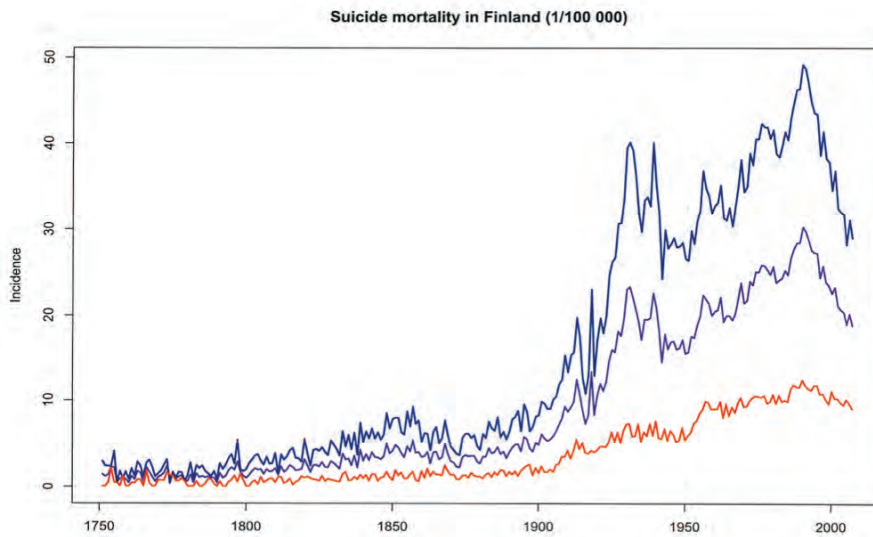
Internet -lähteet:

- Byströmin nuorten palvelut. Oulun kaupunki. Nuorisoasiainkeskus. <http://www.nettinappi.fi/tietoalue/mista-apua/bystromin-nuorten-palvelut/matalan-kyynnyksen-palvelu-oululaisille-nuorille/> [luettu 25.2.2012]
- My Chance. Lounais-Suomen Liikunta ja Urheilu ry. <http://www.liiku.fi/aikuisille/hankeet/my-chance/> [luettu 25.2.2012]

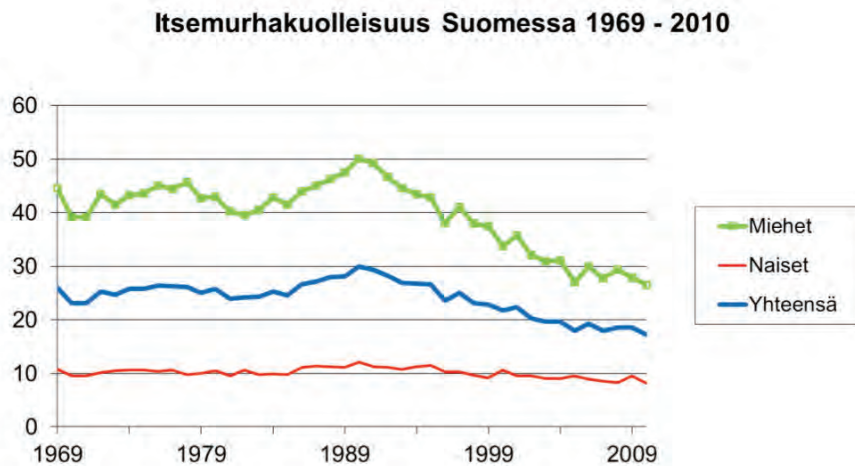
2.10 Itsemurhan ehkäisy

Timo Partonen

Suomessa itsemurhakuolemia on tilastoitu vuodesta 1751 alkaen (Kuva 1.). Tänä aikana itsemurhakuolleisuuden yleissuunta on ollut kasvava siten, että viimeisin kasvun vaihe alkoi 1950-luvulla, kasvu voimistui 1970-luvulla ja jatkui vuoteen 1990 asti. Tämän jälkeen itsemurhakuolleisuuden yleissuunta on Suomessa ollut laskeva (Kuva 2.).



Kuva 1. Itsemurhakuolleisuus Suomessa. X-akselilla on vuosiluku ja Y-akselilla on itsemurhakuolleisuus (itsemurhien lukumäärä laskettuna 100 000 henkilöä kohden; miehet sinisellä, naiset punaisella, molemmat sukupuolet yhteensä violetilla värillä).



Kuva 2. Itsemurhakuolleisuus Suomessa 1969–2010. Lähde: Tilastokeskus. Itsemurhakuolleisuus: 100 000 henkeä kohden suoralla ikävakiointilla. Väestö: Koko väestö.

Itsemurhaa edeltää usein itsemurhan yritys tai viesti aikeista. Suomessa 100 000 ihmisestä 44 yrittää itsemurhaa ja joutuu sairaalahoitoon. Heistä joka kolmas yrittää itsemurhaa uudelleen ja joka kymmenes kuolee itsemurhaan. Kaikki itsemurhan yritykset tosin eivät tule aina edes läheisten ihmisten tietoon. Pieni osa itsemurhasta tapahtuu täysin ilman varoitusta. Useimmat ihmiset, jotka haluavat tappaa itsensä, kuitenkin pyrkivät kertomaan aikeistaan.

Juuret itsemurhan yritykseen saattavat juontaa kaukaa henkilön taustasta, vaikka useimmiten on löydettävissä myös ajankohtaisia selittäviä tekijöitä. Yhtä syytä itsemurhan yritykselle ei useinkaan ole, vaan

tavallisesti kyse on useammasta yhtäaikaa ilmaantuneesta ja pitkään kestäneestä syystä. Ihmisellä kuitenkin on taipumus etsiä ja nimetä näistä jokin syytekijäksi. Syynä voivat esimerkiksi olla vastenmieliset ajatukset tai tilanteet, ristiriitaiset tai epävarmat tunteet ansiotyöstä poissaolon aikana, parisuhteesta eroamisen jälkeen tai matalan koulutustason seurauksena. Menetyksen tai toivottomuuden tunteet väistämättömissä arkielämän muutoksissa voivat herättää äkkiä toiveen tai voimistaa halua kuolla.

Pelkät masennusoireet eivät nuorilla ole suora selitys itsemurhayrityksille. Pojilla synkän ennusteen selittäjinä ovat lapsuuden perheen hajoaminen ja käyttäytymisen poikkeavuuksina ilmenevä henkinen pahoinvointi. Tämän pahoinvoinnin koulun opettajat saattavat huomata ensimmäisinä. Vaikeudet hallita tunnelmaisua tai pysyä tarkkaavaisena, jotka ilmenevät väkivaltaisuuksina tai ylivilkkautena, kielivät myös tästä pahoinvoinnista. Pahoinvoivat pojat pyrkivät kiusaamaan toisia. Usein kiusaajat ovat jo vakavasti masentuneita. Myös ne, jotka ovat sekä kiusaajia että kiusattuja, ovat tavallista suuremmassa vaarassa masentua vakavasti. Tyttöillä synkkää ennustetta ei selittänyt mikään edellä mainituista. Sen sijaan usein kiusatuksi tuleminen ennakoivat tyttöillä tulevia niin itsemurhan yrityksiä kuin itsemurhia.

Itsemurhaa ennakoivat seikat myös muuttuvat ihmisen varttuessa. Nuorilla aikuisilla päivittäisen tupakoinnin aloittaminen ja tavallista vakavammasta masennusoireista ennakoivat sitkeitä itsemurhan ajatuksia kolmeksi vuodeksi eteenpäin. Se, johtaako ajatus itsemurhan yritykseen, riippuu useammasta kuin yhdestä asiasta. Umpikujassa olemisen tai epätoivon tunteet ja taipumus toimia ennen harkintaa madaltavat kynnyksiä ajatuksista tekoihin. On tilanteita, joissa ihmiset eri puolilla maailmaa kokevat epätoivoa usein hyvin samalla tavalla, mutta se, minkä ihminen kokee omaksi umpikujakseen, on henkilökohtaista.

Tiedonvälityksen tarjoamalla kaukupohjalla etenkin nuorten kohdalla ja tappavien välineiden saatavuudella on merkitystä. Tiedotusvälineiden tapa uutisoida itsemurhista voi tarjota itsemurhaa aikovalle tai sitä jo yrittäneelle samaistumiskohteen. Maltillinen uutisointitapa itsemurhien kohdalla on johtanut itsemurhakuolleisuuden pienentymiseen. Myös myrkyllisten aineiden saantia ja käyttöä rajoittamalla voidaan vaikuttaa suotuisalla tavalla.

Siihen, yrittääkö ihminen itsemurhaa uudelleen, vaikuttaa monta asiaa. Luonnollisesti sillä seikalla, saiko hän apua ensimmäisen yrityksensä jälkeen ja autoiko se häntä, on merkitystä. Samoin se, onko itsemurhaa yrittänyt sairas, vaikutus korostuu uuden itsemurhayrityksen syynä. Sairaalahoittoa vaativassa mielen terveyden häiriössä on sairaalaan lähettämisen hetkellä jopa 63-kertainen ja vielä vuoden kuluttua sairaalahoidon päättymisen jälkeen 7-kertainen itsemurhan vaara väestön kokonaisriskiin verrattuna. Esimerkiksi vuosina 1980–1994 Tanskassa tapahtuneista itsemurhista sairaalahoittoa vaatineet mielen terveyden häiriöt selittivät 45 prosenttia, kun vailla parisuhdetta olemisen selitysosuus oli 10 prosenttia ja työttömyyden 3 prosenttia.

Itsemurhat ovat lapsilla harvinaisia mutta alkavat yleistyä jo murrosiässä. Suomalaisilla itsemurhariski pysyy korkeana läpi aikuisiän vanhimpiin ikäryhmiin asti. Ikäluokasta riippumatta itsemurhan vaara on miehillä suurimmillaan 41–45 vuoden ja yli 75 vuoden iässä, naisilla 46–50 vuoden iässä. Kun syntymäkohortin ja itsemurhakuolleisuuden suhdetta tarkastellaan ikäkausittain, sekä miehillä että naisilla itsemurhakuolleisuus on lähes poikkeuksetta pienempi siirryttäessä vuoden 1960 jälkeen syntyneisiin (Partonen ym. 2003). Viidestä itsemurhaan kuolleesta neljä on miehiä.

Mielen terveyden häiriö, etenkin masennus, on miessukupuolen ohella selkeä itsemurhan yleinen riskitekijä. Sen lisäksi lähipiirissä tapahtuneet itsemurhat ja läheisten sairastamat mielen terveyden häiriöt ovat myös vahvoja riskitekijöitä. Itsemurhaan kuolleista selvästi suurempi osa on eronneita tai naimattomia kuin mitä heitä aikuisväestössä on. Työttömien ja työkyvyttömyyseläkeläisten osuus itsemurhaan kuolleiden keskuudessa on poikkeavan iso, mikä viittaa siihen, että tällä tavoin yhteiskunnan arkielämästä syrjäytyminen on suuri riski. Lisäksi kulttuurin ilmapiirillä ja yhteiskunnan yleisillä olosuhteilla sekä hoitojärjestelmän toiminnalla on oma vaikutuksensa tarjoamalla suojaa itsemurhaa vastaan.

Itsemurha on lähes aina yksilöllinen ratkaisu, johon voivat vaikuttaa paitsi henkilökohtaiset syyt myös paikalliset olosuhteet. Itsemurhat painottuvat viikon alkupäiviin sekä keskipäivän molemmiin puoliin, työsäikäyillä itsemurhat tosin painottuvat viikonloppuun alkoholinkäytön ja sen seuraamusten myötä. Tietenkin myös hoitojärjestelmän toiminnalla on merkitystä.

Itsemurhayritykset ovat Suomessa tavallisimpia keväällä ja itsemurhat alkukesästä. Miehet kuolevat itsemurhaan useimmiten kesän kynnyksellä, naiset myös syksyn tultua. Miehillä itsemurhien vuodenaikais-

vaihtelu oli huomattavan voimakasta vuosina 1979–1984, jolloin itsemurhakuolleisuus oli suhteellisen pientä (Partonen ym. 2003). Miehet kuolevat itsemurhaan useimmiten keväällä (toukokuussa), jolloin miesten itsemurhakuolleisuus on suurempi kuin keskimäärin. Naisten itsemurhat sitä vastoin kertyvät tasaisesti useammalle kuukaudelle. Naisten itsemurhakuolleisuus on ollut huipussaan syksyllä (lokakuussa), jolloin se on keskimääräistä suurempi. Pienintä itsemurhakuolleisuus on miehillä ollut joulukuussa, naisilla helmikuussa.

Sekä miehillä että naisilla itsemurhien vuodenaikavaihtelu korostuu sitä enemmän, mitä pienempi itsemurhien vuosittainen määrä on. Tämä viittaa biologisen taustatekijän vahvaan altistavaan vaikutukseen. Kun itsemurhia tehdään suhteellisen paljon, myös sen syytekijöitä on runsaasti; kun itsemurhia tehdään suhteellisen vähän, vuodenaikojen merkitys ja niihin liittyvien biologisten taustatekijöiden vaikutus tulee selvemmin esille. Itsemurhaan johtanut käyttäytyminen voi johtua paitsi fysikaalisten ja biologisten tekijöiden suorasta vaikutuksesta myös näihin sidoksissa olevien sosiaalisten ja psykologisten tekijöiden aiheuttamasta syystä.

Itsemurhien ehkäisyn avaimet

Kasvavan ja korkean itsemurhakuolleisuuden takia Suomessa vuonna 1986 käynnistettiin itsemurhien kansallinen ehkäisyprojekti ensimmäisenä maailmassa (Lönnqvist ym. 1993). Se johti tutkimustietoon perustuvaan ohjelmaan ja suosituksiin sekä käytännön tasolla toimenpiteisiin itsemurhien ehkäisemiseksi (Upanne ym. 1999). Itsemurhien välittömän vähentämisen lisäksi keskeisenä päämääränä oli lisätä ymmärrystä itsemurhasta monimutkaisempana henkeä uhkaavana haasteena, eikä ainoastaan sattumanvaraisena yksilöllisenä tapahtumana.

Miehillä tilastollisia käännekohtia on maamme sotien jälkeisenä aikana ollut kaksi: käänne huonompaan vuosina 1968–1974 ja käänne parempaan vuosina 1987–1995 (Hiltunen ym. 2009). Naisilla on ollut vain yksi käännekohta: käänne huonompaan vuosina 1955–1959. Naisilla selvää käännettä parempaan ei ole tapahtunut 1950-luvun lopun jälkeen. Tätä voi osin selittää sillä, että naiset ovat sen jälkeen olleet aktiivisemmin mukana kodin ulkopuolisessa työelämässä ja sen myötä altistuneet aiempaa suoremmin ja enemmän yhteiskunnallisille riskitekijöille miesten tavoin. Näitä ovat esimerkiksi taloudellisen itsenäisyyden luomat paineet ja työttömyyden uhka.

Riskitekijöiden valossa merkille pantavaa on myös se, että miehillä käänne huonompaan ajoittui samaan aikaan kuin alkoholinkulutus kasvoi nopeasti vuosien 1968 ja 1974 välillä. Samaan aikaan Suomessa tosin myös muuttoaalto maaseudulta täyttivät kaupunkimaisia asutuskeskuksia ja työviikko lyheni viisipäiväiseksi. Vaikka alkoholin kokonaiskulutus alkoi Suomessa jälleen kasvaa vuonna 1995, miesten itsemurhakuolleisuus edelleen pieneni.

Suomessa vuoden 1990 jälkeen itsemurhien määrä alkoi vähentyä taloudellisesta lamasta huolimatta. Monissa muissa maissa miesten itsemurhien määrä sitä vastoin kasvoi 1990-luvun lopulla, kuten paitsi yhteiskunnallisessa murroksessa olevissa Itä-Euroopan maissa myös esimerkiksi Espanjassa.

Käänne parempaan Suomessa tapahtui samaan aikaan, kun kansallisen itsemurhien ehkäisyprojektin antamat suositukset pantiin käytännössä toimeen vuosien 1987 ja 1995 välillä. Itsemurhakuolleisuuden lasku 1990-luvulla on ollut samansuuntainen kaikissa Pohjoismaissa ja myös eräissä muissa Länsi-Euroopan maissa. Muutoksen on arvioitu olevan seurausta siitä, että yhä useampi masennuspotilas on saanut asianmukaisen hoidon. Pelkästään yhden masennusjakson onnistunut hoito ei kuitenkaan riitä antamaan pitkäkestoista suojaa itsemurhaa vastaan. Masennustilan uusiutumistaipumuksen takia ja sen rinnalla usein ilmenevien muiden sairauksien vuoksi hoidon on oltava suunnitelmallista ja pitkäjänteistä.

Itsemurhan ehkäisyn kulmakivi Suomessa on ollut se, että masennustila havaitaan pian, masentuneelle tarjotaan tarpeellinen tuki ja jokainen vakavasti masentunut saa tehokkaan ja monipuolisen hoidon. Selviytymistaitojen opettaminen psykologisilla ensiapukursseilla suojaa nuoria. Itsemurhariskin parempi tunnistaminen ammattihenkilöstön toimesta on ollut keskeinen vaikuttamisen keino. Kasvatuksen ja kulttuurin ilmapiirissämme meidän pitää vähentää syyllistämistä, leimaamista ja rankaisevuutta. Niiden tilalle meidän pitää antaa elämänuskoa, rohkeutta ja keskinäistä tukea.

THL on valmistelemassa toimeenpanosuunnitelmaa siitä, miten itsemurhien ehkäisutoimia tulisi tehostaa. Siinä on viisi kärkeä. Tämä sanoma on tarkoitus viedä kentälle ammattihenkilöstölle ja soveltuvin osin

myös viestittää median kautta suurelle yleisölle. Myös median uutisointitapaan tulee tässä yhteydessä kiinnittää huomiota, ja tässä ohjenuorana ovat kansainväliset suositukset (Taulukko 1.).

Toimenpiteet itsemurhien ehkäisyn tehostamiseksi Suomessa

- 1) Jokainen itsemurhaa yrittänyt saa niin tehokasta apua kuin suinkin mahdollista. Itsemurhayritysten tunnistamista (somaattisessa päivystyksessä vamman tai myrkytyksen tunnistamista itsemurhayritykseksi) tulee parantaa. Itsemurhaa yrittäneiden jatkohoidon järjestämiseen tulee kiinnittää enemmän huomiota.
- 2) Masennus havaitaan, masentuneelle tarjotaan tarpeellinen tuki, ja jokainen vakavasti masentunut saa tehokkaan ja monipuolisen hoidon. Ruumiillisten sairauksien hoitokäytäntöihin lisätään psyykkistä ja sosiaalista tukea (tämä koskee etenkin ikäihmisiä). Elämänkriisissä on saatavilla tukea läheisiltä ja tarpeen tullen myös ammattiauttajilta. Depression tunnistamista ja hoitoa tulee edelleen kehittää.
- 3) Alkoholinkäytön kehittyminen elämänongelmien ratkaisuksi vältetään ja tilalle saadaan selviytymistä paremmin tukevia keinoja. Päihteiden käytön ehkäisyä tulee jatkaa ja edelleen tehostaa. Kasvatuksen ja kulttuurin ilmapiirissä vähennetään syyllistämistä, leimaamista ja rankaisevuutta sekä lisätään elämänsuoraa, rohkeutta, itsetuntoa, yritteliäisyyttä ja keskinäistä tukea.
- 4) Psykoottisten häiriöiden hoidossa itsemurhan vaaran tunnistamista tulee parantaa ja ehkäisyä tehostaa. Nuorten syrjäytymisriski vältetään ja riskitilanteessa olevalle turvataan selviytymisen ja omanarvontunnon kehittämisen mahdollisuus.
- 5) Näitä neljää edellä mainittua toimenpidettä tulee etenkin keväisin vielä entisestään tehostaa.

Taulukko 1. Tiedotusvälineille suositellaan itsemurhaa käsittelevien aiheiden yhteydessä julkaistavan seuraavat tiedot (katso lisätietoja: <http://www.ReportingOnSuicide.org>).

Itsemurhan vaara on suuri, kun henkilö:	Mitä voin tehdä auttaakseni?
<ol style="list-style-type: none"> 1. Puhuu halustaan kuolla. 2. etsii itselleen keinoa tappaa. 3. Puhuu tuntevansa itsensä toivottomaksi tai merkityksettömäksi. 4. Puhuu olevansa umpikujassa tai tuntevansa sietämättömää kipua. 5. Puhuu olevansa muille taakkana. 6. Lisää alkoholin tai lääkkeiden käyttöään. 7. Käyttäytyy ahdistuneesti, kiihtyneesti tai levottomasti. 8. Nukkuu liian vähän tai liian paljon. 9. Vetäytyy omiin oloihinsa tai tuntee itsensä etäänneeksi. 10. Osoittaa raivoa tai puhuu kostavansa. 11. Liikkuu tunnetiloiltaan äärimmäisyydestä toiseen. <p>Mitä useampi yllä olevista merkeistä henkilöllä on, sitä suurempi itsemurhan vaara on. Nämä merkit kertovat itsemurhan vaarasta, mutta ne eivät väistämättä aiheuta itsemurhaa.</p>	<p>Jos joku, jonka tunnet, on viereisen listan mukaisesti itsemurhavaarassa, toimi seuraavasti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Älä jätä häntä yksin. 2. Poista hänen ulottuviltaan aseet, alkoholi, lääkkeet, huumeet tai terävät esineet, joita hän voisi mahdollisesti käyttää itsemurhan yrittämiseen. 3. Soita valtakunnalliseen kriisipuhelimeen numeroon 01019 5202. Se vastaa puheluusi maanantaista perjantaihin kello 9.00–6.00, lauantaisin kello 15.00–6.00 ja sunnuntaisin kello 15.00–22.00. Jos tarvitset välitöntä hätäapua, soita yleiseen hätänumeroon. 4. Vie hänet sairaalan päivystykseen, tai pyydä apua terveydenhuollon ammattilaisilta

Kirjallisuus

Hiltunen, Laura, Partonen, Timo, Haukka, Jari, Lönnqvist, Jouko: Itsemurhakuolleisuuden käännekohtat Suomessa 1947–2006. Duodecim 125 (2009): 1802-1806.

Lönnqvist, Jouko, Aro, Hillevi, Marttunen, Mauri (toim.): Itsemurhat Suomessa 1987 –projekti: toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia. Tutkimuksia 25. Helsinki: Stakes, 1993.

Upanne, Maila, Hakanen, Jari, Rautava, Marie: Voiko itsemurhan ehkäistä? Itsemurhien ehkäisyprojekti Suomessa 1992–96: toteutus ja arviointi. Raportteja 227. Helsinki: Stakes, 1999.

Partonen, Timo, Haukka, Jari, Lönnqvist, Jouko: Itsemurhakuolleisuus Suomessa vuosina 1979–2001. Duodecim 119 (2003): 1827-1834.

2.11 Hyvä Mehtäkaveri -toimintamalli Kainuun metsästäjien huolen puheeksi ottamisen tukena

Esa Nordling, Arja Oikarinen

Suomalaiset miehet voivat pahoin. Tämä näkyy itsemurha- ja väkivaltatilastoissa, päihteiden käytössä ja erilaisten riskien ottamisessa. Naisten pahoinvointi tulee esille erilaisena: masennustilastoissa sekä paniikkihäiriöiden ja syömishäiriöiden yleistymisenä. Miesten ongelmien kehittyminen alkaa usein jo lapsuudessa ja nuoruudessa ja miehillä ongelmien kasaantuminen on yleisempää kuin naisilla (Appelqvist-Schmidlechner 2011).

Miesten ja naisten selviytymiskeinot ja ratkaisuyritykset ongelmatilanteissa ovat myös erilaisia, vaikka yksilöllisiä eroja on paljon. Yleisesti ottaen naiset turvautuvat muihin ihmisiin, miehet yrittävät selviytyä yksin. Tämä johtaa siihen, että miehet naisia useammin jäävät ongelmiensa kanssa yksin ja ajautuvat umpikujaan ja epätoivoisiin tekoihin.

Suomalaisessa mieskulttuurissa elää vahvasti asenteellinen itseruoskinta. Suomalainen mies on kova itselleen, kuten erilaiset sukupolvelta toiselle siirtyvät sanonnat osoittavat:

- Sääli on sairautta
- Kaikki se mikä ei tapa, vahvistaa
- Tosimies ei itke
- Samalla tavalla se lähtee, kun on tullutkin (kipu)
- Räkänokastakin mies tulee, turhannaurajasta ei yhtään mitään
- Tunteiden näyttäminen on heikkouden merkki.

Miehet huolehtivat itsestään ja terveydestään heikommin kuin naiset ja terveydenhuollon palveluihin hakeutumisen kynnys on korkeampi kuin naisilla. Näillä tekijöillä lienee vahva yhteys siihen, että suomalaiset miehet kuolevat keskimäärin seitsemän vuotta nuorempina kuin naiset (Pietilä 2008).

Hyvinvointi jakautuu alueellisesti epätasaisesti. Hyvinvointivajetta on yleisimmin Itä- ja Pohjois-Suomessa. Esimerkiksi Kainuussa työikäisen väestön työkykykokemus on merkittävästi huonompi kuin koko Suomessa keskimäärin. Vastaavanlainen tilanne on myös koetun terveyden kohdalla (Kaikkonen & Koskinen 2010). Kulttuurista näkökulmaa kainuulaisten miesten terveyskäyttäytymiseen on valotettu Arja Oikarisen (2008) väitöstutkimuksessa.

Terveyserojen kaventamisen keinoja ja varhaisen puuttumisen mahdollisuuksia on Kainuussa etsitty ja toteutettu muun muassa kutsuntaikäisten Aikalisä-hanketta sekä Kajaanin ammattikorkeakoulussa kutsuntaikäisten liikuntaprojektia toteutettaessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -hankkeessa havaittiin, että varusmiespalveluksen ulkopuolelle jäivät nuoret miehet muodostavat riskiryhmän itsemurhien suhteen (Appelqvist-Schmidlechner 2011).

Kainuun maakuntahallinnossa on noussut huoli kainuulaisten miesten pahoinvoinnin lisääntymisestä. Väestömäärään suhteutettu miesten tapaturmakuolleisuus on Kainuussa yli puolitoistakertainen ja miesten itsemurhakuolleisuus lähes puolitoistakertainen koko maan miesten lukuihin verrattuna (Sotkanet). Keskiikäisten miesten ampuma-aseilla tehdyt itsemurhat ovat lisääntyneet Kainuussa. Myös niin sanottu PYLL-indeksiin, jolla mitataan menetettyjä elinvuosia, edellä mainittu kehitys vaikuttaa negatiivisesti. On myös havaittu, että itsemurhan tehneillä ei ole välttämättä ollut mitään yhteyksiä mielenterveys- tai päihdepalvelujärjestelmään (Saari 2011).

Viranomaisten huoli on tunnistettu myös metsästyseuroissa. Metsästyksen harrastajat tarvitsisivat enemmän rohkeutta tarttua asiaan, jos jokin harrastajatoverissa huolestuttaa. Metsästäjäliiton ja ampumaurheilun harrastajien näkökulmat itsemurhien ehkäisyyn ovat erityisen tärkeitä.

Keväällä 2011 Kainuun maakuntahallinto kutsui koolle monialaisen työryhmän, johon kuuluivat maakuntahallinnon asiantuntijoiden lisäksi Kajaanin ammattikorkeakoulun, Suomussalmen riistanhoitoyhdistyksen, poliisin ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen edustajat. THL:n Mielen Tuki -hankkeessa nähdään itsemurhien ehkäiseminen keskeisenä osana mielenterveys- ja päihdestrategiatyötä. Ehkäisevään mielenter-

veys- ja päihdetyöhön tarvitaan jo käytössä olevien lisäksi myös uusia menetelmiä. Työryhmässä päätettiin aloittaa sellaisen intervention kehittämistyö, jolla lisätään metsästyksen harrastajien mahdollisuuksia tunnistaa harrastajatovereihin liittyviä huolia ja ottaa niitä puheeksi jo varhaisessa vaiheessa sekä sen avulla vähentää itsemurhariskiä.

Kehittämistyön lähtökohtana oli niin sanottu kokemusasiantuntijanäkökulma, missä nähtiin tärkeäksi se, että metsästyksen harrastajat ovat mukana intervention kehittämisessä. Tämän vuoksi heinäkuussa 2011 työryhmän edustajia oli mukana Suomussalmella Viepperhauta-tapahtumassa. Vuotuinen tapahtuma on suunnattu metsästyksen ja kalastuksen harrastajille ja siihen osallistui pari tuhatta kävijää. Tapahtumassa koottiin haastatteluin (N=120) osallistujien omakohtaisia kokemuksia huolen puheeksiottamisesta ja siitä, miten sitä voisi harjoitella. Lähes 80 prosenttia vastaajista muisti omakohtaisia huolen puheeksi ottamisen tilanteita ja noin 70 prosenttia oli myös ottanut huolta herättäneen asian puheeksi huolimatta siitä, että se usein oli tuntunut vaikealta. Haastatelluista 99 prosenttia oli sitä mieltä, että huolen puheeksiottamista voi harjoitella ja oppia.

Viepperhauta-tapahtuman kokemukset rohkaisivat Huoli puheeksi -intervention kehittelyn jatkamista yhdessä metsästäystä harrastavien miesten kanssa Suomussalmen Erätulilla -tapahtumassa joulukuussa. Tapahtumassa esiteltiin miesteemaa ja Huoli puheeksi -interventiota luennon ja näytteille asettelun avulla. Lisäksi osallistujien joukosta valittiin henkilöitä, joita haastateltiin syvällisemmän tiedon saamiseksi intervention rakentamista varten. Haastattelijoina toimivat Kajaanin ammattikorkeakoulun opiskelijat. Haastatteluun osallistui 13 henkilöä, joilta kysyttiin metsästyksen merkityksestä, mahdollisista havainnoista tuttavapiiriin kuuluvien henkilöiden mielenterveyden järkkymisestä ja sen herättämistä tunteista, ongelmien tunnistamisesta, puheeksiottamisen kokemuksista sekä millä tavalla metsästyksen harrastajien kesken voitaisiin lisätä välittämistä ja toisista huolehtimista. Tilaisuutta varten työryhmässä valmisteltiin esitys intervention pääasiallisen sisällön ja toimintamallin suhteen. Haastattelujen ja alustuksesta saadun palautteen pohjalta saatiin laaja hyväksyntä varhaisen puheeksiottamisen menetelmän pilotoinnille Kainuun metsästäjien keskuudessa.

Pilottisuunnitelman mukaan Suomussalmen seuroista kutsutaan 10–12 metsästyksen harrastajaa osallistumaan HYVÄ MEHTÄKAVERI -valmennukseen. Näille niin sanotuille vertaistukijoiksi valmennettaville metsästäjille annetaan välineitä ja valmiuksia kohdata harrastuskavereita avoimesti ja ottaa ajoissa puheeksi asioita ja tilanteita, joista ei ole helppo puhua. Samalla painotetaan sitä, ettei valmennettaville anneta liiallista vastuuta harrastuskavereista ja että he saavat ammatillista tukea ja ohjausta myös valmennuksen jälkeen. He saavat myös tietoa, miten toimia, jos puheeksi ottaminen ei hälvennä kaveriin liittyvää huolta.

Hyvä Mehtäkaveri -valmennukseen ilmoittautui 31 metsästyksen harrastajaa Suomussalmen alueelta. Koska ilmoittautuneita oli näin paljon, päätettiin järjestää kaksi koulutusta. Ensimmäinen toteutui 1.3.2012 ja toinen 28.3.2012. Koulutuksen kesto oli neljä tuntia. Koulutus toteutettiin THL:n, Kainuun maakuntahallinnon ja Kajaanin ammattikorkeakoulun toimesta. Tämän jälkeen järjestetään vielä kummallekin koulutusryhmälle kaksi seurantalaisuutta, jossa kootaan koulutuksessa olleiden kokemuksia ja työstetään niitä työnohjauksellisesti. Samalla sovittiin siitä, että THL ja Kajaanin ammattikorkeakoulu vastaavat pilotointiin liittyvästä tutkimustoiminnasta. Opiskelijat tekevät opinnäytetöitään pilotointiin liittyen. Myös Kainuun mielenterveys- ja päihdeasioihin ja muuhun terveyden edistämiseen liittyvien kehittämishankkeiden kanssa tehdään yhteistyötä. Pilottiryhmistä saatujen kokemusten perusteella interventiota tullaan kehittämään niin, että se on sovellettavissa muuallekin Kainuuseen ja koko Suomeen.

Kirjallisuus

- 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. Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print: Tampere. 2011
- Kaikkonen, R. & Koskinen, S.: Suomalaisväestön hyvinvoinnissa on suuria alueellisia eroja. THL:n tiedote 1.12.2010. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=23599.
- Oikarinen, A.: Kainuulaisten miesten terveyskäyttäytyminen – kulttuurinen näkökulma. Universitets Ouluensis D 975. Oulu University Press: Oulu 2008.
- Pietilä, I.: Mies ja tervellisyysdilemmat. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti. 2008: 45, 239-241.
- Saari, M., Terveysjohtaja, Kainuun maakuntahallinto, Suullinen tieto 27.5.2011

3 Strategista yhteistyötä

3.1 Alkoholiohjelma ehkäisevää päihdetyötä edistämässä

Tuomas Tenkanen, Irmeli Tamminen

Johdanto

Alkoholista ja muista päihteistä aiheutuu vuosittain valtava haittakuorma suomalaiselle yhteiskunnalle: päihdesairauksia, ennenaikaisia kuolemia, riippuvuusongelmia, rikollisuutta ja tapaturmia. Usein tähän problematiikkaan viitattaessa käytetään ilmaisua ikävä ja ilkeä ongelma. Ikävät ja ilkeät ongelmat tarkoittavat ilmiöitä, jotka koskettavat laajoja joukkoja ja joihin ei löydy helppoja ratkaisuja. Alkoholista on kuitenkin myös laillinen kulutushyödyke, jonka valmistaminen ja myynti tuottavat verotuloja ja synnyttävät työpaikkoja. Niinpä ei liene yllättävää, että alkoholi ja alkoholipolitiikka herättävät intohimoja. Valtaosalla suomalaisista on omakohtaista kokemusta alkoholin käytöstä ja monilla on myös kokemuksia ongelmista joko omakohtaisesti, perheessä tai muussa lähiyhteisössä. Myös käsitykset siitä, miten alkoholin kulutukseen ja haittoihin pitäisi vaikuttaa, vaihtelevat.

Ikävät ja ilkeätkin ilmiöt ovat selätettävissä, mutta siihen ei pysty kukaan tai mikään toimija yksin. Päihdehaittojen ehkäiseminen koskettaaakin oikeastaan meitä kaikkia; kunnan toimijoita, kuntalaisia, alkoholielinkeinoja, valvontaviranomaisia ja kolmannen sektorin toimijoita. Se edellyttää yhteistyötä ja yhteistyötä on koordinoitava. Alkoholiohjelma antaa siihen rakenteita ja työvälineitä.

Alkoholiohjelma on yhteistyötä alkoholihaittojen vähentämiseksi

Alkoholiohjelma on nimi sille yhteistyölle, jota alkoholihaittojen vähentämiseksi tehdään valtakunnallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla. Monet yhteiskunnan toimijat voivat ratkaisullaan ja toiminnallaan vähentää alkoholihaittoja. Näin Alkoholiohjelma muodostuu valtiovallan, kuntien ja järjestöjen yhteisistä ponnistuksista. Vaikuttavat toimenpiteet jäsennetään ohjelmassa kokonaisuudeksi. Alueellisella ja paikallisella yhteistyöllä voidaan päästä tavoitteisiin paremmin kuin yksin toimien.

Alkoholiohjelma nojaa suomalaisen päihdepolitiikan ydinarvoon, joka on jokaisen kansalaisen oikeus terveyteen. Julkisen vallan velvollisuus on edistää terveyttä ja turvata tuon oikeuden täyttyminen (ks. perustuslaki 19§ ja alkoholilaki 1§). Suomalaisessa alkoholihaittojen vähentämisen mallissa yhdistyy sosiaali- ja terveystieteisiin lähtökohtiin perustuva lainsäädäntö, viranomaisten ja kansalaisten paikallinen yhteistyö sekä alkoholin kysyntään, tarjontaan ja haittoihin vaikuttaminen. Tämän yhtenäisen strategian tarkoituksena on muovata suomalaisten ja erityisesti nuorten koko elinympäristö päihdehaitoilta suojaavaksi.

Alkoholiohjelman eri toimintakaudet

Vuoden 2012 alusta käynnistynyttä Alkoholiohjelmakautta edeltävissä ohjelmakausissa voidaan nähdä selkeä kehityshistoria alkoholipolitiikan toimijoiden vastuuden määrittelystä. Yksilön ja lähiyhteisön vastuuta korostavasta ohjelmasta on siirrytty yhteisesti kannettavaan vastuuseen.

Ensimmäinen alkoholiohjelma oli Eduskunnan päihde- ja raittiusasiain neuvottelukunnan (PRANK) valmistelema ohjelma *Onks tietoo?* vuosina 1996–1999. Se korosti voimakkaasti yksilön vastuuta omasta ja lähiyhteisön terveydestä ja hyvinvoinnista. (Onks tietoo?)

2000-luvun alun Alkoholiohjelma – yhteistyötä ja vastuuta oli päihde- ja raittiusasiain neuvottelukunnan päivitys edellisestä ohjelmasta. Nyt yksilön vastuun korostamisen sijaan alkoholiongelmiensa ehkäisemisen ja vähentämisen lähtökohtana nähtiin julkisin toimin valtakunnallisella ja paikallisella tasolla tehtävä laaja-alainen yhteistyö. (2000-luvun Alkoholiohjelma.)

Näiden kahden kauden jälkeen tultiin suomalaisen alkoholipolitiikan kannalta merkittävään taitekohtaan. Vuonna 2003 alettiin valmistautua siihen, että seuraavana vuonna EU-maiden väliset alkoholijuomien verovapaat matkustajatuontikiintiöt poistuisivat ja samaan aikaan Virosta tulisi EU:n jäsenvaltio. Eduskunta hyväksyi loppusyksystä 2003 keskimäärin 33 prosentin alkoholiverojen alennuksen, mikä käytännössä nosti alkoholin kokonaiskulutuksen yli kymmeneen litraan asukasta kohti.

Eräänlaisen vastavoimana tiedossa oleviin haittojen lisääntymiseen annettiin Suomen historian ensimmäinen alkoholipoliittinen valtioneuvoston periaatepäätös. Siinä muotoiltiin kolme tavoitetta:

- alkoholin aiheuttamia haittoja lasten ja perheiden hyvinvoinnille vähennetään merkittävästi
- alkoholijuomien riskikäyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja vähennetään merkittävästi
- alkoholijuomien kokonaiskulutus käännetään laskuun. (Alkoholiohjelma 2004–2007 -yhteistyön lähtökohdat 2004, 25–27.)

Tavoitteiden toteuttamiseksi asetettiin Alkoholiohjelma 2004–2007, joka oli sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla oleva kumppanuus- ja yhteistyöprosessi. Alusta asti oli selvää, ettei kokonaiskulutuksen kääntäminen laskuun ollut realistista melkoisen hinnanalennuksen jälkeen. Kaudella alettiinkin entistä vahvemmin panostaa yhteistyön vahvistamiseen ja koordinaation tehostamiseen sekä näyttöön perustuvien työmallien levittämiseen. Näin pyrittiin tukemaan päihdehaittoja ehkäisevää ja vähentävää työtä. Tällöin luotiin maksuton sekä sähköisen että painetun aineiston materiaalipankki, jonka kautta eri toimijat voivat tilata aineistoja päihdehaittojen ehkäisyn tueksi. Merkittävä osa aineistoa oli mini-interventiotoimintaa tukevaa.

Alkoholiohjelman kumppanuuden solmi lukuisa määrä kuntia ja muita toimijoita 2004–2007 kaudella. Sosiaali- ja terveysalan järjestöillä oli oma alkoholiohjelmansa osana järjestöjen päihdeohjelmaa. Kauden isoja hankkeita olivat mini-intervention juurruttamiseen tähdännyt valtakunnallinen mini-interventioprojekti VAMP ja paikallista alkoholipoliittikkaa kehittänyt PAKKA.

Ulkoisen loppuarvioinnin mukaan Alkoholiohjelma 2004–2007 jäsensi kansallista alkoholihaittojen vähentämisen parissa työskentelevää toimijakenttää siten, että yhteistyö laajentui ja syventyi. Loppuarviointi suositteli operatiivisten tavoitteiden kirkastamista ja Stakesille vahvempaa roolia Alkoholiohjelman operatiivisesta tuesta eli käytännössä alueellisen tason yhteistyön kehittämisen koordinoinnista, substanssituesta ja tiedontuotannosta. Lääninhallitukset jatkaisivat kuntatason toimijoiden tukemista ja ohjaamista. (Alkoholiohjelma 2004–2007 loppuarviointiraportti, 37.)

Alkoholiohjelman jatkaminen kaudeksi 2008–2011 kirjattiin hallitusohjelmaan ja sosiaali- ja terveysministeriön päätöksellä ohjelman pääkoordinaatiovastuu annettiin Stakesille. Ohjelmassa nojattiin edelleen vahvasti edellä mainittuun periaatepäätökseen. Painopisteeksi tuli alkoholihaittojen ehkäisyn mahdollistavien toimintarakenteiden luominen alueelliselle ja paikalliselle tasolle.

Alkoholiohjelmakaudet 2004–2007 ja 2008–2011 muodostavat selkeän kehittämistyön jatkumon. Kausilla on tehty päihdehaittojen ehkäisyn kehittämistyötä, tuettu paikallisen työn rakenteita, tuotettu laadukasta materiaalia ja järjestetty koulutuksia. Merkittävänä tuloksena tästä työstä on syntynyt aktiivisen informaatio-ohjauksen malli:

- On luotu koko maan kattava alueellinen organisaatio eli alueellisen koordinaation malli.
- On syntynyt erilaisten tutkimukseen ja asiantuntijatietoon perustuvien painettujen ja sähköisten aineistojen tuottamisen perinne, joka palvelee päihdetyön toimijoita laajasti.

Valtionhallinnon uudistukset ovat tuoneet ohjelmalle omat haasteensa. Ensiksi Stakes ja Kansanterveyslaitos fuusioituivat Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseksi vuoden 2009 alusta. Seuraavana vuonna lakkautettiin lääninhallitukset ja tilalle tulivat uudet aluehallintovirastot, joiden myötä myös aluejako muuttui. Lääninhallituksissa aiemmin toimineiden Alkoholiohjelman aluekoordinaattoreiden tehtävät pyrittiin sijoittamaan aluehallintovirastoihin, mutta vasta vuonna 2011 kaikissa kuudessa aluehallintovirastossa toimi oma Alkoholiohjelman aluekoordinaattori.

Alkoholiohjelman alueellinen koordinaatio paikallisen työn tukena

Stakes rakensi yhteistyössä lääninhallitusten kanssa alueellisen koordinaation mallin, jossa kuhunkin viidestä lääninhallituksesta sijoitettiin ohjelman aluekoordinaattori. Stakes vastasi operatiivisen toiminnan ohjaamisesta ja yhteisten linjausten tekemisestä, sosiaali- ja terveysministeriö vastasi strategisesta toiminnasta. Valtioneuvoston tuki tuli terveyden edistämisen politiikkaohjelman kautta.

Oleellinen osa ohjelman ohjaustoimintaa ovat olleet Stakesin ja sittemmin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) aluekoordinaattoreille järjestämät säännölliset työkokoukset. Kokoukset ovat mahdollistaneet työn sisältöön liittyvien kysymysten käsittelyn. THL:n ohjeistuksen ja asioiden linjaamisen lisäksi kokoukset tarjoavat koordinaattoreille mahdollisuuden kokemusten ja ajatusten läpikäymiseen vertaisryhmässään. THL on vastannut Alkoholiohjelmaa koskevasta valtakunnallisesta viestinnästä ja ylläpitää sen www-sivuja (<http://www.alkoholiohjelma.fi>). Aluekoordinaattorit vastaavat alueellisesta ja paikallisesta tiedottamisesta.

Alueellinen koordinaatio mahdollistaa erilaisten työkokousten, tapaamisten ja foorumeiden toteuttamisen. Esimerkiksi kuntien ja alueiden ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöille on järjestetty läänintasoisia, maakunnallisia, seudullisia ja kunnallisia työkokouksia ja tapaamisia. Aluekoordinaattoreiden osallistuminen erilaisiin paikallisiin työryhmiin ja foorumeihin on keskeistä monialaisen yhteistyön edistämisen kannalta ja mahdollistaa tiedonvälitystehtävän tehokkaan toteuttamisen. Aluekoordinaattoreille onkin näin muodostunut tarkka kuva omien toiminta-alueidensa ehkäisevän päihdetyön tilasta.

Ministeriön toiveesta kumppanuuskonseptia jatkettiin ja sitä alettiin kehittää konkreettisempaan suuntaan. Ohjelmaan tuli yllättävänkin paljon uusia kumppaneita ja järjestökentästä tuli paikallisia sopimuksia huomattavasti aiempaa enemmän ja osa valtakunnallisista järjestökumppaneista jäi pois.

Kumppanit laativat konkreettiset suunnitelmat toiminnastaan, joissa kuvataan miten toimintaa on seurattu ja arvioitu. Kumppanit raportoivat toiminnastaan vuosittain aluekoordinaattorille. Aiempaa konkreettisemmat suunnitelmat tukevat osaltaan rakenteita ja mahdollistavat vaikuttavamman työn. Aluekoordinaattorin panos nähdään tässä merkittäväksi. Kumppaneilla on myös ollut mahdollisuus saada erilaisia koulutuksia, jotka ovat kohdennettu ensisijaisesti heille.

Myös aineistopankin ylläpitoa jatkettiin ja uusintapainosten lisäksi mukaan saatiin uusia tuotteita kuten *€Matti*, *Päihteen pelikenttä* ja *Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari*. Materiaaleja tilattiin vuositasolla huomattavia määriä, vuonna 2008 noin 850 000 kappaletta ja vuonna 2010 noin 810 000 kappaletta.

Alueellisen koordinaation mallia arvioitiin ohjelmakauden 2008–2011 puolivälissä. Arviossa todettiin mallin vahvistavan ja selkiyttävän valtionhallinnon laitosten välistä yhteistyötä. Toimintatapa on selkeä ja tehokas, kun muutaman ihmisen voimin kyetään merkittävästi edesauttamaan alueellista toimintaa. Mallin heikkoutena on sen määräaikaisuus. Pitkäjänteisen alkoholihaittojen ehkäisytyön kehittäminen ja toteuttaminen vaatii vakituista rakennetta. (Kiijärvi-Pihkala 2010.)

Alueellisen koordinaation mallia on pidetty niin tärkeänä, että sen vakinaistaminen on kirjattu Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmaan (Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011.) Toistaiseksi mallia rahoitetaan edelleen vuosiperustaisella terveyden edistämisen määrärahalla, mutta pysyvämpää ratkaisua rahoitukselle haetaan.

Yhteistyö muiden ohjelmien kanssa

Moneen muuhunkin ohjelmaan sisältyy päihteistä aiheutuvien haittojen vähentämisen tematiikkaa. Alkoholiohjelma onkin tehnyt yhteistyötä esimerkiksi Mieli-ohjelman, Kaste-ohjelman sekä sisäisen turvallisuuden ohjelmien kanssa. Yhteistyötä on jatkossa vielä tiivistettävä ja vahvistettava.

Ohjelmien ja niihin kytkeytyvien hankkeiden välisestä yhteistyöstä hyvänä esimerkkinä on strategiatyön tukeminen. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman Mielen tuki -hankkeen sekä mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeiden kanssa työsetään parhailaan mielenterveys- ja päihdestrategian laatimista tukevan oppaan uutta versiota. Mielen tuki ja Alkoholiohjelma ovat käynnistämässä ehkäisevän päihdetyön ja edistävän mielenterveystyön yhteisiä ja erityisiä piirteitä käsitteleviä koulutustilaisuuksia.

Eriytyisen ilahduttava esimerkki ohjelmien välisestä yhteistyöstä on Paikallinen alkoholipolitiikka -toimintamallin (Pakka) levittäminen. Alkoholiohjelman informaatio-ohjauksen ja Kaste-ohjelman resursiohjauksen myötä Pakka-toimintamallia ja sen elementtejä on voitu levittää eri puolille Suomea. Nyt alka-vaan Kaste II -ohjelmaan on myös kirjattu Pakka-toimintamallin levittäminen ja juurruttaminen.

Aluekoordinaattorit ovat mukana aluehallintovirastojensa Sisäisen turvallisuuden ohjelman työryhmissä. Myös tätä kautta on voitu levittää Pakka-toimintamallia.

Työvälineitä päihdehaittojen ehkäisyyn

Merkittävä osa konkreettisten työvälineiden ja -mallien levittämisestä tapahtuu erilaisten koulutustilaisuuksien, seminaarien ja työkokousten kautta. Tilaisuudet ovat olleet joko Alkoholiohjelman omia tilaisuuksia tai yhteistyössä eri sidosryhmien kanssa järjestettyjä. Vuositasolla erilaisia koulutuksia ja työkokouksia on ollut useita satoja ja niiden kautta on tavoitettu suuri määrä toimijoita. Vuonna 2011 esimerkiksi Itä-Suomessa toteutettiin yhteensä 144 tilaisuutta, joihin osallistui kaikkiaan noin 4 600 ihmistä.

Varhaisen puheeksioton teema on ollut vahvasti mukana useissa tilaisuuksissa. Muun muassa mini-interventiokoulutuksia on järjestetty yhteistyössä Työterveyslaitoksen kanssa ja alkoholi-asioiden puheeksiotto sosiaalihuollon palveluissa -koulutuksia on toteutettu yhteistyössä Helsingin kaupungin ehkäisevän työn yksikön kanssa.

Ikäihmisten parissa työskentelevät on huomioitu aiempaa vahvemmin tässä yhteydessä. Ammattilaisille suunnattujen koulutusten lisäksi Alkoholiohjelman aineistoihin valmistui *Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari*, joka on alkoholin käytön arvioinnin ja ohjaamisen työväline ammattihenkilöstölle. Aihepiiriä täydentää tuore DVD-julkaisu *Sopivasti seniorille*, joka antaa tiivistettyä tietoa ikäihmisten alkoholin käytöstä ja siihen liittyvistä tekijöistä sekä rohkaisee ammattihenkilöstöä alkoholin käytön puheeksiottoon. DVD on myös julkaistu videoklippeinä Alkoholiohjelman www-sivuilla (<http://www.alkoholiohjelma.fi>).

Alkoholiohjelma on myös osaltaan levittänyt *Toimiva lapsi ja perhe* -toimintamallia ohjelman kumppaneille suunnatuilla lapset puheeksi -koulutuksilla. Lisäksi Länsi-Suomessa on toteutettu kumppaneille Vertti-ryhmäohjaajakoulutuksia. Nuorisoalan ehkäisevän päihdetyön osaamiskeskus Preventiimin kanssa on toteutettu lukuisia ehkäisevän päihdetyön perusteet -koulutuksia. Lisäksi monella alueella on toteutettu päihdeasiat pöydälle -koulutuksia. Niissä perehdytään Sotkanet-tietokannan (<http://www.sotkanet.fi>) käyttöön ja kunnan päihdeavainindikaattoreiden hyödyntämiseen paikallisen päihdetilanteen arvioimiseksi.

Yllä kuvattuja koulutuksia yhdistää päihdeidenkäytön puheeksioton merkityksen korostaminen ja tämän kulttuurin vahvistaminen on yksi Alkoholiohjelman painopisteitä jatkossakin. Pakka-toimintamallin edelleen levittämistä ja juurruttamista jatketaan.

Nyt käynnistyneellä ohjelmakaudella on uutuutena vuosittaiset kärkiteemat ja niihin liittyviä koulutuksia ja työvälineitä tullaan toteuttamaan ja levittämään yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Vuositeemat ovat seuraavat:

- vuonna 2012 Alkoholi ja työelämä
- vuonna 2013 Alkoholi ja väkivalta
- vuonna 2014 Uudet lait haltuun
- vuonna 2015 Alkoholi, arjen turvallisuus ja tapaturmat

Alkoholiohjelman aineistot liittyvät hyvin vahvasti eri työvälineisiin: esimerkiksi mini-interventiassa oleellista on asiakkaalle annettava kirjallinen materiaali. Keskeisimmät aineistot ovat saatavissa useina kieliversiona ja kaikki julkaisut löytyvät pdf -muodossa Alkoholiohjelman www-sivuilta.

Case Pakka: toimintamallin levittäminen

Pakka-toimintamalli kehitettiin vuosina 2004–2007 hankkeessa, jota johti silloisen Stakesin tutkimusprofessori Marja Holmila. Työssä oli mukana laaja Stakesin alkoholitutkija- ja kehittämisasiantuntijatyöryhmä. Pilottialueina hankkeessa olivat Hämeenlinnan ja Jyväskylän seutukunnat.

Paikallistasolla tehtävää alkoholihaittojen ehkäisytyötä on tutkittu ja kehitetty kansainvälisesti muun muassa USA:ssa, Ruotsissa ja Australiassa. Suomessa kokeiltiin yhteisöpohjaista työmallia ensimmäistä kertaa jo 1990-luvulla. Pakka-hanketta edelsivät vuosina 1993–1994 WHO:n Euroopan osaston esimerkki-projekti (Lahti-projekti) sekä vuosina 1997–1999 Tikkurilassa ja Myllypurossa toteutettu Metropoliprojekti. Pakka-hanke käynnistyi osana Alkoholiohjelmaa 2004–2007. (Holmila et al. 2009.)

Aiemmissa tutkimusprojekteissa oli havaittu, että alkoholihaittojen ehkäisyyn pyrittäessä oli tehokkainta vaikuttaa alkoholin saatavuuteen. Tämä otettiin myös Pakka-toimintamallin keskeiseksi tavoitteeksi. Mallissa haetaan laajaa yhteistyötä, missä ehkäisevän päihdetyön toimijat, media ja kansalaiset yhdistävät voimansa paikallisella tasolla. Samalla kun edistetään vähittäiskaupan vastuullista myyntiä ja ravintoloiden

vastuullista anniskelua, integroidaan virallinen valvonta ja sääntely epäviralliseen sosiaaliseen sääntelyyn alkoholin välittämisen estämiseksi ja alkoholihaittojen minimoimiseksi. (Holmila et al.2009.)

Käytännössä Pakka-toimintamallin toteuttaminen on hyvin konkreettista työtä. Alkoholin vähittäismyyntiliikkeet tehostavat alkoholin myynnin ikärajavalvontaa ja kieltäytyvät myymästä ja anniskelemasta selvästi päihtyneille. Vähittäismyyntiliikkeissä opetellaan sekä tunnistamaan hankalat alkoholin myynti- ja anniskelutilanteet että selviytymään niistä. Kansalaisille tiedotetaan alkoholin aiheuttamista haitoista ja mobilisoidaan heidät mukaan ehkäisevään toimintaan median avulla.

Tutkimusnäyttö on osoittanut Pakka-toiminnan tulokselliseksi ja vaikuttavaksi. Alkoholin saatavuus alaikäisille eri mittareilla tarkasteltuna vaikeutui toiminta-alueilla selvästi, ja nuorten raittius lisääntyi koko maassa. Myös anniskelu humalaisille ja nuorten miesten yöaikaiset päivystyspoliikkikäynnit vähentyivät interventioalueilla. (Holmila et al. 2009.)

Toimintamallin käyttöönotto ja leviäminen

Pakka-toimintamalli on levinnyt Suomessa laajasti ja se tunnetaan pääkaupunkiseudulta Ouluun ulottuvalla alueella. Noin 1,8 miljoonaa suomalaista asuu siellä, missä mallia toteutetaan. Itä-Suomeen ja Lappiin mallia ollaan parhaillaan implementoimassa. Tutkijoiden tietoinen päätös sallia toimintamallin leviäminen jo tutkimusvaiheessa oli hyvin viisasta sen tunnetuksi tekemisen kannalta. Leviämisen onnistumiseen ovat vaikuttaneet erityisesti mediatyö, yhteisöpreventiivinen toimintatapa, ehkäisevän päihdetyön kattavat toimijaverkostot sekä Kaste-hankkeiden tarjoama yhteistyö ja resurssit. (Tamminen 2012.)

Poliitikot ja päätöksentekijät vastaanottavat tietoa mieluummin yksinkertaistetussa ja tiivistetyssä muodossa median kautta kuin perehtyvät tieteellisiin raportteihin (Karvonen 2008; Tirronen 2010). Pakka-toimintamallissa paikallisen alkoholihaittoja koskevan tutkimustiedon ja paikallisten toimenpiteiden uutiointi ovat olleet oleellinen osa mallin tuloksekasta toimintaa (Holmila et al. 2009). Englanninkielisissä maissa tämän kaltaisesta työskentelytavasta käytetään käsitettä ”media advocacy” (Holder et al. 1997; Casswell, 2000).

Pakka-koordinaattorien tuki käynnistysvaiheessa tärkeää

Pakka-toimintamallin kuntatason työtä on edesauttanut ratkaisevasti Alkoholiohjelmakaudella 2008–2011 rakennettu alueellisen koordinaation malli. Aluekoordinaattorien panos tiedon jakamisessa ja seutujen toiminnan käynnistämisen tukemisessa on ollut merkittävä. Käyttöönottoa on helpottanut myös kaikille avoin verkkotyökalupakki THL:n Neuvoa-antavat -teemapalvelussa (<http://www.thl.fi/neuvoa-antavat>).

Kun poliittiset päättäjät ja viranhaltijat tekevät virallisen päätöksen Pakka-toiminnan aloittamisesta kunnassa, tarvitaan sinne toiminnan käynnistämiseen palkattu, paikalliset olot tunteva koordinaattori. Oleellisen tärkeää aloittelevalle kuntakoordinaattorille on muilla Pakka-seuduilla jo toimivien kokeneiden koordinaattoreiden apu. Perehdyttäminen työmenetelmiin tapahtuu käytännössä sähköpostein, puhelimitse, luennoin ja toistuvien konsultointikäynnein. Pakka-hankkeessa kehitetyt koulutuspaketit ja niitä toteuttaneet kouluttajat, kirje- ja kampanja-aineisto, ostokoe- ja arviointimenetelmät ynnä muu tarvittava materiaali ovat olleet valmiina sovellettavaksi ja käytettäväksi.

Toimintamallista on pidetty vuosina 2004–2012 lukuisia seminaariesitelmiä useissa isoissa kansallisissa tapahtumissa, esimerkiksi Sisäisen turvallisuuden päivillä, TERVE-SOS -messuilla ja Valtakunnallisilla Päihdepäivillä. Mallin leviämisen myötä on muodostunut 20–30 Pakka-koordinaattorin valtakunnallinen kehittäjäverkosto, jota THL:n Alkoholiohjelma on loppuvuodesta 2010 lähtien virallisesti tukenut ja ohjannut.

Kirjallisuus

Alkoholilaki (1143/1994)

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19941143>

(luettu 02.03.2012)

Alkoholiohjelman aineistot:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma/aineistot_ja_julkaisut (luettu 02.03.2012)

Alkoholiohjelma 2004–2007 loppuarviointiraportti.

<http://info.stakes.fi/tietokannat/A-ohjelma/stm/2004arviointi.pdf>

(luettu 02.03.2012)

Alkoholiohjelma 2004–2007. Yhteistyön lähtökohdat 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004: 7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004.

- Casswell, Sally: Decade on Community Action Research. *Substance Use & Misuse* (2000): 35 (1 & 2), 55–74.
- Holder, Harold & al: Summing up: lessons from a comprehensive community prevention trial. *Addiction* (1997): 92 (Supplement 2), 293–301.
- Holmila, Marja & Warpenius, Katariina & Warsell Leena & Kesänen, Minna & Tamminen, Irmeli: Paikallinen alkoholipolitiikka. Pakka-hankkeen loppuraportti, THL Raportti 5/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009.
- Kiijärvi-Pihkala, Marja: Alkoholiohjelman alueellinen koordinaatio paikallisen työn tukena. Alkoholiohjelman 2008–2011 väliarviointi. THL Avauksia 14/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.
- Onks tietoo? Esitys kansallisen alkoholiohjelman toimeenpanemiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1997:14. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1997.
- Pakka-toimintamalli paikallisten alkoholihaittojen ehkäisyyn – verkkoaineisto: http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/pakka-toimintamalli (luettu 02.03.2012)
- Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelma 22.6.2011. Valtioneuvoston kanslia. <http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf> (luettu 02.03.2012)
- Suomen perustuslaki (731/1999). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731> (luettu 02.03.2012)
- Tamminen, Irmeli: Pakka-toimintamallin toteutus ja hyvät käytännöt. THL verkkojulkaisu 2012, 4-6). STM. 2/2012 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4f426748-dbf6-4658-b5e1-0095224e7e22> (luettu 02.03.2012)
- Tirronen, Riitta: Tiedeviestintä osana tutkimuksen vaikuttavuutta. *Yhteiskuntapolitiikka* 4 (2010): 452-455.
- 2000-luvun Alkoholiohjelman. Yhteistyötä ja vastuuta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/alkoholi/alkoholi.pdf> (luettu 02.03.2012)

3.2 Osallisuuden toteuttamisen haasteita ja mahdollisuuksia mielenterveys- ja päihdestrategiatyössä – kokemuksia Mielen Tuki -hankkeesta

Heli Hätönen, Esa Nordling, Merja Halonen

Osallisuuden vahvistaminen eri tavoin on tärkeä sosiaali- ja terveystieteiden strateginen linjaus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 2011). Sosiaali- ja terveyspalveluissa osallisuuden vahvistamisen yhtenä tavoitteena on, että palvelut huomioisivat asiakkaiden tarpeet aikaisempaa paremmin. Tähän mennessä ei kuitenkaan vielä ole muodostettu yhteistä käsitystä siitä mitä osallisuus tarkalleen on, ja mitä sen toteutuminen käytännössä tarkoittaa. Sosiaali- ja terveyspalveluissa osallisuutta voidaan tarkastella henkilön oikeutena käyttää palveluita, kun taas palveluihin vaikuttaminen ja niiden kehittäminen olisi enemmän osallistumista. Tässä näkemyksessä sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaan osallisuuden tasot voivat vaihdella siten, että hän on 1) palvelujen kohteena, 2) palautteen antajana, 3) osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä sekä 4) aktiivisena palvelujen kehittäjänä. (Kaseva 2011).

Osallisuus mielenterveys- ja päihdepalveluissa tarkoittaa tavallisimmin palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä niin palveluiden käyttäjien omassa hoidossa kuin myös laajemmin palvelujen kehittämisessä ja järjestämisessä (Laitila 2010). Tämä näkemys on yhtenevä *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman* kanssa, missä ehdotetaan kokemusasiantuntijoiden roolin selkeyttämistä ja vahvistamista palvelujen suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen onkin yleistynyt ja siihen liittyvää koulutusta on kehitetty viimeisten vuosien aikana aktiivisesti (Nordling & Rauhalta 2011). Osallisuutta on tarpeen tarkastella myös laajemmin yhteisöjen näkökulmasta. Osallisuus onkin keskeinen osa edistävää ja ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Tässä pyrkimyksenä on vahvistaa hyvinvointia tukevia yhteisöjä ja kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa itseään koskeviin ratkaisuihin erilaisissa ympäristöissä kuten esimerkiksi vapaa-ajan toiminnoissa ja työyhteisöissä. Tämä näkökulma on toistaiseksi jäänyt vähemmälle huomiolle niin edistävässä ja ehkäisevässä mielenterveys- ja päihdetyössä kuin myös korjaavissa ja kuntouttavissa palveluissa.

Asiakkaan osallisuutta mielenterveys- ja päihdepalveluissa voidaan tukea asiakaslähtöisellä rakenteilla ja toiminnalla (Laitila 2010). Käytännössä osallisuuden toteutuminen on edelleen kuitenkin havaittu haasteelliseksi ja palvelujen käyttäjien vaikutusmahdollisuudet ovat olleet puutteellisia (Kaseva 2011). Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän rakenteet ovat monimutkaisia ja jo pelkästään palautteen antaminen

toteutuneista palveluista on prosessi, jossa henkilön tulee omata hyvät tiedot kuinka toimia asiansa eteenpäin viemiseksi (Kuosmanen 2009). Väestön yleinen vähäinen kiinnostus vaikuttaa päätöksenteossa (Blomqvist 2011) saattaa heijastua myös vähäiseen kiinnostukseen vaikuttaa palvelujen kehittämiseen. Lisäksi mielenterveysongelmiin edelleen liittyvä leimaantumisen pelko ja leimaantuminen voivat osaltaan myös estää palveluiden käyttäjien aktiivista osallistumista palvelujen kehittämiseen (Aromaa 2011).

Nämä edellä kuvatut haasteet ovat nousseet esiin myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Mielen Tuki-hankkeessa, jossa kuntia ja alueita tuetaan mielenterveys- ja päihdestrategiatyössä. Hankkeen aikana olemme huomanneet tarpeen konkretisoida miten osallisuuden toteutumista on mahdollista vahvistaa ja lisätä mielenterveys- ja päihdestrategiatyössä. Yhtenä ratkaisuna on erilaisten menetelmien hyödyntäminen jo strategiaproessin alkuvaiheessa nykytilaa ja kehittämistarpeita kartoitettaessa. Tämä erilaisten menetelmien soveltaminen on tarpeellista, jotta erilaisilla ihmisillä olisi mahdollisuus olla osallisina omista lähtökohdistaan käsin. Seuraavassa kuvaamme käytännön esimerkkejä miten väestön ja palveluiden käyttäjien osallisuutta mielenterveys- ja päihdestrategian nykytilan kartoitukseen on tuettu uuden Oulun alueella. Uusi Oulu muodostuu Haukiputaan, Kiimingin, Oulun, Oulunsalon ja Yli-Iin kuntien yhdistyessä 1.1.2013. Uuden Oulun asukasluku tulee olemaan noin 190 000 asukasta. Uuden Oulun muodostamisen yhteydessä tarkastellaan myös mielenterveys- ja päihdepalvelujen toteuttamista sekä käynnistetään strategiatyö palvelujen kehittämiseksi ja toteuttamiseksi. Strategiatyön pohjaksi toteutettiin syksyllä 2011 laaja nykytilan kuvaus.

Kuulemistilaisuudet osana strategiaproessia

Mielenterveys- ja päihdestrategian tavoitteena on turvata ja parantaa kuntalaisten hyvinvointia sekä kehittää palvelujärjestelmää siten, että varmistetaan kuntalaisten tarpeisiin vastaavat riittävät ja oikea-aikaiset palvelut (Laitila & Järvinen 2009, World Health Organisation 2004). Strategiatyössä tähän haasteeseen pyritään vastaamaan toteuttamalla kattava nykytilan kuvaus strategiaproessin alussa. Tietoa kerätään muun muassa kansallisista ja alueellisista tilastoista. Lisäksi usein hyödynnetään erilaisia keskustelu- ja kuulemistilaisuuksia, joissa tavoitteena on selvittää esimerkiksi palvelujen käyttäjien, omaisten tai laajemmin väestön näkemyksiä palvelujen kehittämiseksi. Usein nämä tilaisuudet ovat jääneet yksittäisiksi tapahtumiksi. On myös havaittu, että tämän tyyppiset perinteiset yleiset ja avoimet kuulemistilaisuudet eivät välttämättä onnistu kokoamaan paikalle kuntalaisia ja tilaisuuksien osallistujamäärät saattavat jäädä vähäisiksi. Tällöin väestön ja palvelujen käyttäjien sekä omaisten äänen kuuluminen ja edelleen osallistuminen aktiivisesti koko strategiaproessiin jää myös vähäiseksi. Toimivia sen sijaan näyttäisivät olevan käytännöt, joissa kuuleminen järjestetään kohdennetusti esimerkiksi kutsuseminaarina.

Osana uuden Oulun alueen mielenterveys- ja päihdepalvelujen strategiatyötä valmistelevaa nykytilan selvitystä järjestettiin järjestöjen edustajille kutsuseminaari yhteistyössä ESKO-hankkeen (<http://www.kumppanuuskeskus.fi/esko/>) kanssa. Tarkoituksena oli selvittää uuden Oulun alueen järjestöissä toimivien henkilöiden sekä järjestöyhteistyötä tekevien tahojen näkemyksiä Uuden Oulun alueen mielenterveys- ja päihdepalvelujen nykytilasta, kehittämiskohteista ja keinoista kehittämistyön toteuttamiseksi. Seminaari tavoitti hyvin eri toimijoita. Siihen osallistui seitsemänkymmentä viisi henkilöä eri tahoilta, edustaen sosiaali- ja terveysalan järjestöjä, seurakuntia ja hankkeita. Lisäksi seminaari tavoitti uuden Oulun alueen kunnista päättäjiä, oppilaitosten ja yliopiston edustajia, sosiaali-, terveys- mielenterveys-, lapsiperhe- ja vanhustalvelujen sekä työvoimatalvelujen edustajia.

Seminaari oli niin sanottu ”työseminaari”, jossa osallistujat työskentelivät pienryhmissä. Pienryhmät työstivät teemoja, jotka oli muodostettu *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman* (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009) sisällön mukaisesti. Teemat käsittelivät 1) asiakkaan osallisuutta, 2) ehkäisevän ja edistävän mielenterveys- ja päihdetyön toteutumista sekä 3) palvelujen toimivuutta kokonaisuutena. Varsinainen työskentely toteutettiin hyödyntäen ”tulevaisuuden muistelu” -menetelmää, jossa osallistujat kuvasivat tulevaisuuden tavoitetilan ja kuinka tavoitetilaan on päästy. Tulevaisuuden muistelu on menetelmä, jonka avulla voidaan suunnitella ja suunnata tulevaa kehittämistyötä ja sen edellytyksiä. Menetelmän avulla on mahdollista irrottautua nykyhetkestä, ennakoida hyvää lähitulevaisuutta ja etsiä uusia vaihtoehtoja ja ratkaisuja. Osallistujia rohkaistaan puhumaan omasta näkökulmastaan. Tulevaisuuden muistelussa ei määritellä on-

gelmia, vaan kysytään osallistujien kuvaa tyydyttävämmästä tulevaisuudesta sekä tähän johtavista teoista. (Kokko & Koskimies, 2007).

Internet väestön kuulemisen välineenä

Väestön roolin vahvistamiseksi strategiaprocessissa tarvitaan uusia keinoja toteuttaa osallisuutta (Laitila 2010). Erilaisten aloitekanavien ja kuulemisjärjestelmien kehittäminen päätöksenteossa on nostettu tärkeäksi kehittämisen alueeksi Suomessa (Valtioneuvosto 2011) ja Euroopassa (Euroopan Yhteisöjen Komissio 2002). Pyrkimyksenä on hyvinvoinnin ja osallisuuden edistäminen ja sosiaalisten ongelmien ennaltaehkäiseminen ja tätä tukevien elämäntapojen vahvistaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Suomi on edelleen informaatioteknologian hyödyntämisessä edelläkävijämaiden joukossa. Väestöstä suurin osa (91 %) on jossakin vaiheessa käyttänyt Internetiä ja 84 prosentilla kotitalouksista on käytössä Internet yhteys. Lisäksi väestöstä yli puolet väestöstä (58 %) on käyttänyt Internetiä kommunikaatioon julkisten palveluiden tuottajien kanssa (EuroStat 2012). Internetin hyödyntäminen onkin luonteva menetelmä vahvistaa väestön äänen kuuluville saamista. Sitä on jo hyödynnetty esimerkiksi Suomessa nuorten osallisuuden lisäämisessä (<http://www.aloitekanava.fi>) sekä väestön kuulemisessa ympäristöön liittyvissä päätöksissä (Kaakkois-Suomen ELY-keskus 2012). Internetiä on hyödynnetty myös osana EU:n politiikan suunnittelussa Sinun äänesi Euroopassa -hankkeen avulla (http://ec.europa.eu/yourvoice/index_fi.htm). Kokemuksia Internetiä hyödyntävien menetelmien käytöstä mielenterveys- ja päihdestrategiatyössä on kuitenkin vielä vähän.

Uuden Oulun strategiatyöskentelyn nykytilan selvityksessä väestön kuulemisessa hyödynnettiin Internetiä. Kuuleminen toteutettiin siten, että paikallisissa sanomalehdissä julkaistiin tiedote mahdollisuudesta vaikuttaa mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämistyöhön. Väestöllä oli mahdollisuus tuoda näkemyksensä esiin Oulun kaupungin Internet sivujen kautta, lähettämällä sähköpostia tai perinteinen kirje sekä ottamalla yhteyttä puhelimitse. Kokonaisuudessaan menetelmä osoittautui toimivaksi. Kannanottoja tuli yhteensä 410. Näistä suurin osa (95 %) saatiin Internet palautteena. Sähköpostia hyödynsi 15 vastaajaa, kirjeen lähetti 2 vastaajaa ja puhelimitse yhteyden ottoja tuli 3 henkilöltä. Internetissä vastanneista suurin osa oli 24–64-vuotiaita (91 %) ja naisia (81 %). Vastaajat edustivat monipuolisesti eri näkökulmia suhteessaan mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Vastaajista reilu viidennes (22 %) oli kuntalaisena kiinnostunut vaikuttamaan mielenterveys ja päihdepalveluihin, reilu viidennes (22 %) oli itse käyttänyt joskus palveluja, alle viidennes (17 %) edusti mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien omaisia ja kolmannes (33 %) vastaajista oli kohdannut työssään mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä henkilöitä. Vain 6 prosenttia ei halunnut ilmoittaa yhteyttään aiheeseen. Vastauksissa tuotettiin monipuolisesti tietoa kaikkiin kysytyihin alueisiin: 1) palveluiden toimivuuteen, 2) kehittämiskohteisiin ja 3) mielenterveyden tukemisen mahdollisuuksiin.

Lopuksi

Osallisuuden tukeminen on keskeinen keino syrjäytymisen vähentämisessä sekä palvelujen kehittämisessä väestön tarpeisiin vastaaviksi. Osallisuudella voidaankin ajatella olevan erilaisia arvomerkityksiä: osallisuuden avulla voidaan pyrkiä tehokkaaseen toimintaan, toisaalta osallisuuden vahvistamisen avulla on mahdollisuus pyrkiä myös yhteiskunnalliseen muutokseen (Toikko & Rantanen, 2009). Käytännössä väestön ja palvelujen käyttäjien osallisuuden tukeminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa on edelleen haaste, vaikka esimerkiksi kokemusasiantuntijoiden rooli on vahvistunut palvelujen tuottamisessa ja arvioinnissa. Tässä artikkelissa on kuvattu yksinkertaisia ja helposti toteutettavia menetelmiä, joiden avulla on mahdollisuus nostaa esiin niin palveluiden käyttäjien ja heidän omaistensa kuin myös laajemmin koko väestön näkökulmaa mielenterveys- ja päihdepalvelujen strategiseen suunnitteluun.

Jokaisella osallisuutta tukevalla ja sen mahdollistavalla menetelmällä ja keinolla on vahvuutensa ja heikkoutensa. Osallisuuden vahvistamiseksi onkin tärkeää hyödyntää laajasti erilaisia menetelmiä, jotta erilaisten ihmisten ääni tulisi kuulluksi (Laitila 2010). Edellä kuvatut menetelmät tavoittavat todennäköisesti melko aktiivisten henkilöiden näkökulmat. Järjestöjen seminaarissa osallistujat edustivat hyvin laajalajaisesti eri järjestöjä. Yleisesti kuitenkin tiedetään, että järjestötoiminta ei välttämättä tavoita esimerkiksi syrjäytyneitä nuoria tai yksinäisiä iäkkäitä henkilöitä – niitä heikossa asemassa olevia, joiden näkökulma

on tärkeä kokonaisvaltaisen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen. Internetin kautta näkökulmansa ilmaisseet olivat puolestaan pääsääntöisesti työikäisiä naisia. Internetin käyttöä on kritisoitu myös sen vuoksi, että osalla väestöstä ei ole taitoja tai mahdollisuuksia sen hyödyntämiseen, mikä puolestaan voi edelleen lisätä syrjäytymistä tietoyhteiskunnasta. Tämän vuoksi edelleen on tarpeen hyödyntää monipuolisesti erilaisia keinoja yhteydenottoihin ja kommunikointiin. Jatkossa on tarpeen miettiä myös miten miesten sekä nuorten ja iäkkäiden henkilöiden näkökulma saadaan paremmin esiin. Näin itse strategiaproessi ei lisää väestöryhmien välisiä eroja.

Nykytilanteen ja kehitystarpeiden määrittelyn jälkeen strategiaproessi etenee ja strategian työstäminen käynnistyy (Laitila & Järvinen 2009). Mielenterveyteen ja päihdetyöhön liittyvät asiat koskettavat meitä kaikkia, joten palveluiden käyttäjien, omaisten ja väestön osallisuuden varmistaminen strategiaproessiin on tärkeää. Perinteinen asiantuntijalähtöinen näkökulma, jossa pieni ryhmä asiantuntijoita on määritellyt tavoitteet etukäteen, ei enää riitä (Arnkil 2006). Käytännössä palvelujen käyttäjien ja omaisten osallisuutta on mahdollista vahvistaa esimerkiksi kokemusasiantuntijoiden kanssa tehtävän yhteistyön sekä erilaisten keskinäisten tiimien ja järjestöjen kanssa tehtävän yhteistyön avulla (Kaseva 2011). Tärkeää on huolehtia siitä, että osallisuuden vahvistaminen tukee ryhmien omatoimista osallisuutta ja toimijuutta (Särkelä 2009). Vaarana voi olla, että osallisuus mahdollistuu vain järjestelmän näkökulmasta, jolloin tavoitteena on osallistujien mukana olo ennalta määritellysti. Tämä jättää heidän roolinsa helposti marginaaliseksi eikä tue yksilöiden hyvinvointia ja todellisia toimintamahdollisuuksia (Toikko & Rantanen 2009).

Kirjallisuus

- Arnkil, Robert: Hyvien käytäntöjen levittäminen EU:n kehittämissuunnitelmana. Teoksessa Riitta Seppänen-Järvelä & Vappu Karjalainen (toim.) Kehittämistyön risteyksiä. 2006. Helsinki.
- Aromaa, Esa: Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. 2011. Jyväskylän yliopisto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Blomqvist, Irja: Poliittika ei innosta suomalaisia nuoria. Hyvinvointikatsaus 3/2011. tilastokeskus. 2011. http://www.stat.fi/artikkelit/2011/art_2011-09-26_001.html [luettu 28.02.2012]
- Euroopan Yhteisöjen Komissio: Neuvottelu- ja keskustelukulttuurin edistäminen – Komission konsultointiprosessiin sovellettavat yleiset periaatteet ja vähimmäisvaatimukset. KOM(2002) 704. 2002. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2002:0704:FIN:FI:PDF> [luettu 28.02.2012]
- EuroStat: Statistics. Information society. 2012. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/information_society/introduction [luettu 28.02.2012]
- Kaakkoi-Suomen ELY-keskus: Kymijoen pilaantuneiden sedimenttien kunnostamisesta jokiosuudella Kuusaansaari-Keltti on päätetty luopua. 2012.. <http://www.ely-keskus.fi/fi/tiedotepalvelu/2012/Sivut/KymijoenpilaantuneidensedimenttienkunnostamisestajokiosuudellaKuusaansaariKelttionpaatettyluopua.aspx> [luettu 28.02.2012]
- Kaseva, Kaisa: Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä – integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16.
- Kokko, Riitta-Liisa & Koskimies Mimosa: Ennakointialogit moniammatillisena yhteistyömuotona. Dialogisten verkostopalaverien välitön palaute. Stakes Raportteja 17/2007. 2007.
- Kuosmanen, Lauri: Personal Liberty in Psychiatric Care - Towards Service User Involvement. 2009. Annales Universitatis Turkuensis D 841. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/43990/AnnalesD841Kuosmanen.pdf?sequence=1> [luettu 28.02.2012]
- Laitila, Minna & Järvinen, Tiia: Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/45c668e3-4570-4ab8-9d6a-b4f694f320ee> [luettu 28.02.2012]
- Laitila, Minna: Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. 2010. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, 31. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf [luettu 28.02.2012]
- Nordling, Marja & Rauhala, Liisa: Kokemuksesta oppia – vertaisuudesta voimaa: Asiakkaan osallisuuden vahvistaminen mielenterveys- ja päihdetyössä Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. 2011. Teoksessa: Juha Moring, Anne Martins, Airi Partanen, Viveca Bergman, Esa Nordling, Veijo Nevalainen (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön vuonna 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 6/2011. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14.

2006.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3798.pdf [luettu 28.02.2012]
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:1, 2011.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-14357.pdf [luettu 28.02.2012]
- Särkelä, Mona: Voiko huono-osainen olla osallinen? Tarkastelussa päihteidenkäyttäjien, toimeentulotuen saajien, vankien ja asunnottomien osallisuus ja aktiivinen kansalaisuus. 2009. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto.
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/21271/URN_NBN_fi_jyu-200907071760.pdf [luettu 28.02.2012]
- Toikko, Timo & Rantanen, Teemu: Käyttäjä- ja toimijalähtöinen kehittäminen. Osaaja.net. 2, 2009.
<http://ojs.seamk.fi/index.php/osaaja/article/view/1115/965> [luettu 28.02.2012]
- Valtioneuvosto: Hallitusohjelman strateginen toimeenpanosuunnitelma – kärkihankkeet ja vastuut. 2011.
<http://valtioneuvosto.fi/tiedostot/julkinen/vn/hse-2011/fi.pdf> [luettu 28.02.2012]
- World Health Organization: Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice: summary report. A report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne. 2004.
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf [luettu 28.02.2012]

4 Muuttuvaa ja kehittyvää hoitoa

4.1 Kaaoksesta hallintaan – Itäkeskuksen psykiatrian poliklinikan muutosprosessi yleispsykiatrisista työryhmistä häiriökohtaisiin työryhmiin vv. 2009–2010

Leea Muhonen

Tausta

Itäkeskuksen psykiatrian poliklinikan vastuuväestö on Helsingin ja ehkä koko Suomen suurin. Alueella oli v. 2008 alussa noin 150 000 asukasta, joista aikuisväestöä noin 105 000. Aluetta luonnehtii monikulttuurisuus ja runsas maahanmuuttajien määrä, Helsingin kaupungin keskimäärää alhaisempi koulutustaso, toimeentulotukea tarvitsevien asukkaiden suurempi määrä ja korkeampi työttömyysaste.

Itäkeskuksen psykiatrian poliklinikalla oli v. 2008 viisi yleispsykiatrista työryhmää, joissa hoidettiin kaikkien häiriöryhmien potilaita. Tilanne näissä työryhmissä oli melkoisen kaaottinen. Yksittäisellä sairaanhoitajalla saattoi olla jopa 120 hoitosuhdepotilasta eikä tässä tilanteessa ollut mahdollisuuksia hoidon tiivistämiseen. Suurien työntekijäkohtaisten potilasmäärien vuoksi ei vastuutyöntekijän valinnassa voitu ottaa huomioon sopivinta ammattiryhmää, vaan potilaat jaettiin tasan kaikille työntekijöille. Näin ollen esimerkiksi psykologille saattoi määräytyä kroonista skitsofreniaa vuosikymmeniä sairastunut potilas. Hoitossa olevien potilaiden suuri määrä (kaikkiaan 3400 potilasta) ja pitkään jatkunut lääkarivaje estivät asianmukaiset hoitosuunnitelmien tarkistukset. Niinpä potilaat usein vain kävivät harvakseltaan poliklinikalla ilman varsinaista hoidollista tavoitetta.

Yleispsykiatristen työryhmien lisäksi poliklinikalla oli kaksi joitakin vuosia aiemmin perustettua erikoistunutta työryhmää. Akuuttityöryhmässä hoidettiin itsemurhavaarassa olevia tai epäillyn psykoosin vuoksi hoitoon ohjattuja potilaita, joille tarjottiin hoitoa kolmen arkipäivän kuluessa. Avokuntoutustyöryhmässä hoidettiin skitsofreniaan sairastuneita potilaita perhe- verkosto- ja kognitiivisen kuntoutuksen menetelmin ja kuntoutettiin aktiivisesti työelämään. Hoitomalli oli kehitetty alle 30-vuotiaille muutaman vuoden sisällä sairastuneille, mutta ryhmän hoidossa oli myös 30-vuotiaita jo pitkään sairastaneita potilaita. Vuoden 2008 alussa aloitti toimintansa kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien potilaiden diagnostiikkaan ja hoidon suunnitteluun erikoistunut työryhmä, niin sanottu bipolaariryhmä. Tämän työryhmän perustamisen tavoitteena oli parantaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnostiikkaa ja konsultoida yleispsykiatristen työryhmien bipolaaripotilaiden hoitoa. Samaan aikaan poliklinikalla käynnistyi Uudenmaan läänin erillisrahoituksella Kaksoisdiagnosihanke, jonka tavoitteena oli kehittää päihde- ja vakavan mielenterveysongelman omaavien potilaiden hoitoa. Tätä varten perustettiin myös pieni hoitotyöryhmä (Lyly 2011).

Itäkeskuksen psykiatrian poliklinikalla oli v. 2008 vakansseja yhteensä n. 60. Lääkärivakansseja oli 17, mutta ne olivat osin hoitamatta ja vuokralääkäreitäkin oli useita. Psykologin virkoja oli 8. Ne olivat täytettyjä, mutta vaihtuvuus oli melko suurta. Sosiaalityöntekijöitä oli varsin vaikea saada. Viidestä toimesta vain muutama oli täytetty pätevällä työntekijällä. Toimintaterapeutteja oli viisi. Vaihtuvuus siinäkin ammattiryhmässä oli suurta. Sairaanhoitajan vakansseja oli 25. Ne olivat pääsääntöisesti täynnä, mutta vaihtuvuus oli runsasta. Vaikka työnteko koettiin raskaaksi, sisäinen ilmapiiri koettiin hyväksi ja yhteishenki oli hyvä. Muutamia poliklinikan työntekijät olivat aloittaneet perustyön ohella tunne-elämän epävakauksesta kärsivien potilaiden dialektiseen käyttäytymisterapiaan ja taitovalmennukseen perustuvan hoitomallin opiskelun. Näillä työntekijöillä oli kohtuuton työtaakka. Työhyvinvointikyselyissä nousi keskeiseksi tunne, että omaa työtään ei voi hallita eikä potilaita voi hoitaa niin hyvin kun pitäisi. Tilannetta yritettiin parantaa esimerkiksi määräämällä johonkin työryhmään potilassulku, mutta korjaustoimenpiteet johtivat usein ylikuormitukseen toisissa työryhmissä. Tästä aiheutui kiistoja työryhmien välillä. Yleinen ilmapiiri oli kriittinen. Vaadittiin mitä tahansa muutosta, mistä yhtenä esimerkkinä oli ehdotus täyden potilassulun käyttöön otosta koko poliklinikalla. Toimintamalli näytti tuottavan lähinnä kroonistuvia potilaita ja uusia nuoria työkyvyttömyyseläkeläisiä, koska puuttuvien lääkäriresurssien vuoksi sairauslomia suositeltiin kuukausiksi eteenpäin,

eikä työruuhkassa ollut aikaa suunnitella ammatillista kuntoutusta tai muita kuntouttavia toimenpiteitä. Henkilökunnan vaihtuvuus alkoi uhata koko toimintaa.

Muutosprosessi

Muutosprosessi alkoi keväällä 2008, jolloin käynnistettiin epävirallinen keskustelu mahdollisesta siirtymisestä häiriökohtaisiin työryhmiin. Perusteena muutokseen oli ajatus, että suuren potilasmäärän hoitaminen on helpompaa perehtymällä yhden häiriökokonaisuuden hoitoon ja oppimalla tuntemaan potilaan tarvitsemat yhteistyötahot. Muutoksen tarpeellisuudesta esitettiin monenlaisia ajatuksia. Toisaalta kaivattiin työn monipuolisuutta, mitä monenlaiset potilaat toisivat. Toisaalta pidettiin hyvänä ajatusta, että esimerkiksi skitsofreniapotilaiden hoitoon saadaan enemmän tavoitteellisuutta, kun he eivät vähempään tyytyvinä potilaina jää omia tarpeitaan enemmän korostavien potilaiden varjoon.

Suunnittelu käynnistettiin syksyllä 2008. Syyskuussa 2008 järjestettiin yhden päivän suunnitteluseminaari, johon osallistui poliklinikan koko henkilökunta. Seminaarin aluksi työterveyspsykologi piti alustuksen muutoksesta ja työhyvinvoinnista. Tämän jälkeen osallistujat jakautuivat toiveittensa mukaisesti suunnittelemaan kaavailtuja häiriökohtaisia työryhmiä. Tietojärjestelmistä pyrittiin arvioimaan tulevien työryhmien potilasmäärät ja hoidon tarve. Työntekijät saivat esittää oman toiveensa tulevasta sijoittautumisestaan. Arvioitu tarve osui varsin hyvin yhteen esitettyjen toiveiden kanssa. Työntekijöillä oli mahdollisuus vaikuttaa tulevaan toimenkuvaansa. Työntekijöiden määrällinen sijoittelu osui kohtalaisen oikeaan, vain psykoosipotilaita hoitaviin työryhmiin piti siirtää muutosprosessin aikana lisää sairaanhoitajia. Maaliskuussa 2009 poliklinikan koko henkilökunta kävi tutustumassa Lahden psykiatrian poliklinikkaan, missä oli jo toiminnassa uudistukseemme hyvin sopiva Arviointi- ja konsultaatioryhmä (Ojanen 2009). Käynti antoi uskoa muutokseen ja innostusta sen toteuttamiseen omassa yksikössä. Työntekijöissä heräsi ajatus, että pikaisella ja tehokkaalla interventiolla voimme vähentää kroonistuvien potilaiden määrää ja siten myös vähentää potilaspaineita häiriökohtaisissa työryhmissä.

Tässä vaiheessa työntekijöillä oli jo tieto tulevista sijoittumisista uusiin työryhmiin ja potilaita alettiin siirtää tulevien häiriökohtaisten työryhmien työntekijöille saattaen vaihtamalla vanhojen työryhmien sisällä. Koska kaikissa työryhmissä ei ollut sopivaa työntekijää tulevia muutoksia ajatellen, elettiin syksyllä 2009 varsin kaoottista vaihetta, kun uudet vastuutyöntekijät tutustuivat varsin lyhyellä aikavälillä heille siirrettävään suureen joukkoon uusia potilaita. Pitkään hoidossa olleita remissiassa olleita potilaita ei päälle kaatuvan työtilanteen vuoksi uloskirjoitettu, vaan heidät siirrettiin häiriökohtaiseen työryhmään, missä alkoi tutustuminen potilaan tilanteeseen. Useissa tapauksissa todettiin, että potilaan vointi oli jo ollut stabili, mutta uloskirjoitusta ei tehty, koska ei ollut aikaa suunnitella hoitoja ja jatkohoitoja eikä myöskään perinteinen, kontrollikäyntejä sisältävä toimintakulttuuri tukenut niitä. Tässä vaiheessa määriteltiin rajat, miten paljon siirtoja voidaan tehdä kuukaudessa. Aluksi arveltiin, että siirtymäjakso veisi puoli vuotta, mutta arvio osoittautui liian tiukaksi. Potilaat kuitenkin siirtyivät asteittain työryhmiinsä ja myös hoidon siirtämissä perusterveydenhuoltoon toteutettiin aktiivisesti. Sellaisten potilaiden kohdalla, jotka olivat vuosikautia tottuneet harvajaksoisiin sinänsä tavoitteettomiin tapaamisiin, sovittiin tiivis ”hoitosuhteen päättämisterapia”, jossa potilaan kanssa käytiin kertaviikkoinen tapaamisen hoitosuhteen päättämiseen liittyvät tunteet ja ajatukset läpi. Häiriökohtaisiin työryhmiin siirtyminen johti myös lukuisiin huonetilojen muutoksiin. Tavoitteena oli kerätä samaan häiriökohtaiseen työryhmään kuuluvat työntekijät läheisiin tiloihin, ”saman kahvihuoneen ympärille”. Muutokset toteutettiin kesälomien 2009 aikana, jolloin hyvin suunniteltu prosessi sujui varsin kitkattomasti. Huonetilojen epätasaisen sijoittelun vuoksi jouduttiin pari kokoushuonetta muuttamaan työhuoneiksi, mikä toisaalta antoi haastetta varsin ryhmäpainotteisen hoito-otteen omaksumiselle henkilökunnallemme.

Työntekijäkohtaiset potilasmäärät vähenivät pikkuhiljaa. Hyvinkin pitkän aikaa poliklinikalla käyneiden, jo psyykkisesti vakiintuneiden potilaiden motivointi siirtymään perusterveydenhuoltoon oli varsin raskas vaihe henkilökunnalle. Monet potilaat pitivät kiinni ”saavutetusta edusta” ja koska vuosia aiemmin hoitoon tulleille ei ollut puhuttu hoitosuhteen määräaikaaisuudesta, oli tähän ajatukseen sopeutuminen joillekin potilaille varsin vaikeaa. Pikkuhiljaa käyttäen tiiviimpää, sovittua lopetusjaksoa, tässä onnistuttiin kohtalaisen hyvin. Näytti myös siltä, että niistäkin potilaista, jotka halusivat välttämättä pitää kiinni vuosikausien oikeudestaan käydä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, moni jättäytyi pois työryhmävaihdoksen

myötä. Toimintaterapiassa oli vanhasta traditiosta johtuen toiminut erilaisia harrasteryhmiä vuodesta toiseen, vaikka niiden tarve oli oleellisesti vähentynyt potilasjärjestöjen ja muiden kolmannen sektorin toimijoiden kehitettyä vastaavia toimintamuotoja. Näistä luovuttiin ja siirryttiin tavoitteellisiin, määräaikaisiin ryhmiin. Tämäkin muutos oli osalle potilaista hyvin hankala ja siirtymistä pois erikoissairaanhoidon piiristä vastustettiin. Saattaen siirtämällä potilaita kolmannen sektorin toimintoihin tässäkin onnistuttiin. Alun perin Auroran sairaalan henkilökunnalla oli huoli siitä, että hoitonsa lopettaneet potilaat kansoittaisivat sairaalan osastot, mutta tämä ei toteutunut kuin muutaman potilaan kohdalla. Hoidon piiriin jääneet potilaat selvisivät muutoksesta hyvin, kiitos muutosprosessiin vahvasti panostaneen henkilökunnan.

Elokuun 2009 alusta alkoi uusien työryhmien aika. Entisten työryhmänumeroiden sijaan otettiin käyttöön nimet arviointi- ja lyhytinterventiotyöryhmä (ARLI), mielialatyöryhmä (DEP) ja psykososiaalisen kuntoutuksen työryhmä (PSOK). Lääkäripula oli tässä vaiheessa edelleen melkoinen. Tilanteeseen antoi haastetta myös Helsingin oman psykiatrian päätös lopettaa vuokralääkäreiden käyttö. Uuden arviointi- ja lyhytinterventioryhmän käynnistyminen kuitenkin vähensi potilaspainetta muissa työryhmissä. Osaavan henkilökunnan ansiosta toiminta kehittyi, vaikkakin edelleen henkilökuntaa kuormittavana. Yleinen työväkkyys piti yllä jaksamista, koska tulevaisuuden tilanne nähtiin helpottavana.

Kevät 2010 oli toiminnan juurruttamista. Lääkäripula jatkui edelleen. Työryhmät koettiin moniammatillisesti tiiviinä, eikä suuri koko haitannut yhteistyötä. Uusia toiminnan ja hoidon kehittämisideoita alkoi kummuta.

Koko kehittämisjakson aikana pidettiin sekä työryhmäkohtaisia että koko poliklinikan strategiapäiviä, missä tarkasteltiin prosessien solmukohtia ja mietittiin joustavampia menettelytapoja.

Työryhmien arviot muutosprosessin kulusta ja tuloksista

Arviointi- ja lyhytinterventioryhmä ARLI.

Vastuutyöntekijöiden potilasmäärien oleellinen vähentyminen on tehnyt mahdolliseksi potilaiden intensiivisemmän hoidon. Esimerkiksi yksilöterapeuttisten hoitojen rinnalla on käytetty ryhmähoitomuotoja. Työryhmien moniammatillisuutta on käytetty aktiivisemmin hyväksi. Esimerkiksi sosiaalityön konsultaatioihin tai toimintakyvyn arvioihin on ollut tilaa aikaisempaa paremmin. Erityisesti ammatillisen kuntoutuksen arvioita on tehty selvästi aiempaa enemmän. Yleensäkin kuntoutusnäkökulma on tullut päivittäiseksi. Myös Vamoksen (Vamos-projekti), Valkonauhaliiton, Mellarin ja muiden aktivoivien toimintojen tarjoamaa kuntoutusta käytetään potilaiden hyväksi. Harvajaksoisen seurantahoidon sijaan potilaita aktivoidaan ja ohjataan elämässä eteenpäin verkostotyötä hyväksikäyttäen. Työterveyshuoltojen kanssa tehtävän yhteistyön määrä on lisääntynyt. Tutkimusjaksot ovat aiempaa monipuolisempia. Esimerkiksi psykologin testauksia tehdään moninkertaisesti aiempaan verrattuna. Jo tutkimusjakson alussa potilaille kerrotaan tämän vaiheen määräaikaisuudesta, mikä on selvästi strukturoinut hoitoja. Aiemmin oli mahdollista, että potilas saattoi peruutella tai jättäytyä tulematta vastaanotolle useita kertoja. Nyt tätä ei enää sallittu. Tutkimusjakso voitiin keskeyttää, mikäli potilas ei siihen itse osallistunut – toki kliinisen tilanteen mukaan. Potilaiden oman panoksen esiintuominen selvästi voimaannuttaa potilaita, ovathan he oman terveytensä subjekteja eivätkä objekteja. Tukena tässä on potilaiden pitämä mielialapäiväkirja. Potilaiden päihdeiden käyttöön kiinnitetään työryhmässä olevan päihdeterapeutin myötävaikutuksella aiempaa enemmän huomiota, ja päihdeiden käyttö selvitetään jokaisen potilaan kohdalla tarvittaessa laboratoriokokein. Huomiota kiinnitetään myös muihin terveyteen vaikuttaviin seikkoihin kuten uneen, liikuntaan ja ravintoon. Ei-lääkkeellisiä hoitomuotoja kehitetään lääkkehoidon tueksi. Keväällä 2010 käynnistettiin ahdistuksen ja masennuksen ei-lääkkeellisiä itsehoitokeinoja ja rentoutumisharjoituksia käsittelevä psykoedukaatiivinen kahdeksan kerran ryhmä (AHMA). Uusi ryhmä alkaa kerran kuukaudessa eikä siihen ole edeltävää haastattelua. Ryhmä antaa monipuolisempaa tietoa potilaasta kuin yksilötapaamiset. Syksyllä 2010 kehitettiin tunne-elämän epävakauden tunnistamista ja hoitoa käsittelevä myös rentoutumisharjoituksia sisältävän neljän käyntikerran ryhmä (TietoTEP). Syksyllä 2011 käynnistettiin ”Uusi ajatus” –ryhmä nuorille 18–25-vuotiaille. Sen tavoitteena on ehkäistä syrjäytymistä ja tukea nuoren elämänhallintaa. Ryhmä kokoontuu seitsemän kertaa ja siinä tehdään myös tutustumiskäyntejä erilaisiin nuorten toimintapaikkoihin. Arviointi- ja lyhytinterventioryhmässä tarkistetaan kerran viikossa puoli vuotta aiemmin tulleiden potilaiden hoitotilanne ja kerran kuussa vuotta

aiemmin tai sitä ennen tulleiden potilaiden tilanne. Tämä edesauttaa hoidon pysymistä jäsentyneenä ja tavoitteellisena.

Mielialatyöryhmä DEP

Muutos mahdollisti uusien ryhmämuotojen, kuten pitkittyneen masennuksen ryhmän ja toistuvan masennuksen ryhmän kehittämisen. Mindfulness (tietoisuustaitojen harjoittelu) on otettu laajempaan käyttöön. Yhteistyö Helsingin psykiatrisen avohoidon keskitetyn mielialahäiriökeskuksen kanssa on lisääntynyt. Vastuutyöntekijöiden henkilökohtaiset potilasmäärät vähentyivät, tosin hoidossa olevat potilaat ovat myös keskimäärin vaikeahoitaisempia. Työntekijät kokevat hyvänä sen, että uudessa mielialahäiriöihin keskittyneessä työryhmässä voi paremmin kehittää omaa työtään ja tunne-elämältään epävakaiden potilaiden hoitoa. Myös vihanhallintakeinojen parantamiseen tähtäävän ohjelman kehittäminen on tavoitteena. Tyytyväisyyttä herättää päihdehoitajan kanssa tehtävä yhteistyö. Psykiatrisen kotihoidon kanssa tehtävä yhteistyö nähdään yhtenä tulevaisuuden kehittämiskohteena. Tunnelman ja ilmapiirin koetaan muuttuneen parempaan suuntaan ja kehittämistarpeista huolimatta väsymys ja tyytymättömyys ovat vähentyneet. Työntekijät ovat hyvin sitoutuneita muutokseen, jota he pitävät järkevänä eikä muutosvastarintaa ole juurikaan esiintynyt kehittämisprosessin aikana on vallinnut toiveikas ilmapiiri.

Psykososiaalisen kuntoutuksen työryhmä PSOK

Alkukaaoksen selkiytyttyä ja hoitajaresursoinnin lisääntyttyä alkoi potilaiden hoidon sisältöjen kehittäminen. Arviointijaksoa kehitettiin myös pitkäaikaisesta psykoosisairaudesta kärsiville potilaille, potilaita tavattiin entistä useammin jo sairaalahoidon aikana, kehitettiin vilkasta yhteistyötä alueella toimivan kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Hoitoa kehitettiin monipuolisemmaksi ja erityisesti ryhmähoitoja lisättiin. Klotsapiinihoidossa olevien potilaiden ryhmiä lisättiin. Uusia ryhmiä ovat olleet mm pakko-oireiden hallintaryhmä, painonhallintaryhmä ja Arjen voimaa – jokapäiväisen elämän taitoihin valmentava ryhmä. Keskusteluryhmät, musiikkiryhmät sekä uusien potilaiden starttiryhmiä käynnistettiin. Ryhmissä on käytetty hyväksi myös vertaisasiantuntijoita, joita on tarkoitus motivoida kokemusasiantuntijakoulutukseen. Klotsapiinihoidossa oleville työssäkäyville potilaille tarjottiin mahdollisuus puhelinseurantaan.

Avokuntoutustyöryhmä AVOK

Pidempään sairastaneet potilaat siirtyivät psykososiaalisen kuntoutuksen ryhmään, jolloin avokuntoutuksen (varhaiskuntoutuksen) potilaat muodostivat keskenään homogeenisemmän ryhmän. Näin voitiin keskittyä varhaiskuntoutuksen periaatteisiin ja toimintamalleihin. Uusia ryhmiä perustettiin. Let'sGo – ryhmä toimii liikkuvasti tutustuen kaupungin eri toimintoihin potilaiden toiveiden mukaisesti. Kognitiivisten taitojen ryhmästä sukeutui Arjen hallinta – ryhmä. Maaliskuussa 2012 alkoi Nuorten naisten ryhmä sekä Hyvä terveys – ryhmä. Yleensä ottaen kuntoutus on keskimäärin aktiivisempaa, tosin potilaatkin ovat tarvitsevämpia ja yksilöllisempää hoitoa vaativia. Hoidosta koetaan tulleen fokusoidumpaa ja suunnitelmallisempaa. Päihdeosaaminen lisääntyi.

Bipolaariryhmä Bipo

Bipolaariryhmä oli käynnistynyt jo vuoden 2008 alusta alkaen, joten ryhmään oli kertynyt myös potilaita, jotka eivät täyttäneet myöhemmän, Bipo I-tyypin (tai hyvin lähellä olevan Bipo II-tyypin) mielialahäiriön kriteerejä. Resursointi osoittautui riittämättömäksi tämän potilasryhmän hoitoon. Kun siirryttiin häiriökohdaksiin työryhmiin, oli tämän työryhmän kuormitus välillä kohtuuton. Lisäresursoinnin sekä työryhmän voimakkaan suunnittelu- ja kehittämistyön myötä tilanne helpottui. Työtapa on nyttemmin sisältänyt oireenhallintaryhmiä, yksilöllistä keskusteluhoitoa, aktiivista lääkinnällisen avun etsimistä sekä vertaistukiryhmiä.

Potilasvirtojen seuranta

Ensimmäisen toimintavuoden (elokuu 2009-heinäkuu 2010) aikana hoitoon hyväksytyjä potilaslähetteitä tuli Itäkeskuksen psykiatrisen poliklinikalle yhteensä 1056, joista akuuttityöryhmään ohjattiin 228 eli

21.7 prosenttia. Arviointi- ja lyhytinterventioryhmään hyväksyttiin potilaita 446 eli 42.2 prosenttia. Hoitoon otettujen potilaiden seuranta osoitti, että 48 potilasta joko jätti tulematta ensikäynnille toistuvasta kutsusta huolimatta tai katkaisi hoitosuhteensa jo ensimmäisen kuukauden aikana. KELA:n tukemaa Psykoterapiakuntoutusta jatkoi vuoden jälkeen 20 potilasta. Mielialaryhmän jatkohoitoon siirtyi 39 potilasta, psykososiaalisen kuntoutuksen ryhmään 7 potilasta ja bipolaariryhmään 3 potilasta. Sekä psykososiaalisen kuntoutuksen ryhmään että bipolaariryhmään ohjattujen potilaiden kohdalla Arviointi- ja lyhytinterventioryhmän tehtävänä oli tehdä arvio sopivimmasta hoitoryhmästä uusille skitsoaffektiiivista psykoosia sairastaville potilaille bipolaariryhmän ja psykososiaalisen kuntoutuksen ryhmän välillä. Avokuntoutustyöryhmän hoitoon siirtyi 2 potilasta. Jatkohoitoa muissa työryhmissä tarvitsi siis vain 51 potilasta eli 5 prosenttia arviointi- ja lyhytinterventioryhmän potilaista työryhmän hoitoon otetuista potilaista.

Mielialatyöryhmän hoitoon otettiin suoraan läheteen perusteella 183 potilasta, eli 17.1 prosenttia potilaista. Kriteerinä tässä työryhmässä hoidon aloittamiselle olivat toistuvat aiemmat hoitojaksot psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Bipolaarityöryhmän hoitoon otettiin potilaita 66 eli 6.2 prosenttia, yleensä lähteet tulivat akuuttisairaalaan jatkohoitoa varten. Psykososiaalisen kuntoutuksen ryhmään ohjattiin potilaita 102 eli 10 prosenttia yleensä joko sairaalahoidon jälkeen tai potilaan muutettua alueellemme. Avokuntoutustyöryhmän hoitoon otettiin potilaita 37 eli 3.5 prosenttia kaikista hoitoon otetuista potilaista, yleensä hekin sairaalahoidon jälkeiseen avohoitoon.

Tulevaisuuden haasteita

Itäkeskuksen psykiatrian poliklinikka oli ensimmäisiä, joissa uusiin häiriökohtaisiin työryhmiin siirryttiin. Tämän vuoksi keskitettyä kaupungin psykiatrisen avohoidon häiriökohtaisille työryhmille suunnattua koulutusta ei ole vielä käynnistetty. Koulutus on suunniteltu aloittaa v. 2012. Lisäksi tarvitaan perheprosesseihin ja perhetyöhön koulutusta. Vaikka yhden työntekijän hoidossa olevien potilaiden määrä on poliklinikallamme vähentynyt parikymmentä prosenttia, ei kuormitus ole vähentynyt samassa suhteessa. Poliklinikan hoidosta poistuneet potilaat ovat luonnollisesti olleet vähemmän hoitoa tarvitsevia ja toisaalta intensiivinen, tavoitteellinen ja tehokas hoitomalli lisää työn määrää. Erityisesti akuutti – ja arviointityöryhmissä uusien potilaiden suuri määrä kuormittaa työntekijöitä, jolloin uupumisen riski on otettava huomioon koulutuksessa, työnohjauksessa ja henkilöstöhallinnossa. Toisaalta pidempiaikaisia potilaita hoitavissa työryhmissä joudutaan työskentelemään entistä monioireisempien ja vaikeammin autettavien potilaiden kanssa, mikä vaatii paitsi lisääntyvää verkostotyötä, myös ajan hallintaa ja voimavaroja. Työn tavoitteiden uudelleen arviointi ja tehtävien priorisointi ovat välttämättömiä tulevaisuuden vaatimuksia.

Johtopäätökset

Erityisesti vaikeimmin sairastavat potilaat, kuten skitsofreniaa tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat, ovat selvästi hyötyneet häiriökohtaisiin työryhmiin siirtymisestä. Kaikissa häiriökohtaisissa työryhmissä on kehitetty uusia, syvemmin potilaiden problematiikkaan pureutuvia työmuotoja. Arviointi- ja lyhytinterventioryhmän käynnistäminen on intensiivisine hoitomalleineen tuonut selkeitä parannuksia entiseen toimintaan. Mielialahäiriöistä kärsivien potilaiden kroonistuminen on vähentynyt aktiivisen kuntouttavan otteen ansiosta. Työkykyarviot voidaan nyt tehdä oikean mittaisiksi tiheiden tapaamisten ansiosta. Myös työterveyshuoltojen kanssa tehtävä yhteistyö on lisääntynyt ja, ammatillisten kuntoutussuunnitelmien teko on yleistynyt. Tämä on johtanut myös henkilökunnan kuormituksen vähenemiseen muissa häiriökohtaisissa työryhmissä.

Lääkäripulasta emme olisi selvinneet ilman uusia työmuotoja. Huolimatta lääkäripulasta potilaiden hoitoa on kyetty kehittämään intensiivisemmäksi ja tarpeenmukaisemmaksi. Uusissa häiriökohtaisissa työryhmissä on selvästi nähtävissä, että työskentely on tavoitteellisempaa kuin aiemmin, työtapoja kehitetään, työtettä syvennetään ja henkilökunnan motivaatio on pysynyt korkealla. Siirtymäjakso aiemmista yleispsykiatrisista työryhmistä häiriökohtaisiin työryhmiin vie melkoisesti aikaa, joten koko prosessiin on syytä varata muutaman vuoden aika.

Kirjallisuus

Lyly, Auri., Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015, Toimeenpanosta käytäntöön (s 100- 104). (Toim. Juha Moring, Anne Martins, Airi Partanen, Viveca Bergman, Esa Norling ja Veijo Nevalainen) Tampere 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.

Internetlähteet:

Ojanen, Juhani:

<http://www.phshp.fi/sivut/sivu.php?id=1438&vy=2060&ryhma=317>

<http://www.hdl.fi/fi/kehittamistoiminta/vamos-projekti>

<http://www.suomenvalkonauhaliitto.fi>

<http://www.alueportaali.net/kulttuuriraide/mellari.htm>

4.2 Users´ forum – käyttäjäpalautetta psykiatrisesta sairaalahoidosta

Jorma Oksanen

Älypuhelimia tai tietokoneohjelmia ei nykyisin voida kuvitella kehitettävän ilman jatkuvaa yhteydenpitoa laitteiden tai ohjelmien käyttäjiin. Kaikilla itseään kunnioittavilla alan yrityksillä on yleensä internetin kautta toimiva users´ forum, käyttäjien puheenvuoropaikka, jossa tuotteen käyttäjät voivat jakaa kokemuksiaan ja antaa yritykselle palautetta tuotteen virheistä. Sen kautta yritys voi esitellä suunnitelmiaan tuotteensa uusiksi versioiksi ja kuunnella käyttäjien toiveita parannuksiksi.

Perinteisessä sairaalakulttuurissa on keskitytty keskustelemaan organisaation sisällä. On uskottu, että sairaalan sisäiset asiantuntijat pystyvät parhaiten arvioimaan hoidon laatua ja suunnittelemaan sen kehittämistä.

Auroran sairaalassa on viime vuosien aikana pyritty tietoisesti hoitokulttuurin uudistamiseen, minkä seurauksena eristyksiä ja lepositeiden käyttöä on pystytty oleellisesti vähentämään, kehittämistyöryhmiin on otettu potilaiden edustajia ja vertaistuen käyttöä on pyritty lisäämään.

Tämän kehityksen osana syntyi ajatus Auroran sairaalal palvelujen käyttäjäkunnan kuulemisesta tasavertaisella pohjalla. Avoimen, nykyisille ja entisille potilaille tarkoitetun kuulemistilaisuuden tavoitteina oli

- palautteen saaminen hoidon laadusta
- yhteistyösuhteiden tiivistäminen Helsingissä toimivien potilasjärjestöjen kanssa
- laadunparannusprosessin käynnistäminen yhteistyössä käyttäjien kanssa.

Kuulemistilaisuus voidaan nähdä myös *dialogisen tilan* luomisena, jossa palvelujen käyttäjille luodaan sopiva emotionaalisen läheisyyden ja välimatkan, so. itsenäisyyden ja turvallisuuden yhdistelmä, jossa aito kommunikaatio tulee mahdolliseksi (Wilken ja den Hollander, 2005)

Aurorassa on aikaisemmin seurattu potilastyytyväisyyttä valtakunnallisten mittarien avulla; vastaajina ovat olleet kulloinkin hoidossa olleet potilaat. Mittaustulosten perusteella tyytyväisyys akuuttipsykiatrian osastoilla on ollut yleensä hyvä ja muihin sairaaloihin verrattuna hyvää keskitasoa. Kuntoutuspsykiatrian osastot ovat käyttäneet omaa tyytyväisyyskyselyään, jossa on kysytty myös potilaiden käsitystä kuntoutus-toimien vaikuttavuudesta omalta kohdalta. Näissä tyytyväisimpiä ovat olleet pitkäaikaispotilaat vuodeosastoilla ja perhehoidossa; asumiskuntoutuksen potilaat ovat olleet tyytyväisempiä kuin vuodeosastojen potilaat.

On kuitenkin mahdollista, että potilaiden on helpompi arvioida saamaansa hoitoa kriittisesti jälkepäin, kun arvostelutilanne on koettu turvallisemmaksi ja tasa-arvoisemmaksi kuin vielä hoidossa ollessa. Näin osoittautui olevankin.

Sairaalan johtoryhmässä käydyn keskustelun jälkeen otettiin yhteyttä potilasjärjestöjen edustajiin ja tiedusteltiin järjestöjen halukkuutta osallistua foorumiin. Rohkaisevan palautteen perusteella pyysimme lyhyitä valmisteltuja puheenvuotoja Helmi ry:ltä, Majakalta, Klubitalolta, Itäkeskuksen klubitalolta ja Kahvila Karviselta. Lisäksi harmillisesti unohtamamme ruotsinkielinen Sympati rf ilmoittautui itse mukaan. Tilaisuudesta jaettiin kutsuja potilasjärjestöille sekä sairaalan osastoille ja psykiatrisen avohoidon poliklinikoille

ilmoitustaululle (Kuva 1.) pantavaksi. Tilaisuus oli kiinnostanut myös terveyskeskuksen tiedotuslehden toimittajaa, joka tuli seuraamaan tapahtumaa.

Auroran sairaala kuuntelee asiakkaitaan

Hyvät sairaalamme entiset ja nykyiset potilaat!

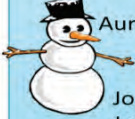
Haluamme kuunnella teidän mielipidettänne sairaalamme kehittämiseksi. Haluamme kertoa teille suunnitelmiamme ja pyydämme teidän arvioivan niitä.

Miten voisimme kehittää hoitoamme niin, että siitä olisi enemmän hyötyä? Kuinka voisimme parantaa sairaalamme viihtyisyyttä?

Oletteko kokeneet ongelmia turvallisuudessa, kohtelussa tai yhteistyössä henkilökunnan kanssa? Oletteko kokeneet, että teitä on haluttu kuunnella ja ymmärtää?

Tilaisuuteen on pyydetty puheenvuoroja Helmi ry:ltä, Majakalta, kahvila Karviselta ja Helsingin klubitalolta.

TERVETULOA
Auroran sairaalan rakennus 16 juhlasaliin
torstaina 23.2.2012 klo 12.00

 Jorma Oksanen
Johtava ylilääkäri

Leena Turpeinen
ylilääkäri

Kuva 1. Auroran sairaala kuuntelee asiakkaitaan

Auroran juhlasaliin tuli paikalle 23.2.2012 vajaat sata innokasta osallistujaa. Ilmapiiri oli vapautunut ja turvallinen, monet hoidossa olevat potilaat rohkaistuvat käyttämään puheenvuoroja. Keskustelu säilyi koko ajan asiallisena. Potilasjärjestöt kiittivät kutsua historialliseksi, mutta esittivät sangen kärjekästäkin kritiikkiä. Paikalla ollut sairaalan johto ei pyrkinyt oikomaan esitettyjä väitteitä tai lähtenyt puolustelemaan, millä oli nähdäksemme keskeinen merkitys vapaan ilmapiirin säilymiselle. Paikalla oli sihteeri, joka kirjasi muistiin kaikki palautteet. Näistä on tehty kooste, joka lähetetään osallistuneille järjestöille. Sen liitteeksi tulee sairaalan selvitys, kuinka havaittuja epäkohtia aiotaan korjata.

Kritiikin pääkohteet voidaan ryhmitellä seuraavasti:

- Kohtelu. Hoitavan henkilökunnan tulee kohdella ystävällisesti ja kunnioittavasti potilaita. Heidän tulee olla aidosti kiinnostuneita potilaista. Potilaat ja henkilökunta ovat liian erillään. Vuorovaikutustekijöistä tuli selvästi eniten kriittisiä kommentteja: ”Liian tuttavallista tai ylimielistä”, ”ei selitetä mitä tehdään ja miksi”, ”arki pyörii järjestelmälähtöisesti, ei ihmislähtöisesti”. Potilaita pitää kuunnella enemmän ja heidän kanssaan tulee keskustella!
- Vallankäyttö. Henkilökunnan on vältettävä perusteetonta vallankäyttöä potilaita kohtaan ja otettava heidät täysivaltaisina kumppaneina päättämään hoidostaan. Vallankäytön perusteista on keskusteltava avoimesti.
- Hoidon sisältö. Psykososiaalista hoitoa on lisättävä; nykyisellään hoito näyttää aivan liian lääkekeskeiseltä. Erityisesti luovia terapioida, kuten taideterapiaa toivottiin osastoille; samoin fyysisen hyvinvoinnin hoitoa, esimerkiksi kasvojen, käsien ja jalkojen virkistyshoitoja. ”Voisi ottaa vähän mallia kylpylöistä”, ”turvallista ihmisen kosketusta”. Myös opetuksellisia ryhmiä haluttiin lisää. Joskus hoito on sisällöltään: ”oleminen ollut lorvimista, mitä hoitoa se on?”

- Lääkehoidon toteutus ei saa olla potilasta kuuntelematonta. Potilaat haluavat tietää, milloin lääkehoidolle on olemassa vaihtoehtoisia hoitoa. Potilaiden on saatava osallistua hoitovaihtoehtojen valintaan.
- Pakkokeinoja koetaan käytettävän edelleen liian kevyin perustein ja ne on usein koettu rangaistuksen luontoisiksi.
- Hoitoon pääsy. Osastolle hoitoon pääseminen on vaikeaa ja muuhun hoitoon ohjatut saattavat kokea, että heidän hätäänsä ei ole kuunneltu tai että sitä on vähätelty. Kun sairauteen ennestään liittyy häpeän tunnetta, miksi pitää kerjätä itselleen hoitoa? ”On pitänyt esittää täysin hullua saadakseen apua”.
- Ruotsinkieliset potilaat eivät saa hoitoa äidinkielellään. Ruotsinkielisiä hoitopaikkoja on liian vähän.

Helmi ry:n puheenvuoron yhteenvedossa sanottiin, että kaikkiaan hoitoa kyllä pidetään hyvänä, mikäli sitä on riittävästi – mikä ei usein toteudu. Auroran oireidenhallintaryhmiä kiitettiin, samoin viriketoimintaa ja tutustumiskäyntejä kolmannen sektorin toimintapaikkoihin.

Esitetty kritiikki vastaa suurelta osin esimerkiksi englantilaisen Joel McCannin listaa asioista, joita psykiatristen sairaalapaalvelujen käyttäjät priorisoivat hoidossa:

- suojaa fyysiseltä vahingoittamiselta ja myös omalta itsetuhoisuudelta
- asiantuntevaa ja tarkkaa informaatiota sairaudesta
- oman arvokkuuden tunteen suojaamista, silloin kun se tuntuu menetetyltä
- kokonaisvaltaista hoitoa, hoidon asenteita jotka tukevat kuntoutujan omaa ponnistusta
- kuntoutujan edun ajamista ja neuvontaa
- ottamista mukaan hoidon suunnitteluun
- luovia terapioida, kuten musiikkia, taidetta ja luovaa kirjoittamista
- päivätoimintaa ja vapaa-ajan toimintaa, jotka kiinnostavat aikuisia
- apua takaisin yhteiskuntaan integroitumisessa.

(Campling, Davies ja Farquharson 2004)

Tilaisuudesta saatua palautetta käsitellään sairaalatoiminnan johtoryhmässä ja sen pohjalta laaditaan konkreettisia kehittämistavoitteita, joiden toteutumista voidaan seurata vuosittain. Kritiikkiä käydään läpi myös muissa sairaalan sisäisissä tilaisuuksissa kuten kuukausikokouksissa, lääkäri- ja osastonhoitajakokouksissa

Kaikkia toiveita ei ole helppo toteuttaa. Sairaansijojen lisääminen ei ole mahdollista, eikä nykyaikana tavoiteltavaakaan, mutta avohoitoa ja sairaalan ja avohoidon välimaastossa olevia tukitoimia voidaan kehittää niin, että ilman sairaalapaikkaa jääneet eivät tunne jääneensä yksin.

”Myös lääkityksestä täytyy voida puhua”. Vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa ei ainakaan vielä ole lääkehoitoa korvaavaa vaihtoehtoa. Oleellisinta siksi on *kuinka* lääkehoito toteutetaan. Kiireen tuntu, vähäiset keskustelumahdollisuudet lääkärin kanssa vailla vaihtoehtojen punnintaa luovat kielteisen mielikuvan lääkehoidosta. Tiedon jakaminen ja hoitoratkaisujen tekeminen yhdessä luovat turvallisuutta. Potilaan tulee tuntea, että jos haittavaikutuksia ilmaantuu, niistä rohkaistaan puhumaan ja tilanteeseen reagoimaan. Kun lääkitystä muutetaan, potilaan tulee saada tietää, mihin muutoksella pyritään ja koska arvioidaan, onko haluttu vaikutus saavutettu.

Potilasjärjestöt ilmoittivat olevansa valmiit yhteistyöhön sairaalan kehittämistyössä yhdessä sairaalan nykyisten ja entisten potilaiden kanssa. Helsingin Klubitalon edustaja ehdotti kuntoutujien edustajaa sairaalan johtoryhmään; yhteinen ymmärrys on, että palvelujen käyttäjien oman äänen kuunteleminen voi olla alku yhteistyöprosessille, joka uudistaa sairaalan hoitokulttuurin ja jossa palveluiden käyttäjillä on merkittävä osuus hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa.

Users´forum aiotaan tästä lähtien järjestää joka vuosi ja ottaa se sairaalan laatujohtajien osaksi.

Kirjallisuus:

Jean Pierre Wilken ja Dirk den Hollander: Rehabilitation and Recovery. 2005 SWP Publishers, Amsterdam.

Penelope Campling, Steffan Davies ja Graeme Farquharson: From toxic institutions to therapeutic environments. Residential settings in mental health services. 2008, Gaskell, Lontoo.

4.3 Elämänmuutos rakentuu toiminnasta ja osallisuudesta yhteishoidossa

Yrmy Ikonen, Liisa Kallio ja Arja Ruisniemi

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman yhtenä keskeisenä linjauksena on asiakkaan aseman vahvistaminen. Yhteisöllinen hoito ja kuntoutus perustuvat lähtökohdaltaan asiakkaan tasavertaiseen asemaan yhteisössä. Jokaisella asiakkaalla on oma paikkansa yhteisössä ja mahdollisuus vaikuttaa yhteisön toimintaan.

Päihdetyössä tarvitaan erilaisia menetelmiä erilaisille asiakkaille. On tärkeää säilyttää huumeeton, ihmistä kokonaisuutena korostava yhteishoito yhtenä kuntoutuksen vaihtoehtona. Yhteishoito tarjoaa päihde- ja mielenterveysasiakkaille toimivan ja tuloksellisen mahdollisuuden hyvään elämään.

Yhteisössä toiminnan rakenne ja periaatteet vahvistavat osallisuutta

Yhteisöllisten hoito- ja kuntoutusmenetelmien perusajatuksena on holistinen ihmiskäsitys: yhteisössä ei hoideta päihdeidenkäyttöä sinänsä vaan riippuvuusongelman nähdään olevan ihmisen kokonaisvaltainen ongelma. Yksilö nähdään kokonaisuutena, häntä eivät määritä yksinomaan päihderiippuvuus tai psyykinen sairaus. Yhteishoidossa asioita lähestytään sen kautta, että yksilö on osa ympäröivää yhteisöä ja hoitoyhteisön tavoitteena on tukea yksilön hyvinvointia sekä muutostyötä. Yhteisöllinen lähestymistapa rakentaa yksilön elämänmuutosta toiminnan kautta vertaisryhmän tuella. Terapeuttisen yhteishoidon tavoitteena on toipuminen ja kokonaisvaltainen elämäntavan muutos päihdeidenkäytön tai muun riippuvuuskäyttäytymisen muutoksen lisäksi.

Yhteishoito menetelmänä ja rakenteena tukee asiakkaan osallisuutta omassa kuntoutuksessaan, kuntoutuksensa toteuttamisessa sekä yhteiskunnassa. Kaikki terapeuttisen yhteisön toiminnot on ajateltu ja suunniteltu asiakkaan toipumista ja yhteiskuntaan kiinnittymistä tukeviksi, ja kaikki yhteisön jäsenet ovat aktiivisia toimijoita (De Leon 1997, 3–9). *Menetelmä* on yhteisöllinen, mutta *hoitotavoitteet* ovat yksilöllisiä. Henkilökunnan ja asiakkaiden työnjako on tarkkaan määritelty.

Henkilökunnan tärkein tehtävä on ylläpitää yhteisön rakenteita ja ohjata toimintaa. ”Asiakkaat hoitavat yhteisöä ja yhteisö hoitaa asiakkaita”, mikä tarkoittaa muun muassa sitä, että asiakkailla on suuri rooli sekä oman hoitonsa että toisten asiakkaiden hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Yhteishoidossa päihdeasiakkaan osallisuus toteutuu oman hoidon ja hoitoyhteisön tasolla, ja hoito valmentaa myös yhteiskunnalliseen osallisuuteen. (Ks. esim. Ikonen 2006, 70–79.)

Yhteisöllisessä kuntoutuksessa vertaisryhmä toimii peilinä ja mahdollistaa yksilön oman toiminnan arvioimisen turvallisessa ympäristössä. Yhteisöllisen toiminnan perusperiaatteita ovat nimenomaan turvallisuus, tasavertaisuus, terveen järjen periaate, osallisuus ja rehellisyys. Yhteisön on oltava turvallinen, jotta yksilöllinen muutostyö on mahdollista. Tasavertaisuus ja osallisuus tarkoittavat sitä, että yhteisön jäsenillä on tasavertainen oikeus ottaa esiin itselleen tärkeitä asioita yhteisössä. Jokainen yhteisön jäsen on osallinen paitsi omassa toipumisprosessissaan myös yhteisön arjessa. Terveen järjen periaate tarkoittaa sitä, että asiat perustellaan järjestelmällisesti ja kaikilla ratkaisulla on perustelut. Rehellisyyden vaatimus edellyttää yhteisön jäseniltä arvopohdintaa ja useimmiten perusteellista arvomaailman muutosta. (Ks. esim. Kaipio 1999, 47–53.)

Hoitoyhteisö tarjoaa yksilölle mahdollisuuden osallisuuden kokemukseen, kokemuksen ryhmään kuulumisesta. Sosiaalinen identiteettimme kasvaa ja kehittyy nimenomaan vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Päihdekeskeinen elämä tai mielenterveyden pulmat saattavat eristää yksilön sosiaalisista kontakteista ja tällöin yksilön kokemus itsestään vääristyy. Hänen minäkuvansa muuttuu yksipuoliseksi ja joustamattomaksi. Yhteisössä yksilö saa ja hänen pitää olla yhteydessä muihin ihmisiin, mikä vähitellen murentaa ehkä vahvaksikin rakentunutta muuria itsen ja muiden välistä. Yhteisössä yksilö vähitellen oppii näkemään itsensä hyväksyttynä ja hän alkaa itsekin hyväksyä itsensä heikkouksineen ja mahdollisuuksineen (Ruisniemi 2006, 144–145).

Kovuutta vai vahvuutta

Yhteisöllistä kuntoutusmallia kohtaan esitetään joskus kritiikkiä siitä, että se on armoton ja joustamaton ja pakottaa kaikki yhteisön jäsenet samaan muottiin. Yhteisössä on oltava yhteiset normit ja säännöt, mutta hoitava yhteisö on aina olemassa yksilöä varten. Kaikki yhteisössä tapahtuvat päätökset ja toimet on aina perusteltava yhteisön perustehtävästä käsin. Kun yksilön vastuu yhteisössä kasvaa, kyse on silloin siitä, että yksilön on aina otettava huomioon myös muut ihmiset sekä kyseisen yhteisön säännöt ja normit. Yhteiskunnassa nykyisin vallalla oleva yltyöyksilöllisyys saattaa ajaa ihmisen tilanteeseen, jossa hän ajattelee voivansa tehdä lähes mitä vain, kenelläkään ei ole oikeutta puuttua hänen yksityisasioihinsa. Kukaan ei kuitenkaan elä tyhjiössä ja viime kädessä vastaan tulevat yhteiskunnan säännöt ja normit, lait. Jokainen ihminen on aina osa jotain yhteisöä.

Terapeuttisten yhteisöjen asiakaspalautte kertoo pikemminkin ihmisten keskinäisestä välittämisestä ja lämmöstä kuin ”kovuudesta”. Kiskon yhteisöhoitoa[®] käsittelevässä arviointitutkimuksessa kovuus sai erilaisia merkityksiä riippuen siitä, kuka ilmiötä tarkasteli. Hoitoon ohjaavat haastatellut näkivät hoitoyhteisön vaativana ja rankkana huumehoitona, jonne lähetetään vahvasti motivoituneita pitkänlinjan narkomaaneja (Heikkilä 2004, 132). Henkilökunta arveli samassa tutkimuksessa hoidon kovan maineen kuvaavan lähinnä hoitoyhteisön rakenteita. Asiakaskunnan näkökulmasta kovuus nähtiin paradoksaalisesti hoitoon hakeutumista ja siihen liittymistä edistävänä tekijänä. Huumeidenkäyttäjien elämänkerroista nouseva kovuuden eetos heijastaa kovaa elämää kovissa porukoissa, mistä toipuminen edellyttää kovaa hoitoa. Hoidossa oloaikana hoitopaikka määräytyi kuitenkin kodinomaiseksi ja turvalliseksi paikaksi, joka rakentuu selkeästi toimivien rajojen ympärille (Heikkilä 2004, 134). Kovuuden merkitys muuttikin hoidon edetessä muotoaan, nyt ”kovaa” oli elämänmuutoksen tekeminen ja yhteisön hyväksi toimiminen. Samat ikivihreät tekijät nousevat yhteisöhoidoissa olleiden palautteessa vuosi toisensa jälkeen. Kiitosta saavat yhteisöjen raitis ja turvallinen ilmapiiri, vertaistuki, toiminnallisuus, lääketeon päihderiippuvuuden hoito sekä säännöllinen päivärytmi. Hyvä yhteisöllinen ilmapiiri tuo myös hoidollisia hyötyjä: George de Leon (1997) tiivistääkin, että asiakas ”ottaa pestin” toipumisprosessiin nimenomaan vertaistensa kanssa.

Muutos alkaa toiminnasta

Keskeinen muutosta edistävä toiminto yhteisöhoitossa on ”act as if” -periaatteen toteuttaminen. Asiakasta rohkaistaan ja ohjataan toimimaan ikään kuin hän (jo) olisi vastuuntuntoinen yhteisön ja yhteiskunnan jäsen. Toisia kohtaan käyttäytyään yhteisössä kauniisti, vaikka aina ei siltä tuntuisikaan. Vastuuta kannetaan vaikka tuntisi olevansa kuinka epäluotettava. Maailman kulmiin törmäillään arkisissa tilanteissa, ja tapahtumat käsitellään, niistä selvittää ja niistä opitaan. Vaikeitakin asioita käsitellään avoimesti yhteisössä. Rohkea ei ole se jota ei pelota, vaan se joka tekee vaikka pelottaisi. Ikään kuin -toimiminen on enemmän kuin pelkkää mukautumista yhteisön normeihin. Kun ensin muuttaa käyttäytymistään, niin tunteet ja uusi minäkuva kyllä tulevat aikanaan perässä.

Yhteisöhoito lähtee siis ajatuksesta, että osallisuus ja toiminnan muutos ovat edellytyksenä elämäntavan ja ajattelun muutokselle. Voidakseen muuttaa elämänsä, on lähdeittävä toimimaan toisin. Asian pohtiminen ja päätösten tekeminen eivät riitä, vaan on konkreettisesti lähdeittävä tekemään. Muutos tapahtuu aina sosiaalisessa kontekstissa ja terapeuttisessa yhteisössä käytetään tietoisesti koko yhteisöä muutosta edistävänä tekijänä. (De Leon 2000, 70.) Yhteisöhoitossa yhteisö auttaa yksilöä muuttamaan itse itseään (emt, 85).

Todellinen muutos on mahdollista silloin, kun ihminen on valmis ottamaan vastuun omasta toiminnastaan. Yhteisölliset rakenteet mahdollistavat ja edellyttävät vastuun ottamista ensin omasta toiminnasta ja vähitellen koko yhteisöstä. Vertaisryhmä peilinä opettaa hyvin tehokkaasti sen, miten oma toiminta ja tekeminen vaikuttavat toisiin. Yhteisöhoitossa työskentelevät näkevät tämän muutoksen ihmisessä, se ei tapahdu nopeasti eikä kivuttomasti, mutta se on todellinen muutos. Epärehellisestä vangista kasvaa vastuuntuntoinen perheenisä. Yksinäinen pelokas huumeidenkäyttäjä saa ystäviä, jotka todella välittävät hänestä. Monet yhteisöissä vierailevat ulkopuoliset hämmentyvät siitä ystävällisyydestä ja kodikkudesta, joka yhteisössä vallitsee.

Vastuun ottamisen opettelu yhtenä keinona on avoin tilanteiden ja tapahtumien tutkiminen ja arviointi. Yhteiselämä ei ole auvoista juhlaa, pikemminkin arkista puurtamista, jossa sattuu ja tapahtuu. Kun yhteisössä tulee esiin jokin konflikti, otetaan asia silloin yhdessä tarkasteluun. Asianomainen saa kertoa tilan-

teesta kokemuksensa ja tuntemuksensa ja hän kuulee toisten kokemukset. Yhdessä etsitään ratkaisu ja mennään eteenpäin, jossain vaiheessa tilanne arvioidaan uudelleen. Tärkeää on, että jokaisella on mahdollisuus tuoda asioita esiin yhteiseen käsittelyyn. Tämän takia yhteisön yhteiset foorumit, esimerkiksi yhteisökokoukset ovat tärkeitä.

Yhteisöhoito on tuloksellista ja kokonaisedullista

Yhteisöhoidon kustannuksia pidetään kalliina ja tuloksia huonoina. Yhteisöhoidot ovat hyvin eripituisia kestäen noin kuukaudesta yli vuoteen. Pysyvä elämänmuutos vaatii aikaa, eikä sitä voi nopeuttaa. Jos yksilö on viettänyt päihdekeskeistä elämää vuosia, vaativat toiminnan, ajattelun ja asenteiden muutokset vastaavasti aikaa. Seurantatutkimukset osoittavat, että hoidossa vietetty aika korreloi hoidon tuloksien kanssa: mitä pidempi yhteisössä vietetty aika, sitä kestävämmät hoitotulokset. Tätä ilmiötä on kuvattu terapeuttisten yhteisöjen tutkimusten yhteydessä (De Leon 2000, 96; Kooyman 1993, 150–151). Kokonaiskustannusten osalta yhteisöhoito kestää kuitenkin vertailun muihin hoitomuotoihin nähden, muutokset ovat usein elinikäisiä, ja siten hoitoon sijoitettu aika ja sen kustannukset tulevat moninkertaisesti takaisin, kun yhteisöhoitossa olleet asiakkaat löytävät paikkansa yhteiskunnassa.

Toinen keskeinen kriittinen argumentti yhteisöhoitoon liittyvistä tutkimuksista on se, että yhteisöhoitosta tehdyt tutkimukset eivät täytä näyttöön perustuvan tutkimuksen kriteereitä. Yhteisöhoitosta on kuitenkin tehty koko joukko tutkimuksia, jotka kumoavat nämä käsitykset. George DeLeon (2010) on tehnyt laajan koosteen yhteisöhoitotutkimuksesta. Hän esittelee eri hoitomuodoista tehtyjä kustannustehokkuus- ja tuloksellisuusvertailuja, joiden mukaan yhteisöhoidot ovat osoittautuneet varsin kustannustehokkaiksi ja tuloksellisiksi. *Psychiatric Quarterly* on julkaissut meta-analyysin yhteisöhoitotutkimuksista (Mannings & Rawlings 2004). Lisäksi vankiloissa toteutetun yhteisöhoidon on todettu vähentävän huomattavasti uusintarikollisuutta ja näin ollen pienentävän vankeinhoidon suoria kustannuksia (McCollister ym. 2004). Tulosta tukee myös näyttöön perustuvasta lääketieteestä järjestelmällisiä katsauksia tuottavan Cochrane-verkoston raportti, jonka mukaan terapeuttiset yhteisöt ovat lupaava menetelmä huumerikoksiin syyllistäneiden hoidossa, kun tarkastellaan huumeidenkäytön ja rikollisuuden vähenemistä (Perry ym. 2007). Myös suomalaisissa yhteisöhoitotutkimuksissa ja seurannoissa on todettu hoitotulosten olevan hyviä (ks. esim. Ruisniemi 2007, Piirainen ym. 2011).

Yhteisöhoitoa on myös Suomessa sovellettu perinteisen laitoshoidon lisäksi muun muassa avokuntoutuksessa, vankilassa, asumispalveluissa, nuorten hoidossa osana lastensuojelutyötä ja korvaushoidon yhteydessä. Yhteisöhoidon sovellusmahdollisuudet ovat laajat ja yhteisöhoidon elementtejä voidaan käyttää erilaisissa toipumiseen tähtäävissä sovelluksissa. Perinteisesti yhteisöhoitoissa on hoidettu kaikkein vaikeimpia ja moniongelmaisimpia päihteidenkäyttäjiä (ks. esim. De Leon 2000), ja holistinen lähestymistapa tarjoaa tähän hyvän pohjan. Päihteidenkäyttäjät, joilla on mielenterveysongelmia, soveltuvat myös erinomaisesti yhteisöhoitoon, jossa yhteisön rakenteet takaavat turvalliset puitteet kuntoutumiselle.

Kirjallisuus

- De Leon, George: *Community as method: Therapeutic communities for special populations and special settings*. Westport CT: Praeger, 1997.
- De Leon, George: *The Therapeutic Community. Theory, Model and Method*. New York: Springer Publishing Company, 2000.
- De Leon, George: *Is the Therapeutic Community an Evidence-based Treatment? What the Evidence Says?* *Therapeutic Communities* 31 (2010): 2.
- Heikkilä, Katja: *Kiskot vievät -arviointitutkimus yhteisöhoitosta huumeeklinikalla*. Turun yliopisto, sosiologian laitos, Sosiologian keskustelua B42. Turku: Turun yliopisto & Kalliolan Kiskon klinikka, 2004.
- Ikonen, Yrmy: *Therapeutic community meets empowerment evaluation: Combining treatment and internal treatment evaluation in a therapeutic community*. *Therapeutic Communities* 27 (2006):1.
- Kaipio, Kalevi. *Kasvattava yhteisö*. Jyväskylän koulutuskeskus Oy, 1999.
- Kooyman, Martien: *The Therapeutic Community for Addicts. Intimacy, parent involvement and treatment success*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger Publishers, 1993.
- Manning, Nick & Rawlings, Barbara: *A Culture of Enquiry: Research evidence and The Therapeutic Community*. *Psychiatric Quarterly*, 75 (2004): 3.
- McCollister, KE & French MT & Prendergast, ML & Hall E & Sacks, S: *Long-term Cost Effectiveness of Addiction Treatment for Criminal Offenders: Evaluating treatment history and rein-*

- carceration five years postparole. *Justice Quarterly*, 21 (2004): 3, 550–679.
- Perry, A & Coulton, S & Glanville, J & Godfrey, C & Lunn, J & McDougall, C & Neale, Z: Interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community (Review). The Cochrane Collaboration. The Cochrane library 2007, issue 2.
- Piirainen, Keijo & Hokkanen, Joni: Kolmen päihdekuntoutuslaitoksen tyypillisten miesasiakkaiden elämänhallinta kuntoutuksen jälkeen. Julkaisematon käsikirjoitus. 2011
- Ruisniemi, Arja: Päihdekierteestä työelämään. *Sosiaalietietolehti* 15/2007.
- Ruisniemi Arja: Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tutkimus yhteisöllisestä päihdekuntoutuksesta. Acta Universitas Tampereensis 1150. Tampere: Tampere University Press, 2006.

4.4 Keski-Suomen aikuispsykiatrian kehittämishanke 2005 – 2010 - kohti avohoitokeskeistä hoitoa Keski-Suomessa

Hannu Priha

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hallitus käynnisti kokouksessaan 11.5.2005 Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelmahankkeen (jatkossa Keski-Suomen aikuispsykiatriahanke). Hankkeen tehtäväksi tuli valmistella yhteistyössä alueen kuntien, terveyskeskusten sekä psykiatrian avohoitoyksiköiden ja sairaaloiden kesken Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelma (Psykiatrisen hoidon tavoitemalli 2010), jossa kuvataan hoitojärjestelmän tavoitteet, toimintaperiaatteet, keskeiset toimintatavat, työnjako, yhteistyö sekä ne hoidon rakenteet ja voimavarat, joiden avulla hoitojärjestelmä toimii potilaskeskeisesti, porrastetusti ja taloudellisesti tarkoituksenmukaisella tavalla.

Lähtötilanteesta tehdyn selvityksen ja yhteisesti hyväksytyyn tavoitemallin pohjalta tuli valmistella hoidon kehittämisohjelma, jossa määritellään Keski-Suomen aikuispsykiatrian keskeiset kehittämiskohteet ja toimet. Kehittämisohjelman siirtämiseksi käytännön työhön tuli välittömästi käynnistää kehittämistyö. Sairaanhoitopiirin hallitus nimesi hankkeelle ohjausryhmän ja projektiryhmän, joiden tehtävänä oli huolehtia kokonaissuunnitelman valmistelusta ja ohjelman toteuttamisesta.

Tässä raportissa kuvataan Keski-Suomen aikuispsykiatriahankeen tavoitteet, toimenpiteet ja tulokset. Niin ikään pyritään arvioimaan kehittämistyön tuloksia ja prosessia sekä tulevia kehittämistarpeita maakunnassa.

Keski-Suomen maakunnassa on raporttia kirjoitettaessa vuonna 2011 noin 274 000 asukasta, 23 kuntaa ja 8 terveyskeskusta.

Kehittämisen lähtökohdat ja hoidon ongelmat 2005

Vuonna 2005 tehtiin perusteellinen selvitys Keski-Suomen aikuispsykiatrian tilasta. Tilastojen avulla verrattiin mielenterveyspalvelujen resursseja, toteutumista ja kustannuksia terveyskeskuksittain ja kunnittain maakunnan alueella. Niin ikään tehtiin vertailuja muiden sairaanhoitopiirien palvelurakenteisiin ja resursseihin psykiatrisessa sairaalahoidossa ja avohoidossa. Maakunnan psykiatrisille sairaaloille ja avohoitoyksiköille sekä terveyskeskuksille tehdyn kyselyn avulla selvitettiin mielenterveyspalveluiden toimivuutta ja yhteistyötä maakunnassa. Näin kerättyjen tietojen sekä seminaarien ja asiantuntijakeskustelujen pohjalta esitettiin maakunnan psykiatrisen hoidon haasteet ja kehittämistarpeet seuraavalla tavalla:

- Keski-Suomessa psykiatrisen sairaalahoidon käyttö oli lievästi suurempaa kuin maassa keskimäärin, ja Keski-Suomen kuntien välillä on merkittäviä määrällisiä eroja sairaalahoidon käytössä.
- Psykiatrisen avohoidon resurssit ja palvelujen monipuolisuus vaihtelivat seutukunnittain. Avohoidon voimavarat olivat Jyväskylän seudulla maakunnan muuhun tasoon verrattuna merkittävästi alhaisemmat suhteutettuna seutukuntien väestömäärään.

- Keskimääräisesti alhaisemmin resursoituilla avohoitalueilla monipuoliset avohoitopalvelut olivat puutteellisesti järjestetty. Päivystykselliset sekä liikkuvat ja potilaan kotiin suuntautuvat avohoitopalvelut puuttuivat monin paikoin kokonaan maakunnan alueella.
- Vajaasti toimiva avohoido aiheutti epätarkoituksenmukaisia sairaalahoitajaksoja sekä hidasti ja vaikeutti potilaan siirtymistä sairaalahoitosta avohoitoon. Tästä aiheutunut ylikuormitus sairaalahoitossa taas vaikeutti sairaalahoidon järjestämistä ja toteuttamista parhaalla mahdollisella tavalla.
- Potilaan tarkoituksenmukainen hoidon jatkumo ei toteutunut tasapuolisen hyvin Keski-Suomen eri seutukunnilla.
- Maakunnan psykiatrinen sairaalahoito oli hajallaan. Potilaan hoitajakso saattoi toteutua useassa sairaalassa ja useilla osastoilla. Sairalahoidon sisäisen työnjaon kehittäminen kolmen sairaalan kesken oli osoittautunut vaikeaksi, ja tästä syystä potilaan suunnitelmallisen ja porrastetun hoidon sekä kuntoutuksen toteutuminen oli sattumanvaraista.
- Psykiatrinen hoitojärjestelmä ei pystynyt vastaamaan tarkoituksenmukaisella tavalla pitkittyneiden elämäntilannekriisien aiheuttamasta ahdistuksesta ja masennuksesta kärsivien potilaiden hoidon tarpeeseen. Tämän lisäksi dementoituneiden ja vanhuspsykiatristen potilaiden, pitkäaikaisten skitsofreniapotilaiden, nuorten aikuisten potilaiden, kaksoisdiagnoosipotilaiden, psyko-organisten potilaiden ja persoonallisuushäiriöisten potilaiden hoito ei toteutunut hyvän hoidon edellyttämällä tavalla.
- Yhteiset hoitolinjat ja yhteinen viitekehys eri potilasryhmien hoidossa olivat puutteellisesti kehittyneet. Sairaaloiden, avohoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen henkilöstön yhteinen koulutus ja kehittämistyö oli vähäistä. Perusterveydenhuollon henkilöstön psykiatrinen täydennyskoulutus oli puutteellista.
- Työnjako ja yhteistyö sairaalahoidon ja avohoidon kesken ei kaikilta osin ja kaikilla alueilla toiminut.
- Konsultaatiotoiminta perusterveydenhuoltoon oli paikoitellen kehittämätöntä.
- Maakunnan psykiatrisen hoidon kokonaisvaltainen seuranta-, arviointi- ja suunnittelujärjestelmä oli puutteellinen.

Kehittämistyön tavoitteet

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hallituksen 11.5.2005 hyväksymässä hankesuunnitelmassa asetettiin hankkeen tehtäväksi suunnitella ja juurruttaa eläväksi toiminnaksi Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaisuuden malli, jonka puitteissa:

- hoito on avohoitokeskeistä ja perustuu monipuoliseen ja porrastettuun avohoitjärjestelmään sekä avohoidoa tukevaan sairaalahoitoon,
- kyetään vastaamaan väestön psykiatriisiin hoidon tarpeisiin koko maakunnan alueella tasapuolisesti,
- työnjako ja yhteistyö perustason ja erikoistason palveluiden kesken on selkeästi sovittu,
- hoito perustuu palvelujen tuottajien yhteistyössä kehitämiin käypä hoito -ohjelmiin,
- hoidon seurannan ja kehittämisen vastuu on alueella selkeästi määritelty,
- toimii hoidon kehittämistarpeisiin vastaava kehittämis- ja koulutusyksikkö,
- hoito sekä hoidon kehittäminen on valtakunnallista esimerkkitoimintaa ja
- psykiatrinen hoitojärjestelmä toimii kokonaisuutena taloudellisesti tarkoituksenmukaisella tavalla.

Aikuispsykiatriahankkeen alkuvaiheessa valmistellussa Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaisuunnitelmassa linjattiin maakunnan mielenterveyspalveluiden kehittämisen periaatteita vielä seuraavasti (Keski-Suomen sairaanhoitopiirin valtuusto 8.6.2007).

- Psykiatrinen hoito järjestetään yhteistyössä perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, psykiatrisen erikoissairaanhoidon sekä yksityisten ja järjestöpohjaisten palvelujen tuottajien kesken.
- Psykiatristen palvelujen tuottaminen perustuu seuraavaan kolmiporrasteiseen järjestelmään:
 - É"Perusterveydenhuollon antama hoito
 - É"Perusterveydenhuollon antama hoito erikoissairaanhoidon konsultaation tuella
 - É"Erikoissairaanhoidon antama hoito (monipuoliset avohoidon palvelut ja sairaalahoito)

- Psykiatrinen avohoito perustuu monipuolisiin, aktiivisiin, liikkuviin ja potilaan luo suuntautuviin hoidon ja kuntoutuksen muotoihin.
- Hoito- ja kuntoutuspalvelut tuotetaan palvelujen määrällisestä tarpeesta riippuen
 - lähipalveluina,
 - seudullisina palveluina (väestöpohja vähintään 15.000 - 20.000 asukasta) tai
 - maakunnallisina palveluina
- Hoitoa järjestettäessä huomioidaan ennalta ehkäisevä toimintaote siten, että kehitetään psyykkisten sairauksien ja häiriöiden varhaista tunnistamista ja varhaista interventiota sekä lasten ja omaisten huomioon ottamista perheenjäsenen sairastuessa.
- Henkilöstön korkeatasoinen osaaminen sekä hoidon arviointi ja kehittäminen taataan jatkuvalla yhteisellä täydennyskoulutuksella.
- Psykiatrisen hoidon henkilöstön kokonaismäärä säilytetään vähintään vuoden 2006 tasolla.
- Avohoidon henkilöstömäärää lisätään siten, että vuonna 2010 maakunnassa on jokaisella seutukunnalla 0.7 psykiatrisen hoidon työntekijää 1000 asukasta kohti.

Kehittämisen prosessi

Kehittämistyön periaatteet

Hankesuunnitelmassa lähdettiin siitä, että hankkeen toteuttamisessa tuli noudattaa seuraavia keskeisiä kehittämistyön periaatteita.

Periaate 1. Hankkeen toimilla pyritään vaikuttavuuteen ja pysyviin muutoksiin koko maakunnan alueella.

Maakunnallisiin vaikutuksiin pyrittiin siten, että hankkeen ohjausryhmään, projektiryhmään sekä suunnitteluryhmiin nimettiin asiantuntijat ja jäsenet tasapuolisesti maakunnan kunnista, terveyskeskuksista, sosiaalitoimesta, psykiatrian avohoitoyksiköistä, päihdehoidon yksiköistä ja psykiatrisista sairaaloista. Ohjausryhmään ja projektiryhmään nimettiin poliitikoita ja virkamiehiä, jotka olivat omassa kunnassa tai kuntayhtymässä vastuullisessa asemassa.

Pysyviin toiminnallisiin muutoksiin pyrittiin käynnistämällä alusta alkaen maakunnassa uudenlaisia toimintoja ja uudenlaista yhteistoimintaa käytännön kokeiluina.

Edellytykset uusien toimintojen käynnistymiselle ja pysyville muutoksille syntyivät siitä, että uusiin toimintoihin voitiin siirtää uudet ja pysyvät henkilöstöresurssit sairaalahoidosta vähentämällä samanaikaisesti sairaansijoja, sulkemalla vuodeosastoja ja sulkemalla lopulta kokonainen psykiatrinen sairaala. Henkilöstön siirto uudenlaisiin avohoitotoimintoihin tapahtui luonnollisesti mittavien koulutusprosessien tuella.

Osana Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelman valmistelua hankkeessa valmisteltiin syksyn 2005 kuluessa suunnitelma ”Psykiatristen sairaansijojen vähentämisestä ja toiminnan sekä henkilöstöresurssien osittaisesta siirtämisestä avohoitoon Keski-Suomessa 2006 - 2009”. Suunnitelmassa tehtiin esitys siirtämisestä silloisen kolmen sairaalan sijasta kahden psykiatrisen sairaalan järjestelmään ja 48 toimen siirtämisestä sairaalahoidosta sairaanhoitopiirin psykiatriseen avohoitoon. Näillä uusilla avohoidon resursseilla esitettiin käynnistettäväksi uudenlaisia, potilaan kotiin suuntautuvia avohoidon toimintoja ja sekä depressiohoitajatoiminta perusterveydenhuoltoon.

Käsitellessään suunnitelmaa ”Psykiatristen sairaansijojen vähentämisestä ja toiminnan sekä henkilöstöresurssien osittaisesta siirtämisestä avohoitoon” Keski-Suomen sairaanhoitopiirin valtuusto velvoitti kokouksessaan syksyllä 2005 aikuispsykiatriahanketta valmistelemaan vertailevan selvityksen maakunnan kolmen psykiatristen sairaalan lopettamisen vaikutuksista. Perusteellinen selvitys valmisteltiin kevään 2006 aikana. Sairaanhoitopiirin valtuusto päätti kokouksessaan 9.6.2006 Sisä-Suomen sairaalan toiminnan päättymisestä vuoden 2009 loppuun mennessä. Loppujen lopuksi sairaalan toiminta päättyi jo keväällä 2008.

Periaate 2. Hankkeen ja uusien toimintojen suunnittelussa ja valmisteluissa noudatetaan yhteistyön ja osallisuuden periaatteita.

Hankkeen ohjausryhmään, projektiryhmään ja suunnitteluryhmiin kutsuttiin asiantuntijoita, esimiehiä ja henkilöstön edustajia tasapuolisesti niistä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmistä, jotka ovat tekemisis-

sä mielenterveyspalveluiden kanssa. Näissä ryhmissä työskenteli ja oli mukana hankkeen aikana aktiivisesti noin 150 työntekijää eri puolilla maakuntaa. Yhteistoiminnallinen suunnittelu on korostunut erityisesti eri hoitomuotojen seutukunnallisia malleja valmisteltaessa ja käytäntöön juurrutettaessa.

Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelman valmistelun yhteydessä nähtiin tärkeäksi, että suunnitelma valmistellaan yhteistyössä maakunnan kuntien, terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirin kesken. Sen lisäksi, että valmistelemissa työryhmissä oli näiden tahojen asiantuntijoita, kokonaissuunnitelmaa käsiteltiin kahdessa maakunnallisessa seminaarissa ja siitä hankittiin maakunnan kuntien ja terveyskeskusten lausunnot ennen lopullista valmistumista ja hyväksymistä sairaanhoitopiirin valtuustossa vuonna 2007.

Periaate 3. Henkilöstö osallistuu muutosten suunnitteluun alusta alkaen, ja uusien toimintojen suunnittelussa uusien yksiköiden ja uusien toimintojen henkilöstö on keskeisessä osassa.

Uusien toimintojen suunnitteluryhmien jäseniksi kutsuttiin perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, terveyskeskusten psykiatrian avohoitoyksiköiden sekä sairaanhoitopiirin psykiatrisen avohoidon ja sairaalahoitoon työntekijöitä. Suunnitteluprosessi on edennyt siten, että nämä suunnitteluryhmät ovat valmistelleet uuden toiminnan karkean toimintamallin. Tämän jälkeen uuden toiminnan tai työyksikön työntekijät ovat vieneet kehittämistyön käytännön työn ja toiminnan arvioinnin kautta loppuun. Voidaan sanoa, että työyksiköiden hoitohenkilöstö on ollut keskeisessä asemassa uusia ja uudenlaisia toimintatapoja kehitettäessä.

Periaate 4. Kehittämisen ja muutoksen tukena on tavoitteellinen ja suunnitelmallinen koulutuksen ja työnohjauksen ohjelma.

Kunkin uuden avohoitotoiminnan käynnistämisen yhteydessä toteutettiin toiminnan juurruttamista tukeva noin kahden vuoden pituinen tavoitteellinen kehittämiskoulutus ja työnohjaus.

Kaikkiaan aikuispsykiatrian muutosprosessin aikana toteutettiin 13 pitkäaikaista koulutusta ja niihin pyrittiin aina liittämään seudullinen kehittämistyö ja sen ohjaus. Koulutuksiin osallistui noin 600 työntekijää maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmistä.

Periaate 5. Kehittämistyön yhteydessä tutustutaan muualla maassamme ja Euroopan maissa tapahtuvaan aikuispsykiatrian avohoidon kehittämiseen.

Aikuispsykiatriahankkeen projektiryhmän työjaos teki syksyllä 2005 opintomatkan Birminghamiin, missä tutustuttiin liikkuvaan ja kotihoitopainotteiseen psykiatriseen hoitojärjestelmään. Ryhmä depressiohoitajia teki keväällä 2007 opintomatkan Hollantiin, missä tutustuttiin masennuspotilaiden hoitoon perusterveydenhuollossa. Niin ikään uuden avohoidon suunnitteluryhmät ja uusien avohoitotoimintojen työntekijät ovat tehneet opintomatkoja useisiin sairaanhoitopiireihin maassamme.

Kehittämisen organisaatio

Päättyessään aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelmaohjelman käynnistämistä toukokuussa 2005 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hallitus päätti myös hankkeen organisaatiosta. Hanketta ohjaamaan perustettiin ohjausryhmä, johon nimettiin puheenjohtajaksi sairaanhoitopiirin hallituksen puheenjohtaja ja jäseniksi sairaanhoitopiirin poliittista ja virkamiesjohtoa sekä psykiatrisen toimialueen johtavat viranhaltijat. Edelleen ohjausryhmään nimettiin maakunnan perusterveydenhuollon ja perusturvan johtavia viranhaltijoita sekä sairaanhoitopiirin suurimman ammattijärjestön luottamusmies. Ohjausryhmän alaisuuteen asetettiin projektiryhmä valmistelemaan hankkeen tavoitteiden mukaisia uudistuksia ja muutoksia. Projektiryhmä muodostettiin maakunnan mielenterveyspalveluiden johtavista viranhaltijoista. Ohjausryhmän tehtäväksi annettiin tarpeellisten asiantuntija- ja suunnitteluryhmien nimeäminen. Hankkeen aikana uusien avohoitotoimintojen suunnittelutehtävissä työskenteli yhdeksän asiantuntijatyöryhmää.

Sairanhoitopiirin hallitus nimesi kehittämistyön johtajaksi ja hankkeen vastuuhenkilöksi sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueen johtajana. Valmistelutehtävissä oli apuna psykiatrian toimialueelle nimitetty suunnittelija.

Keski-Suomen mielenterveyspalveluiden kehittämistoimet

Keski-Suomen aikuispsykiatriahankkeen tuloksena maakunnan psykiatrisen hoidon rakenteet uudistuivat aikavälillä 2006 – 2011 merkittäväällä tavalla.

Aikuispsykiatristen sairaansijojen määrä laski 253 sairaansijasta 117 sairaansijaan. Vuonna maakunnassa oli 0,95 sairaansijaa 1000 asukasta kohti, ja vuonna 2011 vastaavasti 0,43 sairaansijaa 1000 asukasta kohti. Sisä-Suomen sairaala Äänekoskella suljettiin vuonna 2008. Vuonna 2011 maakunnassa on kaksi psykiatrista sairaalaa, Kangasvuoren sairaala Jyväskylässä ja Juurikkaniemen sairaala Keuruulla. Keski-Suomen keskussairaalassa toimii yleissairaalapsykiatrian vuodeosasto.

Samana aikana aikuispsykiatrian avohoitoa monipuolistettiin perustamalla muun muassa päivystyksellisiä, liikkuvia ja potilaan kotiin suuntautuvia hoitoyksiköitä. Avohoitoon siirrettiin sairaalahoidosta 100 vakanssia, joista 12 vakanssia siirrettiin nuorisopsykiatrin toimintoihin. Näillä toimenpiteillä Keski-Suomen maakunnan aikuispsykiatrian avohoidon vakanssien määrä on noussut 140 vakanssista 232 vakanssiin. Tämä tarkoittaa sitä, että kunnallisen aikuispsykiatrian avohoidossa 0,85 vakanssia 1000 asukasta kohti. Vuonna 2005 vakansseja oli avohoidossa 0,52 1000 asukasta kohti.

Merkille pantavaa on, että hankkeen aikana sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueelle ei ole perustettu yhtään uutta vakanssia, vaan päinvastoin on lakkautettu tai siirretty sairaanhoitopiirin muille erikoisaloille 12 hoitotyön vakanssia.

Aikuispsykiatrian sairaalahoidon vähentäminen

Psykiatrisen sairaalahoidon vähentämisen prosessi on ollut seuraava:

- Vuonna 2006 suljettiin Sisä-Suomen sairaalassa yksi vuodeosasto ja vähennettiin 20 sairaansijaa
- Vuonna 2007 suljettiin Sisä-Suomen sairaalassa yksi vuodeosasto ja vähennettiin 20 sairaansijaa
- Vuonna 2008 suljettiin Sisä-Suomen sairaalassa kaksi vuodeosastoa ja vähennettiin 35 sairaansijaa
- Vuonna 2008 suljettiin Kangasvuoren sairaalassa yksi osasto ja vähennettiin 15 sairaansijaa
- Vuonna 2010 suljettiin Juurikkaniemen sairaalassa yksi vuodeosasto ja vähennettiin 17 sairaansijaa
- Vuonna 2011 suljettiin Kangasvuoren sairaalassa yksi vuodeosasto ja vähennettiin 17 sairaansijaa

Tämän lisäksi kuvatulla aikavälillä vähennettiin toimintoja kehittämällä Kangasvuoren sairaalassa ja yleissairaalapsykiatrian vuodeosastoilla yhteensä 12 sairaansijaa. Kokonaisuudessaan vähennettiin 136 sairaansijaa eli 54 prosenttia lähtötilanteen sairaansijamäärästä.

Aikuispsykiatrian avohoidon kehittäminen

Samanaikaisesti, kun sairaansijojen määrää on vähennetty, avohoitoon on perustettu uusia toimintoja, joihin on siirretty resurssit sairaalahoidosta. Seuraavassa luettelossa esitetyt vakanssitiedot kuvaavat kunkin toiminnan kohdalla tilannetta vuonna 2011. Vakanssien määrä ei ole kuitenkaan olennaisesti erilainen kuin toimintojen käynnistämisen yhteydessä.

- Vuonna 2006 käynnistettiin ympärivuorokautisesti tuettu kuntouttava asumisyksikkö Jyväskylässä 11 pitkäaikaissairaalle mielenterveyskuntoutujalle
8 työntekijää
- Vuonna 2006 käynnistettiin depressiohoitajatoiminta maakunnan kymmenessä terveyskeskuksessa
14 depressiohoitajaa
- Vuonna 2007 käynnistettiin akuutin psykoosin tehostetun kotihoidon toiminta
19 työntekijää
- Vuonna 2008 perustettiin psykiatrisen päivystystiimi, joka toimii sairaanhoitopiirin päivystyksen yhteydessä. Samassa yhteydessä toimii ilta- ja yöaikaan sekä viikonloppuisin myös maakunnan keskitetty terveyskeskuspäivystys
13 työntekijää
- Vuonna 2008 käynnistettiin psykiatrisen kotikuntoutustoiminta
23 työntekijää

- Vuonna 2008 käynnistettiin maakunnan alueella psykiatrisen palveluasumisen koordinaatiotoiminta
2 palveluasumiskoordinaattoria
- Vuonna 2009 perustettiin vanhuspsykiatrian liikkuva hoito- ja konsultaatioryhmä
8 työntekijää
- Vuonna 2009 perustettiin nuorisopsykiatrian liikkuva konsultaatioryhmä
9 työntekijää
- Vuonna 2011 perustettiin psykiatrisen kuntoutuksen tutkimusyksikkö, joka toimii kuntouttavan asu-
misyksikön periaatteella ja jossa selvitetään mielenterveyskuntoutujan toimintakyky ja kuntoutuksen
tarve
6 työntekijää
- Vuonna 2012 käynnistetään Jyväskylän terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen terveysasemilla päih-
depsykiatrisen sairaanhoitajatoiminta
4 työntekijää



Kuva 1. Kuvassa on esitetty Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaisuuden kehittämisen prosessi 2005 – 2010 (2012).

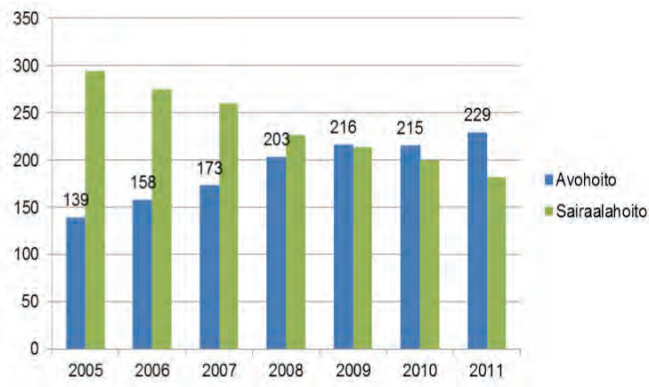
Aikuispsykiatriahankkeen tulokset

Seuraavassa esityksessä kuvataan Keski-Suomen aikuispsykiatriahankkeen merkitystä ja tuloksia suhteessa hankkeelle asetettuihin keskeisiin tavoitteisiin.

Avohoitokeskeinen hoitojärjestelmä

Aikuispsykiatriahankkeen kehittämistyön tuloksena Keski-Suomen aikuispsykiatrian hoitojärjestelmä on muuttunut sairaalakeskeisestä avohoitokeskeiseksi järjestelmäksi. Muutosta kuvataan tässä henkilöstö-resurssien kehityksellä sekä hoitopalvelujen käytön määrällisellä kehityksellä avohoidossa ja sairaalahoidossa.

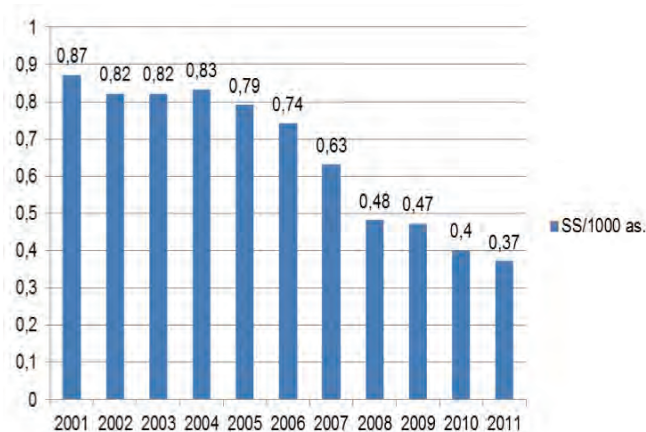
Aikuispsykiatrian henkilöstöresurssien kehitystä avohoidossa ja sairaalahoidossa kuvataan kuvassa 2. Vuodesta 2005 vuoteen 2011 aikuispsykiatrian avohoidon henkilöstön osuus aikuispsykiatrian henkilöstön kokonaismäärästä nousi 32 prosentista 56 prosenttiin.



Kuva 2. Keski-Suomen aikuispsykiatrian henkilöstöresurssien kehitys avohoidossa ja sairaalahoitossa 2005 - 2011 (ei yleissairaalapsykiatria)

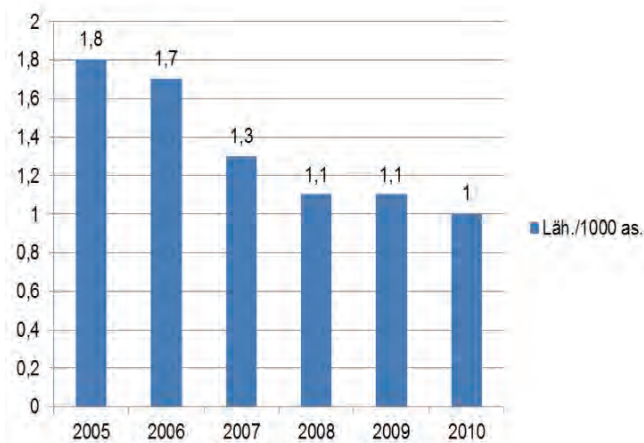
Keski-Suomen kuntien aikuispsykiatrian sairaansijojen käytön kehitystä tällä vuosituhanella kuvataan kuvassa 3. Aikuispsykiatriahankkeen käynnistyessä vuonna 2005 kunnat käyttivät aikuispsykiatrian sairaansijoja keskimäärin 0,79 sairaansijaa 1000 asukasta kohti. Hankkeen kuluessa sairaansijojen käyttö on puolittunut, ja käyttö oli vuonna 2011 0,37 sairaansijaa 1000 asukasta kohti. Vuosittain sairaalahoitossa hoidettujen potilaiden määrä on laskenut noin 35 prosenttia. Potilaskohtaisten sairaalahoitojaksojen määrä vuodessa ja keskimääräinen sairaalahoiton hoitoaika ovat laskeneet lievästi.

Vastaavana aikana avohoidon käyntien määrä on kasvanut noin 30 prosenttia.



Kuva 3. Keski-Suomen kuntien aikuispsykiatrian sairaansijojen käytön kehitys 1000 asukasta kohti 2001 - 2011 (myös yleissairaalapsykiatria)

Avohoidon kykyä vastata potilaiden kriiseihin ja akuutteihin sairaustilanteisiin voitaneen jossain määrin kuvata potilaan tahdosta riippumattomien läheteiden määrällä aikuispsykiatrian sairaalahoitoon. Näiden läheteiden määrä laski Keski-Suomessa aikavälillä 2005 – 2010 44 prosenttia (Kuva 4.).



Kuva 4. Potilaan tahdonvastaiset läheteet aikuispsykiatrian sairaalahoitoon Keski-Suomessa 2005–2010.

Monipuolinen avohoitojärjestelmä

Hankkeen käynnistyessä aikuispsykiatrian avohoitopalvelut olivat maakunnassa enimmäkseen ja joillakin seutukunnilla pääasiassa ajanvaraukseen perustuvia polikliinisiä vastaanottopalveluita. Uudistuksen yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi asetettiin erilaisten potilasryhmien hoidon tarpeisiin vastaavan monipuolisen avohoitojärjestelmän luominen maakuntaan. Pyrittiin kehittämään päivystyksellisesti toimivaa kriisihoitoa, akuuttia psykiatrista avohoitoa, liikkuvia hoitoryhmiä, potilaan kotiin suuntautuvaa hoitoa ja kuntoutusta ja ympäri vuorokautisesti tuettua psykiatrista palveluasumista. Niin ikään pyrittiin tehostamaan asiakkaiden mielenterveysongelmien tunnistamista, tutkimusta ja hoitoa terveyskeskuksissa. Useissa tutkimuksissa oli osoitettu, että lisäämällä pelkästään avohoidon resursseja perinteiseen vastaanotto toimintaan ei voida vastata tarkoituksenmukaisella tavalla erilaisten potilasryhmien hoidon tarpeeseen avohoidossa, eikä voida myöskään vähentää sairaalahoidon tarvetta eikä sairaalahoitoa (Harjajärvi, Pirkola Wahlbeck: Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa, 2006). Samoin oli osoitettu, ettei tällainen avohoidon kehittäminen myöskään hillitse kustannuskehitystä.

Kuten tässä raportissa aiemmin on kuvattu, maakunnan aikuispsykiatrian avohoitoa monipuolistettiin kymmenellä uudella toimintamuodolla, sadalla vakanssilla, 25 liikkumisen mahdollistavalla henkilöautolla ja mittavalla henkilöstön koulutusohjelmalla.

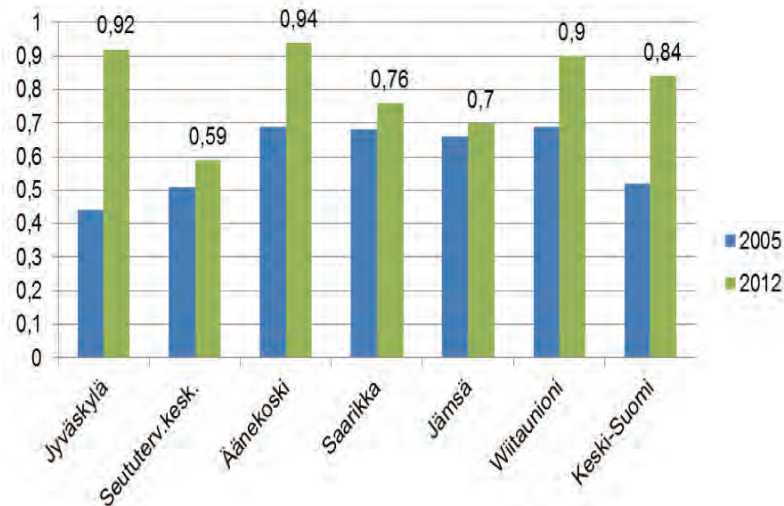
Avohoitopalveluiden tasapuolinen saatavuus seutukunnittain

Hankkeen käynnistyessä vuonna 2005 Keski-Suomen seutukuntien välillä oli suuria eroja avohoidon resurssien määrässä, ja avohoidon resursointi oli kokonaisuudessaan matalalla tasolla. Jyväskylän seutukunnan avohoidon resurssit olivat erityisen vähäiset ja riittämättömät. Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelmassa asetettiin tavoitteeksi, että maakunnan jokaisella seutukunnalla on vuonna 2010 avohoidossa noin 0,7 vakanssia 1000 asukasta kohti. Maakunnallisesti katsoen tavoite on saavutettu, ja nykyisen Jyväskylän terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen avohoidossa on 0,92 vakanssia 1000 asukasta kohti. Joidenkin Keski-Suomen seututerveyskeskuksen kuntien alueella jääetään kuitenkin mainitun tavoitteen alapuolelle. Tällä yhteistoiminta-alueella on vain 0,59 vakanssia 1000 asukasta kohti (kuva 5.), ja erityisen matalaa on avohoidon resursointi Joutsan seudulla (0,32 vakanssia 1000 asukasta kohti).

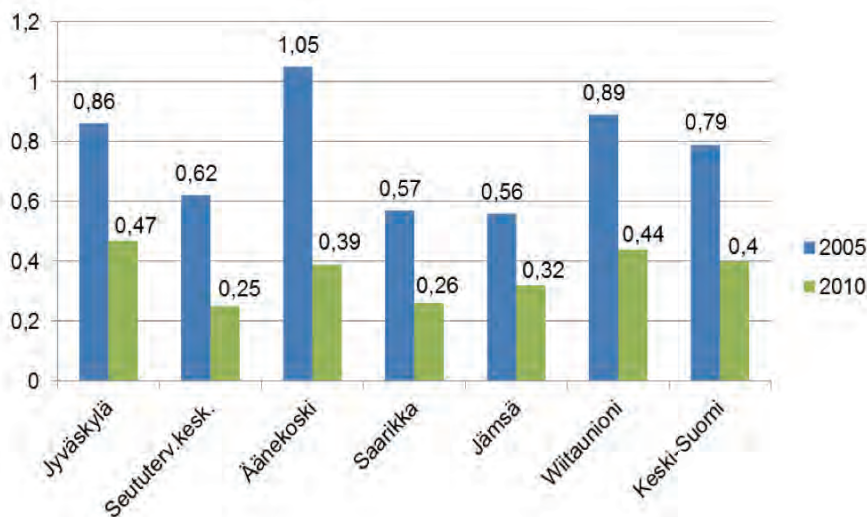
Avohoitopalveluiden seutukuntakohtaista toimivuutta ja riittävyyttä voidaan jossain määrin arvioida myös sen perusteella, miten seutukunnat tai terveydenhuollon yhteistoiminta-alueet käyttävät aikuispsykiatrian sairaalahoidon palveluita. Vuonna 2005 Keski-Suomen maakunnassa sairaalahoidon käyttö oli keskimäärin lievästi korkeampaa kuin koko maassa. Seutukunnittain erot olivat suuria. Suurimmat sairaalahoidon käyttäjät olivat Äänekoski (1,05 sairaansijaa 1000 asukasta kohti), Wiitaunioni (0,89 sairaansijaa 1000 asukasta kohti) ja Jyväskylä (0,86 sairaansijaa 1000 asukasta kohti). Pienimmät sairaalahoidon käyttäjät olivat Jämsä (0,56 sairaansijaa 1000 asukasta kohti) ja Saarikka (0,57 sairaansijaa 1000 asukasta kohti). Vuonna 2010 seutukuntien järjestys on sama kuin viisi vuotta aiemmin. Sairalahoidon käyttö on puolittu-

nut varsin tasaisesti koko maakunnan alueella (Kuva 6.). Äänekosken terveyskeskuksen alueella sairaalahoidon käyttö on kuitenkin vähentynyt 63 prosenttia. Tämä selittyy osittain sillä, että Äänekoskella sijainnut Sisä-Suomen sairaala suljettiin vuonna 2008.

Tässä palveluiden saatavuuden ja käytön tasapuolisuuden kuvauksessa käytetyt terveydenhuollon yhteistoiminta-alueet ovat väestöpohjaltaan yli 20 000 asukkaan alueita lukuun ottamatta Wiitaunionin aluetta, jonka väestöpohja on 14 000 asukasta. Näin yhteistoiminta-alueiden väestömäärät ovat riittävän suuret, eikä sattuma selitä sairaalahoidon käytön kehitystä.



Kuva 5. Keski-Suomen aikuispsykiatrian avohoidon vakassit 1000 asukasta kohti terveydenhuollon yhteistoiminta



Kuva 6. Keski-Suomen terveydenhuollon yhteistoiminta-alueiden aikuispsykiatrian sairaansijojen käyttö 2005 ja 2010 (myös yleissairaalapsykiatria)

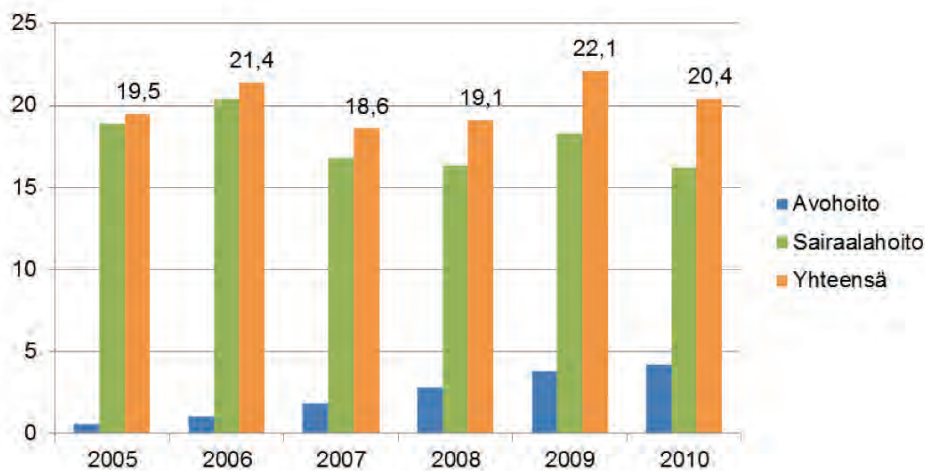
Taloudellisesti toimiva aikuispsykiatrian hoitojärjestelmä

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian nimelliset kustannukset jäsenkunnille ovat nousseet vuodesta 2005 vuoteen 2010 0,9 miljoonaa euroa (4,6 %, Kuva 7.). Kuvatun uudistuksen mukaisesti sairaala-

lahoidon nimelliskustannukset ovat alentuneet 2,7 miljoonaa euroa (14 %) ja avohoidon nimelliskustannukset ovat nousseet 3,6 miljoonaa euroa). Vuonna 2005 sairaanhoitopiirin aikuispsykiatria ei tuottanut avohoidon palveluita.

Sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian reaalkustannukset ovat alentuneet varovaisen arvion mukaan noin 6 – 7 prosenttia. Yhden sairaalan ja tämän lisäksi kahden vuodeosaston sulkemisen seurauksena on sairaalahoidon tukipalveluista, eli siivoustoimesta, ateriapalveluista, teknisestä huollosta ja taloushallinnosta voitu vähentää yli 30 vakanssia. Tämän lisäksi uudistusten yhteydessä on vähennetty 13 sairaanhoitajan vakanssia.

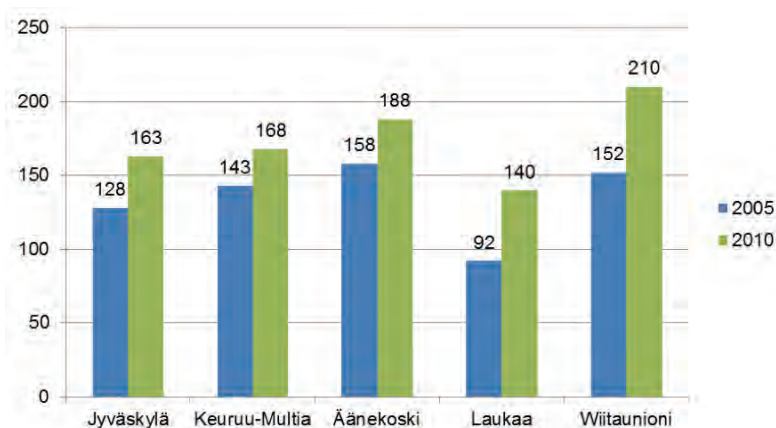
Sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian reaalkustannusten kehitystä jäsenkunnille voidaan kuvata siten, että kustannusten kehitys suhteutetaan yleiseen terveydenhuollon kustannusten kehitykseen maassamme. Aikavälillä 2005 – 2010 yleiset terveydenhuollon kustannukset nousivat 16,5 prosenttia.



Kuva 7. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian kuntalaskutuksen kehitys 2005-2010 (miljoonaa euroa).

Seuraavaksi on tarpeellista tarkastella aikuispsykiatrian kokonaiskustannusten kehitystä Keski-Suomessa. Tässä tarkastelussa huomioidaan sairaanhoitopiirin kustannusten lisäksi terveyskeskusten alaisuudessa toimivien psykiatrian avohoitoyksiköiden kustannukset sekä yksityisiltä palvelujen tuottajilta ostettavan psykiatrisen palveluasumisen kustannukset (Kuva 8). Aikavälillä 2005 – 2010 jokainen terveyskeskus tuotti psykiatrian avohoidon palveluita, ja terveyskeskuksissa työskenteli 139 psykiatrisen avohoidon työntekijää. Tuolla aikavälillä kunnat ostivat psykiatrisen palveluasumisen palveluita yksityisiltä palveluiden tuottajilta merkittävästi ja lisääntyvässä määrin. Psykiatrisen palveluasumisen piirissä asuvien mielenterveyskuntoutujien määrä nousi viidessä vuodessa noin 300 kuntoutujasta noin 400 kuntoutujaan.

Maakunnan kaikkien kuntien psykiatrisen palveluasumisen kustannuskehitys ei ole saatavilla. Käytettävissä oleva tieto kattaa kunnat, joiden yhteen laskettu väestömäärä on 75 prosenttia maakunnan väestömäärästä. Tältä pohjalta saadun tiedon perusteella voidaan arvioida, että Keski-Suomen maakunnan aikuispsykiatrian kokonaiskustannukset ovat nousseet noin 25 prosenttia. Suurin kustannusten nousutekijä on psykiatrisen palveluasumisen käytön lisääntyminen viiden vuoden aikana noin 35 prosenttia. Psykiatrisen palveluasumisen kustannukset olivat vuonna 2010 noin 28 prosenttia aikuispsykiatrian kokonaiskustannuksista.



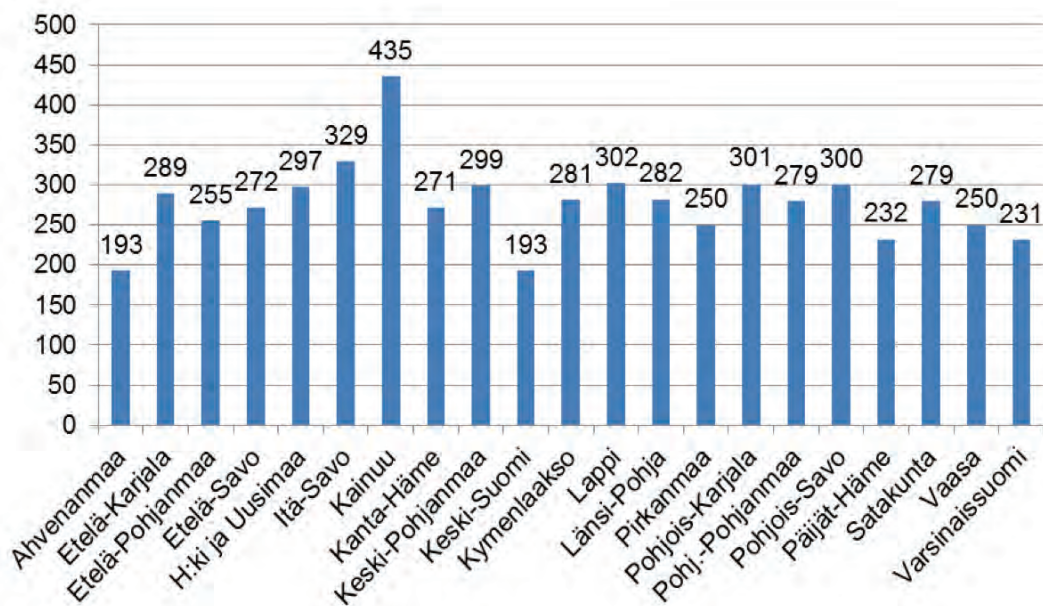
Kuva 8. Aikuispsykiatrian kokonaiskustannusten kehitys Keski-Suomn suurten terveyskeskusten alueilla 2005–2010 (euroa asukasta kohden).

Tulosten ja muutosten arviointi

Mitä on saatu aikaan

Keski-Suomessa toteutettiin vuosina 2005 – 2010 aikuispsykiatrian hoitojärjestelmän rakenteellinen muutos; siirryttiin sairaalakeskeisestä avohoitokeskeiseen hoitojärjestelmään. Vuonna 2011 maakunnan julkisen hallinnon aikuispsykiatrian henkilöstöresursseista 56 prosenttia on avohoidossa. Avohoitoon on asetettujen tavoitteiden mukaisesti rakennettu monipuolinen palvelujärjestelmä, jonka avulla kyetään vastaamaan erilaisten potilasryhmien hoidon tarpeeseen. Sairaanhoidopiiriin avohoitoon on perustettu päivystyksellistä, liikkuvaa ja potilaan kotiin suuntautuvaa toimintaa sekä perustasoa tukevaa depressiohoitajatoimintaa ja konsultaatiotoimintaa. Edelleen avohoitoon on kehitetty porrastettua asumiskuntoutusta omana tuotantona sekä yhteistyössä yksityisten palvelujen tuottajien kanssa. Kolmas suuri tavoite on niin ikään toteutunut; avohoidon resurssit jakautuvat aiempaa tasaisemmin maakunnan alueella, ja myös asukasluvultaan suuren Jyväskylän seutukunnan väestöä palvelevan aikuispsykiatrian avohoidon resurssit suhteutettuna väestömäärään ovat vähintään maakunnan keskitasoa.

Avohoidon kehittymisen myötä psykiatrisen sairaalahoidon käyttö on maakunnassa vähentynyt aikavälillä 2005 – 2010 52 prosenttia. Kuva 9 osoittaa, että Keski-Suomen sairaanhoidopiiriin alueella psykiatrisen sairaalahoidon käyttö oli vuonna 2010 hyvin alhaisella tasolla verrattuna muiden sairaanhoidopiiriin käyttämään psykiatriseen sairaalahoitoon (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, SOTKANet). Näissä luvuissa ovat mukana myös lasten ja nuorten psykiatrisen sairaalahoidon käyttö.



Kuva 9. Psykiatrian hoitopäivät sairaanhoitopiireittäin 100 asukasta koden vuonna 2010.

Vuonna 2011 maakunnan terveyskeskuksille suunnatun kyselyn ja aikuispsykiatriahankkeen arviointi-seminaarin esitysten perusteella voidaan korostaa seuraavia toiminnallisia saavutuksia. Depressiohoitaja-toiminnan käynnistäminen on lisännyt lievän ja keskivaikean masennuksen tunnistamista ja hoitoa perusterveydenhuollossa. Depressiohoitajien vastaanotolla käy noin 1 400 potilasta vuodessa. Psykiatrinen päivystystiimi, joka toimii sairaanhoitopiirin päivystyksen tiloissa, tukee perusterveydenhuollon ja keskussairaalan päivystystä mielenterveyspotilaiden tutkimuksessa ja hoidon käynnistämässä. Psykoosipotilaan tehostetun kotihoidon ja kotikuntoutuksen toimintojen avulla on voitu siirtää sekä akuutin sairaustilan hoitoa että kuntoutusta sairaalasta potilaan kotiin ja kotiympäristöön merkittävällä tavalla. Vanhuspsykiatrian liikkuva hoito- ja konsultaatioryhmä tekee yhteistyötä perusterveydenhuollon ja kunnallisen kotihoidon kanssa vanhusten mielenterveysongelmien tutkimuksessa ja hoidossa. Nuorisopsykiatrian liikkuva konsultaatioryhmä toimii yhteistyössä nuorisosteen koulujen opettajien ja oppilashuollon henkilöstön kanssa. Psykiatrisen palveluasumisen koordinaatiotoiminnan avulla on maakunnassa saatu käyntiin psykiatrisen palveluasumisen laadun valvonnan kehittämisen sekä aikuispsykiatrian ja psykiatrisen palveluasumisen toimintojen yhteensovittamisen potilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa. Tässä on kyseessä tärkeän kehittämistyön alkuvaihe, sillä maakunnan psykiatrisen palveluasumisen puitteissa asuu vuosittain noin 400 mielenterveyskuntoutujaa.

Hanketta arvioitaessa on lisäksi tuotu esille seuraavat myönteiset vaikutukset. Hankkeen tuloksena on perustettu sairaanhoitopiirin hallituksen alaisuuteen Keski-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen ohjausryhmä, jossa ovat edustettuna maakunnan kaikki seutukunnat ja jäseninä perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, mielenterveys- ja päihdepalveluiden sekä kolmannen sektorin edustajat. Ohjausryhmän tehtävänä on Keski-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen tavoitteiden ja periaatteellisten linjausten määrittely ja tarvittaessa esitysten tekeminen palvelujen kehittämistoimista kuntien, terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirin päättävillä elimillä. Hankkeen yhteydessä toteutettu mittava koulutuspaketti on luonut edellytykset uusien toimintojen juurtumiselle käytäntöön ja toimivan yhteistyön kehittymiselle perustason ja aikuispsykiatrian toimintojen kesken.

Kaikkiaan pitkäaikainen aikuispsykiatrian maakunnallisen kokonaisuuden kehittäminen prosessi on saanut aikaan myös seutukuntien välistä verkostoitumista ja vuoropuhelua siitä, millaista toimintaa, millaisia tuloksia ja millaisia kehittämissuunnitelmia maakunnan eri suunnilla on.

Kehittämisen seuraavat askeleet

Yksi aikuispsykiatriahankkeen keskeinen tavoite oli, että ”psykiatrinen hoitojärjestelmä toimii kokonaisuutena taloudellisesti tarkoituksenmukaisella tavalla”. Sairaanhoidopiiriin aikuispsykiatrian reaalikustannukset alenivat, mutta yksityisten tuottajien psykiatrisen palveluasumisen kustannukset nousivat runsaasti. Syy oli se, että hankkeen alussa psykiatrisen palveluasumisen piirissä oli noin 300 asukasta ja hankkeen lopussa noin 400 asukasta. On käynyt joko niin, että psykiatrian sairaansijojen vähentäminen on siirtänyt psykiatrisia potilaita palveluasumisen piiriin, tai psykiatrisen palveluasumisen käyttö on lisääntynyt muusta syystä. Viimeksi mainittuun tapahtumakulkuun viittaa se, että psykiatrisen palveluasumisen potilaiden määrä on lisääntynyt vuosina 2005 – 2010 samalla tavalla, eli noin 25 prosenttia, niin Keski-Suomessa kuin koko maassa. Mutta olipa syy kumpi vain, tässä on suuri ja vaikea haaste seuraavan vaiheen kehittämistyölle sekä talouden että hoidon ja kuntoutuksen laadun varmistamisen kannalta.

Keskeinen tavoite oli myös työnjaon ja yhteistyön sopiminen perustason ja erikoissairaanhoidon palvelujen kesken potilaan hoidossa, eli sujuvien hoitoketjujen rakentaminen. Useilla seutukunnilla yhteistyö ja työnjako on sovittu ja toimiva, mutta Jyväskylän kaupungissa tähän liittyy haasteita hoitoketjun alkuvaiheesta eteenpäin koko ketjun matkalla.

Hoitopalvelujen suoritämääriä ja kustannuksia voidaan seurata nykyisillä tietojärjestelmillä sairaanhoidopiiriin palveluissa, mutta perusterveydenhuollon tietojen yhdistäminen sairaanhoidopiiriin tietoihin ei tässä vaiheessa käy päinsä. Niin ikään seurantajärjestelmän avulla emme kykene vastaamaan kysymykseen ”mitä hoito ja kuntoutus ovat vaikuttaneet hoidettujen potilaiden toimintakykyyn, elämän laatuun ja terveyteen”.

Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelman valmistelun yhteydessä hankkeen alkuvaiheessa nostettiin keskeisesti esille potilaiden mielenterveys- ja päihdeongelman integroitu hoito ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhteensovittaminen, niin, että molempien ongelmien hoitoon mennään yhden oven kautta ja hoito saadaan samasta paikasta. Monilla seutukunnilla tässäkin teemassa ollaan etenemässä, mutta Jyväskylän kaupungissa asia otettaneen esille perusteellisella tavalla vasta seuraavalla kehittämiskierroksella.

Yhteenvedonomaaisesti voidaan sanoa, että aikuispsykiatrian rakenteet uudistettiin tavoitteiden mukaisella tavalla. Seuraavassa vaiheessa keskitytään siihen, että saadaan ”lihaa luiden väliin”. Tämä tarkoittaa perustason ja erikoistason palveluiden sekä yksityisten palvelujen tuottajien ja kolmannen sektorin kesken entistä tiiviimpää verkostoitumista, yhteistä oppimista, yhteistä kieltä ja seudullisten hoitoketjujen palasten yhteen liittämistä sekä sairauksien integroitujen hoitomallien kehittämistä.

Kehittämisen prosessin arviointi, miksi onnistuttiin

Keski-Suomen aikuispsykiatriahankkeen hankesuunnitelman (Keski-Suomen sairaanhoidopiiriin hallitus, 11.5.2005) mukaan hankkeen toteuttamisessa tuli noudattaa seuraavia periaatteita:

- Pyritään vaikuttavuuteen ja pysyviin muutoksiin seudullisissa mielenterveyspalveluissa
- Suunnittelu- ja kehittämistyö tehdään yhdessä mielenterveyspalveluita tuottavien järjestelmien kesken
- Kehittäminen etenee toiminnan ja kokeilujen kautta; keskeistä on uuden toiminnan käynnistäminen, ei paperien kirjoittaminen
- Kehittämistyöhön tulevat mukaan poliittiset päättäjät, sosiaali- ja terveydenhuollon johtavat viranhaltijat sekä mielenterveyspalveluiden henkilöstö siten, että maakunnan kaikkien seutukuntien edustus ja asiantuntemus on mukana suunnittelu- ja valmistelutyössä
- Koulutus, ohjaus ja yhteiset seminaarit ovat kehittämisen keskeinen tuki
- Kehittämistyön edetessä tutustutaan mielenterveyspalvelujen uudistamiseen maassamme ja myös maan rajojen ulkopuolella

Kuten tämän artikkelin aiemmilla sivuilla on kuvattu, kehittämistyö toteutettiin näitä periaatteita noudattaen. Tällä toimintatavalla on varmuudella ollut oma vaikutuksensa siihen, että saatiin aikaan merkittävä rakenteellinen uudistus ja muutos.

Toimintojen uudistuksessa ja muutoksessa on aina kyse ihmisten ja työntekijöiden kehityksestä ja muutoksesta. Siksi on tärkeää, että päästään mukaan oman työn, oman työyhteisön ja oman seutukunnan palve-

lujen ja toimintojen arviointiin ja kehittämiseen. Toinen tärkeä asia on palvelujen tuottajien verkostoituminen eli yhteinen toimintojen arviointi sekä yhteisen ymmärryksen kehittyminen siitä, mikä toimii ja mikä ei toimi. Kolmas uudistamistyön keskeinen tekijä on aika; ihmisen asennoitumisen ja erityisesti toimintatapojen muutos on pitkä prosessi.

Huomion arvoinen asia on se, että kehittämistyön alkuvaiheessa tehtiin selvityksiä lähtötilanteesta ja käytettiin runsaasti aikaa yhteisiin keskusteluihin siitä, mikä oli maakunnan mielenterveyspalveluiden tila vuonna 2004 ja 2005. Tämän kautta mielenterveyspalveluiden eri osapuolille muodostui yhteinen näkemys siitä, mitkä ovat kehittämisen painopistealueet. Niinpä suunnittelutyön edetessä ja uusia toimintoja valmisteltaessa vallitsi vahva yksituumaisuus siitä, miten edetään. Ainoastaan yhden kerran oltiin eri mieltä. Tämä tapahtui silloin, kun päätettiin siitä, kumpi psykiatrinen sairaala suljetaan, Juurikkaniemen sairaala Keuruulla vai Sisä-Suomen sairaala Äänekoskella.

Yksi hankkeen onnistumisen salaisuus on ollut se, että sairaanhoitopiirin jokaiseen käynnistyneeseen uuteen avohoidon toimintaan on saatu uudet työntekijät sairaalahoidosta, jota on samanaikaisesti supistettu. Työntekijät ovat suurelta osin oman tahdon mukaisesti hakeutuneet uusiin tehtäviin ja päässeet alkuvaiheessa suunnittelemaan uutta toimintaa. Uusien toimintojen henkilöstö on ollut alusta alkaen erittäin motivoitunut uudesta työstään. Henkilöstö on kokenut uudet avohoidon toiminnat mielekkäiksi, toimiviksi ja vaikuttaviksi hoitomuodoiksi. Näyttäisi olevan usein hankalampaa, jos joudutaan muuttamaan omaa toimintatapaa avohoidossa, esimerkiksi perinteisestä poliklinisesta vastaanotto toiminnasta uudensuuntaamiseen.

Maamme psykiatrisen hoidon ja hoidon uudistamisen korkein asiantuntemus on saatu hankkeen tueksi alkuvaiheesta alkaen. Asiantuntijoita on käytetty hankkeen ja kokonaisu suunnitelman valmistelun ohjaukseen sekä sairaanhoitopiirin uusien toimintojen työntekijöiden koulutukseen ja ohjaukseen. Tämä on ollut hankkeen onnistumisen keskeisiä tekijöitä. Voidaan jopa sanoa, että ilman ulkopuolisten asiantuntijoiden panosta Keski-Suomen aikuispsykiatria ei olisi nykyisessä mallissaan.

Tästä eteenpäin

Kohtuullista on myös todeta, että kehittämisprosessissa ja kehittämistyössä on ollut riittävästi hankaluuksia tai haasteita.

Hankkeen lähtökohtana oli maakunnan mielenterveyspalveluiden pirstoutuneisuus; palveluita tuotettiin useista organisaatioista, eikä kokonaisuuden suunnittelusta ja toimivuudesta huolehtinut mikään taho. Maakunnallisen kokonaisuuden suunnittelu ja kehittäminen on koettu mielekkääksi ja monella tavalla onnistuneeksi.

Sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian palvelujen rakennemuutoksen seuraus oli kuitenkin se, että avohoidon palveluita tuottivat vuonna 2010 sekä terveyskeskus että sairaanhoitopiiri, eikä yhteistyötä saatu sujumaan. Ratkaisuna tähän Jyväskylän kaupungin ja Jyväskylän ympäristökuntien aikuispsykiatrian avohoidon toiminnat ja henkilöstö siirrettiin sairaanhoitopiiriin vuonna 2011. Samassa yhteydessä mainitut kunnat siirsivät myös psykiatrisen palveluasumisen ja päihdehuollon erityispalveluiden järjestämisvastuun sairaanhoitopiirille. Tämä tarkoittaa sitä, että sairaanhoitopiiri tuottaa aikuispsykiatrian avohoidon palvelut noin 70 prosentille maakunnan väestöstä.

Aikuispsykiatrian palvelut ja toiminnat on koottu pitkälti samaan organisaatioon tai saman organisaation järjestämisvastuulle. Seuraava ja hyvin vaativa vaihe on toimintojen yhteensovittaminen ja joustavan yhteistyön kehittäminen ja tarvittaessa jonkinlainen uudelleen järjestelykin. Muutoinkin työ ei ole lopuiltaan. Sairaanhoitopiirissä on käynnistetty yhteistyössä maakunnan kuntien ja terveyskeskusten kanssa Keski-Suomen Arjen mieli-hanke. Sen tehtävänä on mielenterveyden suurten kansansairauksien varhaisen tunnistamisen, varhaisen hoidon ja hoitoketjujen kehittäminen sekä syrjäytymisvaarassa olevien nuorten ja nuorten aikuisten hoito-, kuntoutus- ja työtoimintapalvelujen kehittäminen. Tämän vuosikymmenen keskeinen haaste on hoitopalvelujen toiminnallinen integrointi, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoiton toimintojen yhteensovittaminen ja toisaalta mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhteensovittaminen.

4.5 Vähentääkö matalampi kynnys pakkoa?

Inger Aareskjold Salte

Jæren Distriktpsykiatriske senter, Norge

Tausta

Jærenin aluepsykiatrisen keskuksen vakavaan psykoosiin sairastuneiden potilaiden hoitoon ja kuntoutukseen erikoistuneen osaston kahdestatoista vuodepaikasta kaksi muutettiin kriisipaikoiksi. Järjestelyn tarkoituksena oli auttaa potilaita selviytymään sairauden pahenemisvaiheesta ohjaamatta heitä omalääkärille tai päivystykseen. Potilaalla on oikeus kriisipaikkaan, jos hän on ollut aiemmin samalla osastolla ja allekirjoittanut sopimuksen, jossa määritetään asiaa koskevat ehdot. Kriisipaikkaa koskevaa sopimusta voidaan tarjota myös potilaille, jotka ovat tahdosta riippumattomassa psykiatrisessa hoidossa muualla kuin laitoksessa, mutta potilaan on silloin suostuttava kriisihoitoon. Sopimuksen sisältämien ehtojen mukaan potilas saa olla kriisipaikalla mahdollisimman lyhyen ajan ja enintään viisi vuorokautta, ja hänellä on oikeus käyttää kriisipaikkaa uudelleen vasta, kun edellisestä kerrasta on kulunut vähintään 14 vuorokautta. Potilas voidaan ottaa kriisipaikalle kaikkina päivinä kello 7:n ja 21:n välisenä aikana sen jälkeen, kun asiasta on sovittu puhelimitse osaston vastaavan hoitajan kanssa. Jos näitä ehtoja ei pystytä täyttämään, sairaalaan ottamisessa on noudatettava tavanomaisia menettelyjä.

Kyseiset kaksi vuodepaikkaa ovat käyttäjälähtöisiä, mikä merkitsee sitä, että paikat ovat potilaiden käytävissä ja niille ottaminen tapahtuu potilaan aloitteesta. Toisinaan aloitteentekijänä on lähiomainen tai kunnallinen auttamisjärjestelmä, mutta ehtona on, että kriisipaikalle ottaminen tapahtuu yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Osaston henkilökunnan kanta on, että kriisipaikan kynnyksen on oltava matala. Potilasta ei yritetä suostutella odottamaan tai etsimään muita ratkaisuja. Päinvastoin hänet toivotetaan tervetulleeksi.

Kriisihoidolle on leimallista suojelu, tuki ja rakenne. Terapeuttisia interventioita, esimerkiksi lääkityksen muutoksia tai terapiakeskusteluja, on mahdollisimman vähän.

Aineisto ja menetelmä

Järjestelmä otettiin käyttöön tammikuussa 2005. Mukaan otetaan edelleen potilaita, joiden on arvioitu hyötyvän tästä, yleensä sairaalahoidon yhteydessä. Tutkimuksessa ovat mukana kaikki potilaat, joilla oli ollut kriisipaikkaa koskeva sopimus yli vuoden ajan joulukuussa 2006. Arviointitutkimusten tekijät eivät kuulu kyseisen osaston hoitohenkilökuntaan.

Tutkimuksen kvantitatiivinen osa (viite) tehtiin peilitutkimuksena, jossa kriisipaikkasopimuksen tekoajankohdan jälkeistä kehitystä (interventiojakso) verrataan sitä edeltävään vastaavaan ajanjaksoon (kontrollijakso). Jokainen potilas on näin oma kontrollihenkilönsä.

Potilaiden suostumuksella interventiojaksolta ja kontrollijaksolta kerättiin tietoa sairaalaan ottojen ja sairaalavuorokausien määristä sekä pakkohoidon käytöstä. Kaikkien kriisihoitojen osalta kirjattiin hoidon kesto ja sairaalaanottoajankohta.

Tulokset

Sairaalaan ottamisessa tapahtui huomattava muutos kriisipaikkajärjestelmän perustamisen jälkeen. Sairaalaan otot lisääntyivät käyttäjälähtöisyyden vuoksi, mutta yhteenlaskettu sairaalassaoloaika supistui 33 prosenttia. Yhteenlaskettu pakkohoitoaika supistui noin puoleen, ja muuta pakkoa käytettiin tutkimuksessa mukana olleilla potilailla tuskin ollenkaan. Potilaat olivat kriisipaikalla keskimäärin vajaat viisi kertaa vuodessa, ja kukin kriisihoito kesti 2,5 vuorokautta. Sairaalaan ottoja on viikonloppuisin vähemmän kuin muina viikonpäivinä. Useimmat käyttäjän aloitteesta tapahtuvat sairaalaan otot osuvat päiväsaikaan, 45 prosenttia kello 12:n ja 16:n välille. Tutkimus osoittaa myös, että kriisipaikkoja käytetään vähemmän lomien ja juhlapäivien aikana.

Pohdinta

Skitsofrenia on monimuotoinen sairaus, joka vaatii pitkäaikaista, usein elinikäistä, seuranta. Potilaan ja potilaasta huolehtivien keskeisiä haasteita ovat jäännösoireista selviäminen, oireiden pahenemisen välttäminen ja jokapäiväisen elämän hallinta. Useimmilla skitsofreenikoilla oireet uusiutuvat ja vaativat laitoshoidoa. Tässä aineistossa mukana olevalla potilasryhmällä on pitkä sairaushistoria, ja potilaat ovat olleet suhteellisen paljon laitoshoidossa ennen käyttäjälähtöistä kriisipaikkaa koskevan sopimuksen allekirjoittamista. Tärkeä hoitotavoite on oireiden uusiutumisen estäminen, sillä uusiutuminen voi heikentää ennustetta. Lisäksi se estää sosiaalisen jatkokuntoutuksen. Tämän projektin johtavana ajatuksena oli se, että nopeaa lievitystä tarjoavat kriisipaikat voivat estää suurempia psykoottisia häiriöitä ja ehkäistä näin oireiden vakavaa uusiutumista.

Vastaväitteet

Kun käyttäjälähtöistä kriisipaikkajärjestelmää suunniteltiin, esiin nousi erityisesti kaksi vastaväitettä. Ensimmäinen oli, että kahden vuodepaikan muuttaminen tietyille potilasryhmälle varatuiksi kriisipaikoiksi vähentäisi muiden potilaiden käytettävissä olevia tavallisia vuodepaikkoja. Sitä paitsi olisiko sopivaa antaa vastuu vuodepaikkojen käytöstä näin vakavasti sairaalle potilasryhmälle? Eikö se, että vuodepaikat olisivat niin helposti käytettävissä, johtaisi niiden väärinkäyttöön? Tutkimus osoittaa, että molemmat vastaväitteet ovat perusteettomia. On totta, että sairaalaan ottojen lisääntyminen lisää tietojen rekisteröintiä sekä potilaskertomusten ja epikriisien kirjoittamista. Toisaalta käyttäjien ja henkilökunnan välisen yhteistyön koetaan toimivan aiempaa paremmin kriisihoidon yhteydessä.

Vuodepaikkojen liiallista käyttöä koskeva pelko johtuu siitä, että potilaiden ajatellaan haluavan olla sairaalassa mahdollisimman paljon. Näin ei ole. Kriisipaikoilla oltiin pisimmän sallitun ajan eli viisi päivää vain vähemmistössä tapauksista. 41 prosentissa kriisihoidoista potilas halusi, että hänet kotiutetaan jo vuorokauden jälkeen. Järjestelmän teoreettisesti maksimaalinen hyödyntäminen merkitsisi 19:ää kriisihoitoa vuodessa. Tämän perusteella on kohtuullista olettaa, että potilaat ovat käyttäneet paikkoja tarkoituksenmukaisesti – ei yömajana, vaan turvapaikkana pienempien ja suurempien kriisien yhteydessä.

Kriisihoitojen välistä kahden viikon "karanteenia" koskeva sääntö on kumottu tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Sekä käyttäjät että osaston henkilökunta olivat sitä mieltä, että sääntö ei ollut sopiva. Päinvastoin se aiheutti paineita käyttäjille, jotka toisinaan olisivat voineet tarvita kriisihoitoa useammin. Kriisipaikalle ottaminen on nyt mahdollista kaikkina päivinä 24 tuntia vuorokaudessa. Tammikuussa 2011 järjestelmää laajennettiin edelleen ottamalla käyttöön kolmas kriisipaikka.

Käyttäjälähtöisyys

Tämän järjestelyn kantavana ajatuksena on halu kokeilla jotain täysin erilaista panostamalla vakavasta mielisairaudesta kärsivän käyttäjäryhmän osallistumiseen. Kyse ei ole pelkästään käyttäjien osallistumisesta vaan käyttäjälähtöisyydestä. Taustalla on usko siihen, että myös tämä potilasryhmä pystyy – ainakin varhaisessa vaiheessa – havaitsemaan omat oireensa ja toimimaan rationaalisesti. Näin käyttäjät saavat kokemuksia, jotka lisäävät oman elämän hallintaa ja vähentävät pakon käyttöä.

Käyttäjälähtöisyys merkitsee sitä, että osaston henkilökunta ei tarkista käyttäjän halua olla sairaalassa. Kyseessä on haavoittuva potilasryhmä, joka pystyy vain rajallisesti hallitsemaan sellaista stressiä, joka muille voi olla arkipäiväistä. Tuttu laitosympäristö voi toimia turvasatamana, joka vähentää stressiä ja estää oireiden lisääntymisen. Järjestelmää voidaan näin pitää tertiäärisenä ehkäisevänä toimenpiteenä.

Tutkimme myös, onko kriisipaikkojen käyttö lisääntynyt vai vähentynyt ajan mittaan. Kun verrataan kriisipaikkasopimuksen kuutta ensimmäistä voimassaolokuukautta kuuteen viimeiseen kuukauteen, huomataan, että käyttö on vähentynyt. Tämä voi johtua siitä, että potilaat olivat suhteellisen aktiivisessa sairauden vaiheessa allekirjoittaessaan sopimuksen. Toinen selitys voi olla se, että heidän odotuksensa tätä järjestelyä kohtaan muuttuvat realistisemmiksi ajan ja kokemuksen myötä.

Pakon käyttö

Tärkeä näkökohta tässä tutkimuksessa on tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon käyttö. Pakon käytön vähentäminen on terveystaloudellinen tavoite, ja siitä on etua sekä potilaille että lähiomaisten ja hoidosta vastaavien välisessä vuorovaikutuksessa. Tutkitussa potilasryhmässä 18 potilaasta vain neljä ei ollut tahdonvastaisessa laitoshoidossa seurannan aikana. Kun käydään läpi koko sairaushistoria, huomataan, että kaikki potilaat olivat olleet laitoshoidossa vähintään kerran pakkopykälän nojalla. Aineistomme kriisihoitoista 50 on tapahtunut potilaan olleessa velvoitteisessa avohoidossa. Myös näissä tapauksissa potilas oli kuitenkin itse halunnut kriisihoitoa sairaalassa. Kyse ei näin ollen ole pakon käytöstä sairaalassa, vaikka potilas onkin aikaisemmin määrätty avohoitoon tahdostaan riippumatta. Tavanomaisen tahdonvastaisen laitoshoidon vähentyminen oli huomattavaa. Tahdonvastaisessa laitoshoidossa vietetty kokonaisaika on puolittunut kriisipaikkasopimuksen allekirjoittamisen jälkeen, jos mukaan ei lasketa käyttäjän aloitteesta tapahtuneita kriisihoitoja.

Käyttäjälähtöisten kriisipaikkojen perustaminen on kaiken kaikkiaan vastannut odotuksia erinomaisesti. Potilaat ovat osoittautuneet luottamuksen arvoisiksi ja käyttäneet paikkoja tarkoituksenmukaisesti. Laitosvuorokausien ja pakkohoitovuorokausien kokonaismäärät ovat vähentyneet selvästi. Osaston henkilökunnan mukaan hoitosuhteet ovat parantuneet. Tutkimuksen kvalitatiivisesta osasta (viite), jossa haastateltiin potilaita, lähiomaisia ja kunnallisten psykiatrisia palvelujen työntekijöitä, ilmenee, että tyytyväisyys on lisääntynyt kaikkialla. Menestys johtuu erityisesti kahdesta tärkeästä tekijästä: sopimuksella vahvistettu potilaan oikeus lisää potilaan autonomiaa, ja sairaalaan oton kynnyksen madaltaminen lisää potilaiden ja lähiomaisten turvallisuudentunnetta. Tämä on todennäköinen selitys sille paradoksaaliselle seikalle, että käytettävyyden lisääminen vähentää käyttöä.

Kirjallisuus

Heskestad S., Tytlandsvik M. Brukerstyrte kriseinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse. Tidsskrift for Den norske legeforening - lehti nro 1/2008.

Tytlandsvik M., Heskestad S. Erfaringar med brukarstyrt innlegging ved psykosepost – ein kvalitativ evalueringsstudie. Vård i Norden -lehti nro 1/2009

4.6 Psykoosisairauksiin liittyvät fyysiset terveysongelmat ja niihin vaikuttaminen

Jaana Suvisaari, Saana Eskelinen, Satu Viertiö, Johanna Leppäniemi, Heli Koivumaa-Honkanen, Eila Sailas

Taustaa

Psykoosisairauksiin liittyvät fyysiset terveysongelmat ja ylikuolleisuus

Vakaviin mielenterveyshäiriöihin liittyy usein fyysisiä terveysongelmia ja suurentunut ennen aikaisen kuoleman riski. Pohjoismaisen tutkimuksen mukaan psykiatrisessa sairaalahoidossa vähintään kerran olleilla miehillä on keskimäärin 20 vuotta ja naisilla 15 vuotta lyhyempi elinajan odote kuin muulla väestöllä (Wahlbeck ym. 2011). Ennen aikaisen kuoleman riski on suurentunut myös lievemmissä, harvoin sairaalaan hoitoon johtavissa mielenterveyshäiriöissä. Suomalaisen Terveys 2000-väestötutkimuksen mukaan masennushäiriöihin ja alkoholiriippuvuuteen liittyy lähes kaksinkertainen kuolleisuus muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna (Markkula ym. 2011). Tässä katsauksessa käsitellään erityisesti psykoosisairauksiin liittyviä fyysisiä terveysongelmia ja niihin vaikuttamista.

Skitsofreniaa sairastavilla on moninkertainen niin kuolleisuus- kuin sairastuvuusriskikin useisiin sairauksiin kuten keuhko-, sydän ja verisuoni- ja ruoansulatuskanavan sairauksiin, metaboliseen oireyhtymään sekä itsemurhiin ja tapaturmiin (Laursen ym. 2011). Heidän elinikänsä on lyhentynyt 10–32 vuotta (noin 20 %) muuhun väestöön verrattuna (Parks ym. 2006). Ylikuolleisuutta liittyy myös muihin psykooseihin (Laursen ym. 2011). Yleisiä terveysongelmia ovat ylipainoisuus, metabolinen oireyhtymä, aikuistyyppin diabetes, sepelvaltimotauti ja keuhkosairaudet (De Hert ym. 2011c). Somaattiset sairaudet ovat usein oireil-

taan vakavampia kuin muilla saman diagnoosin saaneilla ja silti useammin hoitamattomia tai jopa diagnosoimattomia. Somaattiseen hoitoon pääsyn jälkeenkin on ongelmia: skitsofreniaa sairastavien somaattisten sairauksien hoito on usein riittämätöntä ja vähemmän intensiivistä kuin muilla saman diagnoosin saaneilla (Brown ym. 2000, Kisely ym. 2009, Laursen ym. 2009, Newman ja Bland 1991, Vahia ym. 2008).

Taulukossa 1 on esitetty suomalaisen väestöpohjaisen Psykoosit Suomessa -tutkimuksen tulokset psykooseihin liittyvästä somaattisesta samanaikaisairastavuudesta ja toimintakykyvaikeuksista. Psykoosit Suomessa toteutettiin koko väestön terveydentilaa ja toimintakykyä kartoittaneen Terveys 2000-tutkimuksen syventävänä tutkimuksena. Mahdollisesti psykoosioireita kokeneet seulottiin erillistä psykoosiseulaa käyttäen ja kutsuttiin erilliseen tutkimushaastatteluun. Fyysisen terveydentilan kartoitus toteutettiin osana Terveys 2000:n perustutkimusta, joka sisälsi perusteellisen terveystarkastuksen. Skitsofreniaa sairastavilla muuta väestöä huomattavasti yleisempiä terveysongelmia olivat aikuistyyppin diabetes, ylipainisuus, keskivartalolihavuus ja veren rasva-arvojen poikkeavuuksista hypertriglyseridemia ja matala HDL-pitoisuus (Viertio ym. 2012). Kohonnutta verenpainetta heillä todettiin muuta väestöä vähemmän. Skitsofreniaa sairastavilla oli muuta väestöä pienempi D-vitamiinipitoisuus ja heikompi luuston rakenne (Viertio ym. 2012). Heidän liikkumiskykynsä, arkielämän toimintakykynsä ja kognitiivinen toimintakykynsä oli huomattavasti huonompi kuin samanikäisellä yleisväestöllä, ja heillä todettiin myös muuta väestöä heikompi kauko- ja lähinäkö (Viertio ym. 2012). Alustavien tulosten mukaan myös keuhko- ja hammassairaudet olivat psykoosia sairastavilla muuta väestöä selvästi yleisempiä. Samankaltaisia mutta lievempiä vaikeuksia todettiin myös muissa ei-mielialaoireisissa psykooseissa. Sen sijaan mielialaoireisen psykoosin sairastaneiden fyysinen terveys ja toimintakyky ei juuri eronnut samanikäisestä yleisväestöstä. Tässä suhteessa tutkimuksen tulokset poikkeavat aikaisemmista tutkimuksista, joissa myös mielialaoireisiin psykooseihin – psykoosioireiseen vakavaan masennukseen ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön – on liittynyt suurentunut fyysisten terveysongelmien ja ennenaikaisen kuoleman riski (Laursen ym. 2007, McIntyre ym. 2010).

Taulukko 1. Somaattisten sairauksien, sairauden oireiden ja toimintakyvyn vaikeuksien ikä- ja sukupuolivakioitu esiintyvyys psykoosia sairastavilla henkilöillä Psykoosit Suomessa -tutkimuksen mukaan (%)

	Koko väestö	Skitsofreniaa sairastavat	Muuta ei-mielialaoireista psykoosia sairastavat	Mielialaoireista psykoosia sairastavat
Osallistujien lukumäärä	7825	67	87	49
Tyyppin 2 diabetes	6,1	22,0***	13,4**	3,4
Metabolinen oireyhtymä1	30,1	36,2	41,4	25,0
Varma tai mahdollinen sepelvaltimotauti	10,8	14,8	8,8	4,6
Q-aaltointinfarkti	0,35	4,3*	0	0
Heikentynyt lähinäkö	4,3	15,4***	6,4	5,3
Heikentynyt kaukonäkö	4,1	11,1***	8,7	3,9
Vaikeus kävelyssä	11,3	27,1***	25,1**	9,9
Vaikeus portaidennousussa	11,0	28,9***	30,8***	13,4
Vaikeus itsestä huolehtimisessa	9,1	14,4*	20,*0	8,6
Vaikeus ainakin yhdessä kotityössä	24,1	64,2***	53,5***	25,9
Vaikeus sosiaalisessa toimintakyvyssä	11,0	45,4***	35,3***	15,0
tilastollinen merkitsevyys verrattuna koko väestöön: *=P<0,05, **=P<0,01, ***=P<0,001				
1 National Cholesterol Education Programin vuoden 2001 kriteerit				

Psykoosisairauksiin liittyvien fyysisten terveysongelmien kehittyminen

Väestössä keskeisimpiä fyysistä sairastavuutta selittäviä tekijöitä ovat epäterveelliset elintavat, kuten tupakointi, epäterveellinen ravitsemus ja vähäinen liikunnan harrastaminen. Psykoosit Suomessa -tutkimuksen mukaan skitsofreniaa ja muita ei-mielialaoireisia psykooseja sairastavat tupakoivat useammin, liikkuvat ja käyttivät kasviksia vähemmän kuin muu väestö (Oresic ym. 2011, Viertiö ym. 2012). Kyseiseen tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat kuitenkin yleensä sairastuneet jo vuosia ennen tehtyä tutkimusta, joten heidän psykoosia edeltävistä elintavoistaan ei ollut tietoa, kuten ei siitäkään, missä vaiheessa mahdolliset elintapamuutokset tapahtuivat. Ei myöskään tiedetä, missä määrin esimerkiksi psykoosilääkityksen sivuvaikutukset, kuten painonnousu ja verensokerin kohoaminen, vaikuttivat heidän fyysisten sairauksiensa kehittymiseen.

Kansainvälisen, ensipsykoosin hoitotutkimusten pohjalta tehdyn yleiskatsauksen mukaan ensipsykoosiin sairastuneilla ei ole muuta samanikäistä väestöä enemmän fyysisiä terveysongelmia, mutta niitä alkaa kehittyä jo ensimmäisen hoitovuoden aikana (Foley ja Morley 2011). Syitä on todennäköisesti monia, mutta myös psykoosilääkityksellä on kiistatta merkitystä. Useimmat psykoosilääkkeet aiheuttavat painonnousua (De Hert ym. 2011b). Painonnousua tapahtuu eniten ensimmäisten hoitokuukausien aikana, ja nuori ikä lisää painonnousun riskiä (De Hert ym. 2011b). Monet psykoosilääkkeet lisäävät myös diabetekseen sairastumisen riskiä ja vaikuttavat veren rasva-arvoihin epädullisesti. Valitettavasti kaksi eniten painonnousua aiheuttavaa ja diabetesriskiä lisäävää lääketta, klotsapiini ja olantsapiini, ovat myös tehokkaimmin psykoosioireita lievittäviä (Lieberman ym. 2005). Nuorilla psykoosia sairastavilla on myös muuta väestöä enemmän päihdeongelmia, mikä voi vaikuttaa fyysisten terveysongelmien kehittymiseen (Koskinen ym. 2009, 2010).

Vaikka fyysisten terveysongelmien kehittymiseen vaikuttavat sekä elintavat että lääkitys, kansainvälisten tutkimusten mukaan keskeinen fyysisten terveysongelmien aiheuttamaan ylikuolleisuuteen vaikuttava tekijä on se, että psykoosia sairastavien henkilöiden fyysisten terveysongelmia ei hoideta yhtä hyvin kuin muun väestön terveysongelmia. Kansainvälisten tutkimusten mukaan ongelmia on esimerkiksi ennaltaehkäisevässä terveydenhuollossa, diabeteksen hoidossa ja sepelvaltimotaudin hoidossa (De Hert ym. 2011c). Esimerkiksi Tanskassa psykoosia sairastaville tehdään puolta harvemmin invasiivisia sydäntoimenpiteitä, vaikka heillä on kolminkertainen sydänkuolleisuuden riski (Laursen ym. 2009, Laursen ja Nordentoft

2011). Myös primaaripreventiossa, kuten statiinihoidon aloittamisessa, on puutteita (De Hert ym. 2011c).

Kohonnutta sairastuvuusriskiä ja eliniän lyhentymää edesauttaa säännöllisten terveystarkastusten puute (Mitchell ja Malone 2006, Mäkikyrö ym. 1998, Vahia ym. 2008). Ennaltaehkäisy puuttuu, vaikka esimerkiksi metaboliset muutokset ilmenevät jo skitsofrenian alkuvaiheessa (Saari ym. 2005). Kun skitsofreniaa sairastavan henkilön jokapäiväinen toiminta-, näkö- ja liikuntakykykin ovat muita heikommalla tasolla (Viertiö ym. 2012), säännöllistä kokonaisvaltaista terveys- ja toimintakyvyn arviota tarvitaan. Samoin tarvitaan tutkimustietoa skitsofreniaan liittyvien liittänsairauksien syistä, taudinkulusta ja seuraamuksista sekä interventiotutkimusta siitä, miten tähän negatiiviseen kehityskulkuun voidaan vaikuttaa terveydenhoidon ja muiden tahojen yhteistyöllä.

Psykoosisairauksia sairastavien fyysisten sairauksien tunnistamisen ja hoidon esteet

Taulukkoon 2 (s. 127) on koottu tekijöitä, jotka vaikuttavat siihen, että psykoosia sairastavien fyysisiä terveysongelmia ei tunnisteta eikä sairauksien hoito toteudu asianmukaisesti (De Hert ym. 2011a). Potilaaseen liittyviä tekijöitä ovat elintapojen lisäksi vaikeus tunnistaa ja kuvata ruumiillisia oireita, hoitoon hakeutumisen vaikeus sekä saatujen hoito-ohjeiden ymmärtämiseen ja noudattamiseen liittyvät vaikeudet. Perusterveydenhuollossa ja somaattisessa erikoissairaanhoidossa ei ole valmiuksia ja osaamista kohdata potilasta, jolla on vaikeuksia kuvata oireitaan. Psykiatreilla ei ole riittäviä valmiuksia tunnistaa ja hoitaa fyysisiä terveysongelmia, yhteistyö perusterveydenhuollon ja somaattisen erikoissairaanhoidon välillä on usein puutteellista. Yleisestikin lääkärit saattavat suhtautua epäilevästi siihen voidaanko psykiatristen potilaiden elintapoihin ylipäättään vaikuttaa.. Toisaalta mielenterveyspotilaille ei tarjota parasta mahdollista hoitoa,

mahdollisesti siksi, että potilaan kykyyn huolehtia hoidon toteutumisesta ei luoteta eikä tarvittavaa tukea osata järjestää. Skitsofreniaa sairastavan mahdollisesti selvästi alentunut kyky arvioida syy-seuraussuhteita voi olennaisesti heikentää heidän motivaatioitaan hoitaa sairauksiaan sekä arvioida hoitamattomuuden seurauksia. Tätä puutetta ei tule käyttää syynä somaattisten tutkimuksien ja hoidon järjestämisestä luopumiseen, vaan adekvaatin hoidon saavuttamiseksi tarvitaan yhteistyötä. Järjestelmätason merkittävin ongelma onkin somaattisen ja psykiatrisen hoitojärjestelmän erillisuus ja yhdistävien palvelujen puuttuminen.

Terveydenhuollon haasteet

Terveydenhuollon resurssit ovat rajalliset. Hyväosaiset käyttävät terveydenhuollon palveluita tarpeeseen nähden enemmän kuin huono-osaiset. Sosioekonominen asema vaikuttaa myös hoidon sisältöön ja vaikuttavuuteen. Hyvät tiedolliset ja taidolliset edellytykset vahvistavat motivaatiota käyttää vaikuttavia palveluita. Väestön terveyden kohentamisessa suurin hyöty saataisiin kohdentamalla terveydentilaa huono-osaisimpiin ryhmiin, mutta Suomessa sosiaaliryhmittäiset terveyserot ovat Länsi-Euroopan suurimpia (Mackenbach ym. 2003, Palosuo ym. 2007, Valkonen ym. 2003). Väestömme somaattinen terveys on viime vuosikymmenten aikana kohentunut ja keskimääräinen elinikä pidentynyt. Mielenterveyshäiriöistä on tullut johtavin suomalaisten työkyvyttömyyttä ja sairauspoissaoloja aiheuttava sairausryhmä.

Mielenterveyspalveluissa on korostettu jo pitkään avohoitopainotteisuutta. Se luo kuitenkin lisähaasteita etenkin skitsofreniapotilaiden somaattisen terveyden hoitoon. Vaikka he olisivat hoidon piirissä, heidän somaattisia sairauksiaan ei usein hoideta. Säännöllisiä terveystarkastuksia ei ole ohjelmoitu, vaan somaattinen tutkimus ja hoito ovat sattumanvaraisia. Sekä Maailman terveysjärjestö että kansallinen Mielisuunnitelma korostavat yhdenvertaista terveyspalveluihin pääsyä. Maailman terveysjärjestö julisti jo vuonna 2005, että mielenterveystyöhön tulisi ohjata riittävästi varoja huomioiden häiriöihin liittyvä taakka (WHO 2005). Suomessa mielenterveyshoidon osuus kaikista perusterveydenhuollon avohoidon kustannuksista oli vuonna 1995 2.3 prosenttia, 2005 5.0 prosenttia ja 2010 8.2 prosenttia. Erikoissairaanhoidon osalta psykiatrisen hoidon osuus vastaavina vuosina oli 16.7 prosenttia, 12.4 prosenttia ja 11.0 prosenttia. Erikoissairaanhoidon psykiatrian menot vähentyivät vuosina 1995–2010 4.2 prosenttia, kun ne somaattisen terveydenhuollon osalta kasvoivat 52 prosenttia (Matveinen ja Knape 2012). Vaikka mielenterveys- ja päihdepotilaiden somaattisen terveyden seuranta tulee tapahtua yhteistyössä, niin tässä resurssitilanteessa tulee sen kuitenkin ensisijaisesti tapahtua somaattista asiantuntemusta käyttäen.

Hankkeita

Seuraavassa kuvataan tarkemmin kahta tutkimus- ja kehittämishanketta, joissa on selvitetty psykoosia sairastavien potilaiden fyysisiä terveysongelmia ja niihin saatua hoitoa sekä hoidon esteitä.

Mielenterveyskuntoutujien Elinolot ja Somaattinen Terveys Avohoidossa – tutkimus

Mielenterveyskuntoutujien Elinolot ja Somaattinen Terveys Avohoidossa (MESTA) -tutkimus- ja kehittämishanke selvittää Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitoalueen Kellokosken sairaalan JMT- kuntoutuspsykiatrian poliklinikan potilaiden somaattista terveydentilaa sekä toteutunutta fyysisten sairauksien hoitoa ja ennaltaehkäisyä terveystarkastuksen muodossa Järvenpään, Tuusulan ja Mäntsälän kunnissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toimii tutkimuksessa Kellokosken sairaalan yhteistyökumppanina.

JMT- poliklinikalla hoidetaan noin viittäsataa pitkäaikaista psykoosisairautta sairastavaa potilasta. Perusteellista terveystarkastusta tarjotaan potilaille osana poliklinikan tarjoamaa hoitoa. Tarkastus sisältää kyselykaavakkeen, haastatteluja ja mittauksia, laboratoriokokeita, yleislääkärin vastaanottokäynnin sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sairauskertomusten analysointia. Terveystarkastuksen yhteydessä potilaille annetaan neuvontaa ja ohjausta, ohjataan jatkotutkimuksiin tai seurantaan ja tarvittaessa aloitetaan tai muokataan somaattisia lääkityksiä. Yhteenvedo terveystarkastuksesta jää osaksi psykiatrista sairauskertomusta ja se lähetetään potilaalle sekä hänen luvallaan potilaasta vastaavan terveyskeskuksen, työterveyshuollon tai yksityisen palveluntuottajan lääkärille. MESTA- terveystarkastukset aloitettiin Mäntsälästä vuonna 2009, Tuusulan kuntoutuspoliklinikan potilaat tutkittiin vuosina 2010 - 2011 ja Järvenpäähän tutkimus siirtyi loppuvuodesta 2011.

Taulukko 2.

Ongelma	Potilaaseen liittyvät tekijät	Psykiatreihin liittyvät tekijät	Muihin lääkäreihin liittyvät tekijät	Palveluihin liittyvät tekijät
Skitsofrenian positiiviset oireet	<ul style="list-style-type: none"> Potilas tulkitsee somaattiset oireet psykoottisen ajattelun mukaisesti. Oireisto estää hoidon hakemisen (epäluuloisuus). 	<ul style="list-style-type: none"> Psykiatrisessa hoidossa huomio kiinnittyy psykoottisiin oireisiin ja somaattisia oireita ei tunnisteta/kysytä /huomioida. 	<ul style="list-style-type: none"> Somaattisia oireita ei tunnisteta psykoottisten oireiden vuoksi. Fyysisiä vaivoja pidetään psyko-somaattisina oireina. 	<ul style="list-style-type: none"> Skitsofreniapotilaita ei ymmärretä ja pahimmillaan heitä pelätään terveydenhoidon järjestelmässä.
Skitsofrenian negatiiviset oireet	<ul style="list-style-type: none"> Ei hae asianmukaista hoitoa fyysisiin sairauksiin mielenterveyshäiriöön liittyvien oireiden takia (sosiaalinen eristyneisyys, avolitio, apatia). 	<ul style="list-style-type: none"> Potilas vaikuttaa välinpitämättömältä somaattisen sairastamisensa suhteen. 	<ul style="list-style-type: none"> Potilaan vaikeus hakeutua somaattisen hoidon piiriin tai kyvyttömyys olla huolissaan somaattisesta voinnista tulkitaan väärin ja potilaan sallitaan tipahtaa hoitojärjestelmän ulkopuolelle. 	<ul style="list-style-type: none"> Tukimuotoja ja ohjeistusta skitsofrenia potilaan saattamiseksi somaattisiin terveystarkastuksiin ei ole luotu.
Skitsofrenian kognitiiviset oireet	<ul style="list-style-type: none"> Vaikea hahmottaa hoidon tarvetta tai luottaa ulkopuoliseen sekä syy-seuraus suhteiden ymmärtämisen vaikeus. Sosiaalisten taitojen puute ja vaikeus kuvata ruumiillisia oireita. Vaikeudet hoito-ohjeiden noudattamisessa (ymmärtäminen, muistaminen, tekniset vaikeudet esim. inhaloitavissa lääkkeissä). Vaikeus ymmärtää terveysneuvontaa. 	<ul style="list-style-type: none"> Potilaan somaattisten oireiden kuvausta ei ymmärretä. 	<ul style="list-style-type: none"> Kommunikaatiovaikeudet. Potilaan kuvaus oireista jää lääkärille epäselväksi. Hoito- ja tutkimusohjeet annetaan tavalla, jota potilas ei kykene ymmärtämään. Hoidosta/kontroleista poisjättäytyminen tulkitaan aina potilaan aktiiviseksi ratkaisuksi. 	<ul style="list-style-type: none"> Psykiatrian ja somatiikan välille tarvitaan ponnisteluja jotta yhteinen kieli löytyy potilaan kanssa kuten vieraan kulttuurin tai kielen edustajankin kanssa.
Skitsofrenian kanssa samanaikaisesti esiintyvä päihdeongelma	<ul style="list-style-type: none"> Päihdeongelma vaikeuttaa skitsofrenian hoitoa, lisää fyysisistä sairastavuutta ja vaikeuttaa fyysisen terveysongelmien hoitoa 	<ul style="list-style-type: none"> Päihdeongelmaa ja siihen mahdollisesti liittyviä fyysisiä terveysongelmia ei osata huomioida eikä hoitaa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa 	<ul style="list-style-type: none"> Päihdeongelma nähdään potilaan keskeisenä ongelmana ja psyykkiset ongelmat jäävät hoitamatta. Päihdeongelma vaikeuttaa fyysisen terveysongelmien havaitsemista ja hoitoa. 	<ul style="list-style-type: none"> Päihdeongelman myötä potilas jää helposti akuuttien terveydenhuoltopalvelujen varaan.

Ongelma	Potilaaseen liittyvät tekijät	Psykiatreihin liittyvät tekijät	Muihin lääkäreihin liittyvät tekijät	Palveluihin liittyvät tekijät
Skitsofrenian kanssa samanaikaisesti esiintyvät muut psyykkiset oireet	<ul style="list-style-type: none"> Masennus- ja ahdistusoireet peittävät somaattisen sairastamisen. 	<ul style="list-style-type: none"> Fyysisiä oireita pidetään mielialaan tai ahdistuneisuuteen liittyvinä eikä tutkita somaattista terveyttä. 	<ul style="list-style-type: none"> Fyysisiä vaivoja pidetään psykosomaattisina oireina. 	
Skitsofrenian lääkehoito	<ul style="list-style-type: none"> Psykotrooppisen lääkityksen haitallinen vaikutus fyysiseen terveyteen (esim. lihavuus, aikuistyyppin diabetes, sydänsairaudet, hyperprolaktinemia, kuiva suu, neurologiset oireet). 	<ul style="list-style-type: none"> Skitsofrenialääkkeiden sivuvaikutusten vähätely ja ehdoton lääkeadherenssin vaatiminen. 	<ul style="list-style-type: none"> Tietämättömyys anti-psykoottilääkityksen sivuvaikutuksista tai alentuneesta kipuerkkyydestä. 	<ul style="list-style-type: none"> Skitsofreniapotilaiden hoito lääkekeskeistä ja tavoitellaan "hinnalla millä hyvänsä" lääkityshoidon toteutumista unohtaen elämän kokonaisuus ja perustarpeet.
Skitsofrenian aiheuttama sosiaalinen syrjäytyminen	<ul style="list-style-type: none"> Mielenterveysongelma aiheuttaa sosiaalisessa tilanteessa haitallisia seurauksia (esim. alhainen koulutus, vähäinen sosiaalinen verkosto, työn ja perheen tuen puuttuminen, köyhyys, huonot asumisolosuhteet). 	<ul style="list-style-type: none"> Skitsofreniaan liitetään automaattisesti heikentynyt sosiaalinen tilanne ja välinpitämättömyys omasta terveydentilasta. Luovutaan psykososiaalisesta kuntoutuksista. 	<ul style="list-style-type: none"> Skitsofreniaan liitetään automaattisesti heikentynyt sosiaalinen tilanne ja välinpitämättömyys omasta terveydentilasta. Luovutaan invasiivisista toimenpiteistä ja muusta intensiivisestä hoidosta. 	<ul style="list-style-type: none"> Terveydenhuoltoon pääseminen on vaikeaa. Psykososiaaliset ja taloudelliset vaikeudet ja jo hoitoon liittyvät matkatkin estävät asianmukaisen hoidon toteutumisen. Sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyen potilaat eivät voi käyttää työterveyshuoltoa, yksityisiä palveluja jne.
Stigma (häpeäileminen)	<ul style="list-style-type: none"> Potilaan itsestigmatisoitumisen myötä potilas ei koe olevansa hoitoon oikeutettu tai ansaitsevansa sitä. 	<ul style="list-style-type: none"> Potilaiden fyysistä terveydentilaa ei tutkita riittävästi, eikä tiedosteta kohonnut sairausriski ja terveystarkastusten tarvetta. 	<ul style="list-style-type: none"> Mielenterveyspotilaille ei tarjota parasta mahdollista hoitoa. 	<ul style="list-style-type: none"> Strukturaalinen syrjintä: mielenterveyspotilaiden tilanteen korjaamista pidetään liian hankalana tai mahdottomana.
Osaamisen ongelmat	<ul style="list-style-type: none"> Potilaat eivät kykene eri oireiden erittämiseen vuoksi hakeutumaan terveydenhuollon tavallisiin palveluihin (esim. Pappaseulat, hammashoito jne.). 	<ul style="list-style-type: none"> Puutteelliset taidot tutkia ja hoitaa fyysisiä terveysongelmia. 	<ul style="list-style-type: none"> Psykiatristen ja somaattisten lääkäreiden yhteensovittaminen monimuotoisista, aikaa vievistä ja yhteistyötä vaativista. 	<ul style="list-style-type: none"> Mielenterveyskuntoutujien terveysongelmiin liittyvä koulutus on riittämätöntä ongelman suuruuteen suhteutettuna.

Ongelma	Potilaaseen liittyvät tekijät	Psykiatreihin liittyvät tekijät	Muihin lääkäreihin liittyvät tekijät	Palveluihin liittyvät tekijät
Riittämättömät resurssit	<ul style="list-style-type: none"> • Terveydenhuollon järjestelmä on potilaalle liian monimutkainen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fyysisten terveysongelmien ehkäisyyn ja hoitoon ja elintapoihin kohdistuviin interventiioihin ei ole varattu riittävästi resursseja, eikä yhteistyötä somaattisen terveydenhuollon kanssa ole strukturoitu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fyysisten terveysongelmien ehkäisyyn ja hoitoon sekä elintapoihin kohdistuviin interventiioihin ei valita mielenterveyskuntoutujia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mielenterveyskuntoutujien terveysongelmien säännöllisiin terveystarkastuksiin ja hoitoon ei osoiteta varoja eikä henkilökuntaa.
Terveysriskit ja elämäntapatekijät	<ul style="list-style-type: none"> • Päihteiden käyttö tavallista, runsas tupakointi, huono ruokavalio, liikunnan puute. 	<ul style="list-style-type: none"> • Väärät uskomukset (mielenterveyspotilaat eivät kykene omaksumaan terveellistä elämäntapaa, painonnousu on pääasiassa lääkeytyksen haittavaikutus). Yhteistyö somatiikan kanssa puuttuu ennaltaehkäisyyn suhteen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Väärät uskomukset (mielenterveyskuntoutajat eivät kykene omaksumaan terveellistä elämäntapaa, leikkaushoitoon ei uskalleta ryhtyä mielenterveysongelmien pahenemisen pelossa). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mielenterveyskuntoutujien terveysneuvontaan ei osoiteta työntekijöitä, aikaa tai rahaa. • Mielenterveyskuntoutujien terveysneuvontaa pidetään tehotomana tai suorastaan mahdottomana (esim. ei tarjota laihdutus- tai tupakkavieroitusryhmiä jne.).
Organisaation hajanaisuus	<ul style="list-style-type: none"> • Potilas ei tule hoidetuksi kokonaisuutena. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mielenterveyshoidon aliresursointi, joka edellyttää psykiatrien keskittyvän omaan erikoisalaansa. • Mielenterveyskuntoutujien fyysisten terveysongelmien hoidosta ja sen jatkuvuudesta ei ole sovittu. • Huonot yhteydet ja kommunikaatio perusterveydenhuollon henkilöstön kanssa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mielenterveyskuntoutujien fyysisten terveysongelmien hoidosta ja sen jatkuvuudesta ei ole sovittu. • Huono kommunikaatio psykiatrisen erikoissairaanhoidon henkilöstön kanssa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ei ole sovittu, kuka on vastuussa mielenterveyspotilaiden fyysisten ongelmien tutkimisesta ja hoitamisesta. • Säännöllisiä terveystarkastuksia ei ole ohjeistettu eikä toteutettu tälle suuren sairaus- ja kuolleisuusriskin ryhmälle, joka jää normaaliin terveystarkastusten ulkopuolelle. • Somaattisen ja psykiatrisen hoitojärjestelmän hajanaisuus tai erillisyyks, ei yhdistäviä palveluja.

Mäntsälässä poliklinikan potilaat tulivat mielellään terveystarkastuskäynneille. Kutsutuista 76 prosenttia osallistui terveystarkastukseen. Osallistuneiden (n=61) keski-ikä oli 44.9 vuotta. Heistä 75 prosenttia sairasti skitsofreniaa ja loput skitsoaffektiiivista tai muuta skitsofreniaryhmän sairautta. Lähes kaikki (92 %) tutkituista potilaista olivat jonkinlaisen terveysintervention tarpeessa. Neljälle viidestä potilaista annettiin vastaanotolla elämäntapaneuvoja, joiden yleisimpiä syitä olivat tupakointi, ylipaino, vähäinen liikunta ja puutteet hygienian hoidossa. Sydän- ja verisuonitautien kohdalla havaittiin sairauksien ja oireiden sekä ylitettä alihoitoa. Osalla potilaista liian suuriannoksinen verenpainelääkitys aiheutti huimausta, jolloin annosta pienennettiin käynnin yhteydessä tai lääkitys lopetettiin kokonaan. Pulssitasoa hidastavaa lääkitystä käytetään skitsofreniapotilailla usein psykoosilääkityksen aiheuttamaan tiheälyöntisyyteen ja ongelmaksi saattaa muodostua silloin liian matalaksi laskeva verenpaine. Verenpaineen säännöllinen seuranta on näillä potilailla tärkeää. Potilailla oli runsaasti pitkäaikaisia hengitystie- ja ruoansulatuskanavaperäisiä oireita. Useilla oli myös kroonisia iho-ongelmia, hammashoidon tarvetta, alentunut näkökyky sekä korvien tukkeutumista vahatulpan takia. Jatkotutkimuksia tai –hoitoa terveyskeskuksessa ja/tai silmä- ja hammaslääkärin vastaanotoilla suositeltiin 20- 30 prosentille tutkituista. Eniten lääkitysmuutoksia yksittäisistä lääkeryhmistä tehtiin Mäntsälässä verenpaine-, ummetus- ja ihonhoitovalmisteiden kohdalla.

Tähän mennessä MESTA -tutkimuksesta saatu tieto pitkäaikaista psykoosisairautta sairastavien terveydentilasta vastaa aiempaa tutkimustietoa. Potilailla on runsaasti fyysisiä terveysongelmia. Hoitamattomien sairauksien suuri määrä kertoo siitä, ettei tätä potilasryhmää ole pystytty edelleenkin asianmukaisella tavalla palvelemaan nykyisessä terveydenhuoltojärjestelmässä. Keskeisintä on, että uudenlaisia tapoja kroonista psykoosisairautta sairastavien potilaiden somaattisen terveyden seurantaan ja hoitoon tarvitaan kiireesti ja potilaiden terveysongelmien moninaisuudesta johtuen yleislääkärin asema on keskeinen. Kellokosken sairaalan JMT- kuntoutuspoliklinikan somaattisen ja psykiatrisen hoidon integroitu malli, jossa yleislääkäri työskentelee psykiatrian poliklinikalla tavoitteena potilaiden fyysisten sairauksien hoidon kohtaminen, on Suomessa tietäkösemme ainutlaatuinen palvelu pitkäaikaista psykoosisairautta sairastaville. MESTA -tutkimuksen saama myönteinen palaute potilailta sekä poliklinikan ja terveyskeskusten henkilökunnalta viittaa siihen, että kehittämäämme mallia pidetään toimivana.

Lapin hanke: kokemuksia pilottitutkimuksesta

Lapin sairaanhoitopiiri (LSHP) ja Tervein mielin Pohjois-Suomessa Lapin -osahanke ovat vuodesta 2009 lähtien kehittäneet skitsofreniaa sairastavan henkilön vuosittaisen somaattisen terveysseurannan mallia, joka hyödyntää potilaan, perus- ja erikoissairaanhoidon sekä omaisten tai muun relevantin tahon yhteistyötä.

Kehittämisprosessin I-vaiheessa tehtyyn terveysseurantamallin pilottitutkimukseen osallistui 22 LSHP:n aikuispsykiatrian klinikan potilasta, joista naisia oli 12. Tutkittavat olivat yleisesti ottaen halukkaita tutkimuksiin. Tarkastus sisältyi potilaan hoitoon ja kirjaus tehtiin potilastietojärjestelmään. Terveystarkastuksen suoritti pääosin sairaanhoitaja lääkäri työparinaan. Ajallinen kesto oli 1-2 tuntia/ tutkittava. Terveystarkastukseen sisältyy kyselytutkimuksia, testauksia, mittauksia ja laboratoriotutkimuksia. Kehittämisprosessin II-vaiheessa vuosittaisen terveysseurannan malli pyritään saattamaan terveyskeskusten käytäntöön, perusterveydenhuollon ja psykiatrian yhteistyönä.

Pilottivaiheen tutkittavista viidellä oli verensokeri yli viitearvojen. Kahdelle aloitettiin sokeritautilääkitys seurantoineen. Painoindeksin (BMI) keskiarvo oli 27,8 (n=22). Merkittävää, vaikeaa tai sairaalloista (BMI > 30) lihavuutta oli kuudella ja lievä lihavuus kahdeksalla. Kolesteroliarvot olivat yleisesti hyviä, yksi tutkittava sai jatkoseurannan.

Neurologisen tutkimuksessa (n=10) löytyi yksittäistä hammasratasjäykkyyttä, käsien vapinaa ja hypokinesiaa. Tutkittavien liikuntakykyvastaukset eivät vastanneet kysyttyä asiaa vaan esimerkiksi kävely ja portaiden nousu piti tutkia käytännössä. Puristusvoimamittauksen (n=19) optimaalisen tuloksen (naiset: 0,8 kPa; miehet: 0,9 kPa) saavutti vain yksi nainen ja kaksi miestä (toinen vain yhdellä kädellä). Naisten gynekologinen Papa-tutkimus oli tehty viimeksi yli viisi vuotta sitten yli kolmasosalle naisista. Yksi ei muistanut viimeistä tutkimusta ja yksi oli kieltäytynyt tarjotusta tutkimuksesta.

Keuhkotutkimuksia hidasti mikrospirometrin puuttuminen, joten vain osa tutkittiin sen avulla (n=12). Puolella tutkituista oli keuhkofunktio siinä määrin alentunut (< 80 %), että se vaati keuhkolääkärin ohjeis-

tuksen mukaan jatkotutkimusta. Vaikka tuloksiin vaikutti osin huono puhallustekniikka, niin paljon ja pitkään jatkunut tupakointi oli tavallista. Vain yksi jatkotutkimuksiin lähetetyistä ei tupakoinut lainkaan. Skitsofreniaa sairastaville suunnattuja tupakasta vieroittamisen ohjelmia tuleekin kehittää monipuolisin lähestymistavoin yhdessä keuhkotautien asiantuntijoiden kanssa.

Suun terveyden tarkastus ja hampaiden karkea kuntoarvio osoitti, että kotona tai palvelukodeissa asuvilla suun terveys oli huolestuttava ja hampaat hoitamattomat. Laitoshoidossa pitkään olleilla hampaat olivat hoidettu.

Kuulotutkimuksissa (n=22) yhden tutkittavan kuulo oli merkittävästi heikentynyt. Näön tutkimuksessa (n=14) kahdeksalla ilmeni vakava näön ongelma (tarkkuus <0.5), yhdellä näkövammaisuus (<0.1) ja yhdellä alkava kaihi. Moni tutkittavista ei kyennyt huolehtimaan aiemmin saaduista silmälaseista ja tarvittavista näön jatkotutkimuksista, mikä vaikutti ilmeisen selvästi arkielämästä selviytymiseen.

Elämän tyytyväisyyttä mitattiin neljällä kysymyksellä: elämän kiinnostavuus, onnellisuus, helppous ja yksinäisyyden kokemus. Vastanneista (n=12) vain yksi oli elämäänsä tyytyväinen. Kokemus yksinäisyydestä korostui. Psykososiaalisen elämäntilanteen kartoitus kertoi toiminnallisen kyvyn heikkenemisestä.

Skitsofreniaa sairastavien kyky hahmottaa, ymmärtää ja ilmaista kysytyjä ja koettuja asioita on haastavaa. Seksuaaliterveyteen liittyvät kysymykset saattavat aiheuttaa hämmennystä. Osa miespuolisista tutkitavista oli lähes kyvytön kokemaan seksuaalista nautintoa, mutta he eivät olleet tietoisia, mistä tilanne johtui ja oliko siihen saatavissa apua. Tutkittavan kokemusta arkiympäristöstä suhteessa todellisuuteen tulee vahvistaa moniammatillisen ja omaisten kanssa tehtävän yhteistyön avulla. Apuna voi myös käyttää psykiatrista hoitotahtoa, jossa potilas on ilmaisut tahtotilansa suhteessa sairautensa hoitoon mahdollisimman hyvässä hoitotasapainossa. Näin tieto siitä, hoidetaanko häntä ruumiin terveyteensä liittyen normaalilla, hyväksi havaitulla tavalla, antaa tietoa potilaan perusasenteesta terveimmillään. Psykiatrinen hoitotahto onkin ollut Lapissa yhtä aikaa terveystarkastusmallin kanssa kehittämisen kohteena. (Lapin sairaanhoitopiiri: Psykiatrinen hoitotahto:

<http://www.lshp.fi/download.aspx?ID=5995&GUID=%7B1E30ADAE-207B-48C8-A49E-83FF5B0AB271%7D>).

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että skitsofreniaa sairastaville tulisi taata somaattisen terveyden terveystarkastukset strukturoituneena, säännöllisenä ja yhteistyössä, jotta tasa-arvoisuus terveydenhuollon palveluiden piiriin pääsyssä toteutuisi. Terveydenhuoltolain (1326/2010) 13.2 §:n mukaan terveystarkastuksien järjestämisvastuu on kunnilla. Yksittäisten terveystarkastusten sujuvuutta parantaa kuitenkin yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä potilaan ja tämän läheisten kanssa. Palvelujen käyttäjän lähtökohdat ja kokonaistilanne tulee tällöin parhaiten huomioitua.

Suositukses

Mualla maailmassa kehitettyjä toimintamalleja

Psykoosia sairastavien fyysisen terveyden seuraamiseen on kehitetty ohjelmia eri puolilla maailmaa 1990-luvulta lähtien. Monissa niistä annetaan yksityiskohtaiset ohjeet terveysseurannan tavasta ja laajuudesta (Citrome ja Yeomans 2005). Suositukset sisältävät useimmiten potilaan sairaushistorian selvittämisen, ohjeet siitä, kuinka usein terveystarkastuksia pitää tehdä ja mitä mittauksia ja laboratoriomäärytyksiä niiden pitää sisältää sekä ohjeet epäterveellisiin elintapoihin puuttumisesta (Barnett ym. 2007, Heald ym. 2010). Kuitenkaan sellaisia toimintamalleja, joissa terveysseuranta on juurrutettu hoitojärjestelmään, ei juuri ole, vaikka muun muassa niiden mallien, joissa potilaan henkilökohtainen palveluohjaaja (case manager) koordinoi hoitoa ja antaa terveysneuvontaa, on todettu vähentävän sairauskuluja (Druss ym. 2011).

Euroopan unionin komission rahoittama, 14 Euroopan maan HELPS-hanke alkoi vuonna 2008 (Weiser ym. 2009). Suomi ei ole mukana tässä yhteishankkeessa, jonka yhtenä tavoitteena oli luoda mielenterveys-häiriötä sairastavien fyysisen terveyden edistämisen käytännön toimintamalli, joka auttaa terveydenhuollon henkilökuntaa tunnistamaan mielenterveyshäiriötä sairastavan fyysiset terveysriskit ja valitsemaan asianmukaiset ennakoivat toimet. Hanke on loppunut vuonna 2011 ja siitä ei valitettavasti ole vielä raportoitu tuloksia, joten hankkeen hyödyllisyydestä ei voi sanoa vielä mitään.

Skotlannissa, Dundeen kaupungissa kehitettiin vuonna 2002 terveysseulontaklinikka (The Dundee Health Screening Clinic), joka tarjoaa niille yhteisön jäsenille, joilla on psykoosilääkitys, vähintään vuosit-

tain tapahtuvan terveystarkastuksen, terveellisten elämäntapojen neuvontaa sekä tietoa mielenterveydestä ja lääkityksestä. Klinikka perustettiin ilman lisärahoitusta yhdistämällä yhteisön mielenterveysryhmän ja päiväsairaalan henkilökuntaa moniammatilliseksi tiimiksi. Sekä avohoito- että sairaalapotilaiden fyysistä terveyttä kartoitettiin lääkärintarkastuksella, EKG-mittauksella, verikokeilla, sairaushistorialla ja ravinto- ja elämäntapakyselyllä. Potilaille, joilla on korkean metabolisen oireyhtymän riski, laaditaan yksilökohtaiset elämäntapaohjelmat. (Millar 2010)

Iso-Britanniassa NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) painottaa skitsofrenian hoitosuosituksissaan potilaiden fyysisten terveysongelmien ennaltaehkäisyä sekä hoitoa ja on jo vuosia suosittanut, että yleislääkärit pitäisivät skitsofreniaa sairastavista alueensa potilaista rekisteriä ja kutsuisivat nämä potilaat vuosittain terveystarkastukseen vastaanotolleen. Yleislääkärin ja psykiatrin välistä tiedonkulkua terveystarkastuksista pidetään hyvin tärkeänä. Toteutuneista terveystarkastuskäynneistä maksetaan yleislääkäreille erillinen palkkio. Suosituksen toteutumisesta ja sen kustannus-hyötyvaikutuksista ei ole vielä tutkimustietoa. (NICE 2010) (<http://www.nice.org.uk/Guidance/CG82/Guidance/pdf/English>).

Belgiassa Leuvenin yliopiston psykiatrian klinikassa on jo kolmen vuosikymmenen ajan panostettu vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavien fyysisten ongelmien hoitoon. Klinikassa on erillinen osastonsa psykiatristen potilaiden somaattisten sairauksien hoitoa varten. Osastolla työskentelee hoitajia, yleislääkäri, sisätautilääkäri, neurologi, radiologi, hammaslääkäri ja ravitsemusneuvoja. Sairaalassa seurataan strukturoidusti potilaiden metabolisia parametrejä (BMI, vyötärön ympäryys, lipidit ja glukoosirasitus). Sairaalassa on myös toimiva systemaattinen elämäntapaohjelma, jonne potilaita tarpeen mukaan voidaan ohjata. Palveluohjaajat (case manager) huolehtivat pitkälti potilaiden terveysseurannan toteutumisesta ja potilaiden ohjaamisesta. (De Hert ym. 2010).

Suomalaisia toimintaehdotuksia

Skitsofrenian käypä hoito -suositus toteaa, että potilaiden hoidossa tulisi kiinnittää erityistä huomiota terveellisten elintapojen edistämiseen ja somaattisten sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen ja hoitoon (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2008). Hoidon laatua ehdotetaan arvioitavaksi muun muassa sen perusteella, kuinka monelle potilaalle on tehty somaattisten pitkäaikaissairauksien ja niiden riskitekijöiden selvittelyn sisältävä somaattinen tutkimus. Suositusta somaattisten terveystarkastusten järjestämistavasta ei kuitenkaan esitetä. Hoitojärjestelmätasolla psykiatristen potilaiden akuuttihoiton siirron somaattisten sairaaloiden yhteyteen on arveltu voivan edistää psykiatristen potilaiden lääketieteellisessä mielessä kokonaisvaltaisen hoidon toteutumista (Salokangas 2009). Ideaalitilanteessa terveydenhuolto toimisi siten, että skitsofreniaa sairastavat saisivat perusterveydenhuollosta kaikki tarvitsemansa peruspalvelut ilman erityisjärjestelyjä (Heiskanen ym. 2010). Siinäkin tapauksessa terveystarkastukset tulisi kuitenkin tehdä strukturoituneina ja säännöllisinä, jotta skitsofreniaan liittyvä somaattinen ylikuolleisuus ja taipumus jäädä ilman adekvaattia hoitoa tulisi huomioitua.

Monia mahdollisuuksia

Tiivistä yhteistyötä psykiatrisen hoidon ja perusterveydenhuollon välillä tai jopa näiden yhdistämistä on usein pidetty parhaana tapana varmistaa skitsofreniapotilaille paras mahdollinen somaattinen hoito (Kuey 2008). Tämän toteutuminen lienee helpointa maissa, joissa skitsofreniapotilaiden hoito jo nyt pitkälti toteutuu perusterveydenhuollossa (Lester 2006). Silti skitsofreniapotilaiden somaattisen seurannan ja hoidon aloituksesta ja hoitoon ohjauksen koordinoinnista tulisi aina sopia eri yhteistyötahojen kanssa paikallisesti. On ehdotettu, että riittävän suuren väestöpohjan omaavalla skitsofreniapotilaiden hoitoon keskittyneellä psykiatrisella avohoitoyksiköllä voi olla palveluksessaan yleislääkäri, joka huolehtisi terveystarkastuksista, terveysohjauksesta, tavanomaisten somaattisten sairauksien hoidon aloituksesta tarpeen mukaan, potilaiden ohjauksesta hoitoketjussa eteenpäin sekä yhteydenpidosta perusterveydenhuoltoon. Toisaalta pienemmässä hoitoyksikössä kokenut terveydenhoitaja voisi toimia somaattisten terveysongelmien vastuuhoitajana ja yhteyshenkilönä. Näissä molemmissa ehdotuksissa toimenpiteet kohdistuvat kuitenkin vain psykiatrisessa hoidossa oleviin, ei alueellisesti kattavaan kaikkien skitsofreniapotilaiden tavoittamiseen, minkä Iso-Britannian NICE-suositus oli hyvin huomioinut. Joka tapauksessa valtaosa psykiatrisista hoitoyksiköistä on

niin pieniä, että ne eivät voi vastata skitsofreniapotilaiden somaattisen terveyden seurannasta ja hoidosta ilman yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa. Myös palveluohjaajien käyttöä skitsofreniapotilaiden somaattisen hoidon varmistamisessa on ehdotettu.

Jotta vakaviin mielenterveyshäiriöihin liittyvien somaattisten sairauksien hoito toteutuisi asianmukaisesti, tarvitaan myös koulutusta. Psykiatrisessa hoitojärjestelmässä toimivien somaattisten sairauksien tunnistamisen ja hoidon osaamista pitää lisätä. He tapaavat potilaita useimmin, joten he myös voivat havaita ensimmäisinä potilaille ilmaantuneet somaattiset oireet ja ohjata heidät jatkotutkimuksiin ja -hoitoon. Perusterveydenhuollon ja somaattisen erikoissairaanhoidon osaamista psykiatristen potilaiden kohtaamisessa pitää lisätä ja vakaviin mielenterveyshäiriöihin liittyviä ennakkoluuloja vähentää. Skitsofreniaan sairautena liittyy stigma eli häpeäleima, joka heijastuu myös somaattisen terveydenhuollon henkilökunnan asenteissa: skitsofreniapotilaita pidetään vaikeasti hoidettavina, arvaamattomina ja usein väkivaltaisina (Björkman ym. 2008). Toistaiseksi häpeäleimaa vähentävistä toimenpiteistä ei ole saatu erityisen rohkaisevia tuloksia. Siten ilman tehokkaita toimenpiteitä ei ole uskottavaa, että pelkkä tiedon jakaminen varmistaa skitsofreniapotilaiden asianmukaisen somaattisen seurannan ja hoidon jo muutoinkin lääkäripulasta kärsivässä ja jatkuvasti uusia tehtäviä saaneessa perusterveydenhuollossa. Skitsofreniapotilaat on ryhmä, joka jää muiden potilasryhmien tarpeiden jalkoihin ilman positiivisesti syrjiviä toimia eli ilman erityisiä tukitoimia tämä ryhmä on vaarassa jäädä eriarvoiseen asemaan.

Kuntien mielenterveysstrategioita laadittaessa on tärkeää, että yhdeksi tavoitteeksi asetetaan vakavaa mielenterveyshäiriötä sairastavien terveyserojen kaventaminen. Säännölliset terveystarkastukset mahdollistavat sairauksien riittävän varhaisen toteamisen. Fyysisten sairauksien hoidon tasavertaista toteutumista pitää seurata.

Kirjallisuus

- Barnett, A. H. & Mackin, P. & Chaudhry, I. & Farooqi, A. & Gadsby, R. & Heald, A. & Hill, J. & Millar, H. & Peveler, R. & Rees, A. & Singh, V. & Taylor, D. & Vora, J. & Jones, P. B., Minimising metabolic and cardiovascular risk in schizophrenia: diabetes, obesity and dyslipidaemia. *J Psychopharmacol* 21 (2007): 4, 357-373.
- Björkman, T. & Angelman, T. & Jonsson, M., Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scand J Caring Sci* 22 (2008): 2, 170-177.
- Brown, S. & Inskip, H. & Barraclough, B., Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 177 (2000):212-217.
- Citrome, L. & Yeomans, D., Do guidelines for severe mental illness promote physical health and well-being? *J Psychopharmacol* 19 (2005): 6 Suppl, 102-109.
- De Hert, M. & Cohen, D. & Bobes, J. & Cetkovich-Bakmas, M. & Leucht, S. & Ndeti, D. M. & Newcomer, J. W. & Uwakwe, R. & Asai, I. & Moller, H. J. & Gautam, S. & Detraux, J. & Correll, C. U., Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry* 10 (2011a): 2, 138-151.
- De Hert, M. & Detraux, J. & van Winkel, R. & Yu, W. & Correll, C. U., Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. *Nat Rev Endocrinol* 8 (2011b): 2, 114-126.
- De Hert, M. & van Winkel, R. & Silic, A. & Van Eyck, D. & Peuskens, J., Physical health management in psychiatric settings. *Eur Psychiatry* 25 Suppl 2 (2010):S22-28.
- De Hert, Marc & Correll, Christoph U. & Bobes, Julio & Cetkovich-Bakmas, Marcelo & Cohen, Dan & Asai, Itsuo & Detraux, Johan & Gautam, Shiv & Möller, Hans-Jurgen & Ndeti, David M. & Newcomer, John W. & Uwakwe, Richard & Leucht, Stefan, Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 10 (2011c):52-77.
- Druss, B. G. & von Esenwein, S. A. & Compton, M. T. & Zhao, L. & Leslie, D. L., Budget impact and sustainability of medical care management for persons with serious mental illnesses. *Am J Psychiatry* 168 (2011): 11, 1171-1178.
- Foley, D. L. & Morley, K. I., Systematic review of early cardiometabolic outcomes of the first treated episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 68 (2011): 6, 609-616.
- Heald, A. & Montejo, A. L. & Millar, H. & De Hert, M. & McCrae, J. & Correll, C. U., Management of physical health in patients with schizophrenia: practical recommendations. *Eur Psychiatry* 25 Suppl 2 (2010):S41-45.
- Heiskanen, Tuula & Niskanen, Leo & Koponen, Hannu, Skitsofreniapotilaiden kardiometaboliset riskit ja psykoosilääkitys. *Suomen Lääkärilehti* 65 (2010):389-396.
- Kisely, S. & Campbell, L. A. & Wang, Y., Treatment of ischaemic heart disease and stroke in individuals with psychosis under universal healthcare. *Br J Psychiatry* 195 (2009): 6, 545-550.
- Koskinen, J. & Lohonen, J. & Koponen, H. & Isohanni, M. & Miettunen, J., Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia—a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 120 (2009): 2, 85-96.

- Koskinen, J. & Lohonen, J. & Koponen, H. & Isohanni, M. & Miettunen, J., Rate of cannabis use disorders in clinical samples of patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull* 36 (2010): 6, 1115-1130.
- Kuey, Levent, The impact of stigma on somatic treatment and care for people with comorbid mental and somatic disorders. *Curr Opin Psychiatry* 21 (2008): 4, 403-411.
- Laursen, T. M. & Munk-Olsen, T. & Agerbo, E. & Gasse, C. & Mortensen, P. B., Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 66 (2009): 7, 713-720.
- Laursen, T. M. & Munk-Olsen, T. & Gasse, C., Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *PLoS One* 6 (2011): 9, e24597.
- Laursen, T. M. & Munk-Olsen, T. & Nordentoft, M. & Mortensen, P. B., Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 68 (2007): 6, 899-907.
- Laursen, T. M. & Nordentoft, M., Heart disease treatment and mortality in schizophrenia and bipolar disorder - changes in the Danish population between 1994 and 2006. *J Psychiatr Res* 45 (2011): 1, 29-35.
- Lester, H., Current issues in providing primary medical care to people with serious mental illness. *Int J Psychiatry Med* 36 (2006): 1, 1-12.
- Lieberman, J. A. & Stroup, T. S. & McEvoy, J. P. & Swartz, M. S. & Rosenheck, R. A. & Perkins, D. O. & Keefe, R. S. & Davis, S. M. & Davis, C. E. & Lebowitz, B. D. & Severe, J. & Hsiao, J. K., Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 353 (2005): 12, 1209-1223.
- Mackenbach, J. P. & Bos, V. & Andersen, O. & Cardano, M. & Costa, G. & Harding, S. & Reid, A. & Hemstrom, O. & Valkonen, T. & Kunst, A. E., Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int J Epidemiol* 32 (2003): 5, 830-837.
- Markkula, Niina & Härkänen, Tommi & Perälä, Jonna & Partti, Krista & Pena, Sebastian & Koskinen, Seppo & Lönnqvist, Jouko & Suvisaari, Jaana & Saarni, Samuli I., Mortality in people with depressive, anxiety and alcohol use disorders in Finland. *Br J Psychiatry* 200 (2011):143-149.
- Matveinen, Petri & Knape, Nina, Terveysthuollon menot ja rahoitus 2010. Helsinki: Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos, 2012.
- McIntyre, R. S. & Danilewitz, M. & Liauw, S. S. & Kemp, D. E. & Nguyen, H. T. & Kahn, L. S. & Kucyi, A. & Soczynska, J. K. & Woldeyohannes, H. O. & Lachowski, A. & Kim, B. & Nathanson, J. & Alsuwaidan, M. & Taylor, V. H., Bipolar disorder and metabolic syndrome: an international perspective. *J Affect Disord* 126 (2010): 3, 366-387.
- Millar, H. L., Development of a health screening clinic. *Eur Psychiatry* 25 Suppl 2 (2010):S29-33.
- Mitchell, A. J. & Malone, D., Physical health and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 19 (2006): 4, 432-437.
- Mäkikyrö, Taru & Karvonen, Juha T. & Hakko, Helinä & Nieminen, Pentti & Joukamaa, Matti & Isohanni, Matti & Jones, Peter & Järvelin, Marjo-Riitta, Comorbidity of hospital-treated psychiatric and physical disorders with special reference to schizophrenia: a 28 year follow-up of the 1966 northern Finland general population birth cohort. *Public Health* 112 (1998): 4, 221-228.
- Newman, S. C. & Bland, R. C., Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. *Can J Psychiatry* 36 (1991): 4, 239-245.
- NICE, Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (Updated edition) National Clinical Guideline Number 82.: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists 2010.
- Oresic, Matej & Tang, Jing & Seppänen-Laakso, Tuulikki & Mattila, Ismo & Saarni, Suoma E. & Saarni, Samuli I. & Lönnqvist, Jouko & Sysi-Aho, Marko & Hyötyläinen, Tuulia & Perälä, Jonna & Suvisaari, Jaana, Metabolome in schizophrenia and other psychotic disorders: a general population-based study. *Genome Med* 3 (2011): 3, 19.
- Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila Ed. Terveysthuollon eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005 Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, 2007.
- Parks, Joe & Svendsen, Dale & Singer, Patricia & Foti, Mary Ellen, Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness. Alexandria: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council, 2006.
- Saari, Kaisa M. & Lindeman, Sari M. & Viilo, Kaisa M. & Isohanni, Matti K. & Järvelin, Marjo-Riitta & Lauren, Liisa H. & Savolainen, Markku J. & Koponen, Hannu J., A 4-fold risk of metabolic syndrome in patients with schizophrenia: the Northern Finland 1966 Birth Cohort study. *J Clin Psychiatry* 66 (2005): 5, 559-563.
- Salokangas, Raimo K.R., Skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet. *Duodecim* 125 (2009):505-512.
- Skitsofrenia (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkärisseura Duodecim, 2008
- Vahia, I. V. & Diwan, S. & Bankole, A. O. & Kehn, M. & Nurhussein, M. & Ramirez, P. & Cohen, C. I., Adequacy of medical treatment among older persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 59 (2008): 8, 853-859.
- Wahlbeck, Kristian & Westman, Jeanette & Nordentoft, Merete & Gissler, Mika & Laursen, Thomas Munk, Outcomes of Nordic

- mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 199 (2011): 6, 453-458.
- Valkonen, Tapani & Ahonen, Hilka & Martikainen, Pekka, Sosiaaliryhmien väliset erot elinajanodotteessa kasvoivat 1990-luvun loppuvuosina. *Hyvinvointikatsaus 2/2003*. Helsinki, 2003, 12-18.
- Weiser, P. & Becker, T. & Losert, C. & Alptekin, K. & Berti, L. & Burti, L. & Burton, A. & Dernovsek, M. & Dragomirecka, E. & Freidl, M. & Friedrich, F. & Genova, A. & Germanavicius, A. & Halis, U. & Henderson, J. & Hjorth, P. & Lai, T. & Larsen, J. I. & Lech, K. & Lucas, R. & Marginean, R. & McDaid, D. & Mladenova, M. & Munk-Jorgensen, P. & Paziuc, A. & Paziuc, P. & Priebe, S. & Prot-Klinger, K. & Wancata, J. & Kilian, R., European network for promoting the physical health of residents in psychiatric and social care facilities (HELPS): background, aims and methods. *BMC Public Health* 9 (2009):315.
- WHO, Haasteiden kohtaaminen ja ratkaisujen etsiminen. WHO:n Euroopan ministerikonferenssi mielenterveydestä. Helsinki, 12.-15.1.2005, 2005.
- Viertiö, Satu & Perälä, Jonna & Saarni, Samuli I. & Partti, Krista & Saarni, Suoma E. & Suokas, Jaana & Tuulio-Henriksson, Annamari & Lönnqvist, Jouko & Suvisaari, Jaana, Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. *Suomen Lääkärilehti (painossa)* (2012).

5 Työtä lankoja pitkin

5.1 Sähköinen mielenterveystyö

Grigori Joffe, Kaisla Joutsenniemi, Matti Holli, Marko Muukka, Petri Näätänen, Anne Rissanen, Salla Saiho, Jan-Henry Stenberg, Juha Syrjäläinen

Tietotekniikan ja psykiatrian yhteinen historia (GJ)

Viime vuosikymmenien mullistavin keksintö lienee mikroprosessori, joka on johtanut yhteiskunnan päätä huimaavaan ”virtualisointiin” ja digitalisointiin. Nykyään harva voi kuvitella pärjäävänsä arjessa ja työelämässä ilman kännykkää ja tietokonetta. Moniko meistä muistaa, milloin on viimeksi pitänyt kädessä paperille painettua puhelinluetteloa tai maksanut laskunsa pankkikonttorissa? Alkuihastuksen ja -ahdistuksen jälkeen olemme tottuneet verkkopankkiin ja sähköisiin hakukoneisiin ja muihin vastaaviin muutoksiin, emmekä näiden osalta kaipaakaan enää paluuta vanhaan. Olemme yhä itsepalveluorientoidumpia ja -kyvykkäämpiä, yhä ”digitajuisempia”, hyväksymme uusia tietoteknisiä itsepalvelusovelluksia yhä helpommin. Vaikka monissa yrityksissä sähköisen asiointin kehityksen alkusysäys olikin taloudellinen, ovat uudet sovellukset – hyvin suunniteltuna ja toteutettuna – parantaneet palvelujen laatua ja käyttäjämukavuutta; asiat sujuvat nopeammin, joustavammin ja tehokkaammin.

Länsimaissa terveydenhuollon sähköisten sovellusten kehitys on ollut aktiivista. Prosesseja tukevat potilastietojärjestelmät isoissa terveydenhuolto-organisaatioissa, sähköinen resepti, päätöksentekovälineet potilaille ja omaisille, kannuste- ja kannustinjärjestelmät sekä multimodaalisesti (Web TV, puhelin, internet, kotihoidonpääte) leviävä informaatio ovat esimerkkejä tuhansista sovelluksista, joita on kehitetty, tieteellisesti tutkittu ja otettu käyttöön. Näiden on raportoitu lisäävän käyttäjän tyytyväisyyttä ja hoitomyöntyvyyttä, vähentäneen avohoitokäyntien ja puhelujen määriä, säästäneen lääkärin työaikaa, vahvistaneen potilas-lääkärisuhdetta, johtaneen myönteisiin rakennemuutoksiin organisaatioissa, vähentäneen virheitä, parantaneen hoitotuloksia, lisänneen vaikuttavuutta, voimaannuttaneen potilaita, vähentäneen hoitovirheitä sekä pienentäneen taloudellisia kuluja (Houston ym. 2004; Daker ym. 2005; Griggoths ym. 2006; Zhou ym. 2007; Solomon ym. 2012). Toisaalta nämä sovellukset ovat vaatineet investointeja, konsultointia ja koulutusta sekä laitteiston ja ohjelmiston ylläpitoa ja kehittämistä – erityisesti ensimmäisen vuoden ajan käyttöönotosta.

Mielenterveystyössä tietotekniikan mahdollisuudet ovat somatiikkaakin parempia, koska fyysistä kontaktia ja aineellisen materiaalin siirtämistä tarvitaan harvemmin ja nykytekniikalla olennainen osa informaatiota liikkuu nopeasti ja laadukkaasti sähköisesti verkossa. Niinpä myös mielenterveystyössä sähköistä asiointia on monissa maissa aktiivisesti kehitetty vaihtoehtona perinteisille, suuria henkilöstövoimavaroja sitoville ja maantieteelliselle eriarvoisuudelle alttiille, lähinnä työntekijän ja potilaan kasvatusten tapaamisilla toteutettaville työmuodoille. Alkuaikojen telepsykiatria-termin (käytännössä videokonferenssitekniologia) tilalle on tullut laajempaan käsitteenä sähköinen mielenterveystyö (eMentalHealth), joka käsittää kattavammin erilaisia tietoteknisiä sovelluksia. Nykyisin uusia kommunikaatioteknologioita on käytetty muun muassa parantamaan mielenterveyspalvelujen laatua ja nostamaan hoidon saatavuutta, tasoittamaan samalla alueellisia eroja, vahvistamaan ammattilaisten välistä kommunikaatiota, lisäämään koulutusmahdollisuuksia sekä tuottamaan itseapuohjelmia ja terapioiden. Näille on kertynyt kansainvälisesti jo merkittävä määrä tieteellistä näyttöä (Wootton ym. 2003).

Vaikka Suomi onkin ollut monina vuosina tietoteknologian johtavia maita ja vaikka esimerkiksi Kustannus Oy Duodecimin Terveysportti on herättänyt kansainvälistäkin kiinnostusta, on tietoteknisten terveydenhuollon sovellusten kehitys meillä ollut kokonaisuudessaan kaukana kansainvälisestä kärjestä. Mielenterveystyö ei ole ollut poikkeus. Yksittäisiä sinällään kiinnostavia hankkeita on kyllä kehitetty, mutta niitä koskevat ratkaisut ovat olleet yhtä paikallisia ja hajanaisia kuin alueiden ja sairaanhoitopiirien potilastietojärjestelmät sekä käyttöliittymältään, että logiikaltaan ja teknisiltä alustoiltaan. Tämän seurauksena nämä hankkeet eivät ole välttämättä ”keskustelleet” keskenään, käyttäjä ei löydä niitä kovin helposti, eikä niitä

ole otettu laajaan käyttöön, voittoa tavoittelemattomanakaan. Syynä heikkoon kehitykseen lienee riittämättömän koordinaatio sekä aikaisempien vuosien vähäinen kiinnostus ja kykenemättömyys hahmottaa ennakkoivasti sähköisen mielenterveystyön tulevaa merkitystä ja muutosvoimaa. Niinpä esimerkiksi vaikka Lapissa telepsykiatria otettiin käyttöön jo lähes kymmenen vuotta sitten, jolloin pitkät etäisyydet ja heikko henkilöstön saatavuus pakottivat innovatiivisiin ratkaisuihin ohjelmiston silloisesta kalleudesta huolimatta, videokonsultaatioiden käyttö pääkaupunkiseudulla on alkamassa vasta näinä päivinä – siitäkkin huolimatta, että telepsykiatrian kustannukset eivät ole olleet enää vuosiin esteenä niiden käytölle myöskään tiiviisti asutetuilla alueilla.

HUS:ssa teimme aloitteen valtakunnallisesta sähköisen mielenterveystyön strategiasta vuonna 2006, mutta valtakunnallinen koordinoiminen ei tuolloin ottanut tuulta alleen. Niinpä HUS käynnisti hankkeensa Kellokosken sairaalassa yhdessä HUS tietotekniikan kanssa vaatimattomalla STM:n ja sittemmin HUS:n investointirahoituksella. Hankkeissa edettiin askel kerrallaan. Ensimmäisenä käynnistettiin kansalaisten psykiatrisen palveluportaalin, Mielenterveystalon, kehittäminen, ja tätä seurasivat tietotekniikka-avusteisten kognitiivisten terapioiden ja ammattilaisten työkalujen kehittäminen.

Mielenterveystalo (MH, KJ)

Mielenterveystalo -portaali - <http://mielenterveystalo.hus.fi> - rakennettiin Hyvinkään sairaanhoitoalueella (v. 2007–2008) ja HYKS sairaanhoitoalueella (2010), ja se on parhaillaan laajenemassa muun muassa Helsingin, Päijät-Hämeen ja Lohjan alueille. Portaali tarjoaa helposti lähestyttävässä muodossa alueellista palveluneuvontaa, tietoa mielenterveydenhäiriöistä itsehoito-ohjeineen, sekä turvallisen virtuaalisen vertaistukiryhmän. Portaalin tausta-ajatuksena on, että alueen ihminen voi saada helposti lähestyttävällä tavalla apua ja ohjausta mielenterveysongelmiin kaikille avoimesta palvelusta. Se konkretisoi erikoissairaanhoidon roolia mielenterveyspalveluiden koordinoijana.

Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian tuloksikkoo yhteistyössä HUS-tietotekniikan kanssa rakensi palvelun. Tekniset ratkaisut tehtiin osin oppilastyönä, yhteistyössä ammattikorkeakoulu-Metropolian kanssa. Portaalin sisältöä loi laaja työryhmä, johon kuului psykiatrian tuloksikkoon työntekijöitä, sekä alueen muita edustajia. Projektiin tarvittu työpanos tuotettiin siten pääosin virkatyönä, mutta ensivaiheessa projekti sai myös Etelä-Suomen läänin rahoitusta. Vuosina 2010–2012 Mielenterveystaloa on kehitetty ja laajennettu myös HYKS Psykiatrian VALO projektin rahoituksella, joka on osa Mielen avain Kaste-hanketta.

Mielenterveystalo pitää sisällään neljä erilaista palvelua:

- 1) Alueellinen palveluneuvonta: On hyvin tavallista, että kunnan asukkaan on vaikea hahmottaa alueensa palvelukarttaa. Omaan tai omaisen mielenterveysongelmaan apua hakevan kuntalaisen on tällöin vaikea tietää mistä hakea apua. Portaali opastaa tarkentavien kysymysten jälkeen sopivan palvelun ääreen.

Palveluneuvontaosion rakentaminen edellyttää alueen palveluiden kattavaa hahmottamista ja työnjaon selkiennyttämistä. Siksi työryhmään piti kuulua alueen terveyskeskuksen, kolmannen sektorin ja muiden palveluntarjoajien edustajia. Yhdessä rakennetun niin sanotun mielenterveyskartan muodostuminen on itsessään tärkeä saavutus.

Helppokäyttöisyys asiakkaalle taas edellytti muutakin kuin diagnoosipohjaista ohjausta. Tarvittiin tapa jolla ensikertalaiset, hoidon piiriin kuulumattomat voisivat saada apua. Tähän kehitettiin niin sanottu oirenavigaatio, joka etenee psykiatrisen haastattelun logiikalla. Oirelistasta valitaan oire, sitten tarkistetaan onko muita oireita, ja lopuksi selvitetään toimintakyky arkisiin asioihin ankkuroituen. Oirenavigaation yhteydessä kustakin oireesta annetaan lyhyt kuvaus, ja siihen tarjotaan oirekohtaisia itsehoito-ohjeita.

- 2) Luotettavan tiedon jakaminen: Ihmiset lukevat nykyisin oireistaan ja häiriöistään internetissä ja saattavat törmätä virheellisiin ja väärin painottuneisiin tietoihin. Tätä varten portaaliin koottiin tietoa sekä diagnoosi- että oirepohjaisesti. Osa tiedosta kirjoitettiin itse, mutta pääosin linkittydyttiin luotettaviin suomalaisiin teksteihin, esimerkiksi kansalaisen Terveyskirjastoon. Tätä Mielenterve-

ystalon palvelua ovat myös ammattilaiset käyttäneet tarjotessaan potilaalleen lisätietoa tämän oirekuvasta.

- 3) Virtuaalinen vertaistuki: Vertaistuen on katsottu tukevan oikein valittujen potilaiden hoitoa. Virtuaalisia vertaistukiryhmiä toki on verkossa, mutta niitä ei ole rajattu aiemmin todennetuille mielenterveyspotilaille. Mielenterveystalon turvalliseen virtuaaliseen vertaistukiryhmään pääsevät vain diagnosoidut potilaat salasanalla ja määräajaksi. Kyseessä on valvottu keskustelupalsta, jossa on myös ”kysy psykologilta”-osio.
- 4) Itsehoito-osio: Monia psyykkisiä oireita on mahdollista lievittää omalla harjoittelulla. Mielenterveystalon itsehoito-osio sisältää niin oirekohtaisia harjoitteita kuin itsenäisen harjoituskokonaisuuden, jonka avulla kuka tahansa voi vahvistaa omaa mielenterveyttään.

Portaali on herättänyt laajaa kiinnostusta Suomessa, ja palautteen pohjalta portaalia kehitetään vieläkin helppokäyttöisemmäksi. STM:n Masto-hanke otti kantaa Mielenterveystalon puolesta mallina valtakunnalliselle tavalle antaa palveluneuvontaa. Mielenterveystalo sai myös THL:n myöntämän TERVE-SOS palkinnon vuonna 2011. Mielenterveystalon alueellisen laajenemisen lisäksi kysyntää on ollut myös uusien kohderyhmien palveluille. Mahdollisia uusia suuntia voisivat olla esimerkiksi Senioritalo, joka yhdistäisi vanhuspsykiatrian ja neurologian asiantuntemusta. Lapsiperheiden osion voisi ajatella sisältävän niin vanhempien psyykkiseen oireiluun liittyviä teemoja kuin lastenpsykiatriaa. Itsehoito-osion laajentaminen esimerkiksi erilaisilla pelinomaisilla sovelluksilla voisi houkuttaa Mielenterveystaloon uusia käyttäjäryhmiä. Uudelle käyttäjäryhmälle suunnattu Nuorten mielenterveystalo avataan vuoden 2012 aikana.

Nuorten mielenterveystalo (MM)

HYKS Psykiatrian tuottama Nuorten mielenterveystalo -nettipalvelu tulee toimimaan 13–17-vuotiaiden nuorten palveluiden ja hoitoonohjauksen apuvälineenä Helsingissä, Espoossa, Vantaalla, Kauniaisissa, Kirkkonummella ja Keravalla. Nuorten mielenterveystaloa voi käyttää joko nuori itse tai nuoresta huolissaan oleva ystävä tai aikuinen. Palvelu tulee olemaan hyödyllinen apuväline myös ammattihenkilöille nuoren tilanteen arvioimisessa. Nuorten mielenterveystalon keskeisenä toimintona on hakunavigaattori, jonka avulla nuorelle suositellaan valitun oireen ja ongelman vakavuusasteen mukaan sopivia palvelu- tai hoitopaikkoja. Tätä varten kerätään yhteystiedot ja toimintakuvaukset kaikista kyseisen alueen nuorille suunnatuista tuki ja hoitopalveluista ja tämä tieto kootaan mahdollisimman kattavasti palvelun alle. Lisäksi Nuorten mielenterveystaloon liittyvät jo ensivaiheessa mukaan HYKS alueen ulkopuolelta Hyvinkään sairaanhoitoalue ja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden alue. Myös muualla Suomessa on ollut kiinnostusta Nuorten mielenterveystaloa kohtaan, joten palvelu saattaa tulevaisuudessa kattaa yhä useampia kuntia.

HYKS Psykiatrian tulosyksikön yhtenä tavoitteena on kehittää verkkopalveluita, joiden avulla väestö saisi palveluja myös virka-ajan ja perinteisen vastaanotto toiminnan ulkopuolella. Nuorten mielenterveystalo vastaa omalta osaltaan tähän tarpeeseen: palvelua voi käyttää milloin tahansa, kuka tahansa ja missä tahansa. Yksi keskeinen tavoite on, että nettipalvelun avulla ongelmia tunnistetaan ajoissa ja nuori ohjautuu tarvittaessa sopivan tuen piiriin.

Etenkin nuoruuskäiset ovat aktiivisia netin käyttäjiä, mutta myös ammattihenkilöt ja nuorten vanhemmat käyttävät työssään ja vapaa-ajalla yhä enemmän nettiä. Näin ollen on luontevaa, että psykiatrinen palvelu on myös netissä. Nuorten mielenterveystalosta löytyy selkokielistä ja luotettavaa tietoa, mikä ei ole itsestäänselvyys kaikissa nuorille kohdistetuissa nettipalveluissa. Käyttäjän ei tarvitse kirjautua palveluun, vaan kaikkia palveluja voi käyttää täysin anonyymisti. Tämä alentanee etenkin nuorten kynnystä nettipalvelun käyttämiselle.

Suurena positiivisena haasteena on kuinka palvelusta saadaan kehitettyä organisaatorajat ylittävä nuorten mielenterveysongelmiin pureutuva yhteinen ”jakelukeskus”, jota myös kehitetään yhdessä.

Nuorten mielenterveystalo- projekti on osa Mielen avaimen alaista HYKS Psykiatrian VALO-hanketta. Hanke päättyy lokakuussa 2012.

Tietotekniikka-avusteiset terapiat (J-HS, SS)

Tietotekniikka-avusteisten terapioiden historia

Tietotekniikka-avusteiset terapiaohjelmat ovat lisääntyneet ja kehittyneet nopeasti viime vuosien aikana. Vuonna 2007 saatavilla oli jo lähes 100 tietotekniikkapohjaista hoito-ohjelmaa, joista oli tehty vaikuttavuustutkimuksia (Marks, Cavanagh & Gega, 2007). Pääosa tietotekniikkapohjaisista terapiaohjelmista perustuu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (CBT), joka on tutkituimpia psykoterapioita ja on havaittu useissa tutkimuksissa ja meta-analyyseissa tehokkaaksi hoitomenetelmäksi muun muassa masennuksen, erilaisten ahdistuneisuushäiriöiden ja joidenkin riippuvuuksien hoidossa (DeRubeis ym. 1996, Dobson 1989, Gloaguen ym 1998, Clark ja Beck 2010). Tutkittuja hoito-ohjelmia löytyy eri levitysmuodoissa. Nykyisin ne ovat kuitenkin pääasiassa internetin kautta käytettäviä tietokoneohjelmia. Rakenteeltaan ne voivat olla joko vapaasti suoritettavia itseapuohjelmia tai käytöltään strukturoidumpia internet-pohjaisia terapiaohjelmia. Sisällöllisesti ne voivat sisältää muun muassa tekstiä, ääni- ja videotiedostoja, erilaisia tietokonepelejä tai ne voivat olla jopa virtuaaliseen todellisuuteen perustuvia pelityyppisiä ohjelmia.

Internet-pohjaiset terapiat perustuvat useimmiten kognitiivisen käyttäytymisterapian (CBT) teoriaan. Marks ym. (2007) päätyivät monografian johtopäätöksissään siihen, että osa tietotekniikkapohjaisista terapiamenetelmistä on todettu yhtä tehokkaiksi kuin kasvokkain tapahtuva CBT -hoito. Teoriataustaan katsomatta tietotekniikkapohjaiset terapiamenetelmät ovat tutkimusten mukaan ylivoimaisesti vaikuttavampia kuin pelkkä hoidon odottaminen (Marks ym. 2007). Tätä tukee myös tuore meta-analyysi, jossa ahdistuneisuushäiriöihin tarkoitettujen tietotekniikkapohjaisten terapiaohjelmien havaittiin olevan parhaimmillaan yhtä tehokkaita hoitomuotoja kuin perinteinen kasvokkain tapahtuva psykoterapia (Cuijpers, Marks, van Straten, Cavanagh, Gega & Andersson 2009).

Iso-Britannian terveystieteiden NICE (National Institute for Clinical Excellence) on vaikuttavuustutkimuksiin perustuen suosittelut lievän ja keskivaikean masennuksen hoitoon internet-pohjaista terapiamenetelmää Beating the Bluesia. Tämä järjestelmä on suosituksen pohjalta käytössä Iso-Britannian julkisessa terveydenhuollossa.

Tietotekniikka-avusteisen kognitiivisen terapian yleispiirteet

Rakenteellisesti ohjelmia on toisaalta strukturoitumattomia tai strukturoituja. Strukturoitumattomat ohjelmat ovat eräänlaisia itseapuohjelmia, joita voi tehdä valitsemassaan laajuudessa ja valitsemaansa aikaan. Strukturoidut ohjelmat puolestaan ovat kestoaltaan ja suoritusavaltaan säänneltyjä. Sisällöllisesti terapiaohjelmat voivat olla joko terapeuttisia yleisohjelmia, jolloin ne pyrkivät lisäämään psyykkistä hyvinvointia ja voivat keskittyä psyykkisiin vaikeuksiin yleistasolla, esimerkiksi ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden vähentämiseen yleisesti. Suurin osa tietokonepohjaisista tai nettipohjaisista järjestelmistä on kuitenkin kohdennettu jonkin tietyn häiriön hoitoon. Tällaisia rajattuja häiriöitä, joihin ohjelmia on kehitetty, ovat esimerkiksi sosiaalinen ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö ja masennus.

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 (Goss & Anthony, 2009). 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 välilykselyitä, joiden voisi ajatella toimivan myös motivoivina heräteinä muistaa käyttää ohjelmaa.

Tietotekniikkapohjaiset terapiaohjelmat soveltuvat parhaiten lievimistä 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 lievimistä 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 kohtaa. Tällaisen matalan kynnyksen terapiamah-

dollisuuden kehittäminen ja tärkeän työkalun tuottaminen perusterveydenhuollon tarpeeseen on kuitenkin selvästi erikoissairaanhoidolla, jossa on siihen osaamista. Niinpä, HUS:n psykiatria on tämän kehittämis-tehtävän ottanut, muun muassa uutta mielenterveyslain henkeä ennakoivalla tavalla. Hoidon kohdentami-nen oikealle potilasryhmälle on tietotekniikka-avusteisen terapian mielekkyyden kannalta olennaista. Oike-an diagnoosin asettaminen ja alkuarvio terapiaohjelman soveltuvuudesta nousevat olennaisiksi osatekijöiksi (Andersson, Carlbring, Berger, Almlöv & Cuijpers, 2009). Alkuarviointi tehdään useimmiten terveyden-huoltoalan ammattilaisen kanssa joko kasvokkain tapahtuvassa haastattelussa tai se voidaan tehdä myös viestintäteknologiaa hyödyntäen, esimerkiksi puhelimitse tai tietotekniikkapohjaisia arviointimenetelmiä apuna käyttäen.

Tietotekniikkavälitteisillä terapioidella on saatu parempia tuloksia silloin kun terapiaan on liitetty tera-peutin tuki (Anderson & Cuijpers, 2009; Spek, Cuijpers, Nyklicek, Riper, Keyzer & Pop, 2007). Tietotek-niikka-avusteisessa terapiassa tuki voidaan toteuttaa joko kasvokkain, puhelimitse tai sähköpostitse. Useis-sa terapiaohjelmissa terapeutti tapaa asiakasta alussa arviointihaastattelun yhteydessä kerran ja tämän jäl-keen antaa säännöllisesti tai tarvittaessa tukea palvelun käyttöön puhelimitse tai sähköpostin välityksellä. Terapeutti saattaa auttaa muun muassa tavoitteiden ja menetelmien (esim. altistushierarkian) yksilöllisessä muokkaamisessa tai seurata terapiaprosessin kehitystä, antaa palautetta tai tehdä yhteenvetoja tehdyistä välitehtävistä.

Terapeutin antama tuki vaihtelee kestoaltaan eri terapiajärjestelmissä muutamasta minuutista muutamiin tunteihin. Tukea voidaan antaa säännöllisesti (esim. viikoittain sähköpostin tai puhelimen välityksellä) tai sitten ainoastaan tarpeen mukaan (esim. asiakkaan pyytäessä). Hoidon tuloksellisuuden on havaittu olevan parempaa, mikäli terapeutin tuki on systemaattisesti ennalta määritelty osaksi hoitoa. Terapeutin antama tuki vaikuttaa myös hoitomotiivaatioon. Hoito-ohjelman keskeyttämisprosentti on havaittu tutkimuksissa korkeammaksi, mikäli hoito-ohjelma ei sisällä lainkaan terapeutin antamaan tukea. On muistettava, että nettiterapia ei menetelmänä sovellu kaikille, eikä ketään tulisi siihen velvoittaa edellytyksenä mahdolliselle kasvokkain tapahtuvalle psykoterapialle

Kirjallisuuden mukaan tietotekniikka-avusteinen terapia vaatii viidestä kolmeentoista kertaa vähemmän terapeutin aikaa kuin perinteinen, kasvotusten toteutettava psykoterapia. Psykoterapian tyydyttämätön tarve Suomessa on suurta, johtuen taloudellisten sekä osajaresurssien pulasta. Lisäksi psykoterapeuttien saata-vuudessa on mainittavaa alueellista vaihtelua. Tietotekniikka-avusteisen terapian avulla pystytään tulevai-suudessa antamaan apua nykyistä suuremmalle määrälle tarvitsijoita ja lähes kaikkialla Suomessa, kullekin potilaalle sopivana aikana.

Masennuksen tietotekniikka-avusteiset terapiamenetelmät

Tietotekniikka-avusteisista ohjelmista on saatu hyviä hoitotuloksia masennuksen hoidossa ja niiden on havaittu vähentävän tehokkaasti depression oireita. Osassa tutkimuksia depression tai ahdistushäiriöihin tarkoitetuilla tietotekniikka-avusteisilla terapioidella on saatu jopa yhtä hyviä hoitotuloksia depression oirei-den vähenemisessä kuin kasvokkain tapahtuvalla hoidolla. Tietotekniikka-avusteisten masennuksen hoito-ohjelmien tulokset on myös havaittu pitkäaikaisiksi. Suomessa masennuksen nettiterapioista on tehty sai-raanhoitopiirin ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) terveydenhuollon menetelmien arviointiyk-sikön Finohan tuottama niin sanottu HALO -katsaus (Joutsenniemi ym. 2011), jonka mukaan tietotekniik-kapohjaiset terapiat voivat olla toimiva lisä hoitojärjestelmään. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiris-sä (HUS) on jo valmistunut masennuksen kognitiivisen nettiterapian lisäksi sosiaalisen ahdistuneisuuden nettiterapia. Valmisteilla ovat paniikkihäiriön ja yleistyneen ahdistuneisuushäiriön terapiaohjelmat ja kak-sisuuntaisen mielialahäiriön tietokoneavusteinen hallintataito-ohjelma. Kaikki HUS:ssa tuotettavat ohjel-mat perustuvat kognitiivisiin teorioihin.

HUS eMielenterveyspalvelujen ammattilaispalvelut

eMielenterveyspalvelujen teknologia ja arkkitehtuuri (JS)

eMielenterveyspalvelujen teknologia ja arkkitehtuuri pohjautuu Microsoftin Sharepoint 2010 tekniseen alustaan ja arkkitehtuuriin. Palvelut asennetaan ja ylläpidetään HUS Tietohallinnon ylläpitämässä teknis-

sä ympäristössä Tietohallinnon ylläpitomenettelyjen mukaisesti. Palvelusta riippuen se sijoittuu joko tunnistautumiseen perustuvaan Intranet/Extranet- tai ilman tunnistautumista tarjottavaan Internet-ympäristöön. Ammattilaisten tunnistautuminen toteutetaan AD-käyttäjähallintaan sekä myöhemmässä vaiheessa extranet-ympäristössä myös ammattilaisvarmenteeseen perustuen. Potilaiden tunnistautuminen toteutetaan Veturin kautta (pankkitunnisteet, mobiilitunnistautuminen).

Mittaripankki (KJ)

Kliinisen työn tueksi, tieteellisen tutkimuksen tarkoituksiin sekä kustannusvaikuttavuuden arviointiin on olemassa laaja kirjo mittareita. Omat mittarinsa on kehitetty niin psyykkisten oireiden seulontaan, diagno-soimiseen sekä oireiden seurantaan. Lisäksi toimintakykyä ja elämänlaatua arvioidaan omilla mittareillaan. Asianmukaisten mittaamis- ja arviointimenetelmien käyttö on edellytys luotettavien tietojen saamiseksi niin yksilöiden kuin väestönkin psyykkisestä voinnista, elämänlaadusta ja hoidon saatavuudesta. Myös tietojärjestelmien kannalta on edullista, että käytössä on yhdenmukaisia menetelmiä psykiatristen häiriöiden, oireiden ja toimintakyvyn kuvaamiseksi.

Mittaripankin tavoitteena on parantaa psykiatrisen arvioinnin ja mittaamisen yhdenmukaisuutta ja laatua. Tavoitteena on myös edistää mittaamisen tulosten oikeaa tulkintaa erilaisissa tutkimusasetelmissä ja kliinisessä työssä. Tarkoituksena on kerätä valtakunnallinen mittaripankki, josta mittareita voi hakea eri-laisten luokittelujen mukaan, esimerkiksi häiriöryhmän sekä käyttötarkoituksen mukaan. Mukaan otettavien mittareiden valinta toteutetaan yhteistyössä valtakunnallisen psykiatrian alan tutkijaverkoston kanssa sekä sairaanhoitopiirin ylilääkäreiden kanssa. Kunkin mittarin uusimpaan versioon (tai tarvittaessa soveltuvimpiin versioihin) liitetään kuvaus mittarin käyttötarkoituksesta, ohjeistus sekä viitteet toistettavuus- ja luotettavuustutkimuksiin.

Mittaripankkia luotaessa sovitaan myös käytännöstä mittaripankin ajantasaisuuden ylläpitämiseksi. Mittareita kartoitettaessa paljastuu myös mihin tarkoituksiin ei vielä ole olemassa sopivaa (suomeksi käännettyä) mittausmenetelmää. Koska osa mittareista on diagnostisia, osio pidetään kansalaisilta suojattuna. Yksittäisiä kansalaisille tarkoitettuja Kustannus Oy Duodecimin tuottamia sähköisiä itsearviointimittareita voidaan viedä osaksi Mielenterveystaloa.

Mittaamisen ja arvioinnin kehittämiseksi hyötyvät kansalaiset, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, tutkijat, sekä palvelujärjestelmä ja sen rahoittajat, koska pätevä psyykkisen voinnin arviointi auttaa kohdentamaan toimenpiteet ja voimavarat oikein.

Hankkeessa selvitetään onko valtakunnallisesti käytössä potilaille suunnattua mobiilia itse seuranta- ja havainnollistamisovellusta päivittäisten mielenvaihtelujen tavoittamiseksi ja raportoimiseksi. Sovellukseen kuuluvat graafiset yhteenvedot ovat havainnollisia potilaalle psykoedukaatiassa. Tarvittaessa hankkeessa toteutetaan valtakunnallinen levittäminen tai harkitaan oman sovelluksen tuottamista ellei sopivaa aihiota löydy.

Mittari	kohderyhmä
Sähköinen itsearviointimittari, seulontamittari	Potilaat
Diagnostiset mittarit, oiremittarit, toimintakyky- ja elämänlaatumittarit	Terveydenhuollon ammattilaiset
Mobiili oireseurantasovellus	Potilaat

Koulutuspankki (videot, sertifiointit, verkkokurssit, tulosten vertailu) (KJ)

Ammatillisen tietotaidon ylläpitämiseksi ja edistämiseksi uusimman tiedon hankkiminen voi olla työlästä, ja toisaalta kotimaisten koulutusten painotukset ja saatavuus vaihtelevat alueellisesti. Koulutuspankin kohderyhmänä ovat hoitotyön ammattilaiset, psykologit, sosiaalityöntekijät, lääketieteen opiskelijat, soveltuvi- en alojen erikoistuvat lääkärit, sekä psykiatrian ja läheisten erikoisalojen täydennyskoulutettavat erikoislää-

kärit. Näille tahoille suunnatuissa koulutuksissa on valtakunnallisesti päällekkäisyyttä, ja toisaalta yksittäisten asiantuntijoiden tietotaitoa on tarjolla vain osassa koulutuspaikkakunnista.

Koulutuspankin tavoitteena on lisätä valtakunnallista tasa-arvoisuutta koulutuksen saatavuudessa. Verkkokurssien suorittaminen on ajasta ja paikasta riippumatonta, joten uusin tieto jalkautuu joustavasti ja käyttäjätasoisesti. Tavoitteena on tuottaa koulutuksiin ja erillisiin luentovideoihin metatiedot jotta ammattilaiset löytävät hakusanojen perusteella itselleen soveltuvat kurssit ja tallenteet. Koulutuspankin toteutuksessa kehitetään myös menetelmä uusimman tiedon ylläpitämiseksi ja vanhentuneiden koulutusten poistamiseksi.

Koulutusresurssi	Kohderyhmä
Verkkokurssit, mittarien käyttö	Kaikki ammattilaiset, kliinisten taitojen kehittyminen, omien tulosten vertailu valtakunnalliseen keskiarvoon
Verkkokurssit, hoitosuositukset	Rahoittajille, johdolle: benchmarking, tulospalkkaus yksiköittäin
Verkkokurssit, muut	
Luentotallenteet	Koulutuskokonaisuutta käyvät ammattilaiset, erikoistuville lääkäreille tapa todentaa käyty pakollinen koulutusosio etäyhteyden päästä
Webinaari	Niille jotka haluavat säästää aikaa ja kustannuksia matkoissa
Valtakunnallisten ja kansainvälisten "live"-koulutusten ja kongressien kalenteri	Tutkijoille abstraktien määräpäivät, kaikille ilmoittautumismääräpäivät
Ammattilaisen näyttötutkinnot	Erikoislääkärit
Depressiokoulun vetäjien koulutukset, muut ohjaajakoulutukset	
Esityspankki kouluttajille	

Prosessi- ja palveluketjuportaali (PN)

Terveydenhuoltoyksiköt pyrkivät kasvavissa määrin kuvaamaan nykyisiä ja tavoiteltavia hoitokäytäntöjään. Nämä prosessikuvaukset ovat tarpeellisia muun muassa hoitokäytäntöjen suunnittelussa, muutosten toteuttamisessa, mittaamisessa, toimivuuden ja vaikuttavuuden seuraamisessa, ohjeistusten hallinnassa sekä hyvien hoitokäytäntöjen vertailemisessa (benchmarking). Prosessikuvaukset ovat erityisen tarpeellisia myös eri yksiköiden/organisaatioiden välisten yhteistyökäytäntöjen dokumentoimiseksi ja kehittämiseksi. Tällaiset hoito-/palveluketjukuvaukset ohjaavat eri osapuolet kollektiivisiin kannanottoihin ja sopimuksiin tehtävistään ja asemastaan osana laajempaa hoitokokonaisuutta. Tällöin pystytään ratkomaan ja minimoimaan muun muassa erilaisia pullonkaula- tai reboundilmiöitä, karsimaan päällekkäisiä toimintoja, yhtenäistämään toimintatapoja sekä yhteisesti seuraamaan ja vertailemaan yhteisesti asetettujen tavoitteiden toteutumista.

Tämä laajeneva prosessi- ja palveluketjuvaustoiminta sekä sen laajempi hyödyntäminen mittaamisessa, vertailemisessa ja laadun kehittämisessä vaatii valtakunnallisella tasolla toimivan tietoteknisen tukialustan. Tällä hetkellä eri puolilla Suomea tehdyt prosessi- ja palveluketjukuvaukset eivät riittävästi ole yhteisessä tietoisuudessa ja eivätkä siten ole käytettävissä, kommunikoitavissa ja vertailtavissa, jolloin prosessikuvausten tärkeimmät ominaisuudet ja potentiaalit jäävät hyödyntämättä. Lisäksi prosessikuvausten tekemisen kynnys on melko korkea, koska kuvausvälineistön käyttö vaatii opettelua sekä optimaaliset kuvaamistavat ja -käytännöt vaihtelevat. Tällä hetkellä monet joutuvat käymään saman kivikkoisen aloittamispolun hyvien prosessikuvausten tuottamiseksi, jolloin tarpeettomasti hukataan resursseja. Tarvitaan yhteinen ja porrastettu valtakunnallinen foorumi prosessi- ja palveluketjukuvausten tuottamiselle, levittämiseksi ja

hyödyntämiselle, jossa hyvät käytännöt ja kuvaukset ovat tarvitsevien saatavilla ja erilaiset ratkaisut yhteisesti kommentoitavissa ja suunniteltavissa. Tämän valmistelutuen lisäksi tarvitaan kansallinen edustukselliseen asiantuntijakokoonpanoon pohjautuva arviointifoorumi, joka tieteelliseen julkaisemiseen perustuvien käytäntöjen mukaisesti arvioi, antaa palautetta ja mahdollisesti sertifioi kehitettyjä prosessikuvauksia ja mittarointeja. Tällaisen laajapohjaisen arviointiprosessin jälkeen kuvauksilla ja mittaroinneilla on suurempi mahdollisuus kehittyä valtakunnallisiksi käytännöiksi. Tällainen valtakunnallinen kehittämisdialogi ja porastettu kehittämispolku ajan myötä vie kohti aikaisempaa yhtenäisempiä, perustellumpia ja mitatumpia käytäntöjä, jolloin asiakas-/potilasryhmät ympäri Suomea saavat entistä laadukkaampia palveluja. Näiden dokumentoitujen käytäntöjen yhteyteen on myös mahdollista kehittää palauteportaali kuntalaisia varten. Kelnet III -hankkeessa kehitetään valtakunnallinen prosessi- ja palveluketjuportaali, jossa on seuraavat ominaisuudet:

- Palveluprosessien mallintamistyöpaja/ympäristö
- Palveluprosessien mittaamis- ja vertailutyöpaja
- Palveluprosessimallien ja -mittareiden valtakunnallinen arviointifoorumi
- Palveluprosessimallien ja -mittareiden valtakunnallinen julkaisu- ja vertailuportaali
- Palveluketjuosaamisen kehittämisfoorumi

Kansallinen konsultaatioportaali (PN)

Terveydenhuollon kokonaisuoptimoitu toimivuus, tehokkuus ja vaikuttavuus edellyttävät saumatonta ja sujuvaa yhteistyötä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja tulevaisuudessa yhä enemmän myös kolmannen sektorin toimijoiden välillä. Keskeisiin yhteistoimintaa edistäviin työskentelymuotoihin kuuluvat erilaiset neuvonta- ja konsultaatiopalvelut. Näiden nopealla syklillä toimivien kommunikaatiokanavien kautta perusterveydenhuolto ja myös kolmannen sektorin toimijat voivat saada erikoissairaanhoidon osaamista oman toimintansa tueksi lyhyellä viiveellä ja oikealla ajoituksella. Tämän kommunikaatiokanavan kautta myös erikoissairaanhoidon toimijat kehittävät tietoisuuttaan palveluketjujen varhaisen vaiheen ongelmista ja tarpeista sekä pystyvät entistä paremmin kehittämään omaa osaamistaan palveluketjun kokonaistoimivuuden näkökulmasta. Näin erikoissairaanhoidon erityisosaaminen entistä paremmin integroituu perustason palveluihin ja palvelee kunnallisia ja kolmannen sektorin toimijoita entistä tehokkaammin.

Konsultaatiotoiminta on yhteistoimintaa tiivistävä ja yhteistä osaamista kehittävä palvelumuoto, jonka potentiaalia ei kuitenkaan ole vielä täysin hyödynnetty. Konsultaatiotoiminta saattaa olla paikallisesti vireää mutta laajempi vuorovaikutus, koordinaatio ja tietoisuus saatavilla olevasta konsultaatiotarjonnasta puuttuu. Käytännöiltään kirjava, vireydeltään vaihteleva ja enimmäkseen puhelinyhteyksiin perustava paikallinen konsultaatiotoiminta tarvitsee tuekseen IT-välineistöä, joka mahdollistaa muun muassa

- paremmat saatavuustiedot sekä alueellisista että laajemmista (valtakunnallisista) konsultaatiomahdollisuuksista muun muassa asiantuntijuuden ja konsultaatiomuotojen mukaan
- optimaalisten konsultaatiokanavien ja –muotojen entistä paremmat hyödyntämismahdollisuudet sisältäen muun muassa eri muotoiset puhelin- ja video- ja sähköpostikonsultaatiot sekä helposti saatavilla olevat tekstipohjaiset vakiovastaukset peruskysymyksiin
- mahdollisimman automatisoidun koordinoinnin konsultaatiopalveluiden ohjauksille, varauksille ja odoituksille
- konsultaatiotoiminnan tukivälineistön muun muassa tiedon keräämiselle, välittämiseksi ja turvalliselle väliaikaiselle säilömiselle
- konsultaatiotoiminnan seurantajärjestelmän optimaalista resurssointia, laadunvalvontaa ja kehittämistä varten, joka kattaa automaattisesti kertyvät tiedot muun muassa konsultaatiomuodoista, -tiheyksistä, -kestoista ja -kohteista
- konsultaatiopalveluiden alueellisen ja valtakunnallisen kehittämis- ja koulutuskoordinoinnin kysynnän ja osaamistarpeiden mukaan

Kelnet III -hankkeessa kehitetään valtakunnallinen konsultaatioportaali, jossa on seuraavat ominaisuudet:

- 1) Porrastettu konsultaatiopalveluiden selaus- ja ohjausjärjestelmä
 - paikallisten peruskonsultaatiopalveluiden toimintaohjeet, numerot ja aukioloajat esim sairaanhoitoalueittain/kunnittain
 - erityiskonsultaatiopalveluiden toimintaohjeet, numerot ja ajat esimerkiksi ERVA-alueittain ja valtakunnallisella tasolla, sisältäen mahdollisesti valtakunnallisen konsultaatioasiantuntijarekisterin tavoitettavuustietoineen
 - konsultaatiomuotojen (puhelin, video, sähköposti, vakiovastaukset) esittelyt, varaukset, sopimukset ja ohjeistukset
 - muiden asiantuntijapalveluiden tavoitettavuustiedot
- 2) Konsultaatiotoimintojen apuvälineistö
 - konsultaatiovastausten internet-extranetpohjainen tukivälineistö mukautettuna minikannettava/pöytä- että sormitietokonekäyttöön ("konsultaatiokojelauta"), jossa mukana muun muassa jaettu työpöytä, lomakepohjainen tiedonkeruu ja kirjaamisvälineistö
- 3) Konsultaatiotoimintojen seurantajärjestelmä
 - yhteinen ja koordinoitu konsultaatioportaali mahdollistaa konsultaatiotoiminnan monikanavaisen ja kattavan seuranta- ja raportointijärjestelmän, joka automaattisesti ja reaaliaikaisesti rekisteröi konsultaatiotapahtumat sekä niiden kestot, kohteet, moodit sekä luokituskoodit ja tuottaa valmiiden raportointipohjien avulla konsultaatiotoiminnan keskeiset laatuparametrit (esim. tiheydet, vastausajat, luopuneet odottajat, asiakastytyväisyyskeskiarvot jne.)
 - automaattinen tiedonkeruu voi perustua portaalin verkkoyhteyksien lokitietoihin ja/tai yhteistyöhön tele-operaattorien kanssa
 - portaalin avulla voidaan koodata konsultaatiotapahtumien luokat ja asiakastytyväisyydet välittömästi konsultaatiotapahtuman jälkeen
 - keskeiset seurattavat laatuparametrit voidaan koota helposti seurattavaksi liikennevalotyypiksi mittaritauluiksi, joka antaa tiedot porrastetun järjestelmän mukaisesti ja liittää tarvittavat tiedot myös esimerkiksi palveluketjusivuston valtakunnalliseen vertailuportaaliin.
- 4) Konsultaatiotoimintojen kehittämisfoorumi
 - Konsultaatio-osaamisen internetpohjainen *kehittämisfoorumi*, jossa palaute- ja keskustelupalsta sekä yhteiset koulutussuunnitelmat ja -kalenterit organisaatorajat ylittävälle konsultaatioverkostolle.

Herätekeskus (JS)

Tekstiviestiherätteen (tai haluttaessa sähköpostin) vaikutus perustuu yhteysvälineen mukanaoloon ja helppoon sekä nopeaan käyttöön. Tekstiviestillä voidaan välittää ketjutettuna pitkäköjäksi viestejä, mutta tyypillisesti heräteviestin pituus on hyvin rajallinen ja usein siinä myös viitataan ja ohjataan kirjautumaan toiseen ympäristöön (verkkopalveluun). Heräte voi toimia myös jonkin yksittäisen toiminnon tai tapahtuman (vastaanotto-, lääkkeenottoajan tai harrastustoiminnan) muistuttajana. Haluttaessa muistutukset voidaan kytkeä suoraan johonkin toimenpiteeseen, kuten ajanvaraukseen tai lääkityksen aloitukseen.

Herätekeskuksella tarkoitetaan järjestelmää, jolla toteutetaan em. toiminnallisuudet joko toiseen järjestelmään integroituna (ajanvaraus) tai itsenäisenä toimintona.

Herätekeskuksen toiminnallisuuksia voidaan tarjota ammatillaiskäytön lisäksi valikoiduin toiminnallisuuksin myös potilaan käyttöön (operaattorikustannukset?) potilaan oman käyttöliittymän kautta.

Videokonsultaatiot (AR)

Videokonsultaatiotoimintaa on kehitetty HYKS Psykiatrian tulosyksikön VALO hankkeessa yhteistyössä HUS tietotekniikan kanssa. VALO (Vaikuttavuutta liityntäpintaosaamisesta) on osa laajempaa Sosiaali- ja

terveysministeriön Kaste rahoitusta saanutta Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen Mielen avain -kehittämishanketta (2010–2012).

Lähtökohtana on ollut mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvien konsultaatioiden lisääminen ja kehittäminen sekä nuorisopsykiatrisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon osaamisen vieminen yhteistyökumppaneiden käyttöön esimerkiksi terveysasemille ja kouluihin. Konsultaatioiden avulla pyritään edistämään psykiatrista hoitoa tarvitsevien ohjautumista mahdollisimman sujuvasti oikeaan hoitopaikkaan, ja tarpeen mukaan toisaalta tukemaan hoidon jatkuvuutta peruspalveluissa tarjoamalla erikoissairaanhoidon osaamista (vrt. potilaan lähettäminen terveysasemalta psykiatrian poliklinikalle yksittäiselle arviokäynnille).

Toteuttamalla konsultaatiot sähköisiä ja moderneja yhteydenpitovälineitä käyttäen, videoneuvotteluteitse, pyritään nopeuttamaan, helpottamaan ja lisäämään niiden saatavuutta. Terveysaseman potilaille on järjestetty videoneuvotteluteitse muun muassa hoidon tarpeen arviointoja, kuntoutussuunnitelmia, lääkitysarvioita ja sairausloman sekä psykoterapian tarpeen arviointoja. Lisäksi terveysaseman depressiohoitajat ovat voineet konsultoida psykiatrian erikoislääkäreitä videoteitse. Videoneuvottelukokeilussa koulujen kanssa oppilaalle ja huoltajille tarjotaan mahdollisuus osallistua videoneuvotteluun koululta käsin yhdessä koulun työntekijän kanssa ja vastaavasti nuorisopsykiatrian poliklinikan henkilökunnan osallistuessa poliklinikalta käsin. Kokeiluja halutaan laajentaa myös liikkuvaan psykiatriseen työhön heti kun se on teknisesti mahdollista. Tällöin vaikkapa vanhuspsykiatrian mobiilitiimin työntekijä pystyisi potilaan kotoa käsin kuulemaan poliklinikalla työhuoneessaan olevan lääkärin arvion samalla kun potilas saisi kontaktin tuttuun lääkäriin.

Potilaan voidessa itse osallistua videokonsultaatioon ja pystyessä kertomaan huolistaan ja vaikeuksista omin sanoin, konsultaation sisältö rikastuu ja sen laatu paranee. Näin konsultaatiosta voi myös muodostua hoidollinen interventio potilaalle. Konsultaatioiden myötä peruspalveluiden työntekijöiden osaaminen ja jaksaminen voi lisääntyä. Matkustamiseen kuluva aikaa on säästetty aivan erityisesti kun on annettu prosessiluonteista työnohjausta eri puolilla Lappia työskenteleville koulutusryhmäläisille. Myös pääkaupunkiseudulla välimatkat voivat muodostua tapaamisten esteeksi, etenkin jos työpäivät ovat kovin kiireisiä ja henkilökunnasta on pula.

Projektin tuotoksena saadaan muodostettua käsitys videokonsultaation, kaiken kaikkiaan videoneuvottelun, toimivuudesta ja sen avulla saadusta hyödystä. Lisäksi saadaan luotua toimintamalli rutiinotoimintaa varten (laitteistot, ohjelmat, ympäristö, käytänteet, perehdytyksen sisältö ja laajuus, aikaresurssit ja kustannukset). Arviointia varten kerätään palautetietoa potilailta, konsultaatiopyynnön tehneeltä työntekijältä ja konsultilta sekä perustietoa konsultaatioista.

Tähänastisten kokemusten perusteella otaksumme, että videoneuvotteluteknikasta voi olla hyvin erilaisissa käytännön hoidollisissa ja työtilanteissa selvää hyötyä sekä potilaalle että työntekijöille (esim. vaativan erikoissairaanhoidon konsultaatiot valtakunnallisessa asiantuntijaverkostossa). Haasteeksi voi tulla mobiiliin tietotekniikkalaitteiston saatavuuden ja toimivuuden varmistaminen. Myös työntekijöiden valmius, halukkuus ja rohkeus kokeilla uusia työskentelytapoja on vaihtelevaa.

Vilkaisu sähköisen mielenterveystyön tulevaisuuteen (GJ)

Se, mitä HUS:ssa tai muualla Suomessa on tehty, tuotannon alla tai suunnitteilla, ei vielä tee sähköisen mielenterveystyön palvelujärjestelmästä valmista. Eikä tämänkaltainen 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.

Haaveilua

Asiasta kuitenkin voi ja pitääkin haaveilla – innostuneesti, rohkeasti ja ennakkoluulottomasti. Yksi mahdollinen kehityssuunta on, että tulevaisuudessa osa niistä nuorista ja keski-ikäisistäkin henkilöistä, jotka viettävät merkittävän osan työ- ja sosiaalielämästään virtuaalimaailmassa, hakeutuisi avun piiriin sähköisesti matalammalla kynnyksellä ja täten varhaisemmassa vaiheessa kuin tänään. Samanaikaisesti jotkut työntekijät ehkä haluavat tehdä osan työviikosta telepsykiatrisesti kotoa käsin. Miten tällainen muutos vaikuttaisi

avunhakijan hoitotulokseen ja elämänlaatuun tai työntekijän työviihtyvyyteen? Mitkä olisivat vaikutukset avohoitotilanteisiin ja vaikkapa konttoritilojen määrään (ja taloudellisiin kuluihin)?

Montako vuotta tullaan tarvitsemaan, että hyvälaatuisen tekniikan avulla telepsykiatrisesti suoritettu psykiatrinen tutkimus (yleislääkärin suoritettua edeltävästi hyvän somaattisen tutkimuksen ja vaikkapa esitettyä potilasta etäpäivystävälle psykiatrilta) tunnustetaan juridisesti päteväksi potilaan sairaalaan ottamisen päätöksen perusteeksi? Ja mikä toiminnallinen ja taloudellinen merkitys tällaisella ratkaisulla olisi varsinkin pienille ja syrjäisemmille, nykyisin lääkäri- ja rahapulana olosuhteissa omaa psykiatripäivystysrinkiä ylläpitämään joutuville alueille?

Paljonko aikaa tarvitaan, että osasta neuropsykiatrisista testeistä huolehtii tietotekninen ohjelma, jolloin videopätkän tai tarvittaessa telehaastattelun perusteella neuropsykologin palvelut pystytään viemään niillekin alueille, missä ei ole lainkaan omia neuropsykologeja?

Miten paljon potilaan luokse viety, jalkautuva toiminta voisi lisääntyä entisestään, jos ”liikkuvalla” työntekijällä olisi mukana kentällä sairauskertomuksen ja Terveysportin katselun, digisanelun ja tarvittaessa lääkärin videokonsultaation mahdollistava mobiililaitte? Ja mitä se merkitsisi hoidon laadulle ja työntekijän turvallisuuden tunteelle?

Mitä merkitsisi keskitettyjen palvelujen vieminen yliopistosairaaloista Erva-alueelle ja valtakunnallisesti? Tai maahanmuuttajatyöskentely valtakunnallisessa monikielisessä ammattilaisverkostossa, jolloin Kuu-sankoskella olevan tansanialaissyntyisen potilaan toiseksi omahoitajaksi tulee työpariksi suahilaitoinen sairaanhoitaja Tampereelta ja Taipalsaaren kuuron potilaan omahoitajaksi HYKS:n kuurojen poliklinikan hoitaja? Onko se mahdollon ajatus päivänä, jolloin jopa kirurgisia leikkauksia tehdään etätynä toiselta puolelta maapalloa käsin?

Mikä olisi tiiviin virtuaalisen ammattilaisten konsultaatio- ja prosessityöpajaverkoston vaikutus palvelujärjestelmän valtakunnalliseen kehitykseen?

Nämä ovat vain yksittäisiä esimerkkejä siitä kysymystulvasta, joka saattaa innostaa ainakin joihinkin uusiin innovaatioihin ja käytäntöihin.

Edellytyksiä ja haasteita

Huikkeimmatkin visiot voivat toteutua, mutta yhdellä edellytyksellä.

Suomella ei ole varaa hajottaa kehittäjä- ja talousresursseja ja antaa hienon työn tulosten edelleen pirstaloitua viidakoiksi, käyttäjien ulottumattomiin. Sähköisestä mielenterveystyöstä olisi hyvä tehdä kaikkien asiaan vihkiytyneiden yhteis-, eikä erillistyö esimerkiksi THL:n koordinaation alla. HUS psykiatria ja tietotekniikka ovat valmiita tiiviiseen yhteistyöhön THL:n kanssa, mutta muitakin sairaanhoitopiirejä, organisaatiota ja järjestöjä tarvitaan muodostamaan ja ylläpitämään valtakunnallista verkostoa. Koordinoivan elimen tulisi varmistaa valtion tuki ja riittävä, korvamerkitty rahoitus, joka mahdollistaa katkeamattoman yhteishyödyllisten, voittoa tavoittelemattomien valtakunnallisten sovellusten kehityksen.

On paljon asioita, joiden ratkaisu tulee vaatimaan perusteellisia keskusteluja juristien, tietotekniikka-asiantuntijoiden sekä viranomaisten ja poliittisten päättäjien kanssa, puhumattakaan mielenterveystyötä tekevien organisaatioiden välisestä konsensuspohjaisesta pohjustustyöstä. Esimerkiksi, kuka ylläpitää ja miten rekisteriä ja tietokantoja? Miten palveluja käyttävät ulkosuomalaiset osallistuvat kustannusten kantaan? Entä yksityissektori? Miten laajasti saatavilla olevat, laadukkaat ja edulliset tietotekniikka-avusteiset nettiterapiat vaikuttavat kuntien ja kuntayhtymien talousarvioihin tai KELA:n korvauskäytäntöihin? Pulonkalojakin tulee, vaikkapa tietoteknisiä yllätyshidastuksia tai viranomaisten ja organisaatioiden oman byrokratian hitaus.

Sisäisinä haasteina on palvelujen rakentaminen houkutteleviksi, leikkisiksi, intuitiivisiksi ja visuaalisesti kiehtoviksi – sekä asiakkaiden, että työntekijöiden iloksi ja motivoimiseksi. Palvelujen tunnettavuuskaan ei synny itsestään, joten markkinointihaasteitakin on ratkottava.

Kehityksen peruslähtökohtana tulee kuitenkin olla aito tahto ratkaista ongelmia maaliin pääsemiseksi, ilman haasteiden pelkoa ja liikaa innostuksen tappavaa alkumetriä itsesensurointia. Kuten vanha viisaus kuuluu: ”Se, joka halua tehdä, etsii keinoja. Se, joka ei halua – etsii syitä”.

Perinteiset palvelut eivät häviä.

Vaikka on helppo innostua visioimaan mielenterveydentyön sähköistämistä, on itsestään selvää, ettei kaikkea voi digitalisoida. Vaikka psykiatristen osastojen kapasiteettia ollaankin maassamme vähentämässä, riittävä määrä sairaalapaikkoja tullaan aina tarvitsemaan, eivätkö osaston seinät ole korvattavissa sähköisin keinoin. Muutenkaan henkilökohtaisen, kasvotusten tapahtuvan ihmisten välisen kontaktin tarve ei koskaan häviä. Niinpä sähköisen mielenterveystyön kehittämiseen tulee suhtautua nöyrästi, lähinnä tukijärjestelmänä, joka ei ratkaise kaikkia ongelmia, mutta ulottaa palveluja nykyistä suuremmalle määrälle tarvitsijoita, helpottaa sopeutumista kasvavaan palvelujen tarpeeseen ja voimavarojen liian hitaaseen kasvuun, parantaa palvelujen saatavuuden, pehmentää alueellisia eroja, tekee palvelujärjestelmästä nykyistä ketterämmän ja monipuolisemman ja lopputulemana helpottaa sekä avun tarvitsijoiden, että mielenterveystyötä tekevien arkea. Siirtyminen on tehtävä asteittain, koska emme vielä tiedä, mihin perinteisten ja tietotekniikkapohjaisten toimintojen välinen jakoraja lopulta piirretään. Juuri tällä hetkellä ei ole kuitenkaan minkäänlaista mielenterveystyön ylidigitalisoinnin vaaraa: olemme yhä alkutekijöillä.

Lopuksi

Kyseessä ei ole projekti, vaan jatkuva prosessi, johon tarvitaan pysyviä elimiä ja sitoutuneita toimijoita. Sähköinen mielenterveystyö tulee muokkaamaan palvelujärjestelmää.

Kirjallisuus

- Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlöv, J. & Cuijpers, P. (2009). What makes internet therapy work? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 55-60.
- Anderson, G. & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive-Behaviour Therapy*, 38, 196-205.
- [Baker L](#), [Rideout J](#), [Gertler P](#), [Raube K](#). Effect of an Internet-based system for doctor-patient communication on health care spending. *J Am Med Inform Assoc*. 2005;12:530-6
- Clark DA, Beck AT. *Cognitive therapy of anxiety disorders – science and practice*. New York: Guildford Press 2010.
- Cuijpers, P., Marks, I.M., van Straten, A., Cavanagh, K., Gega, L. & Andersson, G. (2009). Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy* 38, 66-82.
- DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons A. Medications versus cognitive behavioral therapy for severely depressed outpatients: meta-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry* 1999;156:1007–13.
- Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 989;57:414–9.
- Gloaguen V, Cottraux J, Cucheat M, Blackburn IV. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998;49:59–72.
- Goss, S. & Anthony, K. (toim.) 2008. *Uudet teknologiat terapiassa*. Edita Publishing Oy.
- [Griffiths F](#), [Lindenmeyer A](#), [Powell J](#), [Lowe P](#), [Thorogood M](#). Why are health care interventions delivered over the internet? A systematic review of the published literature. [J Med Internet Res](#) 2006;8:e10.
- [Houston TK](#), [Sands DZ](#), [Jenckes MW](#), [Ford DE](#). Experiences of patients who were early adopters of electronic communication with their physician: satisfaction, benefits, and concerns. [Am J Manag Care](#). 2004 Sep;10(9):601-8.
- Joutsenniemi, Stenberg, Möttönen, Räsänen, Isojärvi, Sihvo. *Maassensuotilaiden kognitiiviset verkkoterapiat*. Suomen Lääkärilehti 2011; 66: 2941 - 2948.
- Marks IM, Cavanagh K, Gega L. *Hands-on help: computer aided psychotherapy*. New York: Psychology Press 2007. *Maudsley Monographs* 49.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319-328.
- Solomon M, Wagner SL, Goes J. Effects of a web-based intervention for adults with chronic conditions on patient activation: online randomized controlled trial. [J Med Internet Res](#) 2012;14:e32.
- Wootton, Yellowlees and McLaren (eds.) *Telepsychiatry and e-Mental Health*. London: Royal Society of Medicine Press Ltd, 2003.
- [Zhou YY](#), [Garrido T](#), [Chin HL](#), [Wiesenthal AM](#), [Liang LL](#). Patient access to an electronic health record with secure messaging: impact on primary care utilization. *Am J Manag Care*. 2007;13:418-24.

5.2 Mobiili- ja internetpalveluiden uudet sovellukset päihde- ja mielenterveysongelmien vähentämisen välineenä

Iina Järvi, Karita Niittymäki, Tuomo Varis

Johdanto

Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry toteuttaa yhteistyössä A-klinikkasäätiön, Helsingin Diakonissalaitoksen, HIV-tukikeskuksen, Pro-tukipisteen ja Rikosuhripäivystyksen kanssa viisivuotisen (2009–2013) Mobiiliapu-hankkeen. Hankkeessa kehitetään Mobiiliapu-internet- ja mobiilipalvelua, johon liittyvät sekä tietojärjestelmän sisällöllisten viestien (Mobiilivinkki®) että itse järjestelmän (Mobiiliapu) kehittäminen.

Hankkeen tavoitteena on tuottaa haittoja vähentävää matalankynnyksen palvelua terveyteen ja hyvinvointiin liittyen eri asiakasryhmille. Tarkoituksena on soveltavaa teknologiaa hyödyntäen tarjota helposti ja nopeasti tietoa asioista, jotka voivat vaikuttaa positiivisesti vaativissa elämäntilanteissa elävien ihmisten elämään. Kohderyhmään kuuluvien asiakkaiden tavoittaminen helpottuu ja asiakkaiden valtakunnallinen tasa-arvoisuus lisääntyy. Eri toimijat voivat käyttää samaa tietojärjestelmää, jolloin syntyy synergiaetuja, niin tiedollisia, taidollisia kuin taloudellisiakin.

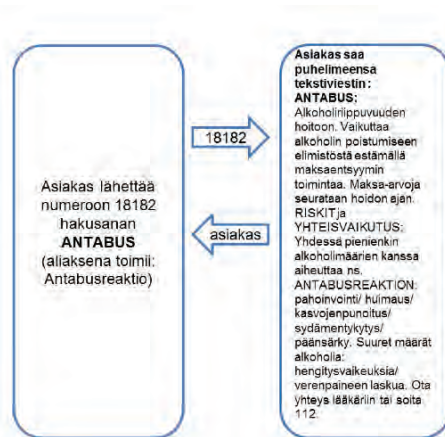
Haittojen vähentäminen ja terveys- ja sosiaalineuvontatoiminta Suomessa

Suonensisäisesti huumeita käyttävät henkilöt ovat usein jääneet omassa elämässään marginaaliin ja heillä on enemmän sosiaalisia ongelmia kuin väestöllä keskimäärin. Ilmiöt kuten huono yleisterveys, työttömyys ja rikoksiin ajautuminen vaikeuttavat huumeiden käyttäjien hoitoon hakeutumista ja aiheuttavat yhteiskunnasta marginalisoitumista. (Knuuti, Kotovirta, Leppo, Tanhua, Virtanen 2011.) Huumeiden käytöstä koituvien haittojen vähentämisen näkökulmalla pyritään osittain tarttumaan syrjäytymiseen. Haittojen vähentäminen on Suomessa tarkoittanut resurssien keskittämistä huumehoidon matalan kynnyksen palvelujen kehittämiseen. (Törmä 2009.) Matalakynnyksisten palveluiden periaatteena on toimintojen järjestäminen niin helpoksi saavuttaa kuin mahdollista. Tämä tarkoittaa asioinnin anonyymiutta, maksuttomuutta ja vapaaehtoisuutta. Suomalaisessa päihdepalvelujärjestelmässä yksi tällainen palvelumuoto on huumeiden käyttäjille kohdennettu terveys – ja sosiaalineuvontatoiminta. Mobiilivinkki®-palvelun ensisijainen kohderyhmä oli aluksi suonensisäisiä huumeita käyttävät pääkaupunkiseudun terveys- ja sosiaalineuvontapisteiden asiakkaat. Haluttiin kehittää palvelu, joka täyttää matalankynnyksen periaatteen kriteerit. Asiakkaalle palvelu on anonyymi, ilmainen ja toimii vuorokauden ympäri. Hankkeen aikana palvelun käyttö on levinnyt koko Suomeen.

Mikä on Mobiilivinkki®

Mobiilivinkki®-tekstiviestipalvelu on osa Mobiiliapu-palvelua. Se on kehitetty vastaamaan siihen tarpeeseen, joka syntyy paikallisten terveys- ja sosiaalineuvontapisteiden palvelujen saatavuuteen liittyvistä ongelmista (Kaleva 2010.) Mobiilivinkki® välityksellä asiakas saa tietoa terveys- ja sosiaalineuvontapisteiden aukioloajoista ja yhteystiedoista sekä lisäksi toimintaohjeita ja tietoa päihteiden käyttöön liittyvistä tekijöistä. Mobiilivinkki® välityksellä saa tietoa myös seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista sekä tietoa asunnottomuudesta ja lastensuojelusta. Hakusanojen sisältöviestien näkökulmana on, että ongelmien taustalla on aina tavalla tai toisella päihteidenkäyttöä.

Tällä hetkellä palvelu sisältää yli 1800 hakusanaa. Erilaisia kategorioita, joista tietoa Mobiilivinkissä® on, ovat ensiapu; huumaus- ja lääkeaineet; pistäminen ja käyttäminen; lastensuojelu; seksuaaliterveys; taudit ja sairaudet sekä yhteystiedot. Näiden kategorioiden alla on useita kymmeniä hakusanoja. Hakusanojen avulla asiakas voi tilata tietoa haluamastaan aiheesta tekstiviestinä matkapuhelimeensa. Asiakas lähettää numeroon **18182** hakusanan ja muutaman sekunnin kuluttua hän saa vastausviestin.



Kuva 1. Mobiilivinkki® viestien kulku

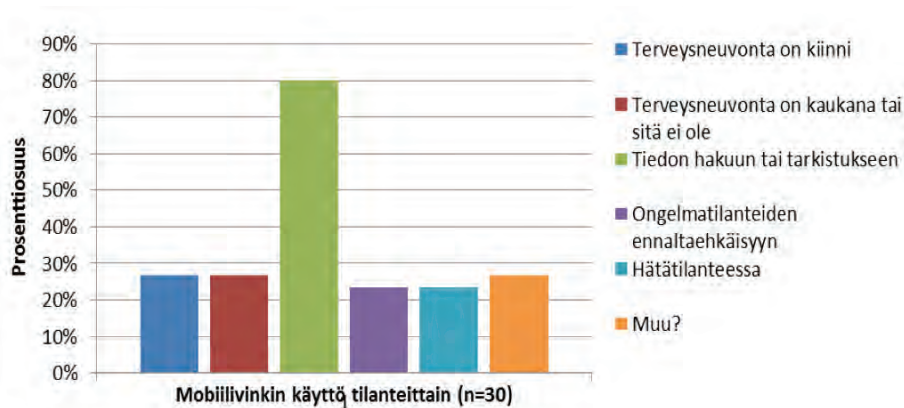
Usein kysytty kysymys on mistä loppukäyttäjät tietää, millä hakusanalla hän voi tietoa hakea? Eri toimipisteisiin on jaettu taskuesitteitä ja tiedotteita, joissa kerrotaan palvelun hakusanoista. Palveluun on myös luotu hakusanoja esimerkiksi aloitus, info, vinkki, mobiilivinkki, joiden avulla saa ohjeita käytössä olevista hakusanoista. Yksi tapa, joskaan ei paras mahdollinen, on kokeilla erilaisia hakusanoja. Mikäli asiakkaan hakemalla sanalla sisältöviestiä ei löydy, järjestelmä ilmoittaa myös sen, jolloin asiakas ei jää ihmettelemään missä viesti viipyy. Etsityt, ilman sisältöä jääneet hakusanat jäävät järjestelmään muistiin, jolloin niille voidaan tarvittaessa luoda sisällöt. Näin järjestelmä toimii myös tiedon tuottajana, jonka avulla toimijat osaavat luoda uusia hakusanoja ja viestisisältöjä palveluun.

Asiakkaiden näkemyksiä ja kokemuksia tekstiviestipalvelu Mobiilivinkin® käytöstä

Hanke palkkasi tutkija Satu Kalevan keväällä 2010 selvittämään asiakkaiden mielipiteitä Mobiilivinkki®-palvelun tarkoituksenmukaisuudesta, hyödyllisyydestä ja käytettävyydestä. Toisena keskeisenä tutkimuslinjana oli tiedon saaminen huumeiden käyttäjien tiedonhankintatavoista. Tutkimuksen aineisto kerättiin A-klinikkasäätiön terveysneuvontapisteiden asiakkailta Espoossa, Helsingissä ja Hämeenlinnassa. Palautekyselyn vastausten analysointiin käytettiin laadullisia ja määrällisiä menetelmiä.

Vastaajista (n=85) 37 prosenttia oli käyttänyt Mobiilivinkkiä®. Palvelua käyttäneistä 93 prosenttia koki palvelun helppokäyttöisenä, 93 prosenttia saamansa tiedon tarkoituksenmukaisena ja 97 prosenttia viestin sisällön ymmärrettävänä. Myös Mobiilivinkin® tietosuojaan oltiin vastauksissa tyytyväisiä, sillä peräti 96 prosenttia palvelun käyttäjistä koki sen tietosuojaltaan turvallisena.

Palvelua käytettiin suhteellisesti eniten tiedon hakuun ja tarkistukseen (80 %). Yhteensä 53 prosenttia vastaajista käytti Mobiilivinkkiä® silloin, kun terveysneuvonnan palvelut eivät olleet saatavilla. Ongelmatilanteiden ehkäisyyn palvelua käytti 23 prosenttia ja hätätilanteessa 23 prosenttia asiakkaista. Tietoa terveysneuvontapisteiden asiakkaat hakivat suhteessa eniten internetistä (77 %) ja kavereilta (75 %), mutta myös terveysneuvontaa hyödynnettiin (58 %) ja tietoja voitiin hakea myös puhelimen välityksellä (51 %).



Kuva 2. Mobiilivinkin® käyttötilanteet (Kaleva, 2010)

Kyselyn vastausten perusteella

palvelua tulee edelleen kehittää lisäämällä sisältöviestejä taudeista ja sairauksista, erilaisten aineiden yhteis- ja haittavaikutuksista sekä eri sosiaali- ja terveystoimen toimijoiden yhteystiedoista. Tähän haasteeseen onkin jo osaltaan vastattu lisäämällä hakusanoja ja sisältöviestejä kyseisistä asioista.

Terveys- ja sosiaalineuvontapisteiden henkilöstön kokemuksista tekstiviestipalvelusta tiedon välittäjänä

Kuntoutussäätiön arviointi- ja koulutusyksikkö toteutti syksyllä 2010 kyselyn Suomen terveys- ja sosiaalineuvontapisteiden henkilökunnalle ja asiakkaille pois lukien pääkaupunkiseudun terveysneuvontapisteet. Työntekijäkysely toteutettiin sähköpostitse ja vastauksia saatiin 17 terveysneuvontapisteestä (n=28); 11 pisteestä ei saatu vastauksia kyselyyn.

Kyselyn avulla haluttiin kartoittaa neuvontapisteiden työntekijöiden näkemystä Mobiilivinkki®- palvelun tunnettuudesta, hankkeen jakamasta materiaalista ja sen näkyvyydestä neuvontapisteissä sekä työntekijöiden näkemystä palvelun hyödyllisyydestä.

Kyselyn vastausten mukaan terveys- ja sosiaalineuvontapisteiden työntekijöistä 89 prosenttia ilmoitti tuntevansa Mobiilivinkki®-palvelun ja kertovansa siitä myös asiakkaille. Mobiilivinkin® taskuesitteitä jaetaan palvelupisteissä, niitä on asiakkaiden näkyvillä ja Mobiilivinkki®-juliste on ollut näkyvällä paikalla 13 terveysneuvontapisteessä. Palvelusta kertominen asiakkaille ei ole systemaattista ja siihen moni sanoikin tulevaisuudessa panostavansa.

”Kun ja jos uusia asiakkaita tulee, asiasta on uudelleen itseä muistutettava.”

Työntekijöiden vastausten mukaan Mobiilivinkki®-palvelusta on hyötyä erityisesti niille asiakkaille, jotka eivät kehtaa mennä terveys- ja sosiaalineuvontapisteisiin, joille vuorovaikutus on hankalaa sekä heikossa rahatilanteessa oleville. Lisäksi työntekijät totesivat, että hyötyäkseen palvelusta asiakkaalla täytyy olla vielä jonkin verran elämänhallintaa käsissään. Täysin yhteiskunnasta syrjäytynyt ei enää palvelusta hyödy, koska ei yksinkertaisesti kykene sitä käyttämään. Hyötyä palvelusta koettiin olevan myös alan työntekijöille nopean tiedon tarkistamisen välineenä.

Tekstiviesti- ja internetpalvelun kustannukset

Asiakkaalle Mobiilivinkki®-palvelu on anonymi ja ilmainen. Ainoa rajoite on, jos asiakas käyttää prepaid-liittymää, jolloin hänellä on oltava vähintään 0,08 € arvoa ladattuna, jotta ensimmäinen viesti lähtee liikkeelle. Tämä on operaattoreista johtuva ominaisuus eikä siihen palvelun tuottajien puolelta voida vaikuttaa.

Palvelun tuottajalle kustannusten suuruus määräytyy käytettävästä järjestelmästä sekä siitä onko järjestelmä valmis ohjelmistoratkaisu vai räätälöidäänkö se nimenomaan kyseistä toimintaa silmällä pitäen. Hintahaitari on todella suuri muutamasta tuhannesta jopa lähes miljoonaan euroon. Mobiiliapu-hankkeessa ohjelmistoratkaisun rakentamisessa käytettiin ketteriä menetelmiä, jossa järjestelmän kehittäminen tapahtuu kiinteässä vuorovaikutuksessa tuottajan ja tilaajan välillä. Ketterissä menetelmissä suora viestintä on tärkeämmässä asemassa kuin kirjoitetut dokumentit. Hankeryhmässä ja projektiryhmissä testattiin ja pilotoitiin rakennettuja toiminnallisuuksia, jolloin käytettävyyteen pystyttiin reagoimaan nopeasti ja tarvittaviin muutoksiin voitiin ryhtyä välittömästi.

Räätälöidyn ohjelmistoratkaisun kokonaishinnaksi muodostui kolmelle vuodelle jakautuen 86,200 € + alv 23 %. Kiinteät kuukausikustannukset järjestelmän ylläpidosta 500,00 € sekä lyhytnumeroiden 18182, 18183, 18184 ylläpito 450,00 € kuukaudessa eli yhteensä vuodessa 12,000 € + alv 23 % sekä viestiliikennekustannukset 0,08 €/viesti.

Hankkeen päättymisen jälkeen järjestelmä on Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry:n omistama ja sitä voi kehittää edelleen tarpeen mukaisella tavalla. Kiinteät kustannukset jaetaan palvelua käyttävien toimijoiden kesken ja viestiliikenteen kuluista jokainen toimija vastaa käytön mukaan. Tällä hetkellä hankkeen jälkeisen palvelun rahoittamisen selvitystyö on meneillään ja erilaisia mahdollisuuksia rahoituksen järjestämiseksi kartoitetaan.

Valtakunnallistaminen – kuinka Mobiilivinkki® on juurrutettu käyttöön

Mobiilivinkki®-tekstiviestipalvelu on toiminut pääkaupunkiseudulla jo vuodesta 2005 lähtien. Hankkeen tarkoituksena oli valtakunnallistaa palvelu muuallekin Suomeen.

Valtakunnallistamisen tavoitteena oli päihdeasiakkaiden kanssa työskentelevän henkilöstön koulutus Mobiilivinkin® käyttöön. Heidän tehtäväkseen jäi palvelusta kertominen asiakkaille sekä palvelun juurruttaminen asiakaskuntansa käyttöön. Henkilöstö sai käyttöönsä julisteita ja taskuesitteitä, joita he voivat hyödyntää palvelun markkinoimisessa asiakkaille.

Taulukko 1. Vuosina 2010–2012 jaetut Mobiilivinkki®-materiaalit.

Julisteet	200 kpl
Taskuesitteet	100 000 kpl
Tiedotteet	2000 kpl

Vuoden 2010 aikana palvelu tehtiin tutuksi kaikkien Suomen sosiaali- ja terveysneuvontapisteiden henkilöstöille. Ko. huumeiden käyttäjille tarkoitettuja pisteitä Suomessa on yli 30; pohjoisin Oulussa, itäisin Joensuussa, eteläisin Turussa ja läntisin Vaasassa. Vuoden 2011 aikana Mobiilivinkistä® käytiin kertomassa eri puolilla Suomea A-klinikoilla, päihdekliniikoilla ja nuorisoasemilla. Pääkaupunkiseudulla muun muassa Lähityö, mikä tekee töitä niin kaduilla kuin eri instansseissakin, saivat keväällä 2012 infoa Mobiilivinkistä® jaettavaksi asiakkailensa.

Valtakunnallistamiseen on liittynyt myös palvelun esitleminen erilaisissa seminaareissa (mm. Tervein Mielin Pohjois-Suomessa hankkeen loppuseminaari), asiantuntijapäivillä (mm. Huumetyöläisten neuvottelupäivät), messuilla (mm. TERVE-SOS-messut) sekä kansainvälisissä konferensseissa (IHRA).

Mobiilivinkki®-palvelua on tehty tutuksi myös sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille. Helsingin Diakoniaopiston opiskelijoille on pidetty mielenterveys- ja päihdeopintoihin liittyen infotunteja palvelusta ja sen käytöstä vuosien 2011–2012 aikana.

Syksyllä 2011 Mobiilivinkin® taskuesitteitä pussitettiin 70 000 kpl apteekkeissa myytäviin ruiskujen ja neulojen päivystyspakkauksiin. Tätä kautta oli tarkoitus tavoittaa asiakkaita, joilla ei mahdollisesti ole hoitokontaktia, eivätkä he saa tietoa, tukea eikä neuvoa muuta kautta.

Kevään 2012 aikana SPR:n vapaaehtoiset koulutetaan kertomaan palvelusta kesän festivaaleilla kävijöille. Tämän tarkoituksena on tavoittaa festivaalien kävijöitä, jotka mahdollisesti hyötyisivät Mobiilivinkin® päihdetietoudesta ja yhteystiedoista.

Mobiiliavun Naiskampanjaa aloitettiin vuonna 2011 yhteistyössä A-klinikkasäätiön, HDL:n, Hiv-tukikeskuksen, Pro-tukipisteen ja Omaiset Huumeilyn Tukena ry:n kanssa. Kampanja aloitettiin, kun asakkailta tuli toiveita, että Mobiilivinkkiin® haluttiin lisää tietoa naiseuteen ja äitiyteen liittyviin kysymyksiin. Haluttiin myös hyödyntää Mobiiliavun muita palveluita naistyössä esimerkiksi vertaistuki- ja ryhmäviestipalveluita.

NOPSA perustettiin tammikuussa 2011 A-klinikkasäätiön, Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry:n, Helsingin Diakonissalaitoksen ja SPR nopean huumeviestinnän ringiksi. Sen tarkoituksena on jakaa ajankohtaista ja luotettavaa tietoa huumeisiin sekä niiden käyttöön liittyvistä riskeistä kaikkialle Suomeen. Mobiilivinkki® on yksi kanava, jonka kautta NOPSA jakaa tietoa.

Mobiiliapu-hanke on mukana Innokylässä ja Mobiiliapu-palvelun kuvausta työstetään parhaillaan REA -työkalun avulla. Tarkoituksena on löytää palvelulle uusia käyttäjiä ja kehittää edelleen palvelun käytettävyyttä yhä monipuolisemmaksi välineeksi haittojen vähentämiseen.

Mikä on Mobiiliapu-palvelu?

Mobiiliapu-palvelun sovellusten suunnittelu ja määrittely on aloitettu hankkeen työntekijöiden ja järjestelmän kehittämisen projektiryhmän kanssa keväällä 2010. Tietojärjestelmän toimittajaksi valittiin Movila oy, jonka kanssa yhteistyössä järjestelmän eli Mobiiliapu-palvelun käytännön toteutus on tehty vuoden 2011 aikana.

Mobiiliapu-palvelun sovellukset toimivat sekä internetin <http://www.mobiiliapu.fi> että mobiililaitteiden (tekstiviestin) välityksellä. Ohjeet sovellusten käyttöön löytyy palvelun sivuilta <http://www.mobiiliapu.fi>. Mobiiliapu-palvelun sovelluksia ovat hakusanapalvelu, kysy-vastaa-neuvontapalvelu ja vertaistukipalvelu. Palvelu julkaistiin virallisesti 20.1.2012.

Mobiiliapu-hankkeen kumppaneille on luotu eettiset ohjeet, joita sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaiset noudattavat Mobiiliapu-palvelua käyttäessään. Palvelussa on myös nettietiketti asiakkaille palvelun asianmukaista käyttämistä varten.

Hakusanapalvelu

Hakusanapalvelu toimii Internetissä <http://www.mobiiliapu.fi/hakusanapalvelu> -sivuilla. Palveluun ei tarvitse rekisteröityä. Hakusanapalvelua voit käyttää mobiilisti numerossa 18182 (Mobiilivinkki® - haittojen vähentäminen), 18183 (ehkäisevä työ) ja 18184 (oikeusturvaan liittyvät kysymykset).

Sisältöjen kehittämistyö on toistaiseksi alkuvaiheessa numeroiden 18183 ja 18184 osalta. Numeroon 18183 luodaan ehkäisevään päihdetyöhön liittyviä sisältöjä ja numeroon 18184 muun muassa oikeusturvaan liittyviä sisältöjä vuoden 2012 aikana. Numerossa 18184 toimii jo tällä hetkellä Rikosuhripäivystyksen käytössä oleva palvelu, joka on nimetty Rikumobiiliksi. Palvelua kehitetään edelleen ja neuvottelut uusien toimijoiden kanssa ovat meneillään.

Kysy-vastaa neuvontapalvelu

Kysy-vastaa-neuvontapalvelussa voi lähettää hankkeen kumppaneiden asiantuntijoille eri aihepiireihin liittyviä kysymyksiä. Kysymyksiin vastaavat Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry:n, A-klinikkasäätiön, Helsingin Diakonissalaitoksen, Pro-tukipisteen, Hiv-tukikeskuksen ja Rikosuhripäivystyksen asiantuntijat.

Kysy-vastaa-palvelu toimii Internetissä http://www.mobiiliapu.fi/kysy_vastaa -sivulla. Palveluun on rekisteröidyttävä nimimerkillä <http://www.mobiiliapu.fi> -sivuilla. Ohjeet rekisteröitymiseen löytyy etusivulta. Kysy-vastaa-sovellusta voi käyttää myös matkapuhelimella. Palvelu toimii lähettämällä vastaanottajan nimen ja kysymyksen tekstiviestinä numeroon 18182, 18183 tai 18184. Ohjeet kysymyksen lähettämiseen löytyy palveluun kirjautumisen jälkeen sovelluksen välilehdeltä.

Kysy-vastaa-palvelussa vastaavat sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaiset muutaman arkipäivän sisällä. Kysymyksiä voi kysyä esimerkiksi omaan tai läheisen päihteiden käyttöön, seksuaaliterveyteen tai turvalliseen seksityöhön liittyvistä aiheista. Lisäksi voi saada apua muun muassa rikoskokemuksesta selviytymiseen ja rikosprosessiin sekä neuvoja ja ohjeita asunnon hakuun ja menettämiseen liittyen.

Monilla muilla sosiaali- ja terveystieteiden toimijoilla on ollut jo vuosia olemassa erilaisia neuvontapalveluita. Mobiiliapu-hankkeen Kysy-vastaa-neuvontapalvelussa on kuitenkin asiakkaan näkökulmasta merkittä-

vänä etuna muihin vastaaviin palveluihin verrattuna, että asiakas voi kysyä useammalta asiantuntijalta mieltään askarruttavia asioita samalla kertaa. Lisäksi samassa Mobiiliapu-palvelussa on muita oma-apu-palveluita, joita asiakkaat voivat hyödyntää (hakusanapalvelu, vertaistukipalvelu). Palveluvalikko on näin muita vastaavia neuvontapalveluita laajempi. Palvelun asiantuntijanäkökulma ulottuu monipuolisesti sosi-aali- ja terveysalan eri sektoreille. Kysy-vastaa-neuvontapalvelu on julkaistu virallisesti osana Mobiiliapu-palvelua 20.1.2012, joten palvelun käytöstä ja asiakkaiden kokemuksista ei ole vielä saatavilla laajempaa tutkimusta.

Vertaistukipalvelu

Yksi Mobiiliapu-palvelun sovelluksista on vertaistukipalvelu. Vertaistukipalvelussa voi liittyä hankkeen kumppaneiden vertaistukiryhmiin sekä lähettää ja vastaanottaa ryhmä- ja yksityisviestejä. Vertaistukiryhmään voi liittyä automaattisesti tekstiviestillä tai työntekijä liittyy asiakkaan ryhmään manuaalisesti. Vertaistukipalvelussa ei ole tällä hetkellä niin sanottuja avoimia ryhmiä, joihin kuka tahansa voi liittyä, vaan liittyminen ryhmään tapahtuu aina yhteistyössä hankkeen kumppaneiden työntekijän kanssa.

Vertaistukipalvelu toimii Internetissä <http://www.mobiiliapu.fi/vertaistuki> -sivulla. Palveluun on rekisteröidyttävä nimimerkillä <http://www.mobiiliapu.fi> -sivuilla. Ohjeet rekisteröitymiseen löytyy etusivulta. Vertaistukipalvelu -sovelluksessa voi lähettää viestejä joko asiakasnäkymässä <http://www.mobiiliapu.fi/vertaistuki> tai matkapuhelimella tekstiviestinä.

Sovelluksessa ei ole lähtökohtaisesti rajoituksia esimerkiksi ryhmien määrän tai asiakkaan lähettämien viestien määrän suhteen. Asiakkaiden lähettämien viestimäärän rajoittaminen (esim. 15 viestiä/pv) on kuitenkin mahdollista työntekijöiden toimesta ja se tulee harkittavaksi ryhmäkohtaisesti. On mahdollista, että mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät asiakkaat saattavat lähettää kymmeniä viestejä päivässä. Tällaisissa tapauksissa on syytä harkita viestimäärän rajoittamista tietyillä henkilöillä. Vertaistukipalvelun eettisiin ohjeisiin kuuluu, että jokaisella ryhmällä on oltava moderaattori/valvoja, joka valvoo ryhmän keskustelun asiallisuutta. Ryhmän jäsen voidaan poistaa palvelusta asiattoman käytöksen vuoksi.

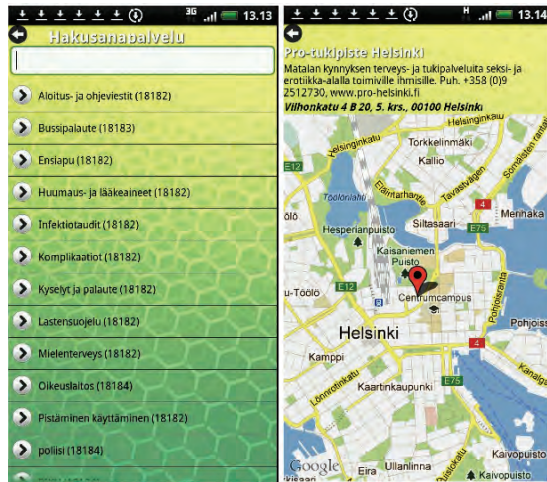
Vertaistukipalvelun käytön tiedetään lisäävän kustannuksia moninkertaisesti verrattuna muihin Mobiiliapu-palveluihin. Tähän on varauduttu seuraamalla Mobiiliapu-palvelun tilastoista vertaistukipalvelun viestimääriä, jolloin pysytään ajan tasalla palvelun käytöstä ja syntyvistä kustannuksista.

Vertaistukipalveluista on maailmalta jonkin verran kokemuksia. Suomessa on toteutettu esimerkiksi Voimapiiri-tekstiviestipalvelun pilottihanke vuosina 2006–2008. Voimapiiri-vertaistukipalvelun vahvuuksina asiakkaat pitivät palvelun tarjoamaa kannustavaa ja turvallista keskustelu-ympäristöä ja ryhmien tuke-
maa yksilöllistä selviytymistä. Lisäksi asiakkaat kokivat saavansa palvelusta vertaisuuden kokemuksia ja ryhmien tarjoamaa positiivista yhteisöllisyyttä. (Aaltonen, 2008). Vertaistukipalvelu on julkaistu virallisesti osana Mobiiliapu-palvelua 20.1.2012, joten palvelun käytöstä ja asiakkaiden kokemuksista ei ole vielä saatavilla laajempaa tutkimusta.

Mobiilisovellukset älypuhelmiin

Mobiiliapu-hanke on kehittänyt yhteistyössä järjestelmän toimittajan Movila oy:n kanssa Mobiiliapu-sovelluksen myös älypuhelmiin. Sovellus toimii sekä iOS-käyttöjärjestelmän (iPhone, iPad) että Android-käyttöjärjestelmän (mm. Samsung, HTC) omaavissa mobiililaitteissa. Sovellus ladataan App Store:sta tai Android Market:sta omaan puhelimeen tai tablettiin.

Mobiiliapu-sovellus sisältää saman hakusanapalvelun, joka löytyy myös Mobiiliapu-palvelusta <http://www.mobiiliapu.fi/hakusanapalvelu>. Tämän lisäksi uutena ominaisuutena sovelluksessa on kartta-palvelu nimeltään ”Paikat”.



Kuva 3. Hakusanapalvelu ja karttapalvelu Mobiiliapu-sovelluksessa

Hakusanapalvelussa asiakas voi hakea hakusanoja ja niiden sisältöjä sovelluksesta. Hakusanoja voi joko selailla tai hakea käyttäen avointa hakua. Hakusanojen yhteyteen työntekijä voi myös liittää sijainnin, jonka sovellus näyttää karttana.

Karttapalvelussa käyttäjä voi hakea ennalta määriteltyjä paikkoja ja toimipisteitä kartalta. Karttapaikat määritellään, jonka jälkeen paikat ja toimipisteet päivittyvät automaattisesti sovellukseen. Paikkoja ja toimipisteitä voi hakea joko etsimällä kartalta tai käyttäen avointa hakua.

Mobiiliapu-sovelluksen tarkoituksena oli laajentaa yhä hankkeen Mobiiliapu-palveluiden valikkoa. Pysytimme näin tuomaan yhden Mobiiliapu-palvelun sovelluksista (hakusanapalvelu) kaikkien niiden ulottuville, joilla on käytössään älypuhelin (Android tai iOS -käyttöjärjestelmä). Kaikista vaativimmissa elämäntilanteissa elävillä henkilöillä ei välttämättä älypuhelimia ole pääasiassa niiden kohtuullisen kalliin hinnan ja mahdollisesti vaikeakäyttöisyyden takia. Mobiiliapu-sovelluksen latausmääriä on vaikea arvioida, mutta tavoitteena voidaan pitää, että muutamalla tuhannella henkilöllä on puhelimeensa Mobiiliapu-sovellus vuoden 2013 loppuun mennessä.

Yhteenveto

Yhteiskunnassamme sosiaali- ja terveystalvveluiden osalta puhutaan yhä useammin matalankynnyksen palveluista. Mobiiliapu-palveluita voi pitää monella kriteerillä mitattuna matalankynnyksen palveluina. Ne ovat anonyymejä; käyttäjä tarvitsee vain nimimerkin rekisteröityessään palveluun. Salasanan käyttäjä saa suoraan puhelimeensa tekstiviestillä. Käyttäjistä tietojärjestelmän lokiin tallentuu vain asiakkaan nimi-merkki ja puhelinnumero.

Mobiiliapu-palvelu on valtakunnallinen palvelu ja toimii 24/7. Palvelut ovat tasa-arvoisesti kaikkien saatavilla ja niitä voi käyttää milloin ja missä tahansa niin matkapuhelimen kuin Internetin välityksellä. Palvelut ovat asiakkaalle ilmaisia nyt ja tavoitteena on, että ne säilyisivät loppukäyttäjälle ilmaisia myös hankkeen päättymisen jälkeen. Palveluiden helppokäyttöisyys on tärkeää. Mobiiliapu-palvelu on helppokäyttöinen niille, jotka ovat tottuneet lähettämään tekstiviestejä ja käyttämään erilaisia neuvonta- ja tuki-palveluita Internetissä.

Kirjallisuus

- Jäppinen, A., Aalto, M., Aaltonen, A., Alho, L., Peltoniemi, T., Smeds, P. (2008). Tekstiviesteillä tukea päihdeongelmiin – Oma-apuun, vertais- ja ammattilaistukeen perustuvan Voimapiiri tekstiviestipalvelun pilottihanke vuosina 2006-2008. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto Selvityksiä 2008:6.
- Kaleva, Satu (2010). Tietoa ja neuvontaa: Missä Vinkki? Miten toimin? Tutkimus Mobiilivinkki® tekstiviestipalvelun käytöstä. Loppuraportti
- Knuuti Ulla, Kotovirta Elina, Leppo Anna, Tanhua Hannele, Virtanen Ari (toim.) (2011) Huumetilanne Suomessa 2011. (Huumevuosiraportti EMCDDA:lle). Tampere: Tampereen Yliopistopaino.(Haettu 25.01.2012 osoitteesta <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/7b3a668f-29584d9d-bd6f-a57a176cb0ec>)
- Törmä Sinikka (2009). Kynnyskysymyksiä: huono-osaisimmat huumeiden käyttäjät ja matala kynnys (Sosiaalikehitys Oy:n julkaisuja 1). Hämeenlinna: Sosiaalikehitys Oy.

5.3 Päihdelinkki itsearvioinnin ja omaehtoisen toipumisen tukena

Tiia Ruokosalo, Pinja Rislakki

Sähköiset palvelut ovat nykypäivää jo lähes kaikilla aloilla, myös sosiaali- ja terveystaloudissa. Internet ja kannettavat mobiililaitteet ovat yhä useammalle kansalaiselle päivittäisiä ja tuttuja välineitä. Jo 89 prosenttia 16–74-vuotiaista suomalaisista käyttää internetiä. Internetin käyttö lisääntyy etenkin vanhemman ikäryhmän parissa. Myös älypuhelimien käyttö lisääntyy, mikä puolestaan lisää internetin käyttöä. Netin käytön yleisyydessä Suomi on lähellä Euroopan kärkeä. (Suomen virallinen tilasto, 2011). Tämän kehityksen myötä vaatimukset palveluille ovat muuttuneet: palveluita, myös päihdepalveluita, haetaan ja oletetaan löytyvän yhä enemmän internetin kautta.

Suuri osa ihmisistä pystyy vähentämään tai lopettamaan ongelmallisen päihteiden käytön itse ilman ammattiapua. Ongelmien varhainen huomioiminen on ratkaisevan tärkeää. Internetpalvelut ovat matalan kynnyksen kanava hakea tukea päihdeongelmaan.

Oma-apuvälineet ja vertaistuki motivoivat muutokseen

Vuonna 1996 avattu Päihdelinkki (<http://www.paihdelinkki.fi>) on Suomen suurin verkkopalvelu päihteistä ja riippuvuuksista. Päihdelinkin palveluiden avulla kansalaisille tarjoutuu mahdollisuus tunnistaa ongelmallinen päihteidenkäyttö tai riippuvuus jo varhaisessa vaiheessa. Päihdelinkin tavoitteena on havahduttaa ihmisiä pohtimaan omaa tai läheisen päihteiden käyttöä, tarjota työkaluja omaehtoisen toipumisen tueksi ja madaltaa kynnystä avun hakemiselle. Päihdelinkki tarjoaa päihteisiin ja riippuvuuksiin liittyvää ajanmukaista ja luotettavaa tietoa, oma-apuvälineitä, vertaistukea ja ammattilaisten neuvoja. Palvelu on tarkoitettu päihteiden käyttäjille, heidän läheisilleen sekä kaikille päihdetiedosta kiinnostuneille. Palvelu on hyödyllinen myös päihdetietoutta ammatissaan tai opinnoissaan tarvitseville ja tutkijoille. Erityisryhmistä on huomioitu viittomakieliset ja maahanmuuttajat.

Päihdelinkki tavoittaa yli 80 000 eri kävijää kuukausittain (Taloustutkimus Oy:n Web Traffic Monitor). Päihdelinkin kävijöiden sukupuolijakauma on tasainen, puolet miehiä ja puolet naisia. Kävijöitä on kaikista ikäryhmistä, mutta ikäjakauma painottuu nuoriin aikuisiin. Suurin kävijäryhmä on 17–26-vuotiaat kaupunkilaiset. Maaseudulla asuvien osuus on verrattain pieni, vain alle 20 prosenttia sivuston kävijöistä. (Päihdelinkin kävijäkysely 2010).

Päihdelinkissä vieraillaan monen eri syyn takia. Sivustoille ohjautuu kävijöitä työn, opiskelun ja yleisen kiinnostuksen vuoksi, mutta erityisesti oman tilanteen takia. Päihdelinkistä etsitään varsinkin vinkkejä ja välineitä omaan päihteidenkäytön hallintaan. Toiseksi yleisin syy on yleinen kiinnostus aihepiiriä kohtaan. Läheisen tai tuttavien takia sivustolla vierailee hieman yli kymmenesosa kävijöistä. Työn tai opiskelun tukena Päihdelinkkiä käyttää noin 20 prosenttia kävijöistä.

Päihdelinkki (Kuva 1.) koostuu seitsemästä toisiaan täydentävästä osiosta: Tietopankki, Testit, Oma-apu, Keskustelu, Neuvonta, Perhe ja Ammattilaiset. Seuraavissa kappaleissa esitellään itsearvioinnin ja omaehtoisen toipumisen kannalta keskeisimpiä palveluita Päihdelinkissä.



Kuva 1. Näkymä Pähdelinkin etusivusta

Pähdelinkin testit auttavat tiedostamaan riippuvuusongelmia

Pähdelinkissä on mahdollista tehdä yksitoista erilaista itsearviointitestiä eri riippuvuuksista. Testien tavoitteena on auttaa ihmisiä tiedostamaan juomiseen tai muuhun riippuvuuteen liittyviä ongelmia ja tunnistamaan mahdollinen riippuvuus varhaisessa vaiheessa. Kaikista testeistä saa heti palautteen. Testit ovat:

- alkoholinkäytön testit: AUDIT, juomatapatesti, SADD
- huumeidenkäytön testi DAST
- tupakkariippuvuustesti
- rahapelaamiseen liittyvät testit: rahapelitesti ja pelitapatesti
- netinkäyttötestit: IAT, IAT-P vanhemmille ja IAT-S puolisoille
- seksiriippuvuustesti

Pähdelinkin testejä tekee yli 28 000 henkilöä kuukausittain. Suosituimpia testeistä ovat AUDIT ja Juomatapatesti. Tekemällä esimerkiksi Juomatapatestin kävijä saa suoraan palautteen omaan alkoholinkäyttöön liittyvistä seikoista. AUDIT-testin korkeat pistemäärät voivat auttaa tunnistamaan omia alkoholinkäyttötottumuksia ja siihen mahdollisesti liittyviä riskejä ja haittoja. Testien palautteet saattavat havahduttaa testin tekijää ja auttaa vähentämään alkoholinkäyttöä ennen kuin ongelmat alkavat kasaantua.

Pähdelinkkiin pyritään löytämään uusia luotettavia verkkotestejä. Tällä hetkellä on tekeillä kaksi uutta testiä: Raimo Raitasalon Beckin masennuslajusta kehittämä mielialakysely (Raitasalo, 2007), jonka verkkoversion palautteessa annetaan tietoa myös päihteiden vaikutuksesta mielialaan ja Ruotsin Karoliinisessa instituutissa kehitetty DUDIT-testi (Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter, 2003) joka auttaa tunnistamaan huumeongelmia. DUDIT -huumeidenkäyttötestistä tulee verkkotestin lisäksi printattava lomakeversio ammattilaiskäyttöön. Pähdelinkin Ammattilaisosioon on suunnitteilla myös testin syventävä versio DUDIT-E, jonka avulla ammattilaiset voivat arvioida huumeriippuvaisen asiakkaan tai potilaan motivaatiota hoitoon. Uudet testit pyritään julkaisemaan vuoden 2012 aikana.

Koski-Jännes, Cunningham ja Tolonen (2009) ovat tutkineet personoidun testipalautteen vaikutusta juomiseen. Tutkimuksen pohjana käytettiin Pähdelinkin juomatapatestiä. Tutkimuksen tulokset vahvistavat verkkopohjaisten itsearviointitestiä vaikuttavuutta myönteisesti juomisen vähentämiseen. Internetin kautta saatu anonyymi palaute on hyvä tapa tuottaa palautetta ilman, että testin tekijän tarvitsee ”menettää kasvojaan”. Mielenkiintoista oli, että itsearviointitestin tekeminen ei kasvattanut merkittävästi kiinnostusta ha-

keutua kasvokkain palveluihin (Koski-Jännes ym., 2009). Verkossa tehtävät itsearviointitestit eivät siis kilpaile perinteisten päihdepalvelujen kanssa. Internetin kautta tuotettavat palvelut toimivat niiden rinnalla ja tukena ihmisille, jotka eivät halua tai tunne tarvetta hakeutua kasvokkaisten palvelujen piiriin.

Oma-apu tarjoaa välineitä itsehoidon tueksi

Päihdelinkin oma-apuvälineet toimivat monipuolisesti alkoholinkäytön vähentämisen tai lopettamisen tukena. Niiden avulla voi tiedostaa ja hallita omaa alkoholinkäyttöään tai muuta riippuvuutta. Oma-apuvälineitä voidaan hyödyntää myös osana kuntoutusta. Päihdelinkin oma-apuvälineitä ovat:

- Laskurit: promillelaskuri (myös mobiilisivuna), kalorilaskuri, annoslaskuri, viikkolaskuri, kertakäytön raja
- Jeppe juomapäiväkirja (myös mobiilisivuna)
- Juomisen hallinnan opas: käytännönläheinen opas kaikille, joita oma tai läheisen runsas päihteiden käyttö tavalla tai toisella askarruttaa
- Oma tavoite ja suunnitelma: viikko-ohjelma, juomapäiväkirja Excelissä, vähentämisen ja lopettamisen vinkit ja houkutusten hallinta
- Tipaton tammikuu: tipattoman kuukauden hyödyt
- Tarinat: kävijä voi kirjoittaa oman tarinansa ja saada palautetta lukijoilta
- Netinkäyttö: netinkäyttöpäiväkirja ja -sopimus ongelmallisen netinkäytön hallintaan
- Rahapelaaminen: linkit Peluurin palveluihin

Oma-apuvälineistä etenkin Jeppe juomapäiväkirja (<http://www.paihdelinkki.fi/jeppe>) toimii erinomaisena ja suosittuna välineenä alkoholinkäytön hallinnassa. Vuonna 2011 täysin uudistettu Jeppe juomapäiväkirja on yksilöllinen ohjelma alkoholinkäytön vähentämiseen ja lopettamiseen tai alkoholinkulutuksen seuraamiseen. Ohjelma auttaa arvioimaan ja pohtimaan omaa juomatapaa ja päättämään tulisiko alkoholinkäyttö lopettaa vai pyrkiä vähentämään sitä.

Jeppe juomapäiväkirja perustuu kalenterinäkömään (Kuva 2.), johon omia tietoja syöttämällä voi seurata alkoholin kulutustaan, kirjoittaa päiväkirjaa ja oppia tunnistamaan tilanteet, joissa yleensä juo. Kun oppii tiedostamaan oman juomatapansa juomapäiväkirjan käyttäjä voi onnistua välttämään retkahdukset tai yllälyönnit. Juomapäiväkirjan hahmo, Jeppe-koira, antaa palautetta onnistumisesta, tsemppaa retkahduksissa ja antaa käytännön vinkkejä alkoholinkäytön hallintaan.



Kuva 2. Näkymä Jeppe juomapäiväkirjan kalenterista.

Juomapäiväkirjassa voi seurata edistymistään graafisen tilastoinnin avulla (annosmäärät, rahankulutus, juomatottumukset, juomisen plussat ja miinukset, AUDIT-testien tulokset), joka myös motivoi ylläpitämään muutosta.

Jeppe juomapäiväkirjan kehittämissä vaiheissa pidettiin tärkeänä, että palvelun käyttäjät pääsevät osallistumaan kehittämisprosessiin. Käyttäjien toiveita kartoitettiin kyselyllä. Päihdelinkin kävijät saivat myös osallistua Jepen tsemppien ideoimiseen Päihdelinkin keskustelupalstalla ja Facebookissa järjestetyn ”Keksi Jepelle tsemppi” -kilpailun muodossa. Tavoitteena oli luoda Jepestä mahdollisimman toimiva ja motivoiva väline alkoholinkäytön lopettamisen tai käytön vähentämisen tueksi. Eräs palvelun käyttäjä kuvaa uutta Jeppe juomapäiväkirjaa palautteessaan näin: *”Loistava systeemi! Tätä on niin kiva täyttää, että juomisen seuraamisesta on tullut mukavaa.”*

Keskustelualueet toimivat tiedon lähteenä ja vertaistukena

Keskustelufoorumi on ollut jo vuosia Päihdelinkin ylivoimaisesti suosituin palvelu. Keskustelufoorumilla vierailee kuukausittain yli 32 000 eri kävijää (Taloustutkimus, Web Traffic Monitor, 2011) ja rekisteröityneitä käyttäjiä on yli 15 500. Päihdelinkissä on eri aihepiireistä kymmenen julkista keskustelualuetta, jotka ovat:

Valtti: vertaistukea rahapeliongelmiin

Me Vähentäjät ja Me Lopettajat: vertaistukea alkoholiongelmiin

Katiska: keskustelua netinkäytön roolista omassa elämässä

Tori: keskustelua toiminnallisista riippuvuuksista

Sauna: huume keskustelua haittojen vähentämisen näkökulmasta

Kuivaushuone: ammattilaisohjattua tukea huumeiden käytön lopettamiseen

Kotikanava ja Lasinen lapsuus: päihteet parisuhteessa ja perheessä

Vilpola: tukea huumeiden käyttäjien läheisille.

Vertaistuki on Päihdelinkissä omaehtoisen toipumisen yksi tärkeimmistä tukipilareista. Keskustelualueista suosituimpia ovat haittojen vähentämiseen perustuva huumeaiheinen Sauna sekä alkoholinkäytön vähentämiseen ja lopettamiseen keskittyvät Me Vähentäjät ja Me Lopettajat. Kirjoittamisen sijasta keskustelualueita usein vain luetaan. Kirjoitusten lukeminen on vertaistuen kannalta toimiva matalan kynnyksen apukeino. Keskustelupalstoilla jaettavat aidot kokemukset auttavat oman tilanteen peilaamisessa ja antavat tukea mahdolliseen muutosprosessiin.

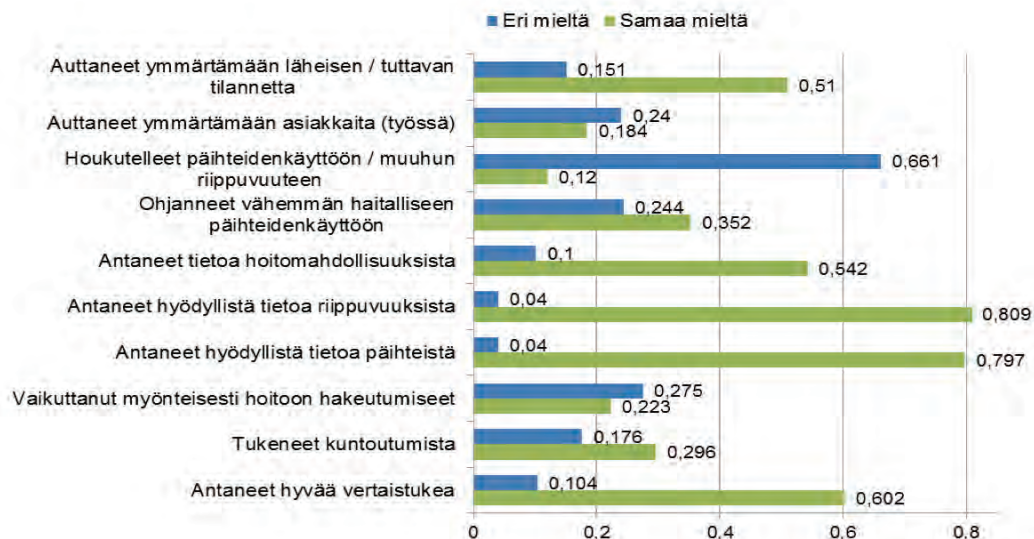
Päihdelinkissä on toteutettu kaksi suurta kävijäkyselyä vuosina 2007 ja 2010, joiden avulla on saatu tärkeää tietoa Päihdelinkin palvelujen hyödyllisyydestä. Vuoden 2010 kävijäkyselyssä tiedusteltiin kävijöiden kokemuksia muun muassa vertaistuesta Päihdelinkissä. Keskustelualueilta (Kuva 3.) saatava vertaistuki oli vastaajien mielestä merkittävää ja keskustelut olivat auttaneet erityisesti läheisiä ymmärtämään paremmin päihdeongelman tilannetta. Keskusteluiden avulla monet kokivat myös saaneensa tietoa eri hoitomahdollisuuksista:

”Mielestäni Päihdelinkissä parasta on ollut sen tarjoama tieto sekä vertaistuki. Kotikanava keskustelualueen kommentit auttoivat minua irtautumaan alkoholistipuolisostani. Muiden kokemusten lukeminen sysäsi pitkän ja vaikean prosessin liikkeelle, havahdutti tilanteeseen ja auttoi tunnistamaan omia toimintamalleja. En koskaan itse kirjoittanut palstalle mutta sillä oli silti ratkaiseva rooli alkoholistiläheisen otteesta irtautumisessa. Päihdelinkki-sivusto ei pelkästään auttanut muuttamaan omaa elämääni, vaan tarjosi aikanaan tietoa hoitomahdollisuuksista myös itse alkoholistille. Joskin tuloksetta. Sivuston tarjoama faktatieto sekä käyttäjien henkilökohtaiset kokemukset alkoholin negatiivisista puolista ovat muuttaneet suuresti omaa suhtautumistani alkoholiin sekä etenkin suomalaiseen alkoholikulttuuriin ja -politiikkaan.”
(Päihdelinkin kävijäkysely 2010.)

Osa käyttäjistä kertoo löytäneensä Päihdelinkin keskustelupalstoilta tukea elämän vaikeiden ratkaisujen edessä:

”Muiden tarinoiden lukeminen kypsytti minut päätökseen lopettaa alkoholin käyttö kokonaan. Päätös kypsyi hitaasti (parin vuoden aikana), jolloin luin jopa useita kertoja päivässä muiden kirjoituksia. Omaa tilannettani en niinkään palstoilla tilittänyt, olin enempi saava osapuoli. Ainut tuki lopettamisessani oli Päihdelinkki. Se avasi minut ymmärtämään että minulla on todellinen alkoholiongelma. Tein siitä lopun ja nyt voin erinomaisesti.” (Päihdelinkin kävijäkysely 2010.)

Verkkovertaistuen, kuten muidenkin verkkopalvelujen, ehdottomia etuja ovat palvelun saatavuus aikaan ja paikkaan katsomatta. Erityisesti verkkopalvelut hyödyttävät syrjäisillä paikkakunnilla asuvia, joilla kynnyks ja välimatka palveluihin voi olla suuri: ”Asun pienessä maalaiskaupungissa enkä ikinä voisi mennä puhumaan minnekään ryhmään, koska sellaista ei ole edes olemassakaan lähiseudulla vaan 250 km päässä.” (Päihdelinkin kävijäkysely 2010.)



Kuva 3. Mielipiteet Päihdelinkin keskusteluista (”Päihdelinkin keskustelut ovat mielestäni...”)

Päihdelinkin keskusteluforumilla julkisten keskustelupalstojen lisäksi on suljettuja ja ohjattuja vertaisryhmiä. Yksi toimivaksi havaittu ryhmä on kaksi kertaa vuodessa (kolme kuukautta kerrallaan) järjestettävä anonyymi ja luottamuksellinen ryhmä päihteitä käyttäville äideille. Viestejä pääsee lukemaan ja kommentoimaan vain ryhmän jäsenet ja ohjaajat. Äitiryhmässä toimii kahdesta kolmeen ohjaajaa Ensi- ja turvakotien liiton Pidä kiinni -yksiköistä. Ryhmässä keskustellaan äitiydestä, jota varjostaa päihteiden väärinkäyttö. Aihe on hyvin arka, ja tätä asiakasryhmää on erittäin vaikea tavoittaa esimerkiksi neuvoloiden kautta. Päihdelinkissä äitiryhmiä on järjestetty säännöllisesti jo vuodesta 2004 lähtien. Muita säännöllisesti toimivia suljettuja ryhmiä Päihdelinkissä ovat Tuuletin-ryhmät, jotka on tarkoitettu ongelmapelaaajille ja heidän läheisilleen. Tuuletin-ryhmiä vetää A-klinikkasäitiön ja Sininauhaliiton omistaman Peluurin työntekijä.

Suljettujen ryhmien ideaa on mahdollista toteuttaa monissa eri aihepiireissä. Yksittäisiä kokeiluluontoisia ryhmiä ovat olleet muun muassa huumeiden tai lääkkeiden käytön lopettajille suunnattu ryhmä ”Pesutupa” sekä lapsille ja nuorille suunnattu ryhmä yhteistyössä A-klinikkasäitiön Lasinen Lapsuus -projektin kanssa. Päihdelinkin keskusteluforumilla on myös toteutettu teemaviikkoja, kuten ”Kysy lääkäriltä” ja ”Sateenkaariviikko” sekä Luovan kirjoittamisen kurssi ammattilaiskirjailijan johdolla.

Vertaistuki on hyvin tärkeä tuki monelle päihderiippuvuudesta toipuvalla. Tunne siitä, että ei ole yksin ja saa tukea muilta saman kokeneilta, on voimaa-antava ja kannustava. On tärkeää päästä jakamaan tilanteeseen liittyviä tunteita ja kokemuksia vertaisten kanssa. Monet ovat saaneet elämänsä hallintaan vertaistuen avulla.

Verkkopalvelut osana päihdetyön tulevaisuutta

Internetin kautta tuotettavien palvelujen toimintaedellytysten kehittyessä ja kuntien sosiaali- ja terveystalvelujen kuormittuessa on yhä tärkeämpää panostaa päihdepalveluihin verkossa. Päihdelinkin palvelut täydentävät ja tukevat kuntien, valtion ja kolmannen sektorin palvelutarjontaa tuottamalla kansalaisille tietoa, oma-apukeinoja ja mahdollistamalla vertaistukea verkossa. Tämä on tärkeää etenkin niillä alueilla, joissa palvelut ovat sijoittuneet muun muassa kuntaliitosten ja kuntayhtymien vuoksi pitkien välimatkojen päähän. Erityisesti syrjäisillä seuduilla asuvia ihmisiä halutaan tavoittaa Päihdelinkin palvelujen piiriin entistä tehokkaammin.

Verkkopohjaisia oma-apupalveluita ja niiden vaikuttavuutta on tutkittu vielä verrattain vähän. Olemassa olevan tutkimuskirjallisuuden valossa ne kuitenkin tuntuvat vaikuttavilta ja kiinnostavilta. Esimerkiksi vuonna 2008 tehdyssä tutkimuksessa (Bewick et al. 2008) johtopäätökset olivat, että e-interventiot tavoittavat kohderyhmänsä hyvin ja että näyttöä on myös palvelujen vaikuttavuudesta. Myös Päihdelinkin tilastot ja kävijäkyselyistä saatu palaute tukevat tätä tulkintaa.

Itsehoidon ja -arvioinnin lisäksi verkkopalveluja on mahdollista hyödyntää osana kuntoutusta tai muun terapiatyön tukena. Ammattilaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ovat yhä enemmän alkaneet käyttää Päihdelinkin ammattilaisosiota, testejä ja tietoisuuksia luontevana osana omaa työtään. Päihdelinkin ja muiden verkkopalvelujen myötä ammattilaisilla on mahdollisuus hyödyntää paremmin tieto- ja viestintäteknologiaa alkoholinkäytön ja muiden riippuvuusongelmien puheeksi otossa ja asiakkaan tukemisessa. Päihdelinkin lähiajan tavoitteena on kehittää yhteistyötä ammattilaiskentän kanssa ja tuottaa uusia palveluja ammattilaisten tueksi sosiaali- ja terveysalalla.

Verkon kautta tuotetut ehkäisevän ja korjaavan päihdetyön tukipalvelut, kuten Päihdelinkki, ovat suosittuja ja erittäin kustannustehokkaita kansalaispalveluja, joiden laadukas kehittäminen ja ajanmukainen ylläpitäminen ovat tärkeä lisä päihdepalvelujen kentässä. Sähköisten palvelujen merkittävyys osana muuta päihdetyön palvelutarjontaa tulee korostumaan tulevaisuudessa. Myös yhteistyö eri toimijoiden välillä sähköisten palvelujen kehittämisessä on tärkeää, jotta palveluinnovaatiot olisivat hyödynnettävissä tehokkaasti ja päällekkäisiltä palveluilta vältyttäisiin.

Kirjallisuus

- Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter (2003) DUDIT. The Drug Use Disorders Identification Test. MANUAL. Karolinska Institutet, Department of Clinical Neuroscience
Section for Alcohol and Drug Dependence Research, M4:02, 171 76 Stockholm. Sähköisesti osoitteesta:
<http://www.penalreform.ro/fileadmin/pri/projects/documente/DUDITManual.pdf>
- Bewick, Trusler, Bakham, Hill, Cahill & Mulham (2008) The effectiveness of web-based interventions designed to decrease alcohol consumption – Systematic review. Preventive Medicine 47, 17–26.
- Drug Use Disorders Identification Test – DUDIT. Sähköisesti osoitteesta:
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index10451EN.html>
- Koski-Jännes, Cunningham & Tolonen (2009) Self-Assessment of Drinking on the Internet—3-, 6- and 12-Month Follow-Ups. Alcohol & Alcoholism, pp. 1–5.
- Päihdelinkin kävijäkysely 2007 (2007) Päihdelinkki. Kooste löydettävissä osoitteesta:
<http://www.paihdelinkki.fi/kavijoille/paihdelinkin-kavijakysely>
- Päihdelinkin kävijäkysely 2010 (2010) Päihdelinkki. Kooste löydettävissä osoitteesta:
<http://www.paihdelinkki.fi/kavijoille/paihdelinkin-kavijakysely>
- Raitasalo, Raimo (2007) Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 86. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala 2007. Sähköisesti osoitteesta:
[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/110607141642EK/\\$File/tutkimuksia86.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/110607141642EK/$File/tutkimuksia86.pdf)
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Tieto- ja viestintätekniikan käyttö [verkkojulkaisu].ISSN=1799-3504. 2011. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 16.2.2012].Sähköisesti osoitteesta:
http://www.stat.fi/til/sutivi/2011/sutivi_2011_2011-11-02_tie_001_fi.html.

6 Vähemmän väkivaltaa

6.1 Väkivaltainterventio sairaanhoidossa: Keski-Suomen sairaanhoitopiirin VISH-toimintamallin taustat ja toteutus

Minna Juutilainen

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on luotu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimintayksiköjä varten toimiva, käytännöllinen ja helppokäyttöinen läheisväkivaltaan² puuttumisen VISH-toimintamalli³. Tässä artikkelissa kuvaillaan ne lähtökohdat, syyt ja vaikuttimet, joihin väkivaltatyön oikeutus ja myös velvoitus terveydenhuollossa perustuu yleisesti, sekä esitellään kehitetty toimintamalli ja sen käytännön toteutusta Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä.

Läheisväkivalta yhteiskunnallisena ongelmana

Väkivallan eri muodot ovat arkipäivää joka viidennessä suomalaisperheessä. Perheväkivalta ja muissa läheisyyksissä koettu väkivalta on Suomessa vakava yhteiskunnallinen ongelma, joka aiheuttaa vuosittain valtavasti niin inhimillistä kärsimystä kuin taloudellisia kustannuksia, ja jonka käsitteleminen edellyttää kaikkien keskeisten yhteiskunnallisten toimijoiden aktiivista osallisuutta ja myös yhteistyötä. Terveydenhuollossa aikuisten kokemaa läheisväkivaltaa pidetään kuitenkin yleisesti ensisijaisesti yksilöllisenä ongelmana, josta seuraa se, että väkivaltaa kokevia vastuutetaan selviytymisestään väkivaltailmiön monimuotoisen luonteen näkökulmasta väärällä tavalla. Pahimmillaan heitä myös syyllistetään elämäntilanteestaan. Lapsiin kohdistuvaan väkivaltaan puolestaan liittyy yhtäältä väkivallan kokemusten vaikutusten vähättelyä tai tietämättömyyttä – erityisesti silloin, kun lapsi ei itse ole väkivallan uhri mutta elää väkivaltaisessa perheessä – ja toisaalta suomalaiselle kulttuurille leimallista yleistä hyväksyntää lapsen ruumiilliseen kurittamiseen kasvatuksellisista syistä, jota hyväksyjät eivät edes pidä väkivaltana.

Läheisväkivalta mielletään terveydenhuollossa toki myös sosiaalisena ongelmana mutta ymmärrys on ollut liian kapea-alaista. Sen taustalla on virheellinen uskomus siitä, että läheisväkivalta on sellaisten yksilöiden ja perheiden ongelma, jotka jo ovat sosiaalihuollon palvelujen piirissä, tai että väkivalta liittyy sellaisiin rinnakkaisilmiöihin, joista viranomaisvastuut kantavat ensisijaisesti sosiaalihuollon toimijat. Väkivaltaan puuttumisen vastuun ja väkivaltaa kokevien auttamisen vastuun ajatellaankin kuuluvan pääsääntöisesti sosiaalihuollon eri toimijoille ja myös poliisille. Läheisväkivalta ei kuitenkaan riipu yhteiskunnallisesta tai sosioekonomisesta asemasta, kuten se ei myöskään riipu iästä, sukupuolesta tai läheisyyden muodosta eikä etnisestä, kulttuurisesta tai uskonnollisesta taustasta. Sekä ongelman yksilöllistämistä että sosiaalisesta kapea-alaistamisesta on seurannut, että läheisväkivaltaan puuttumista ja väkivallan kokijoiden järjestelmällistä auttamista ei ole pidetty terveydenhuollossa – ja sen sisällä erityisesti sairaanhoidossa – tärkeänä eikä edes sen toiminta-alueelle kuuluvana.

Suomalainen yhteiskunta on pohjoismaisessa vertailussa väkivaltaisista ja eurooppalaisessa vertailussa yksi väkivaltaisimpia. Taustalla voinee tulkita olevan kaksi asiaa. Toisaalta, väkivaltaiset toimintatavat ovat suomalaisten asenteissa hämmästyttävän yleisesti hyväksytyjä, eikä meillä ei ole vallalla väkivallan käytämisestä ehdottoman nollatoleranssin ajattelua. Toisaalta väkivallan yleisyys kielii siitä, että väkivaltaisten

² Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä (KSSHP) käytetään käsitettä *läheisväkivalta* tarkoittamaan perhe-, sukulais-, pari- ja seurustelusuhdeissa tai muissa läheisyyksissä, tunnepitoisissa ihmissuhteissa tapahtuvaa väkivaltaa. Väkivaltaan liittyvä käsitteistö on kirjavaa, ja yleisesti käytetään muun muassa käsitteitä perheväkivalta, parisuhdeväkivalta, lähisuuhdeväkivalta ja kuritusväkivalta. Lapsiin kohdistuvasta väkivallasta käytetään myös käsitteitä kaltoinkohtelu, laiminlyönti ja hyväksikäyttö. KSSHP:n käytännön mukaisesti tässä artikkelissa käytetään yleiskäsitettä läheisväkivalta, joka sisältää kaikki mainitut väkivallan käsitteet. Tarvittaessa asiayhteydessä täsmennetään, missä läheisyydessä tapahtuvasta väkivallasta on kyse.

³ Keski-Suomen sairaanhoitopiiri (KSSHP) toteutti vuosina 2009–2011 EU-komission ja Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittaman projektin Väkivaltainterventio sairaanhoidossa, eli VISH-projektin (alkuperäinen englanninkielinen nimi Violence Intervention in Specialist Health Care -projekti)

toimintatapojen käyttämistä pidetään erityisesti lähisuhteissa yksityisenä asiana; kärjistetysti: kukin tyyli-
lään. Suurten läheisväkivaltalukujen ohella tilannetta vaikeuttaa se, että väkivaltaan puuttumista ei pidetä
vaadittuna tai edes yleisesti hyväksyttynä toimintatapana eri yhteiskunnallisten palvelujärjestelmien piiris-
sä. Väkivaltaa kokevien kärsimys ja selviytyminen jätetään sekin yksityisasiaksi, minkä vuoksi kokijat
jäävät tilanteensa kanssa usein yksin. Juuri näistä kulttuurisista syistä johtuen auttamisen – tai auttamatta
jättämisen – ongelma on tietenkin myös koko palvelujärjestelmää, ei vain terveydenhuoltoa koskeva. Lä-
heisväkivaltaa ei pidetä samanlaisena niin yksilölliseen kuin yhteisölliseen hyvinvointiin ja toimintakykyyn
liittyvänä huolignaalinakin kuin vaikkapa päihde- tai mielenterveyden ongelmia. Lisäksi maastamme puuttu-
vat kokonaan pysyvät palvelurakenteet väkivaltaa kokeneiden auttamiseksi ja myöskään väkivaltaa koke-
neille suunnattuja julkisia erityispalveluita ei ole ollut tarjolla. Ihmisten ja perheiden auttaminen on ollut
hajanaisten, paikallisesti luotujen vapaaehtoisten verkostojen tai yksittäisten työntekijöiden valvotun
varassa, ja erityispalveluita ovat tarjonneet lähinnä vain kolmannen sektorin toimijat ja seurakunnat.
Väkivaltaa kokevat ovat näin myös epätasa-arvoisessa asemassa palvelujen vaihdellessa kunnittain. Koska
eri toimijoiden vastuita läheisväkivallan huomioon ottamiseksi ja hoitamiseksi ei yhteiskunnassamme ole
selkeästi sovittu, se ja sen aiheuttamat seuraukset jäävät eri toimintaympäristöissä helposti hoitamatta mui-
den asioiden, ongelmien ja sairauksien taustalla.

Koko palvelujärjestelmää koskevat puutteet hankaloittavat myös terveydenhuollon mahdollisuuksia aut-
taa väkivallan kokijoita, kun olemassa olevat palveluketjut puuttuvat. On kuitenkin huomioitava, että palve-
lujärjestelmän puutteet eivät saa olla esteenä terveydenhuollon väkivaltatyölle, eikä terveydenhuollossa
voida niiden perusteella laiminlyödä sille kuuluvaa vastuuta ihmisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Suo-
malaiset terveydenhuollon toimijat eivät ole riittävän laaja-alaisesti ymmärtäneet läheisväkivaltakokemuks-
ten tai väkivallan pelon eittämättömiä vaikutuksia ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin, vaikka läheisväki-
vallan kokeminen ja väkivallan pelko lisäävät fyysisistä ja psyykkistä sairastavuutta sekä myös terveystalve-
lujen käyttöä (ks. Söderholm 2006). Näiden syiden vuoksi läheisväkivaltainterventio tulisi sisällyttää yh-
deksi terveydenhuollon pysyväksi ja järjestelmälliseksi käytännöksi, ja samalla myös yhdeksi tärkeäksi
terveyden edistämisen toimintamuodoksi.

Väkivaltakokemusten terveys- ja hyvinvointivaikutukset

Väkivaltakokemusten vaikutuksia ihmisten terveyteen ja yhteyksiä sairauksiin on tutkittu maailmalla 1980-
luvulta alkaen (ks. Goldberg ym. 1984, Felitti ym. 1998, Coker ym. 2000, Cambell 2002, Pikarinen ym.
2007, Bonomi ym. 2009, Maniglio 2009, Wegman ja Stetler 2009, Hegarty 2011, Larsen-Helweg 2011).
Mutta minkälaisia kokemuksia tarkoitamme, kun puhumme terveyteen vaikuttavista väkivaltakokemuksis-
ta? Jokaisen väkivaltakokemuksen takana on aina jokin väkivaltainen teko tai tekemättä jättäminen. Teko
puolestaan voi perinteisen väkivallan muotoihin liittyvän jaottelun mukaisesti olla fyysinen, seksuaalinen,
henkinen, taloudellinen, uskonnollinen tai kulttuurinen, ja se voi kohdistua ihmiseen suoraan tai se voi olla
kokemuksellisesti myös epäsuora.

Havainnollistan epäsuoruutta esimerkiksi. Vanhempien välillä tapahtuu raiskaus, joka on suora väkival-
tainen teko – tai paremminkin erilaisten tekojen sarja – raiskattua kohtaan. Lapsi puolestaan voi olla sa-
manaikaisesti kotona, täten tilanteessa läsnä ja esimerkiksi kuulla kaiken. Hän joutuu siis epäsuorasti tuon
saman väkivaltaisen teon kohteeksi ja kokee itsekin väkivaltaa altistumalla vanhempien väliselle väkivallal-
le. Tekemättä jättäminen eli laiminlyönti voi sekin kuulua niin fyysisen, henkisen ja seksuaalisen kuin
myös esimerkiksi taloudellisen väkivallan alueelle erilaisten tarpeiden, hoidon ja hyvinvoinnin laimin-
lyömisinä. Laiminlyönti voi niin ikään olla joko suoraa – esimerkiksi vauvan jättäminen yksin – tai epä-
suoraa, esimerkiksi perheen rahavarojen riisto ja käyttö omiin tarkoituksiin, jonka seurauksena ruokaa tai
muuta välttämättömiä hyödykkeitä ei ole mahdollista hankkia.

Väkivallan monet muodot ja kokemuksen haavoittavuus

Väkivalta voi olla tekoina tai laiminlyönteinä lähes määrittelemättömän moninaista, ja väkivallan tekemi-
seen käytettävissä keinoissa ja välineissä vain mielikuvitus on rajana. Lisäksi eri väkivallan muodot mene-
vät niin tekoina kuin laiminlyönteinä päällekkäin: esimerkiksi kaikkeen fyysiseen ja seksuaaliseen väkival-
taan liittyy aina myös henkinen väkivalta; niin ikään kaiken fyysisen ja seksuaalisen väkivallan kokeminen

vaikuttaa aina myös psyykkisesti. Olipa väkivallan muoto, väkivaltainen teko tai laiminlyönti millainen tahansa, sillä voi olla vaikutuksia ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin. Väkivallan kokeminen kaikissa sen eri muodoissa, ja teon tai laiminlyönnin kohteeksi suoraan tai epäsuoraan joutuminen voi aiheuttaa välittömiä tai välillisiä terveydellisiä ongelmia ja sairastuttaa väkivaltaa kokevan. Väkivaltakokemusten monenkirjaisuus haastaa terveydenhuoltoa, sillä kokemusten tunnistaminen edellyttää totunnaista avoimempaa, laajempaa ja myös rohkeampaa ajattelemisen tapaa suhtautumisessa läheisväkivaltaan. Tällöin yhtäältä hyväksytään se, että läheiset ihmiset aiheuttavat toisilleen traumatisoivia asioita ja toisaalta tunnistetaan se, että näistä traumaista aiheutuu mielen toimintaan vaikuttavia, yksilöllisesti vaihtelevia psyykkisiä haavoja ja arpia, ja myös anatomisia ja fysiologisia haavoja ja arpia, jotka vaikuttavat suoraan kehon toimintaan ja välillisesti myös mielen toimintaan.

Terveydenhuollossa väkivalta on lähtökohtaisesti mielekäästä määritellä siten, että väkivaltaa ovat kaikki tahalliset⁴, toista ihmistä fyysisesti ja/tai psyykkisesti loukkaavat, hänen fyysisiä ja/tai psyykkisiä rajojaan rikkovat sekä fyysistä ja/tai psyykkistä kipua tuottavat teot tai laiminlyönnit, jotka 1) aiheuttavat fyysisiä ja/tai psyykkisiä vammoja, vaurioita ja sairauksia tai pahimmillaan jopa kuoleman, 2) johtavat emotionaaliin ja/tai sosiaaliin vaikeuksiin tai ongelmiin ja 3) uhkaavat ihmisen psyykkistä ja/tai fyysistä terveyttä, hyvinvointia ja turvallisuutta. Tällainen määrittely huomioi yhtäältä väkivallan kohteeksi joutuvan subjektiivista kokemusta mutta toisaalta se kuitenkin kytkeytyy vahvasti siihen tieteelliseen ja kokemukselliseen tietoon, joka meillä väkivallan vaikutuksista on käytettävissämme. Teko tai laiminlyönti voi olla pahimmillaan yksittäisenäkin vahingollinen ja sairastuttava, mutta lähisuhteissa tapahtuvan väkivallan yksi keskeinen piirre on, että suhteen pysyvyyden vuoksi se jää harvoin yksittäiseksi kokemukseksi, vaan tyypillisesti se toistuu, tai on jopa jatkuvaa, mikä lisää myös läheisväkivallan kokemisen haavoittamisen ja vahingoittamisen todennäköisyyttä. Erityisesti lasten osalta on huomioitava myös teon tai laiminlyönnin tuottamussellisuus⁵.

Olennaista määrittelyssä on kokemuksellisuus, joka väkivallan kohteeksi joutuvan näkökulmasta on viime kädessä merkityksellisempää kuin itse teko tai tekemättä jättäminen. Kokemuksellisuuden ymmärtämisen kautta on mahdollista olla avoin ihmisten kaikenlaisille kokemuksille ja ymmärtää ne nimenomaan väkivaltakokemuksiksi silloin, kun edellä esitetyn määritelmän ehdoista loukkaantuminen, henkilökohtaisten rajojen rikkoutuminen tai kivun tunteminen täyttyvät joko kokemuksellisesti tai luonnollisesti myös objektiivisesti havainnoituna. Terveydenhuollon toiminnan näkökulmasta on riittävää, että edellä mainitut ehdot täyttyvät pelkästään kokemuksellisesti. Tällöin voimme välttyä joidenkin tekojen tai laiminlyöntien vähättelyltä tai mitätöinniltä, sekä niiden rajaamiselta väkivallan ulkopuolelle. ”Kiistanalaista” väkivaltaa arkikeskustelussa on valitettavan usein vaikkapa tukistaminen, töniminen tai nipistäminen; nimittely, arvostelu tai uhkailu. Esitetyn määrittelyn mukaisesti ne kuitenkin ovat väkivaltaa, joka voi vahingoittaa tai vaarantaa terveyttä ja hyvinvointia.

Tärkeää on tietää myös, että se, mikä ihmistä lopulta vahingoittaa ehkä eniten, ei ole pelkkä teko tai laiminlyönti, vaan kokemus rakkauden, turvan, suojan ja arvostuksen puutteesta. Läheisväkivallan kokemusten vaurioittavuuteen liittyykin vahvasti se paradoksi, että hän, joka rakastaa ja jonka tulisi antaa turvaa, on samanaikaisesti hän, joka satuttaa ja vahingoittaa. Ihmisen arjen turvan kannalta keskeinen paikka oma koti onkin pelon ja turvattomuuden tyyssija.

Väkivallan kokemusten vaikutuksissa merkittävä tekijä on pelko, joka liittyy todellisiin väkivaltatilanteisiin tai väkivallan uhkaan ja ilmapiiriin. Väkivaltakokemukset vaikuttavat siinä missä kaikki muutkin elämäkokemukset jokaiseen kokijaansa yksilöllisesti, eivätkä kaikki väkivallan kokijat suinkaan vaurioidu, vahingoitu tai sairastu kokemastaan. Ihmiset kokevat ja myös tulkitsevat tapahtuvia asioita eri tavoin. Nämä erot johtuvat geneeistä, yksilön kehityshistoriasta ja aiemmista elämäkokemuksista sekä kokemuk-

⁴ Tahallisuus tarkoittaa sitä, että väkivallan tekijä on käyttäytyessään väkivaltaisesti mieltänyt tai tahtonut loukata toista ihmistä, rikkoa hänen fyysisen ja/tai psyykkisen koskemattomuutensa rajoja ja aiheuttaa hänelle kipua (ks. Rikoslaki (39/1889) luku 3, pykälä 6).

⁵ Tuottamussellisuus tarkoittaa sitä, että väkivallan tekijä on huolimattomuuttaan tai varomattomuuttaan rikkonut huolellisuusvelvollisuuttaan, ja loukannut näin toista ihmistä, rikkonut hänen fyysisen ja/tai psyykkisen koskemattomuutensa rajoja sekä aiheuttanut hänelle kipua (ks. Rikoslaki (39/1889) luku 3, pykälä 7).

sesta itsestään ja siitä elämäntilanteesta, jossa se tapahtuu sekä siinä vaikuttavista stressitekijöistä. Lähtökohtana terveysvaikutusten arvioinnissa käytännön tilanteissa voi olla vain se, että työntekijä tunnistaa väkivallan kokemukset, ottaa ne vakavasti ja arvioi oman asiantuntemuksensa varassa asiakkaan kertomuksen ja käsitysten perusteella asiakkaan kokemusten mahdollisia vaikutuksia hänen terveyteensä ja hyvinvointiinsa sekä kenties siihen sairauteen, jonka vuoksi asiakas juuri nyt hakee apua terveydenhuollosta.

Väkivallan vaikutukset ruumiiseen ja mieleen

Väkivallan vaikutusten arviointi on pohjimmiltaan helpompaa silloin, kun kyseessä ovat suorat fyysisen ja seksuaalisen väkivallan teot, jotka usein aiheuttavat havaittavia vammoja tai vaurioita; tällöin keskeisintä on tietenkin vamman tai vaurion tunnistaminen väkivallan aiheuttamaksi. Haasteelliseksi fyysisen ja seksuaalisen väkivallan vaikutusten arviointi muuttuu silloin, kun kyseessä on ei-havaittava vaurio, kuten esimerkiksi sisäinen kipu tai sisägenitaalialueen arkuus ja ärsytystila. Vielä haasteellisemmaksi vaikutusten arvioinnin tekee väkivallan kokemisen välilliset ja sattumanvaraiset somaattiset tai fysiologiset vaikutukset, jotka voivat seurata kaikenmuotoisesta väkivallan kokemisesta – siis myös epäsuoran väkivallan kohteeksi joutumisesta ja pelosta. Tällaisia ovat esimerkiksi sellaiset vaikutukset, jotka johtuvat hermosto- tai immuunijärjestelmän vaurioitumisesta. Terveysvaikutukset, jotka ovat hermosto- tai immuunijärjestelmäperäisiä, voivat olla hyvin monenlaisia ja johtaa lievistä erimuotoisista somaattisista oireilusta aina somaattiseen sairastumiseen asti. Viime vuosien aivo- ja geenitutkimuksen kehittymisen myötä on pystytty osoittamaan stressikokemusten haitallisia vaikutuksia aineenvaihduntaan, kromosomeihin ja immuunijärjestelmään. Ne voivat puolestaan vaikuttaa monien somaattisten sairauksien – kuten artoskleroosin, hypertonian, metabolisen oireyhtymän, diabeteksen, fibromyalgian, osteoporoosin, dementian ja aivosolujen atrofian – syntyyn tai niille altistumiselle. Pitkäkestoisen stressikokemuksen aiheuttajista läheisväkivalta lienee yksi tuhoisimmista.

Vähintään yhtä haasteellista on väkivaltakokemusten psyykkiseen terveyteen liittyvien vaikutusten tunnistaminen ja arviointi. Kaikki väkivallan kokeminen vaikuttaa ihmismieleen jollakin tavalla: vähintäänkin se aiheuttaa emotionaalista kipua tai taantumusta sekä tilapäistä psyykkistä uupumusta, hallitsemattomuutta tai kaaosta. Yksilön muut stressitekijät sekä suojaavat ja riskitekijät vaikuttavat lopulta siihen, rajoittavatko väkivallan kokemukset mielen toimintakykyä siten, että ne aiheuttavat mielenterveyden ongelmia – tyypillisimmällään masennusta, ahdistuneisuushäiriötä ja traumaperäistä stressihäiriötä – tai pahimmillaan sairastuttavat mielen. Tutkimuksissa on löydetty yhteyksiä erityisesti lapsuudenaikaisten fyysisen ja seksuaalisen väkivallan kokemusten ja vakavien mielen sairauksien, kuten skitsofrenian, dissosiaatiohäiriön ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön välillä niin miehillä kuin naisilla. Suurin osa väkivallan kokemusten psyykkisistä vaikutuksista koskee kuitenkin arkipäiväistä jaksamista, selviytymistä ja toimintaa, sillä väkivallan kokeminen vaikuttaa ihmisen koko psykologiseen maisemaan ja sen myötä niin itesuhteeseen, sosiaalisiin suhteisiin kuin maailmasuhteeseen, joilla kaikilla on luonnollisesti merkittävä sijansa yksilön elämässä, sen hyvin- tai pahoinvoinnissa ja toimintakyvyssä. Kun raja yksilön ja ympäristön välillä ei ole riittävän selkeä, ihminen haavoittuu. Kun rajaa ei ole enää lainkaan, ihminen sairastuu.

Läheisväkivaltaa kokeneet kärsivät keskimääräistä enemmän huonosta yleisestä terveydentilasta ja heikentyneestä elämänlaadusta sekä koko joukosta erilaisia somaattiseen ja psyykkiseen terveyteen liittyviä terveys- ja hyvinvointivaikutuksia. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Läheisväkivallan seurauksia

Somaattinen terveys	Psyykinen terveys
<ul style="list-style-type: none"> fyysiset vammat ja vauriot: murtumat, ruhjeet, mustelmat äkilliset ja krooniset kivut ja kiputilat maha- ja suolisto-oireet sekä suoliston toiminnan ja ruuansulatuksen ongelmat sydänoireet ja rintakipu, kohonnut verenpaine erilaiset tulehdustaudit raskauteen liittyvät ongelmat kuten pre-eklampsia, keskenmeno ja keskosuus 	<ul style="list-style-type: none"> tietoisuuden tason aleneminen ja kognitiivinen turtumus ylirasittuneisuus ja yli- tai alivireisyys muistin ja keskittymiskyvyn heikkeneminen hermostuneisuus, ärtyneisyys ja vihamielisyys tunnetys, alakuloisuus ja aloitekyvyn heikkeneminen vetäytyminen, haluttomuus ja mielihyvän kokemuksen menetys alkoholin ja muiden päihteiden liika- ja väärinkäyttö uni-, paniikki- ja syömishäiriöt itsetuhoisen käytös, itsemurhayritykset ja itsemurhat

Lapsi väkivaltaisessa perheessä

Lapsen kokemus väkivalta on aina jollakin tavalla haitallista hänen kasvulleen. Fyysinen väkivalta satuttaa lapsen kehoa ja voi aiheuttaa vammoja. Mitä pienempi lapsi on, sitä vaikeampia vammoja hän voi saada aikuisen kovakouraisessa käsittelyssä. Voimakas lyhykestoinenkin ravistelu tai päähän kohdistuvat iskut ovat pienelle lapselle erittäin vaarallisia. Ne voivat aiheuttaa hengenvaarallisia ja pysyviä vammoja aivojen ja silmien alueelle. Lapsi voi vaurioitua myös muusta kuin fyysisestä vahingoittamisesta. Lapsen jatkuva nimittely, haukkuminen, vähättely, nöyryyttäminen, tekemisten ja mielipiteiden mitätöinti, naurunalaiseksi tekeminen, uhkailu ja pelottelu ovat henkistä väkivaltaa ja aiheuttavat lapselle ahdistusta ja turvattomuutta. Myös väkivallan näkeminen ja kuuleminen on lapseen kohdistuvaa henkistä väkivaltaa, ja se aiheuttaa samantapaisia oireita kuin fyysinen väkivalta. Lapsi voi samalla pelätä, että joutuu itse väkivallan kohteeksi. Väkivallan seuraaminen sivusta on lapsesta hämmentävää, ja hän kärsii siitä aivan yhtä lailla kuin häneen itseensä kohdistuvasta väkivallasta. Lapsen kurittaminen kasvatuksellisesti on sekin väkivaltaa, joka aiheuttaa hänelle kipua.

Väkivallan vaikutuksia lapseen on tutkittu paljon, ja tiedetään, että väkivaltaa kokeva lapsi altistuu monenlaisille kehitystä hankaloittaville terveys- ja muille ongelmille (ks. Kendall-Tackett 2000 ja 2003, Cook ym. 2005, Anda ym. 2006, Brown 2009, Wegman 2009). Väkivallan vaikutukset myös lapsiin ovat sekä välittömiä että välillisiä. Osa väkivallan vaikutuksista tulee suoraan lasten omakohtaisten kokemusten kautta, osa välillisesti heikentyneen vanhemmuuden kautta (vrt. Velleman ym. 2008). Väkivallan luoma pelon ja turvattomuuden ilmapiiri on lapsen jatkuva seuralainen, ja hän kantaa mielessään myös alituista huolta, minkä vuoksi hän voi tuntea sekä voimattomuutta että vihaa ja oireilla usein vakavastikin.

Väkivaltainen kasvuympäristö altistaa käytösongelmiin, sopeutumattomuuteen ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen; lisäksi keskittymis- ja oppimisvaikeudet ovat tavallisia väkivallasta kärsivän lapsen oireita. Lapset, jotka elävät väkivaltaperheissä kärsivät kiihkeämmästä sydämen sykkeestä, jopa yli 100-kertaisesta kortisolitasosta, kohonneesta verenpaineesta, yliaktiivisuudesta ja -tarkkaavaisuudesta, ahdistuneisuudesta ja alivireisyydestä, masennuksesta ja traumaperäisestä stressihäiriöstä sekä astmasta, ihottumasta, syömis- ja unihäiriöistä, pää- ja vatsakivuista, tulehdustauoista ja jopa tyypin 1 diabeteksestä. Mikäli lapsen kokemaa väkivaltaa tai sille altistumista ei tunnisteta, on hän suurella riskillä kärsiä fyysisistä ja psyykkisistä vaikutuksista kertautuvasti kasvun ja kehityksen myötä, pahimmillaan aina aikuisuuteen saakka.

Systemaattinen väkivaltatyö osana kansanterveystyötä ja terveyden edistämistä

Kun väkivaltainterventio liitetään osaksi terveyden edistämistä, sen tulokset ovat tehokkaimmat, ja vaikutukset näkyvät yksilötason lisäksi myös yhteiskunnallisella tasolla yhteisöllisenä hyvinvointina, terveyspalveluiden kehittymisenä ja jopa terveyserojen kaventumisena. Kun väkivaltatyötä tehdään terveyden edistämisen lähtökohdista, se sisältää niin edistävän kuin ehkäisevän toiminnan. Hyvällä väkivaltainterventiolla yhtäältä lisätään ihmisen mahdollisuuksia huolehtia terveydestään ja parantaa sitä, sekä myös vahvistetaan hänen voimavarojaan ja selviytymistään, ja toisaalta ehkäistään terveysongelmia, sairauksia tai niiden pa-

henemistä. Preventiivinen väkivaltatyö muun terveyden edistämisen tavoin tulee toteuttaa kolmella eri tasolla: 1) väestötasolla pyritään primaaripreventioon eli väkivallan ehkäisyyn ennen sairautta tai terveysongelman ilmaantumista, 2) riskiryhmätasolla pyritään sekundaaripreventioon eli väkivaltakokemuksiin liittyvän sairauden tai terveysongelman varhaiseen puuttumiseen, ja 3) yksilötasolla pyritään tertiääripreventioon eli ehkäisemään väkivallan aiheuttaman ongelman uusiutuminen tai väkivaltakokemuksiin liittyvän sairauden ja sen haittojen paheneminen.

Väkivaltatyöllä on pyrittävä vaikuttamaan suoraan ihmisten terveyskäyttäytymiseen ja elintapoihin. Tällöin väkivaltaintervention kuuluu tuon käyttäytymisen arviointi ja sen perusteella henkilökohtaisen neuvonnan antaminen – keskeisesti myös väkivallan kokijan omista sisäisistä ja ulkoisista voimavaroista sekä kyvystä käyttää niitä hyvinvointinsa hyväksi. Väkivaltatyön onkin hyvin onnistuakseen oltava perustaltaan salutogeenista (ks. Antonovsky 1987). Salutogeenisessä auttamisessa kiinnitetään huomio ihmiseen kokonaisuudessaan: ei vain siihen, mikä hänessä on mennyt rikki ja vaurioitunut, vaan myös siihen, mikä väkivallan kokemisesta huolimatta on edelleen olemassa, ja minkä varassa voi kulkea kohti väkivallatonta ja samalla parempaa, terveempää elämää. Väkivallan kokeminen vääristää havaintoja ja vaurioittaa omanarvontuntoa, minkä vuoksi väkivallan kokija ei aina edes ymmärrä kokevansa väkivaltaa tai että hänen väkivaltainen kohtelunsa on väärin. Väkivaltainterventio toimii tällaisessa tilanteessa salutogeenin mukaisesti ikään kuin yhteisöllisenä voimavarana, joka yhtäältä auttaa väkivallan kokijaa ymmärtämään hänen elämäntilanteensa kuormittavuutta, ja toisaalta tarjoaa hänelle mahdollisuuden siitä vapautumiseksi vähitellen ja askel kerrallaan edessä olevista haasteista huolimatta.

Terveydenhuollon väkivaltaintervention normit ja etiikka

Läheisväkivaltatyötä terveydenhuollossa ohjaa kansallisesti sosiaali- ja terveysministeriön (2008) suositus *Tunnista, turvaa ja toimi: Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset*. Suositukset ovat kattavia mutta luonteeltaan vain ohjeellisia, minkä vuoksi niiden normatiivinen voima on jäänyt heikokkaksi ja niiden täytäntöönpano konkreettisina väkivaltaan puuttumisen käytänteinä eri puolilla maata niin alueellisesti kuin paikallisesti vaihtelevaksi, monilta osin myös puutteelliseksi. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut toimintaohjelman *Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelma* (2010a) valtioneuvoston tasa-arvo-ohjelman osana ja toimintaohjelman *Älä lyö lasta! Kansallisen lapsiin kohdistuvan kuritusväkivallan vähentämisen toimintaohjelma* (2010b) osana sisäisen turvallisuuden ohjelmaa. Kummankin kantavana tavoitteena on väkivallan vähentäminen ja ehkäisy sekä väkivaltaa kokevien auttaminen. Ne molemmat haastavat myös terveydenhuoltoa toimimaan väkivaltatyössä nykyistä huomattavasti vastuullisemmin.

Suomen lainsäädännössä on vain vähän velvoitteita aktiiviseen läheisväkivaltatyöhön; lisäksi väkivallan kokijoille suunnatuista palveluista lainsäädännössä ei mainita mitään. *Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta* (380/2009) edellyttää lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn sisällyttämisen sekä äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan että koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoon. Asetuksen hyvästä tarkoituksesta huolimatta terveydenhuollon työntekijöiltä puuttuu niin perus- kuin varsinkin erityisosaamista laadukkaan väkivaltaintervention tekemiseen käytännön tasolla. Lisäksi on puuttunut toimivia työkaluja ja toimintaa ohjaavia hyviä ohjeistuksia sekä palveluita, joiden piiriin apua tarvitsevia väkivallan kokijoita voi helposti ohjata. Asetuksen noudattamisessa on huomattavia paikallisia ja alueellisia eroja.

Tärkeä normatiivinen työkalu läheisväkivaltaan puuttumiseksi on lastensuojelulaki (417/2007), vaikka se ei suoraan velvoita väkivallasta kysymiseen. Lastensuojelulaki kuitenkin velvoittaa koko terveydenhuoltoa tekemään ehkäisevää lastensuojelutyötä edistämällä ja turvaamalla lapsen kasvua, kehitystä ja hyvinvointia sekä tukemalla vanhemmuutta. Se velvoittaa myös jokaista yksittäistä terveydenhuollon työntekijää tekemään lastensuojeluilmoituksen silloin, kun hän epäilee lapsen kohdistuvan suoraa väkivaltaa, tai saa siitä tietää, ja myös silloin, kun hän epäilee tai saa tietää lapsen elävän väkivaltaisessa kasvuympäristössä. Lastensuojeluilmoituksen syynä voivat väkivallan osalta olla esimerkiksi lapsen tarpeiden laiminlyönti, lapsen heitteillejätö, lapsen pahoinpitely tai seksuaalinen hyväksikäyttö tai niiden epäily tai uhka. Lastensuojelulain muutos vuonna 2010 antaa mahdollisuuden myös ennakkollisen lastensuojeluilmoitukseen, joka tehdään jo ennen lapsen syntymää, jos on perusteltua syytä epäillä, että syntyvä lapsi tulee tarvitsemaan

lastensuojelun tukitoimia välittömästi syntymänsä jälkeen. Ennakollisen lastensuojeluilmoituksen tarkoituksena on turvata odottavalle äidille ja lapsen tulevalle perheelle riittävät terveyttä ja hyvinvointia tukevat toimet jo raskausaikana. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus voi suojata niin äitiä kuin syntymätöntä lasta myös väkivallalta, ja näin ollen se on merkittävä väkivallan ehkäisytyötä ohjaava normi. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus on keskeinen sikiötä ja sen kehitystä suojaava lainsäädännöllinen toimenpide, ja sellaisena se on maassamme ainutlaatuinen.

Vuoden 2012 alusta alkaen lastensuojelulaki on velvoittanut terveydenhuollon työntekijää tekemään myös rikosilmoituksen suoraan poliisille silloin, kun hän epäilee tai saa tietoonsa lapseen kohdistuvan seksuaalirikoksen. Aikuisten väkivallan kokijoiden osalta terveydenhuollon salassapito on sen sijaan ehdoton, vaikka terveydenhuollon työntekijä olisikin saanut tietää asiakkaaseen kohdistuneesta rikoksesta. Terveydenhuollosta voidaan olla yhteydessä poliisiin vain konsultoiden, ja tällöinkin siihen täytyy olla asiakkaan suostumus.

Läheisväkivaltaan puuttuminen on mahdollista vuosina 1994, 1995 ja 2011 rikoslain (39/1889) 21 lukuun tulleiden muutosten pohjalta. Sen mukaan kaikki läheisissä suhteissa tapahtuva väkivalta on aina yleisen syytteen alainen rikos. Tämä normi ei velvoita eikä oikeuta terveydenhuoltoa juridisesti ryhtymään mihinkään toimenpiteisiin, mutta eettisesti sillä on merkitystä. Yleisen hoitotyön periaatteen mukaan terveydenhuollossa tehtävän työn on edistettävä asiakkaan toimintakykyä, vähennettävä hänen kärsimyksiään ja vältettävä tekemästä sellaista, mikä vahingoittaa hänen toimintakykyään ja lisää kärsimyksiä. Jos asiakas on tai on ollut väkivaltarikoksen kohteena, hän on oikeutettu saamaan kaiken yhteiskunnallisen tuen ja suojelun.

Väkivallan kokijan ja hänen lähipiirinsä näkökulmasta läheisväkivaltaintervention velvoite terveydenhuollossa on ensisijaisesti eettinen. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on linjannut, että yhteiskunnan merkittävien palvelujärjestelmien – joihin terveydenhuolto kuuluu – yksi keskeinen tehtävä on ”*aktiivisesti huolehtia heistä, joilla ei ole omia voimia ja mahdollisuuksia huolehtia hyvinvoinnistaan, terveydestään ja sairauksistaan*” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004). Läheisväkivallan aiheuttamat vaikutukset kaventavat ihmisen itsemääräämisoikeutta pahimmillaan merkittävästi – ja samalla heikentävät väkivaltaa kokevan ihmisen kykyä huolehtia hyvinvoinnistaan, terveydestään ja sairauksistaan. Terveydenhuollon tulee auttaa asiakkaitaan sekä inhimillisellä että älyllisellä tasolla. Hoidon älyllisyys tarkoittaa analyyttistä lähestymistapaa, yksityiskohtaista, ammatilliseen tietoon pohjautuvaa sairauteen paneutumista sekä hoitoon ja sen etenemiseen liittyvää asiantuntemusta. Inhimillisellä tasolla puolestaan pyritään hahmottaan asiakkaan sisäistä maailmaa hänen elämässään ilmenevien ja sitä hankaloittavien kärsimysten kautta sekä kohtaamaan ne empaattisesti ja hyväksyen. Inhimilliseen tasoon kuuluu myös pyrkimys kohdella asiakasta arvokkaana persoonana luomalla samalla hänen elämäänsä toivoa ja uudenlaista omanarvontuntoa, joita ilman väkivallan kokemuksista selviytyminen on erittäin vaikeaa. Inhimillisellä tasolla tarkoitetaan myös kykyä suojella asiakasta ja luoda hänen elämäänsä vakautta. Inhimillinen tason korostuminen on väkivaltatyössä välttämätöntä; sen menestymiselle se on ehdoton edellytys. Ilman inhimillisellä tasolla tapahtuvaa aktiivista huolehtimista väkivallan kokija jää helposti ilman todellista apua ja huolenpitoa.

Läheisväkivaltaan puuttuminen on ammatillisesti haastavaa, mutta ammatillisen työn perustana oleva ammattietiikka velvoittaa siihen. Läheisväkivaltaan puuttumalla terveydenhuollon ammattilainen kunnioittaa elämää, tekee hyvää, välttää vahingoittamista, edistää oikeudenmukaisuutta, vahvistaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja korostaa elämän arvokkuutta.

Terveydenhuollon ammattilaisten eettinen velvollisuus on myös vaikuttaa usein sukupolvelta toiselle tai ihmissuhteesta toiseen siirtyvän väkivallankierteen katkaisemiseen. Terveydenhuollon työntekijän on mahdollista vaikuttaa omalta osaltaan siihen, miten yhteiskunnassamme suhtaudutaan väkivaltaan ja vahvistaa yhteistä käsitystä siitä, että väkivallan käyttäminen ei ole koskaan missään olosuhteissa hyväksyttävää, että väkivalta ei kuulu ihmissuhteisiin, ja että kenenkään ei tulisi joutua kokemaan väkivaltaa.

Ammatillisessa toiminnassa yhteiset normit määrittelevät vain eettisyyden minimin, ja kunkin toimintaympäristön, -yksikön ja yksittäisten työntekijöiden ammatilliset käytänteet sen maksimin. Väkivaltatyön osalta oikeutus maksimin toteuttamiseksi on laajin mahdollinen: se on sosiaalinen, terveydellinen, juridinen ja inhimillinen.

Väkivaltainterventio Keski-Suomen keskussairaalassa: käytännön toteutus ja keskeiset haasteet

EU-komission ja sosiaali- ja terveysministeriön rahoittaman *Violence Intervention in Specialist Health Care* eli VISH-projektin (Kuva 1.) aloittaessa vuonna 2009 Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä oli tiedossa, että kehittämishaaste oli suuri. Läheisväkivalta oli terveydenhuollolle vieras aihealue ja siihen puuttumiseen soveltuvat käytänteet vaikeasti sovitettavissa olemassa oleviin terveydenhuollon rakenteisiin.



Kuva 1. VISH-projektin juliste

Vaikka hetkittäin kehittämishaaste tuntui mahdottomalta, projekti eteni siihen sitoutuneiden yksittäisten työntekijöiden avulla. Myös tietoisuus apua odottavista väkivallan kokijoista kannusti. Yksi apua tarvitseva rohkeni lähestyä minua omalla tarinallaan ja tietämättään ikään kuin varmisti, että tekisimme kaikkemme. Tämän 34-vuotiaan naisen kirjoittaman tarinan voi ottaa kokemukselliseksi ohjenuoraksi kaikkien väkivaltatyön kehittämiseen.

”Jos tietäisit, kuinka paljon olen kärsinyt, avaisitko tällä kertaa rohkeasti silmäsi ja kuuntelisit, välittämättä ammatista, arvosta tai asemasta tai siitä, että sinulla on juuri nyt vähän kiire tai että kohtaamiseni on sinusta kiusallista? Vai olisiko sinulle helpompaa, että et koskaan joutuisi kohtaamaan minua? Näkemättä, kuulematta ja kohtaamatta, miettisitkö kuitenkin, olenko minä sittenkin olemassa? Olen verhonnut pelkoni, häpeäni ja syyllisyyteni erivärisiin viittoihin: mustiin aina silloin, kun olen ollut varma, että kuolen; punaisiin aina silloin, kun verinen kipu muistuttaa minua, että elän yhä; valkoisiin aina silloin, kun jaksan toivoa juuri sinun huomaavan ja auttavan. Mutta olisitko arvannut, että löin tänäkin aamuna lastani? Minä olen valmis paljastamaan itseni, mutta oletko sinä valmis ottamaan sen vastaan ja auttamaan minua?”

Väkivaltatyö sairaanhoitopiirissä

VISH-projektin strategisena lähtökohtana olivat läheisväkivallan terveys- ja hyvinvointivaikutukset. Läheisväkivalta on vakava uhka sitä kokevan terveydelle ja hyvinvoinnille, minkä vuoksi väkivallan ehkäisy ja sen vaikutusten hoito on tärkeä osa laadukasta ja hyvää terveydenhuoltoa ja sairaanhoitoa, koska tunnistamattomana väkivalta aiheuttaa paljon kärsimystä ja sairastuttaa ihmisiä ja myös kuluttaa huomattavan määrän terveydenhuollon voimavaroja, niin rahallisia kuin inhimillisiä.

Sairaanhoitopiirin väkivaltatyön kehittämisen perusta on varsin käytännöllinen: on järkevää ja mielekäs sekä toiminnallisesti että taloudellisesti synnyttää sellaisia toimintakäytänteitä, joilla voidaan puuttua läheisväkivaltaan, ja sen myötä aktiivisesti ylläpitää ja vahvistaa ihmisten terveyttä ja hyvinvointia osana perustehtävää uudella tavalla pelkän oireenmukaisen sairauden tai terveysongelman hoitamisen lisäksi. Kehittämistyö aloitettiin KSSHP:ssa väkivallan tunnistamisen todennäköisyyden kannalta kolmessa kaikkein keskeisimmässä yksikössä: äitiyspoliklinikalla, päivystyspoliklinikalla ja psykiatrisella vastaanotto-osastolla.

Läheisväkivaltainterventioilla lähdettiin siis tavoittelemaan terveydenhuoltolain mukaisesti kansalaisten terveyden, toimintakyvyn ja myös sosiaalisen turvallisuuden edistämistä sekä pitkällä aikavälillä sairastamisen ja terveystalouden käytön vähenemistä. Kehittämistoimintaa olivat näiden tavoitteiden lisäksi määrittelemässä kolme peruslähtökohtaa: läheisväkivaltaan kytkeytyvät vaikeat tunteet seurannaisvaikutuksineen, henkilökunnan tiedon puute ja puutteelliseksi koetut auttamisen keinot. Läheisväkivalta on ilmiönä häpeän, syyllisyyden, pelon ja yksityisyyden sävyttämää. Siksi väkivallan kokijat useimmiten mieluummin salaavat sen kuin kertovat hoito- tai asiakastilanteessa oma-aloitteisesti kokemuksistaan. Asian herkkyyden ja kipeyden vuoksi apua on vaikea pyytää ja saada, se jää piiloon ja sen terveys- ja muut vaikutukset pääsevät pikkuhiljaa kehkeytymään ja kertautumaan. Toiseksi terveydenhuollon työntekijät puolestaan näkevät tutkimusten mukaan vain harvoin viitteitä tai vihjeitä läheisväkivallasta, sillä heillä ole riittävästi tietoa ilmiöstä eikä sen mitä moninaisimmista vaikutuksista. Siksi he eivät välttämättä osaa etsiä ja tunnistaa väkivaltaa esimerkiksi epämääräisen sairastavuuden, kipuilun, päihderiippuvuuden, mielenterveyden ongelmien tai vaikkapa synnytyspelon takaa – eivätkä he usein tunnistaa tai rohkene tunnistaa edes selkeitä fyysisiä vammoja väkivallan aiheuttamiksi. Kolmanneksi vaikka väkivalta tunnistettaisiin tai asiakas uskaltaisi kertoa siitä itse, auttamisen keinot tuntuvat puutteellisilta: ei tiedetä, mitä tulisi itse tehdä tai mihin asiakas ohjata apua saamaan.

Läheisväkivallan tunnistamisen välineet

Toiminnan operationaaliseksi kulmakiveksi muodostui näiden johtoajatusten myötä slogan *tunnista, kohtaa ja auta*, joka on KSSHP:n väkivaltatyön tunnuksessa puoliksi mustan ja puoliksi punaisen särkyneen sydämen lisäksi. Tunnistamisen yleiseksi ja yhtenäiseksi periaatteeksi määriteltiin suora kysyminen, mikä on ylivoimaisesti varmin ja luotettavain tapa väkivallan tunnistamiseksi. Harvaa poikkeusta lukuun ottamatta minkään aikuisessa ihmisessä olevien ulkoisten tunnusmerkkien tai hänen taustaansa liittyvien seikkojen perusteella ei voida tehdä varmaa tunnistusta väkivallan kokemisesta. Siksi läheisväkivallasta päädyttiin kysymään rutiiniluonteisesti kaikilta asiakkailta osana huolellisten esitietojen keräämistä kolmella niin sanotulla suodatinkysymyksellä ja tarvittaessa väkivaltaa kartoittavilla tarkemmilla jatkokysymyksillä (Kuva 2.).

Suodatinkysymykset:

- 1) Onko Sinuun kohdistunut lähisuhteissasi jossakin elämänvaiheessa fyysistä, henkistä tai seksuaalista väkivaltaa tai kaltoinkohtelua?
- 2) Vaikuttaako kokemasi väkivalta edelleen hyvinvointiisi tai elämänhallintaasi?
- 3) Onko lähisuhteissasi tällä hetkellä fyysistä, henkistä tai seksuaalista väkivaltaa tai kaltoinkohtelua?

Kartoituskysymykset:

Mikäli henkilö vastaa myönteisesti kysymyksiin kaksi tai kolme, se edellyttää kokemusten tarkempaa selvittämistä 4–5 kartoituskysymyksellä, joilla kerätään tarkempaa tietoa

- 1) väkivaltakokemusten muodosta
- 2) viimeisimmän väkivaltakokemuksen tapahtumisajankohdasta
- 3) kokemusten toistuvuudesta
- 4) väkivallan tekijästä,
- 5) sekä lisäksi juuri tällä hetkellä väkivaltaa kokevilta siitä, onko heillä väkivallalle altistuvia lapsia.

Lisäksi väkivallan kokijaa pyydetään vielä arvioimaan kokemusten vaikutuksia asteikolla 0–5 sekä hänen hyvinvointiinsa että turvallisuuteensa. Suodatin- ja kartoituskysymykset on koottu strukturoidulle työkalukortille, jonka avulla tilanteessa on helppo edetä väkivallan kokijaa kuunnellen ja samalla arvioida kokemusten terveysvaikutuksia, mahdollista hoidollisen tai muun avun tarvetta ja jos kyseessä on tällä hetkellä koettu väkivalta myös turvallisuusriskiä. Turvallisuusriskin tarkempaan arviointiin on laadittu myös erillinen, terveydenhuoltoon sopiva strukturoitu kysymyslomake ja lisäksi vielä turvasuunnitelmalomake niihin tilanteisiin, kun tarvitaan turvasuunnittelua. Väkivallan puheeksi ottamisen lisäksi tärkeä osa väkivaltatyötä ovat kirjaamiseen ja tilastointiin liittyvät käytännöt. Niiden avulla väkivaltatyön tarve ja tehty työ saadaan näkyviin.

Läheisväkivaltaan liittyvä joustava apu ja tuki

Edellä kuvatun intervention pohjalta apua tarvitsevat väkivallan kokijat ohjataan pääsääntöisesti sairaanhoidon ulkopuolelle joko kunnallisiin, kolmannen sektorin tai seurakunnan tarjoamiin palveluihin sekä lisäksi, jos väkivallan kokeminen koskettaa alaikäisiä lapsia, ollaan yhteydessä lastensuojeluviranomaiseen ja tehdään lastensuojeluilmoitus. Ohjaustyön helpottamiseksi VISH-projektissa kartoitettiin KSSHP:n toiminta-alueen kaikki tarjolla olevat alueelliset palvelut sekä kunnissa tarjolla olevat paikalliset palvelut ja auttamiskanavat, jotka kaikki koottiin sähköiseen VISH-palvelukarttaan. Välttämätöntä oli saada sairaanhoidopiiriin sisälle myös oma erityispalvelu, johon voidaan ohjata 1) nopeasti jatkoapua tai selkeästi hoidollista apua tarvitsevat väkivallan kokijat, 2) ne avun tarvitsijat, joiden avun tarvetta on syytä selvittää tarkemmin kuin mihin työntekijällä hoitotilanteessa on mahdollisuus, ja 3) ne apua tarvitsevat, joita ei jostakin syystä voida ohjata esimerkiksi oman kotikunnan mielenterveystoimistoon jatkoapuun. Tätä varten KSSHP:ssa käynnistettiin väkivallan kokijoiden auttamiseksi psykososiaalinen asiantuntijatyöparitoiminta eli VISH-tiimi, johon kuuluu tällä hetkellä neljä psykiatrista sairaanhoitajaa ja kaksi sosiaalityöntekijää. Nämä työntekijät tapaavat tilanteen- ja tarpeenmukaisena työnparina väkivallan kokijan yhden arviointikäynnin verran ja tarvittaessa myös enimmillään viiden jatkokäsittelykäynnin verran.

VISH-tiimiin kuuluvilla työntekijöillä on väkivallan kokijoiden kohtaamiseen liittyvää erityisosaamista, ja sen vastuulla on ensisijaisesti tällä hetkellä väkivaltaa kokevan turvallisuudesta huolehtiminen, turvallisuuteen liittyvien asioiden järjestely ja elämäntilanteen vakauttaminen sekä aiemmin väkivaltaa kokeneen traumavaikutusten huolellinen arviointi, traumakokemusten akuutti jatkokäsittely, tuki ja vakauttaminen. Lisäksi tarvittaessa VISH-tiimi pyrkii löytämään väkivallan kokijalle jatkoapua varten sopivan palvelun ja kannustamaan akuutissa tilanteessa rikosilmoituksen tekemiseen. Myös VISH-tiimin toimintaa varten on luotu oma ei-strukturoitu työkalukortti auttamaan niin väkivaltakokemusten käsittelyä kuin turvallisuus- ja muita käytännöllisiä asioita.



SUODATINKYSYMYKSET

- 1 Onko Sinuun kohdistunut lähisuhteissasi* jossakin elämänvaiheessa fyysistä, henkistä tai seksuaalista väkivaltaa tai kaltoinkohtelua?
- 2 Vaikuttaako kokemasi väkivalta edelleen hyvinvointiisi tai elämänhallintaasi?
- 3 Onko lähisuhteissasi tällä hetkellä fyysistä, henkistä tai seksuaalista väkivaltaa tai kaltoinkohtelua?

Jos kysymyksiin 2 tai 3 on vastattu KYLLÄ, kysy seuraavat kartoituskysymykset:

KARTOITUSKYSYMYKSET

- 1 Millaista läheisväkivaltaa olet kokenut?

fyysistä väkivaltaa (esim. töniminen, lyöminen, potkiminen, tukistaminen, pään hakkaaminen, raapiminen, repiminen, ravistelu, ampuma- tai teräaseen käyttö, fyysisellä väkivallalla uhkailu)

henkistä väkivaltaa (esim. alistaminen, arvostelu, nimittely, halveksunta, kontrollointi, sosiaalisen kanssakäymisen rajoittaminen, voimakas mustasukkaisuus, eristäminen, tavaroiden hajottaminen, kotieläinten vahingoittaminen tai jollakin näistä tai esimerkiksi itsemurhalla uhkaaminen)

seksuaalista väkivaltaa (esim. raiskaus, raiskauksen yritys tai seksuaalisen kanssakäymisen eri muotoihin painostaminen tai seksiin pakottaminen, seksuaalisella väkivallalla uhkailu, seksuaalinen halventaminen, ehkäisyyn käytön kieltäminen, aborttiin pakottaminen, seksuaalisen itsemääräämisoikeuden rajoittaminen)

kaltoinkohtelua tai laiminlyöntiä (esim. lapsen, vanhuksen tai vammaisen jättäminen vaille hoitoa, apua tai huolenpitoa tilanteissa, joissa hän on ollut niistä riippuvainen, toisen ihmisen vahingoittaminen lääkkeillä, päihteillä, kemikaaleilla tai liuottimilla)

taloudellista väkivaltaa (esim. itsenäisen rahankäytön estäminen, taloudelliseen päätöksentekoon osallistumisen estäminen tai pakottaminen omien rahojen antamiseen toisen käyttöön, taloudellisella väkivallalla uhkailu tai kiristäminen)

kulttuurista tai uskonnollista väkivaltaa (esim. uskonnolliseen vakaumukseen pakottaminen, väkivallalla uhkaaminen tai sen käyttö uskontoon tai kulttuuriin viittaamalla, kuten ns. kunniaväkivalta, uskontoon liittyvillä asioilla uhkailu)

- 2 Milloin olet viimeksi ollut kuvailemasi läheisväkivallan kohteena?
(esim. vuorokauden, viikon, kuukauden, vuoden sisällä, joskus aiemmin)
- 3 Kuinka usein olet joutunut läheisväkivallan kohteeksi?
(esim. vain kerran, useita kertoja, toistuvasti, jatkuvasti)
- 4 Kuka tai ketkä ovat harjoittaneet läheisväkivaltaa Sinua kohtaan?
- 5 **Tämä kysymys kysytään vain, jos läheisväkivaltaa on tällä hetkellä.**
Onko tilanteissa ollut läsnä alaikäisiä lapsia, jotka altistuivat väkivallalle (näkiät, kuuluivat, joutuivat osallisiksi, olivat mukana väkivaltatilanteissa tai olivat itse väkivallan kohteena)?

*) Lähisuhteella tarkoitetaan potilaan/asiakkaan perhe-, sukulaisuus- tai seurustelusuhdetta tai muita näihin rinnastettavia erityisen läheisiä ihmissuhteita – ei kuitenkaan esim. työelämään tai tuttavapiiriin liittyviä suhteita.



POTILAAN/ASIAKKAAN OMA ARVIOINTI (0 = ei vaikutusta, 5 = suuri vaikutus)

Miten arvioisit kokemas läheisväkivallan vaikutuksia tämänhetkiseen hyvinvointiisi asteikolla 0–5?
Miten arvioisit kokemas läheisväkivallan vaikutuksia tämänhetkiseen turvallisuuteesi asteikolla 0–5?
Millaista apua toivoisit tilanteeseesi?

TYÖNTEKIJÄN ARVIOINTI

Arvioi potilaan/asiakkaan hyvinvointiin ja turvallisuuteen liittyvää riskiä. Mikäli arvioit, että jompikumpi riski on merkittävä, käy hänen kanssaan huolella läpi, millaisiin hyvinvointia ja turvallisuutta edistäviin toimenpiteisiin tulisi ryhtyä.

Potilaalle/asiakkaalle tulee antaa aina aika VISH-tiimiin seuraavissa tilanteissa:**

- 1 jos häneen kohdistuu tällä hetkellä lähisuhteissaan väkivaltaa
- 2 jos potilaan/asiakkaan jossakin muussa elämänvaiheessa koetun läheisväkivallan terveys- ja hyvinvointivaikutukset ovat työntekijän arvioinnin perusteella selkeitä TAI
- 3 jos työntekijä arvioi sen olevan tarpeellista mistä tahansa potilaan/asiakkaan tämänhetkiseen terveyteen ja hyvinvointiin liittyvästä syystä.

Täytä erillinen turvallisuusriskin arviointilomake seuraavissa tapauksissa:

- a) jos potilaalla/asiakkaalla on nykyisessä lähisuhteessaan väkivaltaa JA jos hänen oma arviointinsa turvallisuusvaikutuksista on vähintään 3
- b) jos potilaalla/asiakkaalla on nykyisessä lähisuhteessaan väkivaltaa JA jos hän on raskaana.

ARVIOINNIN PERUSTEELLA RYHDYTÄÄN POTILAAN/ASIAKKAAN SUOSTUMUKSELLA SEURAAVIIN TOIMENPITEISIIN:

- tehdään ajanvaraus VISH-tiimiin
- jatketaan läheisväkivaltakokemusten käsittelyä osana hoitoa
- ohjataan potilas/asiakas hoitavan yksikön lääkärille
- tehdään lastensuojeluilmoitus (tehdään AINA, jos kartoituskysymyksen 5 mukaan läsnä lapsia)
- otetaan yhteys tai ohjataan potilas/asiakas päivystäviin kriisipalveluihin (Mobile, Tukinainen)
- ohjataan potilas/asiakas ottamaan yhteys poliisiin tai Rikosuhripäivystykseen, tekemään rikosilmoitus ja/tai hakemaan lähestymiskieltoa tai pyydetään poliisin konsultaatio
- otetaan yhteys potilaan/asiakkaan kotikunnan sosiaalipäivystykseen tai hätäkeskukseen
- pyydetään potilaalle/asiakkaalle maksusitoumus turvakotiin virka-aikaisen sosiaalityön tai sosiaalipäivystyksen kautta
- otetaan yhteys tai ohjataan potilas/asiakas hoitavan yksikön sosiaalityöntekijälle kotikunnan palvelujen kartoittamista varten
- tehdään potilaalle/asiakkaalle turvallisuusriskin arviointi (erillinen arviointilomake)
- jatkotoimenpiteitä ei tarvita (esim. potilas/asiakas on jo avun piirissä, kuten perheneuvola, terapia, kunnallinen sosiaalityö)

HUOMI Kaikkiin yhteydenottoihin sairaalan ulkopuolelle lukuun ottamatta lastensuojeluviranomaisia tarvitaan potilaan/asiakkaan kirjallinen suostumus (erillinen lupalomake). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 17§ ja Potilaslaki 13§.

***) VISH-tiimi = Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sairaaloissa käytössä oleva psykososiaalinen asiantuntijatyöpari (psykiatrinen sairaanhoitaja tai psykologi ja sosiaalityöntekijä), joka kartoittaa potilaan/asiakkaan väkivaltakokemusten vaikutuksia sekä psyykkisen ja sosiaalisen kokonaistilanteen, tekee tarkemman hoidon tarpeen arvioinnin ja ohjaa mahdolliseen jatkohoitoon.

Kuva 2. Läheisväkivallan tunnistamisen välineet: suodatin- ja kartoituskysymykset.

Riittävän hyvän auttamisen periaatteet

”Riittävän hyvän auttamisen” kymmenen periaatetta, jotka toimivat samalla myös terveydenhuollossa tehtävän väkivaltatyön laatuksiteereinä, ovat VISH-projektin tulosten perusteella kootusti seuraavat:

- **pienin välttämätön** ja **mahdollisimman varhainen** puuttuminen terveys- ja hyvinvointisyyistä
- järjestelmällinen ja rutiiniluonteinen **läheisväkivallasta kysyminen osana huolellisia esitietoja** sekä sen perusteella väkivallan tunnistaminen, **terveysvaikutusten ja hoidon tai muun jatkoavun tarpeen arviointi**
- jos fyysisiä vammoja tai vaurioita, niiden huolellinen dokumentointi myös juridisesti pätevään muotoon, sekä kaikissa tapauksissa positiivisen väkivaltasuodatuksen ja -kartoituksen **tarkka kirjaaminen** sekä väkivallan **tilastointi** ICD-10 luokituksen mukaisesti, joka KSSHP:ssa tehdään seuraavasti: T74.0 Hylkääminen ja suojaamattomaksi jättäminen, T74.1 Fyysinen pahoinpitely, T74.2 Seksuaalinen hyväksikäyttö, T74.3 Henkinen pahoinpitely, T74.8 Muu pahoinpitelyoireyhtymä, T74.9 Määrittämätön pahoinpitelyoireyhtymä
- asiallisen **tiedon tarjoaminen** väkivallasta, sen seurauksista ja terveys- ja muista vaikutuksista sekä väkivallan kokijan oikeuksista (KSSHP:ssa oma potilasesite) + **väkivallan käytön tuomitseminen** ja ehdoton nollatoleranssi
- akuutissa väkivallassa kannustaminen rikosilmoituksen tekemiseen; tarvittaessa pyydetään asiakkaan suostumuksella poliisin konsultaatio; alaikäisten osalta yhteys suoraan poliisiin, jos kyseessä on seksuaalirikosepäily
- akuutissa väkivallassa myös **turvallisuusriskin arviointi** ja **turvallisuudesta huolehtiminen** sekä tarvittaessa turvasuunnitelman laatiminen
- jos väkivallan kokijalla alaikäisiä lapsia, jotka altistuvat väkivallalle, yhteydenotto lastensuojeluviranomaiseen ja **lastensuojeluilmoituksen tekeminen**
- jatkoapumahdollisuuksien esittely ja niihin ohjaaminen tarvittaessa (KSSHP:ssa apuna yhteystietokortti ja sähköinen VISH-kuntapalvelukartta)
- **tarvittaessa hoidollinen tai suojellinen jatkokäsittely tai hoito** (KSSHP:ssa psykososiaalinen erityispalvelu VISH-tiimi)
- **väkivaltatyöllä ei saa tehdä väkivaltaa**, eli epäillä, vähätellä, syyllistää, tuomita, arvostella, halveksua tai painostaa väkivallan kokijaa

VISH-projektia toteutettiin tiiviissä ja tärkeässä yhteistyössä Jyväskylän yliopiston kanssa. Yliopiston tutkijaryhmä on tuottanut kumppanuuden tiimoilta kolme väkivaltainterventiota käsittelevää tutkimusartikkelia (Husso ym. 2011; Notko ym. 2011; Virkki ym. 2011), jotka pohjautuvat VISH-projektin yhteydessä pilottiyksiköissä tehtyyn potilastutkimukseen ja henkilöstön fokusryhmätutkimukseen.

Onnistunut väkivaltainterventio tarvitsee kaikkialla terveydenhuollossa laadukasta työnteekijöiden koulutusta ja monipuolista ammatillisten valmiuksien kehittämistä niin itse väkivaltailmiöstä, väkivallan terveysvaikutuksista, työkalujen käytöstä kuin väkivallan kokijan kohtaamisesta. Henkilöstön kouluttamiseen ja myös työnohjaukseen on KSSHP:ssa panostettu VISH-projektin aikana kohtuullisesti. Projektin päätyttyä tilanne on ollut toinen, vaikka laadukas väkivaltatyö edellyttää hyvää huolenpitoa myös työnteekijöistä. Haastavaa työtä on tärkeä tukea työnohjauksella, ja alati vaihtuva henkilökunta tarvitsee koulutusta sekä väkivaltailmiöstä että puuttumisen käytänteistä. Niin ikään onnistuneeseen väkivaltainterventioon kaivataan sekä yhteisöllistä että yksilöllistä muutosta ja kehitystä, päättäväistä olemassa olevien asenteiden ja mahdollisten ennakkoluulojen tutkiskelua sekä sen pohjalta pitkämielisen ammattieettisen toiminta-asenteen synnyttämistä tähän vaikeaan, monimutkaiseen ja ikäväänkin ilmiöön.

Pienikin ponnistelu voi tuottaa suuria ja kestäviä hyötyjä. Vain laaja-alainen osaaminen ja ymmärtäminen, joihin kuuluu myös eettinen tietoisuus, takaavat sekä terveydenhuollon organisaation että yksittäisten työnteekijöiden sitoutumisen väkivaltatyöhön. Vaikka VISH-projektin myötä asenteet muuttuivat merkittävästi, sitoutuminen on ollut KSSHP:ssa tehdyn väkivaltatyön kehittämisen ja nykyisen toteuttamisen ylivoimaisesti vaikein haaste. Korkeatasoisen väkivaltatyön elinehto on toimintaa tukevat yhteisölliset rakenteet ja organisatoriset puitteet. Niiden vahvuudesta sekä niihin sijoittuvan toiminnan määrätietoisuudesta

vastaa kaikki organisaation esimiestasot ja ensisijaisesti sen ylin johto. VISH-projektin heikoimmaksi kohdaksi paljastui jälkityö: luotujen käytänteiden täysimääräinen ja vastuullinen implementointi, minkä seurauksena kettu ja karhu olivat molemmat vaarassa menettää häntänsä.

Henkilöstön omat läheisväkivallan kokemukset

KSSHP:ssa toteutettiin VISH-projektin toiminta-aikana vuonna 2010 koko henkilöstölle suunnattu terveys- ja hyvinvointitutkimus, joka tullaan toistamaan lähitulevaisuudessa. Tutkimuksen osana oli kaksi läheisväkivaltaa koskevaa kysymystä. Ensimmäisellä kysymyksellä selvitettiin, onko vastaajaan jossain vaiheessa elämää kohdistunut lähisuhteissa henkistä, fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa ja toisella kysymyksellä sitä, onko vastaaja jossain vaiheessa elämää kohdannut läheistensä välistä henkistä, fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa. Tutkimuksen lähes 2 000 vastaajasta joka kolmas oli itse kokenut henkistä väkivaltaa ja lähes joka viides fyysistä väkivaltaa lähisuhteissaan. Seksuaalista väkivaltaa lähisuhteissaan oli kokenut noin viisi prosenttia vastaajista.

Tutkimuksen mukaan yksi keskeinen väkivaltatyön haaste liittyy terveydenhuollon työntekijöiden omiin väkivaltakokemuksiin, jotka voivat olla vaikeuttamassa ja jopa esteenä väkivaltaan puuttumisessa ja potilaiden auttamisessa. Haasteen helpottamiseksi väkivaltatyötä tekevän terveydenhuollon organisaation tulisi olla emotionaalisesti turvallinen hoiva- ja työympäristö, jossa hoitotyön laadun ja vaikuttavuuden keskeisenä osatekijänä on henkilöstön terveyteen ja sen edistämiseen liittyvät asiat myös siten, että se turvaa tarvittaessa omalle henkilöstölleen mahdollisuuden avun saamiseen läheisväkivaltakokemuksissa. KSSHP:ssa tämä ei vielä toteudu eettisesti kestäväällä tavalla. Työn tämänkin tavoitteen edistämiseksi on jatkettava.

Väkivaltaintervention perustason sovellutuksia Keski-Suomessa

Lähisuhde- ja kuritusväkivallan ehkäisyn, tunnistamisen ja puheeksi oton kehittäminen kunnan, seurakunnan ja järjestötoimijoiden yhteistyönä

Väkivaltatyö on suomalaisessa terveydenhuollossa keskittynyt pitkälti korjaavaan työhön eli niihin tilanteisiin, kun väkivaltaa on jo tapahtunut tai sitä on kestänyt pitkään. Kokonaisvaltainen ehkäisevän työn kehittäminen sekä käytännön toimijoille suunnattu ohjaus ja tuki juuri väkivallan ehkäisytyöhön on ollut valitettavan puutteellista, eikä siihen liittyvää peruskoulutusta, erityisosaamista tai työmenetelmiä ole ollut systemaattisesti saatavilla.

Lapset ja perheet Kaste-hanke (1.11.2010–31.10.2012) aloitti lähisuhde- ja kuritusväkivallan ehkäisyn koulutus- ja toimintamallin kehittämisen Jyväskylässä. Kehittämistyö suunniteltiin yhteistyössä kunnan, seurakunnan ja järjestötoimijoiden sekä neuvolan asiakasraadin kanssa. Pilottialueeksi (2011–2012) valikoitui Jyväskylä ja Jyväskylän terveydenhuollon yhteistoiminta-alue, johon kuuluvat Muuramen, Uuraisten ja Hankasalmen kunnat.

Väkivallasta kysymisen tulisi neuvolatoimintaa koskevan asetuksen (380/2009) mukaan olla systemaattista kaikissa maamme äitiys- ja lastenneuvoloissa sekä kouluterveydenhuollossa. Lähisuhde- ja kuritusväkivallan tunnistaminen ja puheeksi otto edellyttää kuitenkin käytännöissä työntekijöiden osaamista ja rohkeutta sekä yhtenäisiä työvälineitä ja toimintapoja niiden käyttöön: pelkkä asetus ei riitä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin VISH-projektissa kehitettyä läheisväkivallan suodatin- ja kartoituslomaketta muokattiin työvälineeksi neuvoloihin ja kouluterveydenhuoltoon. Lomakkeen käyttöönottoon liittyvä erillinen koulutus on suunnattu neuvola-asetuksen mukaiseen toimintaan äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajille, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajille ja perhetyöntekijöille.

Lomakkeen rinnalla rakennettiin palvelupolku-toimintamalli: *Puheeksi ottaminen, tunnistaminen ja palveluihin ohjaaminen neuvoloissa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa*. Tämä sisältää toimintaohjeen väkivallan puheeksiottoon ja tunnistamiseen, suodatin- ja kartoituslomakkeen ja sen käytön, väkivallan vaikutusten ja hoidon tarpeen arviointilomakkeen, turvallisuusriskin arviointilomakkeen, turvasuunnitelmalomakkeen sekä kirjaamisohjeet, joissa kaikissa on hyödynnetty VISH-projektissa tuotettuja työkaluja ja ohjeistuksia. Palvelupolulta löytyvät myös tiedot yhteistyökumppaneista ja kuvaukset heidän osuudestaan väkivaltatyössä. Palvelupolku on tallennettavissa työntekijän omalle tietokoneelle ja tarvittaessa helposti muokattavissa sekä päivitettävissä. Polku on liitetty osaksi KSSHP:n perusterveydenhuollon yksikössä

yhteistyössä kuntien kanssa laadittua MasA (masennus- ja alkoholisairaudet) -hoitokarttaa, joka on tarkoitettu koko perusterveydenhuollon henkilöstön käyttöön Keski-Suomessa. Lähisuhte- ja kuritusväkivalta -koulutuksen kouluttajaverkosto puolestaan koostuu kuntien, seurakuntien ja järjestöjen toimijoista. Koulutuksen sisältö rakennettiin yhteistyössä neuvola-, varhaiskasvatus- ja opetustoimen henkilöstön kanssa heidän näkemyksiinsä ja tarpeisiinsa perustuen.

Monitoimijaisen koulutus- ja toimintamallin tavoite ja myös ensisijainen hyöty on siinä, että riskiperheet osataan tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, ja asiakas ohjataan oikean palvelun piiriin. Osaavan ja oikea-aikaisen tuen myötä voidaan ehkäistä tilanteen paheneminen ja mahdollinen tuleva, entistä vakavampi väkivalta. Tavoitteena on myös lisätä väkivallasta käytävää keskustelua eri toimijoiden välillä ja sen myötä vahvistaa uudenlaista kykyä ja ymmärrystä nähdä ja kuulla väkivalta, puuttua siihen sekä viime kädessä lisätä niin ihmisten hyvinvointia kuin työtekijöiden ammatillista osaamista. Väkivallan ehkäisytyö vaatiikin parhaiten toteutuakseen monialaista yhteistyötä kunnan, seurakunnan ja järjestöjen välillä sekä vahvan linkin myös erikoissairaanhoidon. Suunnitelmallinen koulutus ja toimivat työvälineet sekä toimintatavat arviointikäytänteineen mahdollistavat tuloksellisen väkivallan ennalta ehkäisyn. Osana KSSHP:n Läheisväkivallan ehkäisyn kansallinen osaamiskeskus -hanketta toimintaa laajennetaan Jyväskylän ja sen terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen ulkopuolelle sekä erityistason läheis- ja kuritusväkivallan asiantuntijaverkoston ja -materiaalipankin luomiseen.

Muut perustason läheisväkivaltainterventiot Keski-Suomessa

Kaste-rahoituksella vuonna 2011 käynnistyneessä kaksivuotisessa Arjen mieli -hankkeessa on tavoitteena mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen paremmin kuntalaisten tarpeita vastaavaksi. Hankkeeseen sisältyy prosessinomaisesti seutukunnittain etenevää moniammatillista koulutusta, johon liittyy kehittämistehtäviä. Tiiviimpään verkostoitumiseen, dialogiin ja osaamisen vahvistamiseen eri tahojen välillä sisällytetään myös läheisväkivallan tunnistaminen ja siihen puuttuminen. Väkivallalle altistuneiden mielenterveys- ja päihdepotilaiden ja -asiakkaiden hoitoa ja kuntoutusta niin paikallisesti kuin erityistasolla edistetään hankkeen aikana. Koulutuksissa huomioidaan myös väkivaltaisen käyttäytymisen puheeksi ottaminen, alkoholin, lääkkeiden ja muiden päihteiden osuus väkivaltaisessa käyttäytymisessä sekä lasten riski joutua laiminlyönnin ja väkivallan kohteeksi.

KSSHP:n alueella perusterveydenhuollossa on käytössä ammattilaisten työn tueksi luodut sähköiset hoitokartat, joihin on koottu keskeisimpien kansansairauksien ehkäisyn, tunnistamisen, hoidon ja kuntoutuksen ohjeistus. Masennuksen ja alkoholiriippuvuuden hoitokartassa (MasA) on huomioitu myös läheisväkivalta, koska ne linkittyvät usein käytännön elämässä yhteen. VISH-projektin tuotoksena syntyneitä työkaluja on koottu MasA-hoitokarttaan, ja ne ovat sieltä tarvittaessa tulostettavissa paperiversioiksi samoin kuin esimerkiksi Pahoinpity- ja kehonkartta (Pake-lomake) väkivallan aiheuttamien fyysisten vammojen piirtämistä varten. Myös lasten tilanteen arviointi väkivallan uhrina tai vanhempien välisen väkivallan kokijana on huomioitu. Lakimuutoksen jälkeen myös toimintaohjeita lasten seksuaalisen väkivallan epäilyissä ja toteamisissa on tarkennettu yhdessä Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen (Koske) ja Lapset ja perheet Kaste-hankkeen kanssa. Hoitokartoista on räätälöity kunkin palveluja tuottavan seutukunnan palvelutarjontaa vastaavat versiot yhdessä paikallisten toimijoiden kanssa. Hoitokarttojen käyttöönottokoulutuksissa on käsitelty läheisväkivallan ja sen uhan alla elämisen terveydellisiä vaikutuksia. Myös maakunnallisen yhteispäivystyksen henkilökuntaa on koulutettu aiheesta. Erityisesti ilmiön tunnistamiseen ja varhaiseen puuttumiseen terveydenhuollon eri toimipisteissä on kiinnitetty huomiota.

Lopuksi: Väkivaltaintervention haasteet ja mahdollisuudet

Läheisväkivallan kokeminen vaarantaa sekä väkivaltaa kokevan yksilön että myös mahdollisen perheen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn. Läheisväkivalta on myös yleistä: joka viidennessä suomalaisessa perheessä väkivallan eri muodot ovat arkipäivää. Nämä kaksi asiaa tekevät läheisväkivallasta vaikean ja haastavan sosiaalisen ongelman, joka edellyttää monialaista vastuunottoa – terveydenhuollon toiminta mukaan lukien. Vaikka toimintaa ohjaavat kansainväliset sopimukset ja kansainvälisten yhteisöjen jäsenyydet, ja vaikka läheisväkivaltaan liittyviä kehittämishankkeita on terveydenhuollossa toteutettu 2000-luvulla useita, ne

eivät ole johtaneet terveydenhuollon arkikäytänteissä pysyvään ja järjestelmälliseen toimintaan, ainakaan laajamittaisesti.

Terveydenhuollossa ei ole täysimääräisesti sisäistetty sitä eettistä vastuuta, joka sille väkivaltatyössä jo lähtökohtaisesti kuuluu. Terveydenhuollon työntekijöillä ei ole riittävää tietämystä eikä taitamusta läheisväkivallan tunnistamiseen eikä siihen puuttumiseen silloinkaan, kun se tunnistetaan. Jopa 60–90 prosentilla terveydenhuollon henkilöstöstä on vaikeuksia tunnistaa väkivalta ja puuttua siihen. Koulutuksen ja osaamisen puutteen lisäksi kyse on myös asenteista, jotka myötäilevät pitkälti maamme kulttuurisia juonteita suhtautumisessamme väkivaltaan, sen käyttämiseen ja myös hyväksymiseen.

Väkivaltaan puuttuminen on osa kansanterveystyötä (WHO 2002). Gro Harlem Brundtland on vaatinut terveydenhuoltoa ”antamaan äänen väkivallan uhreille ja kuulemaan heidän tarinansa”. Hän linjasi kansanterveystyön olevan epäonnistunutta, jos esimerkiksi lasten sallitaan menehtyä pahoinpitelyn uhreina, vaikka viimeisten vuosikymmenten aikana lasten tautikuolleisuutta onkin kyetty merkittävästi alentamaan. Suomalaisen on syytä ottaa tämä linjaus erityisen vakavasti, sillä meillä pahoinpidellään alle yksivuotiaita vauvoja kuoliaaksi enemmän kuin missään muualla läntisessä maailmassa.

Systemaattinen väkivaltatyö tukee ja edistää kaikkia niitä tavoitteita ja pyrkimyksiä, jotka määrittelevät myös suomalaista kansanterveystyötä. Väkivaltatyön sisällyttäminen osaksi kansanterveystyötä pakottaa meidät tarkistamaan kulttuurisia käsityksiämme väkivallan hyväksyttävyydestä ja kyseenalaistamaan vahvana vaikuttavan näkemyksen, jonka mukaan väkivallan teot ovat perheiden yksityisasiota, ihmisten omien valintojen seurausta tai ihmiselämään väistämättä kuuluvia.

Aikuisena väkivaltaa kokeneiden sairausetiologiaa tai väkivaltakokemusten ja sairastumisen ajallista järjestystä on tutkimuksellisesti haastavaa selvittää, vaikka väkivallan kokemisen tiedetään merkittävästi lisäävän riskiä sairastumiseen. Yksilötasolla sairausetiologian selvittäminen on helpompaa ja mahdollista, mutta se edellyttää kuitenkin nykyistä biolääketieteellistä hoitamisen tapaa huomattavasti laajempaa lähestymistä ihmisen oireisiin ja sairauksiin erityisesti hänen omien kokemustensa ja kertomuksensa kautta sekä kykyä tarkastella asiaa oirekeskeisiä diagnooseja laajemmin. Lääketieteelliseen tutkimukseen kaivataan paradigmoja, joiden avulla tieteellisin menetelmin voidaan päästä tutkimaan ruumis-kokemus-merkitys - akselilla liikkuvia ilmiöitä ja niiden vaikutusmekanismeja (Kirkengen 2001 ja 2010). Yksi tällainen tutkittava ilmiö on läheisväkivalta. Läheisväkivallan terveysvaikutusten näkökulmasta myös perinteinen hoidollinen ja tutkimuksellinen kahtiajako ruumiiseen ja mieleen tulee kyseenalaistaa, sillä kaikki väkivaltaan liittyvät tekijät integroituvat viime kädessä yhteen ja samaan tuntevaan ja kokevaan ihmisruumiiseen, jossa ei ole erillään olevaa fyysistä tai psyykkistä puolta. Läheisväkivallan terveysvaikutuksetkaan eivät ole dikotomisesti joko psyykkisiä tai fyysisiä.

KSSHP:n väkivaltatyöstä saatujen kokemusten perusteella väkivaltainterventio sairaanhoidollisessa toimintaympäristössä edellyttää sinne luotuja, mutta olemassa oleviin käytänteisiin sopivia johdonmukaisia ja selkeitä toimintakäytänteitä. Keskeistä on myös eri toimijoiden vastuiden selkiyttäminen siitä, mitä kunkin toimijan kuuluu missäkin tilanteessa vähintään tehdä ja mitä puolestaan ei tarvitse tehdä. Välttämättömiä ovat myös sairaanhoitoon räätälöidyt työkalut, jotka KSSHP:ssa kehitettiin ja testattiin huolellisesti. Onnistunut puuttumistyö vaatii myös moniammatillista yhteistyötä, palvelujen verkostoimista sekä hyvää tiedon kulkua eri toimijoiden välillä, myös sairaanhoidon ulkopuolelle. Lisäksi on ensiarvoista, että sairaanhoidon omaan toimintaympäristöön luodaan erityispalvelu tai toimintamuoto, joiden varassa kiireellisen avun tarpeessa olevia tai erityisosaamista vaativia väkivallan kokijoita voidaan auttaa.

Kehittämistyön merkittävyyttä osoittaa se, että KSSHP sai vuodelle 2012 Sosiaali- ja terveysministeriön myöntämää terveyden edistämisen määrärahaa Läheisväkivallan kansallisen osaamiskeskuksen perustamiseksi. Kolmivuotisen hankkeen päätyttyä KSSHP:n on tarkoitus ylläpitää maamme ensimmäistä väkivaltatyöhön keskittyntä osaamiskeskusta. Väkivaltatyö ja sen kehittäminen palvelun koko maata jatkaa Keski-Suomessa edelleen. Terveydenhuollon paikalliset ja alueelliset toimijat voivat kääntyä väkivaltatyön kehittämiseen liittyvine tarpeineen, haasteineen ja kysymyksineen KSSHP:n osaamiskeskus-hankkeen työntekijöiden puoleen (<http://www.ksshp.fi> → tutkimus- ja kehittämistoiminta → projektit). Myös kaikki VISH-projektissa tuotettu materiaali niin työntekijöille (sisältää toiminta- ja hoito-ohjeen, kirjaamisohjeet sekä kaikki työkalut) kuin potilaalle (esite, juliste ja yhteystietokortti) on saatavissa tutustuttavaksi ja käyttöön hankkeen, ja myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kautta.

Väkivallan tunnistaminen, siitä puhuminen sekä kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen ovat ensiaskeleita väkivallasta selviytymiseen. KSSHP:ssa käynnistetty väkivaltainterventio on tarjonnut vuodesta 2010 alkaen jo lukuisia mahdollisuuksia näiden askelten ottamiseen. Se on kuultavissa myös kolmen väkivaltaa kokeneen palautteesta:

On elämänikäinen yksinäisyys, jossa olen istunut vangittuna ja tuijottanut murhenäytelmää suoraan silmiin voimatta koskaan aiemmin kertoa kenellekään, mitä olen todella kokenut. (Psykiatrisella osastolla tunnistettu väkivaltaa kokenut mies)

Väkivaltakokemuksista kysyminen täällä oli minulle kuin viimeinen oljenkorsi, johon tartuin. (Äitiyspoliklinikalla tunnistettu väkivaltaa kokenut nainen)

Olen vihdoinkin löytänyt toivon ja toipumisen tien; en olisi löytänyt sitä mistään muualta ennen kuolemaani. (Päivystyspoliklinikalla tunnistettu väkivaltaa kokenut nainen)

Kirjallisuus

- Anda Robert, Felitti Vincent, Walker John, Whitfield Charles, Bremner Douglas, Perry Bruce, Dube Shanta & Giles Wayne: The enduring effects of abuse and related experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 256 (2006): 3, 174–186.
- Antonovsky Aaron: *Unraveling The Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers 1987.
- Bonomi Amy, Anderson Melissa, Reid Robert, Rivara Frederick, Rivara, Carrell David & Thompson Robert: Medical and Psychosocial Diagnoses in Women with a History of Intimate Partner Violence. *Archives of International Medicine* 169 (2009): 18, 1692–1697.
- Brown David, Anda Robert, Tiemeier Henning, Felitti Vincent, Edwards Valerie, Croft Janet & Giles Wayne: Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine* 37 (2009): 5, 389–396.
- Campbell Jacquelyn: Health Consequences of Intimate Partner Violence. *Lancet* 359 (2002): 9313, 1331–1336.
- Coker Ann, Smith Paige, Bethea Lesa, King Melissa & McKeown Robert: Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate Partner Violence. *Archives of Family Medicine* 9 (2000): 5, 451–457.
- Cook Alexandra, Spinazzola Joseph, Ford Julian, Lanktree Cheryl, Blaustein Margaret, Cloitre Marylene, DeRosa Ruth, Hubbard Rebecca, Kagan Richard, Liautaud Joan, Mallah Karen, Olafson Erna & van der Kolk Bessel: Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals* 35 (2005): 5, 390–398.
- Felitti Vincent, Anda Robert, Nordenberg Dale, Spitz Alison, Edwards Valerie, Koss Mary & Marks James: Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* 14 (1998): 4, 245–258.
- Hegarty Kelsey: Domestic Violence: the hidden epidemic associated with mental illness. *The British Journal of Psychiatry* 198 (2011): 3, 169–70.
- Husso Marita, Virkki Tuija, Notko Marianne, Holma Juha, Laitila Aarno & Mäntysaari Mikko: Making sense of domestic violence intervention in health care. *Health and Social Care in the Community* 19 (2011). <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2524.2011.01034.x/full> (luettu 20.2.2012).
- Kendall-Tackett Kathleen: Physiological correlates of childhood abuse: chronic hyperarousal in PTSD, depression, and irritable bowel syndrome. *Child Abuse Neglect* 24 (2000): 6, 799–810.
- Kendall-Tackett Kathleen: *Treating the Lifetime Health Effects of Childhood Victimization*. Kingston: Civic Research Institute 2003.
- Kirkengen Anna Louise: *Inscribed Bodies. Health Impact of Childhood Sexual Abuse*. Boston: Kluwer Academic 2001.
- Kirkengen Anna Louise: *The Lived Experience of Violation. How Abused Children Become Unhealthy Adults*. Bukarest: Zeta Books 2010.
- Larsen-Helweg Karin, Sorensen Jan, Hansen-Bronnum Henrik & Kruse Marie: Risk factors for violence exposure and attributable healthcare costs: Results from the Danish national health interview surveys. *Scandinavian Journal of Public Health* 39 (2011): 1, 10–16.
- Notko Marianne, Holma Juha, Husso Marita, Virkki Tuija, Laitila Aarno, Merikanto Juhani & Mäntysaari Mikko: Lähi-suhdeväkivallan tunnistaminen erikoissairaanhoidossa. *Duodecim* 127 (2011): 15, 1599–1606.
- Maniglio Roberto: Severe Mental Illness and Criminal Victimization: A Systematic Review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 119 (2009): 3, 180–191.
- Pikarinen Ulla, Saisto Terhi, Schei Berit, Swahnberg Katarina & Halmesmäki Eija: Experiences of physical and sexual abuse and their implications for current health. *Obstetrics & Gynecology* 109 (2007): 5, 1116–1122.

- Sosiaali- ja terveysministeriö: Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy-suositukset. Tunnista, turvaa ja toimi. Sosiaali- ja terveystoimelle paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Autonomia ja heitteillejätö – eettistä rajankäyntiä. ETENE-julkaisuja 10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Älä lyö lasta! Kansallinen lapsiin kohdistuvan kuritusväkivallan vähentämisen toimintaohjelma 2010–2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b.
- Velleman Richard, Templeton Lorna, Reuber Danielle, Klein Michael & Moesgen Diana: Domestic Abuse Experienced by Young People living in Families with Alcohol Problems: Results from a Cross-European Study. *Child Abuse Review* 17 (2008): 6 387–409.
- Virkki Tuija, Husso Marita, Notko Marianne, Laitila Aarno, Holma Juha & Mäntysaari Mikko: Lähisuhdeväkivallan kehitystyminen erikoissairaanhoidossa: puuttuminen ja muutoksen mahdollisuudet. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 48 (2011): 4, 280–293.
- Wegman Holly & Stetler Cinnamon: A Meta-Analytic Review of the Effects of Childhood Abuse on Medical Outcomes in Adulthood. *Psychosomatic Medicine* 71 (2009): 8, 805–812.
- WHO: World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization 2002.
- <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001> (luettu 24.2.2012).
- <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417> (luettu 24.2.2012).
- <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2009/20090380> (luettu 24.2.2012)

6.2 ART – Aggression Replacement Training – ryhmäharjoitusmenetelmä aggressiivisesti käyttäytyville nuorille

Tiina Röning (toim.), Kaisa Kivelä, Jaana Jokinen, Risto Kilvelä, Jussi Savolainen

Johdanto

Nuorten aggressiivinen ja rajoja rikkova käyttäytyminen herättää huolta ja huomiota. Vaikka ulospäin oireilevien nuorten ongelma on helppo tunnistaa, on aggressiivista käyttäytymistä hankala muuttaa. Se on lyhyellä aikavälillä hyvin palkitsevaa, yliopittua ja sitä mallinnetaan ja tuetaan usein ympäristössä enemmän kuin prososiaalista käyttäytymistä. Ei siis ihme, että toimivia ohjannan ja puuttumisen keinoja on etsitty, kehitetty ja kokeiltu vuosikymmenten ajan. Tutkimuksista tiedetään, että kaikkein heikoimmin käyttäytymishäiriöön puree keskusteleva ohjanta (Lipsey 1995). Samaan aikaan se on yleisin perustasolla ja erikoissairaanhoidossa tarjolla oleva interventio. Ei siis ole ihme, että aggressiivisesti käyttäytyvien nuorten hoitoon kaivataan uusia ja toimivia menetelmiä niin kouluissa, sosiaali- ja nuorisotyössä kuin psykiatrisissa palveluissakin.

ART:n kehitys ja historia

Aggression Replacement Training (ART) kehitettiin Yhdysvalloissa 1980-luvulla, jolloin nuorten väkivalta haastoi amerikkalaista järjestelmää samalla voimalla kuin viime vuosien väkivallan teot ja kouluampumiset nyt haastavat palveluiden kehitystä Suomessa. Menetelmän kehittäjä, psykologi Arnold Goldstein, lähestyi ilmiötä yhdistäen tutkimustietoa sekä kliinistä kokemusta. Hän oivalsi, että useat muut menetelmät olivat epäonnistuneet tavoitteissaan, koska nuorten aggressiivista käyttäytymistä katsottiin niissä liian kapeasti. Keräämänsä tutkimustiedon pohjalta Goldstein päätteli, että nuoren aggressiivinen käyttäytyminen johtuu monesta tekijästä ja vaikuttaa nuoren toimintaan monella tasolla. Siksi yhteen interventioon perustuvat menetelmät eivät toimi. Niinpä hän yhdisti useampia tutkittuja ja olemassa olevia menetelmiä yhdeksi ohjelmaksi. Näin syntyi ensimmäinen monikanavainen menetelmä, joka suunnattiin mahdollisimman tarkasti nimenomaan niihin taitopuutoksiin, joita aggressiivisen käyttäytymisen taustalla tiedetään olevan.

Goldstein kokeili erilaisten menetelmien vaikuttavuutta amerikkalaisessa poikakodissa työtoverinsa Barry Glickin kanssa. Vaikuttavaksi todettiin kolme keskeistä menetelmää. Valituilla menetelmillä pyritään yhtäaikaan a) parantamaan tunnekontrollia ja erityisesti vihan hallintaa, b) harjaannuttamaan heikkoja sosiaalisia taitoja ja c) mahdollistamaan moraalien kehitystä sosiaalisen ongelmanratkaisun avulla. Nuorelle pyri-

tään opettamaan toimivampia vuorovaikutustaitoja hyödyntäen tietoa siitä, kuinka ihminen oppii tehokaimmin ja kuinka opittu asia parhaiten yleistetään arjen muuttuviin tilanteisiin. Nuoret oppivat parhaiten ryhmässä, heillä on luontainen tarve jäljitellä mallia ja samalla itsemäärääminen ja lisääntyvä oma säätelykyky on ikätasoisesti motivoiva tavoite. Sekä aikuisten että nuorten tavoite on siis linjassa eikä vastakkain, niin kuin aggression hallinnassa yleensä helposti käy. Motivointiin ja yhteispeliin kiinnitetäänkin menetelmässä erityisesti huomiota.

Mitä ART on?

ART on monikanavainen, ryhmämuotoinen taitojen harjoittelun menetelmä, joka hyödyntää yhdessä tekemisen voimaa sekä edistyksellisimpiä oppimisteoreettisia periaatteita ja käytäntöjä. Se koostuu vihanhallinnan, sosiaalisten taitojen ja moraalisen päättelyn harjoittelusta. Taitoja mallinnetaan, jaetaan pienempiin osiin ja ennen kaikkea harjoitellaan runsaasti. Taitojen yleistämistä arkeen edistetään erilaisilla muistuttajilla ja arjen harjoittelutehtävillä. Prososiaalisesta käyttäytymisestä pyritään kaikin tavoin tekemään palkitsevampaa kuin aggressiivisesta toiminnasta. Aikuisen rooli on ohjata ja kannustaa. Moralisoiva, sanktioiva tai kontrolloiva rooli aiheuttaa yleensä vaan vastarintaa ja halun toimia päinvastoin, jonka vuoksi sitä pyritään tietoisesti välttämään aina kun mahdollista.

Sosiaalisten taitojen hiominen

Sosiaalisia taitoja – kuten kuunteleminen, keskustelun aloittaminen tai omien tunteiden tunnistaminen – harjoitellaan perinteisen taitoharjoittelun keinoin. Harjoiteltavat taidot voivat olla ohjaajien valitsemia, nuorten valitsemia tai sitten tiettyyn ongelmanratkaisutilanteeseen sopivia. Käytännössä sosiaalisten taitojen ryhmäkerroilla näytetään useita esimerkkejä, joissa käytetään rakentavasti nuorille tärkeitä sosiaalisia taitoja (mallintaminen). Tämän jälkeen nuorille annetaan useita mahdollisuuksia harjoitella taitoa (rooliharjoittelu). Harjoittelun aikana annetaan kehuja, ohjeita ja palautetta siitä, kuinka hyvin heidän harjoituksensa vastaa annettua mallia (palaute suorituksesta). Lisäksi nuorta rohkaistaan osallistumaan toimintaan, joka parhaiten lisää taitojen säilymistä ja yleistymistä nuoren arjessa (taidon siirtymisen harjoittelu). Menetelmässä kuvataan 50 sosiaalista taitoa. Kukin taito on purettu valmiiksi vaiheisiin, jotka tekemällä nuori suorittaa itse taidon.

Vihanhallinta

ART-menetelmän toisen osa-alueen eli vihanhallinnan harjoittelun kehitti alun perin Eva Feindler tutkimusryhmineen (Feindler & Ecton 1986). ART-menetelmän vihanhallinnassa nuoria opetetaan aggressiivisen toiminnan sijaan vastaamaan provosointiin sosiaalisesti hyväksytyllä tavalla, harkitusti ja tehokkaasti. Heille opetetaan, että vihanhallintaan voi vaikuttaa purkamalla vihastuminen tai raivostuminen vaiheiksi, jotka muodostavat vihanhallinnan ketjun. Vaiheet otetaan haltuun yksi kerrallaan. Nuoret oppivat tässä ketjussa tunnistamaan fyysisen kiihtymyksenä, vihaa laukaisevat tapahtumat ja omat tulkinnat sekä rauhoittamaan itsensä niin, että voivat reagoida asioihin sosiaalisilla taidoilla.

Moraalinen päättely

Moraaliteorian kehittäjä Kohlberg (1973) osoitti, että kun nuori joutuu pohtimaan moraalisia pulmatilanteita keskusteluryhmässä, jonka muut jäsenet ovat kukin eri moraalisen päättelyn tasolla, tuotetaan nuorelle muutokseen motivoiva sisäinen ristiriita. Ristiriidan ratkaiseminen keskustelun ja kuuntelun avulla kehittää hänen moraalista päättelyään sille tasolle, jolla ryhmän kypsemällä tasolla olevat ikätoverit ovat. Moraalisen päättelyn harjoituksessa nuoret lukevat tarinan, jossa joku nuori on hankalassa tilanteessa. Heille esitetään kysymyksiä siitä, miten nuoren pitäisi kyseisessä tilanteessa toimia. Tämän jälkeen ryhmän jäsenten päätöksentekoon ja ratkaisuihin liittyviä perusteluita houkutellessaan esiin yhteisellä pohdinnalla. Keskustelussa ohjaajan tehtävä ei ole kertoa ”oikeita” ratkaisuja, vaan luoda keskustelulle turvalliset puitteet, vahvistaa ryhmän ja sen jäsenten kypsää pohdintaa, ja käsitellä epä kypsää pohdintaa. Prosessissa päästään myös kiinni nuorten kognitiivisiin ajatusvääristymiin ja uskomuksiin.

Kymmenen viikon harjoitusohjelma

Mitä enemmän ja intensiivisemmin nuoret harjoittelevat, sitä paremmin he oppivat. Tutkituin muoto toteuttaa ART- interventio on kymmenen viikon malli, jota myös suositetaan ohjelman vähimmäispituudeksi. Jokaisella viikolla pidetään kolme tapaamiskertaa. Kullakin viikolla opitaan uusi sosiaalinen taito, vihanhallinnan ketjun pala sekä käydään moraalisen päättelyn harjoitus. Kirjassa esitelty kymmenen viikon esimerkkiohjelma on rakennettu niin, että eri harjoitteet tukevat toisiaan. Kertojen välillä nuoret harjoittelevat uusia taitoja saamiensa kotitehtävien avulla. Muutoksen tiedetään tapahtuvan helpommin ja pysyvän paremmin, jos vanhemmat ja nuoren lähiympäristö tukevat nuorta.

Tutkimustietoa vaikuttavuudesta

Psykologisen intervention vaikuttavuutta on tunnetusti varsin hankala kokeellisesti tutkia niin metodologisista kuin eettisistäkin syistä. Tutkimustieto ART:n vaikuttavuudesta on kuitenkin tärkeää paitsi nuorten kanssa työskenteleville ja eläville, myös viranomaisille ja veronmaksajille. Ohjelman vaikuttavuutta on arvioitu pitkin matkaa hyvin monenlaisten tutkimusasetelmien avulla. Yksi tapa tuoda esiin ART:n toimivuus on tarkastella sitä, mitä erilaisten hoito-ohjelmien vaikuttavuudesta yleensä ottaen tiedetään. Yleisen tiedon ohessa on tärkeää luoda katsaus myös artikkeleihin, joissa on arvioitu nimenomaan ART-ryhmän vaikuttavuutta. Yksi keskeinen mittari on ollut menetelmän vaikutus rikollisuuden määrään. On myös hyvä huomioida asioita, joiden tiedetään herkästi heikentävän vaikuttavuutta.

Hoito-ohjelmilla pystytään vaikuttamaan

Lipseyn vuonna 1992 suorittama meta-analyysi toi esille, että rikoksen tehneiden nuorten kuntouttamisessa parhaita tuloksia tuottavat menetelmät, jotka a) yhdistävät monta lähestymistapaa, b) keskittyvät käyttäytymisen muokkaamiseen, c) ovat selkeästi strukturoituja ja d) ovat tarpeeksi intensiivisiä ja pitkäkestoisia. Tällaisia ovat yleisimmin kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät, kuten ART. Keskimääräisesti heikointa näyttöä meta-analyysien valossa antavat keskustelulle perustuvat counselling-tyyliset menetelmät, jotka keskittyvät asenteiden muuttamiseen, itsetunnon vahvistamiseen tms. yksittäisen psykologisen ominaisuuden muokkaamiseen. (Lipsey 1995.)

Lipseyn (1995) analyysissä oli mukana kaikki englannin kielellä saatavilla olleet vaikuttavuustutkimukset vuodesta 1950 alkaen ja niiden kautta yli 40000 nuorta. Ero parhaiden ja huonoimpien menetelmien välillä oli suuri. Huolellisesti toteutettuina parhaat ohjelmat vähensivät uusimisen riskiä jopa 25 prosenttia, ja huonoimmat (jopa mitä huolellisimmin toteutettuina) vain alle 5 prosenttia. Meta-analyysien tarjoama tieto on analyysin laadun vuoksi hyvin yleisellä ja karkealla tasolla. Tulokset perustuvat kuitenkin huomattavaan empiiriseen aineistoon, minkä vuoksi ne lisäävät tietoa siitä, mikä toimii.

ART rikollisuuden vähentämisessä

Viranomaisia kiinnostaa menetelmien vaikuttavuus ja sitä kautta kustannustehokkuus. Yhdysvalloissa Washingtonin osavaltiossa haluttiin selvittää nuorisorikollisten hoidon kustannuksia ja siitä mahdollisesti syntyviä säästöjä. ART valittiin aikaisempien arviointitutkimusten perusteella yhdeksi kolmesta hoito-ohjelmasta⁶, joihin oikeusistuimet ohjasivat vakavia rikoksia tehneitä, aggressiivisesti käyttäytyneitä nuoria, joiden uusimisriskin arvioitiin olevan suuri. Koeryhmän muodostivat vuoden sisällä ART- ohjelmaan ohjatut nuoret (n=704). Kontrolliryhmään kuului 525 nuorta.. Seuranta tehtiin puolentoista vuoden ajan. Kun ART- interventio toteutettiin huolella, todettiin sen vähentävän törkeiden rikosten uusimisriskiä huomattavasti: Ryhmäläisten uusimisprosentti oli 19 prosenttia, ja kontrolliryhmän 27 prosenttia, eli interventio johti 24 prosentin vähentymiseen (p <.05). Tässä tutkimuksessa ART osoittautui menetelmistä myös kustannustehokkaimmaksi. (Washington State Institute for Public Policy, 2004.) Uusimmassa Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa tarkasteltiin erilaisten interventioiden tehokkuutta laitoshoidossa olevilla väkivaltarikoksia tehneillä nuorilla. Tässä tutkimuksessa todettiin, että myös ne nuoret, joilla oli vähemmän syylli-

⁶ Muut ohjelmat olivat Toiminnallinen perheterapia (FFT) ja Multisysteeminen terapia (MST).

syiden tunteita, hyötyivät ART-menetelmästä enemmän kuin vastaavasta muusta hoidosta. (Holmqvist, Hill & Lang, 2009).

Nuoren ja lähipiirin näkökulma

Nuorten ja heidän läheistensä kannalta olennaista on tarkastella rötöstelyn lisäksi myös muita elämän osa-alueita. Menetelmän kehittäjät ovat itse testanneet menetelmänsä vaikutuksia erilaisissa ympäristöissä. Ensimmäiset tutkimukset tehtiin kahdessa eritasoisessa rikoksia tehneiden poikien laitoksessa. Molemmissa tutkimuksissa nousi esiin ART-ryhmäläisten muita suurempi sosiaalisten taitojen oppiminen ja käyttäminen erilaisissa arkipäivän tilanteissa. Lisäksi todettiin muun muassa impulsiivisuuden vähenemistä (henkilökunnan arvioimana) ja jokapäiväisen aggressiivisen käyttäytymisen vähenemistä (merkinnät käyttäytymisraporteissa). Suljetummassa laitoksessa todettiin myös huomattavaa moraalisen ajattelun kehittymistä. (Goldstein 2004.)

Laitoksissa saadut tulokset herättivät kysymyksen siitä, antaako ART eväitä myös laitoksen jälkeiseen elämään, jonka vuoksi asiaa tutkittiin. Tulokset olivat kauttaaltaan rohkaisevia (Goldstein 2004.). Minnesotan osavaltiossa 283 ehdonalaisessa olevaa nuorta osallistui ART-ryhmään kouluissa, nuorisokodeissa ja vapaa-ajalla. Nuoret ja vanhemmat arvioivat, että nuoren sosiaaliset taidot parantuivat. Lisäksi he kokivat, että ART on muun muassa auttanut parantamaan vuorovaikutussuhteita perheessä ja lisännyt nuoren vastuunkantoa. (Wilder Research Center 2004.). Goldsteinin tutkimusryhmä tutki myös perhe- ja jengiartin vaikutusta. Kun nuoren lähipiiri saatiin mukaan interventioon, näkyi tämä ennen kaikkea uudelleenpidätysten vähentymisenä. Tämän rohkaisemana lähdettiin menetelmää kehittämään myös erityisesti perheille suunnatuksi (esim. Calame and Parker 2004, ks. myöhemmin tässä artikkelissa).

Milloin ART toimii?

On selvä, ettei mikään menetelmä vastaa kaikkiin tarpeisiin, eikä niin ollen myöskään ART toimi kaikille. Käyttäytymisterapiassa eräs keskeinen elementti onkin ongelmakäyttäytymisen huolellinen arviointi ennen intervention valintaa. Tällä tavalla saadaan räätälöityä nuorelle juuri sellaista apua, joka vastaa juuri hänen käyttäytymisensä puutteita. Tämä on otettava huomioon myös silloin, kun päätöksiä tehdään organisaatioiden johdossa. Kuten minkä tahansa uuden menetelmän, myös ART:n haltuunotto työväliseen vie aikaa. Yllämainitussa Washingtonin osavaltion tutkimuksessa huomattiin, että ensimmäisen seurantavuoden ART-ryhmäläisten tulokset olivat selvästi vaatimattomammat kuin seuraavan vuoden ryhmäläisillä. Lisäksi huomattiin, että jotkut mukana olleet ART-ryhmät toimivat jatkuvasti paremmin kuin toiset. Ulkopuolinen asiantuntija arvioi ohjelman toteuttamisen laadun kunkin tuomioistuimen osalta erikseen. Heikosti toteutetuissa ART-ryhmissä uusimisprosentti oli sama, tai jopa suurempi kuin kontrolliryhmäläisillä. (Washington State Institute for Public Policy, 2004.) Hyvä vaikuttavuus liittyy siis ohjelman huolelliseen toteuttamiseen.

Interventio on näin ollen kohdennettava oikein, menetelmä on otettava haltuun ja ohjelma on toteutettava huolella. Lisäksi olisi tärkeää saada lisää pohjoismaista vaikuttavuustutkimusta. Norjassa suoritetuissa tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia kuin Yhdysvalloissa, mutta lisää tutkimusta tarvitaan, jotta saadaan kattavampi kuva vaikuttavuudesta nimenomaan pohjoismaisessa järjestelmässä. (Gundersen ja Svartdal 2006, 2009.)

ART Suomessa

Suomessa ART-menetelmän edistämistä on yksittäisten työpaikkojen lisäksi lähdetty edistämään myös yhdistystoiminnan avulla. Suomen ART ry perustettiin vuonna 2004. Yhdistyksen perustehtävänä on edistää menetelmän saatavuutta ja käyttöä Suomessa muun muassa suomentamalla kirjallisuutta ja järjestämällä koulutusta.

ART on otettu maassamme innostuneesti vastaan. Suomennettua perusteosta ART - Aggression Replacement Training -Ryhmäharjoitusmenetelmä aggressiivisesti käyttäytyville nuorille on myyty n. 1500 kpl. Yhdistyksen järjestämiin ”Johdatus ART-menetelmään” -workshopeihin on vuosien 2006–2011 aikana osallistunut n. 500 henkilöä. Käynnissä olevien ART-ryhmien määrä ei ole tiedossa, mutta koulutuksiin

kuuluvien seurantatapaamisten perusteella menetelmää on lähdetty ennakkoluulottomasti kokeilemaan lähes kaikilla sektoreilla, mukaan lukien muun muassa peruskoulut ja kehitysvammalaitokset.

Ryhmät osaksi organisaation perustehtävää

Innostuneita ja taitavia ohjaajia on Suomessa jo monella sektorilla, mutta ART:n omaksi toiminnakseen vakiinnuttaneita organisaatioita on harvemmassa. Osaaminen on tyypillisesti ryhmän ohjaajan omaa, jolloin se poistuu organisaatiosta ohjaajan vaihtaessa työpaikkaa tai innostuessa jostakin muusta työskentelyotteesta. Ohjaajilla on halua tehdä työtä ART:n avulla, mutta heillä ei useinkaan ole valtaa niihin resursseihin, joilla se mahdollistetaan.

Kuitenkin valtakunnallisesti olemme tilanteessa, jossa meidän olisi tartuttava aggressio-ongelmien hoitoon ja otettava yhä laajemmin käyttöön näyttöön perustuvia menetelmiä taitopuutosten hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Perinteisen yksilötyön törmätessä muun muassa kouluilla ja terveydenhuollossa väistämättä resurssipulaan, mahdollistaa ryhmämenetelmien hallinta useampien lasten ja nuorten auttamisen samaan aikaan. Kyetäkseen vastaamaan uusiin haasteisiin on johtajien tehtävä valintoja, ilmaistava tahtotilansa ja paitsi mahdollistettava ART:n kaltainen koulutus, myös edellytettävä koulutukseen satsattavien rahojen vastineeksi uusien työvälineiden käyttöä perustehtävässä.

Uuden käyttöönotto vaatii panostusta. Organisaation sitoutuminen ART-menetelmään on konkreettisia tekoja, kuten ajan ja varojen satsaamista ryhmien suunnitteluun ja toteutukseen: siis muutakin kuin pelkkää työntekijöiden kouluttamista. Usein tämä vaatii jostain muusta luopumista. Uutta työmuotoa sisään ajavat työntekijät tarvitsevat tuekseen myös ohjausta, kannustusta ja sitouttamista.

Laadun valvominen

Toinen suuri haaste maassamme on ohjelman riittävän huolellisen toteuttamisen valvominen. Tutkimustiedon karttumisen myötä on huomattu, että hoito-ohjelmien vaikuttavuus ei riipu pelkästään hoito-ohjelman toimivasta sisällöstä tai vakiinnuttamisesta työhön, vaan hyvin suuressa määrin myös siitä, miten tarkasti ohjelma on toteutettu (Lipsey 1995). Interventio tulee toteuttaa huolellisesti sellaisena, kuin sen taustateoria edellyttää ja käytännöt on kuvattu. Aihe on ajankohtainen myös kansainvälisesti. Yhdysvalloissa Barry Glick on rekisteröinyt menetelmän tavaramerkiksi. Menetelmää saa kehittää ja kouluttaa vain maksullisella lisenssillä. Muiden maiden osalta laadunvalvonnan tueksi on laadittu standardit kansainvälisen ART:n yhteistyöelimen ICARTin toimesta.

Suomessa ART- menetelmän koulutus on rekisteröity yksinoikeudella Suomen ART ry:n nimiin, ja laadun valvominen asettaakin suuren haasteen yhdistykselle. Hallitus tekee asiassa kansainvälistä ja kansallista yhteistyötä, jotta menetelmä yhtäältä saataisiin laajaan käyttöön mutta toisaalta pysyisi laadukkaana. Hyvää laadun edistämistä on esimerkiksi standardien laatiminen, moniportaisen koulutusjärjestelmän luominen, ohjaajamateriaalin tuottaminen, ART- tutkimuksen aktiivinen tukeminen ja rekisterin ylläpito käynnissä olevista ryhmistä. Kokonaisuuden rakentaminen vaatii aikaa ja resursseja Yksittäisen yhdistyksen resurssit ovat kuitenkin valitettavan pienet verrattuna työn suureen määrään. Samalla yhdistyksen pyrkimyksenä on ollut menetelmän pitäminen ilmaisena ja koulutuksen edullisena, jotta menetelmä olisi helposti saatavilla kaikille ammattikunnille ja tätä kautta mahdollisimman laajalti myös suomalaisille nuorille.

Luottamus menetelmään

Käsikirjan istuttaminen suomalaisen kasvatuksen ammattilaisen käteen on joskus haastavaa. Moni on tottunut hakemaan ideoita sieltä ja täältä, eikä manualisoitu interventio aina houkuta. Loppuun asti ohjeistettu ja mietitty tuntuu aluksi kovin ”amerikkalaiselta”. Meitä on moneksi, ja työnkuvastamme, luonteestamme, työstämme, kokemuksestamme eikä vähiten tiedoistamme riippuen suhtaudumme tämän kaltaiseen menetelmään eri tavoin. Tutkimuksissa on kuitenkin yksiselitteisesti todettu, että menetelmien oikaiseminen ja sisältöjen valikointi johtaa pahimmillaan huonoon laatuun ja heikkoon vaikuttavuuteen. Ohjaaja, joka päättää ottaa ART:n tai minkä tahansa muun strukturoidun menetelmän käyttöönsä, joutuu tavallaan luopumaan omasta säveltämisen vapaudestaan. On tultava ulos omalta mukavuusalueelta ja alettava tehdä toisin – samaa kuin mitä pyydämme menetelmän kanssa myös nuorilta. Ohjaajan on hyvä ja jopa välttämätöntä luot-

taa menetelmään, siis lausua: ”Kyllä, annan tämän teoreettisen tiedon ja empiirisen aineiston valossa tämän käsikirjan ohjata työtäni.” (vrt. Hollin 2005.)

Lopuksi

ART tuntuu sopivan hyvin suomalaiseen järjestelmään, jossa kasvatuksen ja harjoittelun teemat ovat monilla sektoreilla tuttuja ja hyväksytyjä työskentelytapoja. Ohjaajat ja nuoret ovat pitäneet siitä, kokemukset ovat hyviä. Menetelmää on mahdollista soveltaa hyvinkin erilaisissa olosuhteissa – kouluissa, nuorisopsykiatrisessa hoidossa, lastensuojelulaitoksissa, nuorisotyössä. ART:n käyttöönoton suurimmat haasteet liittyvätkin tällä hetkellä seuraaviin tekijöihin: ryhmätoiminnan vakiinnuttaminen osaksi organisaatioiden perustehtävää vaatii johdon panostusta, yhdistyksen on pystyttävä tarjoamaan tukea laadun valvomiselle, ja nuorten kanssa työskentelevien ammattilaisten halukkuus toimia käsikirjan mukaan vaihtelee. Vaikka ART tutkitusti vähentää aggressiivista käyttäytymistä hyvin vakavastikin oireilevilla nuorilla, käytetään sitä laajalti Norjassa (Gundersen ja Svartdal 2006) ja muun muassa Espoon koulutoimessa myös puhtaasti ennaltaehkäisevään työhön. Taitojen harjoittelu on sitä tehokkaampaa mitä kauemmin sitä tehdään. Syrjäytymistä on helpompi ehkäistä, mitä varhemmin ongelmiin puututaan. Taitoja tarvitsevat kaikki nuoret lisää. Nyt työskennelläänkin sen eteen, että laadukasta, vaikuttavaa ja ryhmämuotoista harjoittelua olisi tarjolla mahdollisimman monelle.

ART vaikeahoitoisten nuorten psykiatrisessa hoidossa

Jussi Savolainen

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrinen tutkimus ja hoitoyksikkö (EVA) on Pitkänien sairaalassa sijaitseva valtakunnallinen erityistason tutkimus- ja hoitoyksikkö, jossa hoidetaan vaikeasti oireilevia alaikäisiä. EVA-yksikön nuoret kärsivät vaikeista mielenterveydenhäiriöistä ja tarvitsevat väkivalta- ja impulssiongelmien vuoksi turvaosaston olosuhteita. ART on kuulunut yksikön hoitomenetelmiin vuodesta 2005 alkaen. ART on integroitu elämypedagogiseen Seikkailuryhmään, jolloin nuoret saavat harjoitella ryhmässä oppimiaan uusia taitoja aidoissa vuorovaikutustilanteissa myös sairaalan ulkopuolella.

ART toteutuu EVA-yksikössä sovelletusti 10 viikon kestoisena terapeuttisena pienryhmänä. Ryhmä järjestetään kahdesti vuodessa, keväisin ja syksyisin. Se kokoontuu kahdesti viikossa painottuen sosiaalisten taitojen hiomiseen sekä vihanhallintaan. Moraalinen perustelu jää pienemmälle painotukselle ryhmissä, mutta moraaliharjoituksia on käytetty osana nuorten kesäajan toimintoja. Ryhmään osallistuvat nuoret valitaan moniammatillisessa työryhmässä. Pyrkimyksenä on löytää kulloinkin sopivimmat nuoret samaan ryhmään. EVA-yksikössä ryhmäkoot ovat olleet kolmesta viiteen nuorta, joissa nuorimmat osallistujat ovat olleet kaksitoistavuotiaita. Ryhmän muodostamista pelkästään tytöistä tai pojista on kokeiltu, mutta yleisin toteutusmuoto on sekaryhmä. Myös yhteisryhmiä, joiden osanottajat ovat koostuneet sekä EVA-yksikössä että TAYS:n nuorisopsykiatrin osastolla hoidossa olevista nuorista, on kokeiltu hyvin kokemuksin. Kullakin ryhmäkerralla on yksi ohjaaja ja kaksi apuohjaajaa. Yksikön vakinaisesta henkilökunnasta suurin osa on saanut koulutusta menetelmän käyttöön Suomen ART-yhdistyksen järjestämänä.

Saadun kokemuksen mukaan ART-menetelmä soveltuu varsin hyvin osana laajempaa psykososiaalista kuntoutusta vakavasta mielenterveys- ja käyttäytymishäiriöistä kärsivillä nuorilla. Käytännön kokemuksen perusteella näyttäisi siltä, että menetelmää voidaan käyttää apuna myös autistisia piirteitä omaavien nuorten hoidossa. Sen sijaan voimakkaasti ja avoimen psykoottisesti oireilevien hoitomuotona se ei ole useinkaan ajankohtainen.

ART -toimintaa Honkapuiston koulussa

Risto Kilvelä

Vantaalainen Honkapuiston koulu on sairaalaopetuksen yksikkö, jossa opiskelee 26 HYKSin lasten- tai nuorten psykiatrisessa avohoidossa olevaa oppilasta. Opetusryhmiä on neljä, joista kaksi alakoulu- ja kaksi yläkouluryhmää. Perustehtävämme painopisteet ovat lapsen ja nuoren oppimisen sekä terveen kasvun ja

kehityksen tukeminen, joten pedagoginen tulokulma sisältää oppimisen tarkastelun lisäksi myös kuntouttavan ulottuvuuden. Ja tähän ulottuvuuteen ART istuu mitä parhaiten.

Aloitimme koulussamme vuonna 2009 yhdessä erityisluokanopettajan kanssa kaksi ART- ryhmää. Olimme varsin ahneita ottaen huomioon, että nämä olivat ensimmäiset ryhmämme. Selitys tälle rohkeudelle oli varmasti se, että olimme juuri käyneet ART- workshopin ja motivaatio oli huipussaan. Toisaalta koulumme oli alkutaipaleella ja haimme myös aktiivisesti toimintaamme soveltuvia interventioita. Molemmissa ryhmissä oli kuusi-seitsemän oppilasta. Toisessa ryhmässä oli jopa alakouluikäisiä. Toteutimme kymmenen viikon intervention ART – Aggression Replacement Training –kirjassa olevan 10 viikon ohjelman mukaisesti. Koteja tiedotimme alkavista ART- tunneista aluksi yleisellä tiedotteella. Työskentelyämme leimasi tarkka suunnittelu. Kaikkien ryhmätuntien osalta sovimme ohjaajavastuun ja siten suunnitteluvastuun. Eräänä mielestämme keskeisenä valmisteluun liittyvänä elementtinä oli materiaalin valmistelu. Seuraavana lukuvuotena aloitimme yhdellä ryhmällä. Oppilaat ryhmään tulivat kolmesta opetusryhmästä siten, että yhdessä opettajien kanssa arvioimme, keitä ART- ryhmä voisi tukea. Ryhmäläisten huoltajille järjestimme vanhempainillan, jossa kerroimme ART- menetelmästä ja että toivomme kotien olevan omalta osaltaan tukemassa alkavaa jaksoa.

Ryhmän ensimmäisellä kokoontumiskerralla orientoimme oppilaat ARTiin ja tunnin aikana oppilaat täyttivät sosiaalisten taitojen tarkistuslistan, jonka pohjalta oli helppo löytää kymmenen harjoiteltavaa taitoa. Varsinaisen ART-jakson alettua toteutimme kaksi ryhmätuntia viikossa. Käytännön kokemuksesta arvelimme, että tämä frekvenssi tuo menetelmään kiireettömyyden, mutta kuitenkin pitää yllä riittävää intensiteettiä. Selkeästi suosituimmaksi tulivat moraalisen päättelyn ryhmäharjoituskerrat. Muutimme kirjassa olevia tekstejä suomalaiseen koulumaailmaan ja oppilaidemme kokemusmaailmaan sopivammaksi. En muista yhtään kertaa, etteikö ryhmässä olisi käyty vilkasta keskustelua hyvässä hengessä. Keskusteluissa oppilailta tuli usein ajatushelmiä. Emme toistaiseksi ole tehneet, vaikka se kiinnostavaa olisikin, edes kevyttä seuranta-ART-ohjelman tuloksista. Hyvin monen nuoren puheeseen se on jäänyt elämään ja kasvukeskusteluissa aika ajoin viittaamme ARTiin. Yksittäisten oppilaiden kohdalla on voinut silmin nähdä todeta kehittymistä kaikilla osa-alueilla.

Kokemustemme pohjalta ohjelman onnistumisen kannalta on erittäin tärkeää suunnitella ja valmistella ryhmäkerrat riittävän hyvin. Meillä tähän suunnitteluun ja valmisteluun sisältyi myös oman materiaalin tuottaminen, mikä on nyt jatkossa vastaavasti helpottanut huomattavasti seuraavien ART- tuntien pitämistä. Olemme tyytyväisiä ART- ohjaajia ja olemme osaltamme vieneet tätä ilosanomaa vantaalaiseen koulumaailmaan.

PerheArt lastensuojelun keinona

Jaana Jokinen

Nuorten Ystävät on sosiaali- ja terveysalan järjestö, jonka keskus toimisto sijaitsee Oulussa. Järjestön omistama liiketoimintakonserni tuottaa valtakunnallisia sosiaali- ja terveysalan erityispalveluja. Muhoksella sijaitseva koulukoti Pohjolakoti tarjoaa puitteet lasten, nuorten ja perheiden sosiaaliseen kuntoutukseen. Pohjolakoti sisältää viisi perhekotia, sijaishuollon yksikön, kolme sijaishuollon erityisyksikköä, arviointi- ja kriisiyksiköt, perhekuntoutuksen yksikön sekä moniammatillisen työntekijäverkoston. (<http://www.nuortenystavat.fi>)

Nuorten Ystävien ART- toiminta alkoi vuonna 2007. Koulukoti Pohjolakotiin koulutettiin neljä ART-ohjaajaa Ruotsissa, ja seuraavana syksynä Kalixin kouluttajat saapuivat Muhokselle. Keväällä 2009 valmistui 22 ohjaajaa lisää. Samana vuonna 2009 Nuorten Ystävät aloitti yhteistyön Suomen ART yhdistyksen kanssa ja vammaispalvelut tilasivat heiltä ensimmäisen koulutuksen. Nuorten Ystävät on kouluttanut kolme pitkää ART- ohjaajakoulutusta, joissa on ollut mukana työntekijöitä omista lastensuojelu-, vammais- ja opetuspalveluista. Yhteensä 70 työntekijää on koulutettu. Tavoitteena on, että jokainen työntekijä osallistuu ART- koulutukseen. Menetelmä sisältää työnantajan toivoman arvokkaan ja kunnioittavan tavan kohdata asiakas. Jokainen työntekijä ei välttämättä toimi ART-ryhmän ohjaajana, mutta jokaisen tulee kyetä tukemaan nuoria uusien taitojen yleistämisessä.

ART-ryhmät ovat osa Pohjolakodin perusprosessia. Ryhmiä toimii tällä hetkellä peruskoulussa koulupäivän aikana. Erityisyksiköissä, perhekodeilla ja perhekuntoutuksen lapsilla toimivat omat ART-ryhmänsä. Perhekuntoutuksessa on toteutettu onnistuneesti sisarryhmiä. Alueellisissa sijaishuollon yksiköissä aktiivista ART-ryhmätoimintaa on Torniossa, Rovaniemellä, Lapinlahdella, Turussa ja Helsingissä.

Elämäntilanteensa rauhoituttua lastensuojelun lapset löytävät usein uudenlaisia tapoja toimia rakentavammin yhteisössä. Huolena sijaishuollossa onkin, kuinka saada uudet sijoituksessa opitut taidot siirtymään arkeen lapsen palatessa omaan kotikuntaan. Vaikka perheessä tehtäisiinkin perhetyötä, haasteena ovat sukupolvelta toiselle siirtyvät aggressiiviset toimintamallit. Tätä pulmaa helpottamaan on käyttöön otettu perheArt. PerheArtissa nuoret osallistuvat ryhmään kolmesti viikossa kymmenen viikon ajan. Jo aloittaessaan ryhmän nuoret tietävät, että kyseessä on koko perheen ART. Jokainen nuori lähettää haluamilleen läheisille kirjeen, jossa he kutsuvat heidät mukaan. Kirjeen lähettämisen jälkeen ohjaajat ovat vielä yhteydessä läheisiin. Nämä kokoontuvat neljä kertaa ennen osallistumistaan nuortenryhmään. Näiden tapaamisten tarkoituksena on valmistella läheiset tuleviin ryhmiin ja omien nuorten ohjaamiseen. Yhdessä perheet kokoontuvat yksitoista kertaa.

Olemme huomanneet, että on olemassa kolme asiaa, jotka vaikuttavat siihen, miten lastensuojelun lapset ja nuoret pärjäävät tulevaisuudessa. Yksi vaikuttava tekijä on aika. Nuoren kasvaessa ja kehittyessä hän tekee parempia päätöksiä elämänsä suhteen. Toinen asia on nuoren tekemä työ tilanteensa parantamiseksi. Mitä enemmän nuori työskentelee, sitä todennäköisemmin hän myös onnistuu. Kolmas tärkeä asia on perheen läsnäolo. Lapsi tai nuori, jonka perhe on läsnä ja osallistuu, selviytyy ja pärjää yleensä paremmin. Nämä asiat kerrotaan perheille, kun heidän lapsensa aloittavat ART-ryhmän ja pyytävät omia läheisiään osallistumaan. Jokainen kutsun saanut on tähän mennessä osallistunut. PerheArtin hienous on sen toteutuksessa, joka voi muuttaa jokaisen perheenjäsenen toimintaa. Työn kohteena voi olla lapsen aggressiivinen tai haastava käyttäytyminen, mutta lapsen lisäksi menetelmä vaikuttaa aikuisten toimintamalleihin. Vanhemmat tulevat tietoisiksi oman käyttäytymisensä vaikutuksista ja perheellä on yhteinen ymmärrys siitä, mitä he toisiltaan odottavat. Varsinaisen työn perhe tekee itse työntekijöiden ja strukturoidun työmenetelmän tukemana. PerheArt ryhmissä nuoret ovatkin olleet erityisen motivoituneita.

PerheARTin kautta on haettu myös yhteistä tutkimushanketta Oulun Yliopiston naistutkimuksen laitoksen ja Oulun alueen toimijoiden kanssa. Hankkeen ajatuksena on edistää lasten ja nuorten hyvinvointia, mielenterveyttä sekä turvallisten ja väkivallattomien kasvuympäristöjen toteutumista perheiden ja koulujen arjessa vahvistamalla kuritusväkivallan vähentämiseen tarvittavaa tietotaitoa kotona ja kouluissa. Hankkeessa tavoitteena on kehittää toimintamalli perheiden kanssa tehtävään yhteistyöhön kuritusväkivallan ehkäisemiseksi ja lasten oikeuksien vahvistamiseksi erityisen haavoittuvassa asemassa olevat lapset huomioiden. Kolmivuotisessa hankekokonaisuudessa tavoitteena on tuottaa valtakunnallisesti hyödynnettävää teoreettista tietoa, oman toiminnan reflektointia ja käytännön työvälineitä.

Kirjallisuus

- Calame, R. & Parker, K. (2004). "Aggression Replacement Training: A Learning Process for the whole Family". In A. P. Goldstein, R. Nensen, B. Daleflod, & M. Kalt (Eds.), *New Perspectives on Aggression Replacement Training*. Chichester, UK: Wiley.
- Feindler, E.L., & Ecton, R.B. (1986). *Adolescent Anger Control: Cognitive-behavioral techniques*. New York: Bergamon
- Goldstein, A. P., Glick, B & Gibbs, J. C. (2010). *Aggression Replacement Training. Ryhmäharjoitusmenetelmä aggressiivisesti käyttäytyville nuorille*. Helsinki: Suomen ART ry.
- Goldstein, A. P. (2004). "Evaluations of Effectiveness". In A. P. Goldstein, R. Nensen, B. Daleflod, & M. Kalt (Eds.), *New Perspectives on Aggression Replacement Training*. Chichester, UK: Wiley.
- Gundersen, K. & Svartdal, F. (2006). "Aggression Replacement Training in Norway: Outcome evaluation of 11 Norwegian student projects". *Scandinavian Journal of Educational Research*, Vol. 50, nro 1, February 2006, pp. 63-81.
- Gundersen, K. & Svartdal, F. (2009). "Aggression Replacement Training: Decreasing Behaviour Problems by Increasing Social Competence." In C. Cefai & P. Cooper (Eds), *Promoting Emotional Education. Engaging Children and Young People with Social, Emotional and Behavioural Difficulties*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hollin, C. R. (1995). The meaning and implications of "programme integrity." In J. McGuire (Ed.), *What works: Reducing reoffending-guidelines from research and practice* (pp. 195-208). Chichester, UK: Wiley.
- Holmqvist, R., Hill, T. & Lang, A. (2009). Effects of aggression replacement training in young offender institutions. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53, 74-92.

- Hollin, C. R. (2004). Aggression replacement training: The cognitive-behavioral context. In A. P. Goldstein, R. Nensen, B. Daleflod, & M. Kalt (Eds.), *New perspectives on aggression replacement training* (pp. 3-19). Chichester, UK: Wiley.
- Kohlberg, L. (toim.). (1973). *Collected papers on moral development and moral education*. Cambridge, MA: Harvard, Central for moral development.
- Lipsey, M. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In J. McGuire (Ed.), *What works: Reducing reoffending-guidelines from research and practice* (pp. 63-78). Chichester, UK: Wiley.
- Lipton, D., Pearson, F. S., Cleland, C. M., & Yee, D. (2003). The effectiveness of cognitive-behavioral treatment methods on recidivism, in J. McGuire (Ed.), *Offender rehabilitation and treatment: Effective programmes and policies to reduce reoffending* (pp. 79-112). Chichester, UK: Wiley.
- Nugent, W. R., Bruley, C. & Allen, P. (1999). The effects of aggression replacement training on male and female antisocial behavior in a runaway shelter. *Research on Social Work Practice*, 9, 466-482.
- Washington State Institute for Public Policy. (2004). *Outcome evaluation of Washington State's research based programs for juvenile offenders*. Available at <http://wsipp.wa.gov/pub.asp?docid=04-01-1201>
- Wilder Research Center. (2004) *Uniting Networks for Youth*. Available at <http://artgang0.tripod.com/serv05.htm>

7 Arjen asiat raiteilleen

7.1 Vankilasta vapauteen - rangaistuksesta vapautuvien jälkihuolto

Jukka Mäki

Vangit ja yhdyskuntaseuraamusasiakkaat ovat päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien kovaa ydintä. Lisähaasteen heidän hoitoonsa ja kuntoutukseensa tuo rikollinen käyttäytyminen, laitostausta ja niihin liittyvä alakulttuuri. Monen kohdalla paluu vankilaan on toistuvaa. Mutta aina edessä on kuitenkin vapaus. Monen kohdalla tarvitaan silloin jämäkkää jälkihuoltoa. Siinä onnistuminen edellyttää tiivistä, sektorirajat ylittävää yhteistyötä eri toimijoiden välillä.

Rikosseuraamusasiakkaita oli vuoden 2012 alussa kaikkiaan 7 168. Heistä vankeja oli 45 prosenttia ja yhdyskuntaseuraamuksia suorittavia 55 prosenttia. Vangeista avovankiloissa oli 30 prosenttia. Valvotussa koevapaudessa oli 121 vankia. Ulkomaalaisten vankien määrä oli 465 ja naisvankien määrä vuodenvaihteessa oli 216. Yhdyskuntaseuraamuksia suorittavista eniten oli yhdyskuntapalvelussa 1 441 henkilöä. Ehdollisesti rangaistuja nuoria oli valvonnassa 1 378, ehdonalaisesti vapautuneita valvonnassa 1 121. Nuorisorangaistusta suoritti 14 alle 18-vuotiasta nuorta. (Rikosseuraamuslaitos 2012.)

Ehdottomaan vankeusrangaistukseen tuomitaan vuosittain noin 6 300 henkilöä. Vuoden aikana vapautuneista lähes puolet oli ollut vankilassa enintään kolme kuukautta. (Rikosseuraamuslaitos 2010.)

Kun yhä enenevä osa myös vankeusrangaistukseen tuomituista suorittaa ainakin osan tuomiostaan vapaudessa (siviilityöhön tai koulutukseen sijoittaminen, valvottu koevapaus, sijoittaminen ulkopuoliseen laitokseen) tai avolaitoksissa, rikosseuraamusasiakkaiden hoidon ja kuntoutuksen järjestämisen painopiste on siirtymässä lisäntyvästi yhteiskunnan normaalipalveluihin.

Päihteet ja arjen hallinta haasteena uusintarikollisuuden ehkäisyssä

Melkoinen osa vankeusrangaistuksiin tai yhdyskuntaseuraamuksiin tuomituista ovat monella tavalla syrjäytyneitä ja heidän arkipäivässä selviytymisensä on vajavaista. Päihde- ja mielenterveysongelmien lisäksi myös somaattinen sairastavuus on heillä normaalia yleisempää. Monen lapsuus ja kasvuolosuhteet ovat olleet vaikeat. Oppimisvaikeudet, puuttuva ammattikoulutus ja työkokemus johtavat epäonnistumisiin elämässä. Kun näihin vielä yhdistyy köyhyys, velat ja asumisongelmat, johtaa se helposti elämänpiiriin, jossa päihteinen ja rikollinen alakulttuuri on keskiössä. (Joukamaa 2010, Gullman ym. 2011, Komiteamietintö 2001.)

Rikoksista tuomituilla päihderiippuvuutta esiintyy moninkertaisesti enemmän kuin tavallisella väestöllä. Alkoholiriippuvuuden lisäksi amfetamiiniriippuvuus on yleistä. Persoonallisuushäiriöitä on todettu kahdella kolmasosalla. Vain puolet vapautuvista on työkykyisiä, ja lähes viidennes on täysin työkyvyttömiä. Työkyvyttömyyseläkkeellä on kuitenkin harva rikostaustainen moniongelmainen, sillä epävakaa elämä ja normaalisti yhteiskunnasta syrjäytyminen eivät ole mahdollistaneet tarvittavia tutkimuksia. Erityisen huono tilanne on sakkovangeilla ja naisvangeilla. Lyhyistä tuomioista johtuen kuntoutus rangaistusaikana ei ole mahdollista. Ja vapaudessa palvelujärjestelmä ei heitä kiinnipitävästi tavoita. (Wuolijoki ym. 2011, Joukamaa 2010.)

Vankien velkaongelmat, niin lailliset kuin ”harmaat velat”, ovat myös merkittävä vaikeus kuntoutumispolulla. Vankila-aikana henkilö ei käytännössä kykene hoitamaan velkojaan mitenkään, jolloin rangaistuksen päätyttyä jatkuu ”velkavankeus”. Rikollisen alakulttuurin huumevelkakäytäntö on yksi merkittävä lisätekiä, joka vaikeuttaa käytön lopettaneiden irrottautumista rikollisista piireistä. (Näkki 2006.)

Syrjäytyneimmän ja päihdeongelmaisimman vankiryhmän uusintarikollisuuden ehkäisy on merkittävä haaste. Rikosseuraamuslaitoksen tilastojen mukaan vapautumista seuranneiden kolmen vuoden aikana vangeista lähes puolet (49 %) oli syyllistynyt vähintään yhteen rikokseen, mistä seurasi joko uusi ehdoton vankeusrangaistus tai yhdyskuntapalvelu. Yhdyskuntapalvelun suorittaneiden kohdalla vastaava luku oli merkittävästi pienempi: heistä 14 prosenttia aloitti kolmen vuoden aikana uuden yhdyskuntapalvelun ja 17

prosenttia tuomittiin ehdottomaan vankeusrangaistukseen. (Rikosseuraamusviraston tilastollinen vuosikirja 2010.)

Merkittävä osa päivittäisvangeista on lyhytaikaisvankeja, niin sanottuja pyörövilaisia, joiden elämä kuuluu jatkuvassa päihde- ja rikoskierteessä pysähdyspaikkana milloin putka, somaattinen tai psykiatrinen sairaala, asuntola, päihdehoitola, katu tai vankila. Miten varmistaa tällaisen erityisryhmän hoito ja kuntoutus? Ja millaista jälkihuoltoa yhteiskunta tarjoaa vankilasta vapautuvalle, mutta tukea tarvitsevalle? (Linderborg 2011.)

Kun tarkastellaan rikosseuraamusasiakkaiden kuntoutustarpeita, unohtetaan helposti heidän omaisensa ja läheisensä. Lapsen, puolison tai vanhemman joutuminen vankilaan voi järkyttää merkittävästi läheisen henkistä tasapainoa. Seurauksena omaiselle on usein huomattavaa avun ja tuen tarvetta. Häpeän ja syyllisyyden lisäksi seurauksena on usein myös aineellinen ahdinko. Lapsiperheissä taakkaa kantaa usein yksin jäänyt puoliso henkisesti raskaassa ilmapiirissä. (Kaurala 2009.)

Haavoittuvissa olosuhteissa elävät vankien omaiset ja erityisesti lapset ovat meillä olleet pitkälti unohtettu kohderyhmä. Lapsen oikeus yhteydenpitoon rangaistusta kärsivän huoltajansa kanssa toteutuu huonosti. Seuraamusjärjestelmä ei juuri ota lasten tarpeita huomioon, ja kunnat myöntävät nihkeästi ehkäisevää toimeentulotukea perhetapaamisten järjestämiseen ja muuhun yhteydenpitoon. Alaikäisiä lapsia vangeilla on kuitenkin paljon, kaikkiaan noin 8 000 (Ryynänen, Suomela 2011). Kun vielä tiedetään rikostaustaisuuden ylisukupolvisesta painolastista, olisi vankien lasten asemaan kiinnitettävä nykyistä enemmän huomiota ja järjestettävä tarvittavia tukitoimia.

Rangaistuksen aikainen kuntoutus

Vankeuslain (767/2005) mukaan vankeuden täytäntöönpanon tavoitteena on lisätä vangin valmiuksia rikoksettomaan elämäntapaan edistämällä vangin elämänhallintaa ja sijoittumista yhteiskuntaan sekä estää rikosten tekeminen rangaistusaikana. Vastaava tavoite on myös yhdyskuntaseuraamusten täytäntöönpanossa.

Rikosseuraamuslaitoksen vankiloissa ja yhdyskuntaseuraamustoimistoissa toteutetaan monenlaista rikoksen tekijää kuntouttavaa toimintaa, työtoiminnasta ja opiskelusta erityisiin kuntoutusohjelmiin päihdeongelmien tai väkivaltakäyttäytymisen ehkäisemiseksi sekä elämän hallinnassa tarvittavien taitojen parantamiseksi.

Voimavarat ja mahdollisuudet rangaistuksen aikaiseen kuntoutukseen ovat kuitenkin varsin vajavaiset tarpeeseen nähden. Päihdekuntoutusohjelmiin, uusintarikollisuutta vähentäviin toimintaohjelmiin sekä muihin sosiaalisen kuntoutuksen ohjelmiin osallistuvien vankien määrä on vaihdellut vuosittain kuuden ja kymmenen prosentin välillä (Rikosseuraamuslaitos 2010).

Yhdyskuntaseuraamusten täytäntöönpanossa päihdehuollon ja lainvastaiseen käyttäytymiseen vaikuttavien toimenpiteiden osuutta yhdyskuntapalvelussa on lisätty kymmenestä tunnista kolmeenkymmeneen tuntiin. Näin on voitu lisätä esimerkiksi yhdyskuntapalvelua suorittavien mahdollisuuksia osallistua rikollista käyttäytymistä vähentäviin toimintaohjelmiin sekä saada päihdehuollon tukea ja apua. Vuonna 2010 yhdyskuntaseuraamusasiakkaista ohjelmatoimintaan osallistui kaikkiaan 581 henkilöä (Rikosseuraamuslaitos 2010).

Jatkokuntoutuksen järjestäminen vapaudessa henkilölle, joka rangaistusaikana on kuntoutuksen aloittanut ja siihen sitoutunut, on usein epävarmaa tai jopa mahdotonta. Kuntoutukseen pääseminen vaihtelee suuresti kunnittain. Turhauttavaa on se, että kuntoutuksen aloittaneille seksuaalirikollisille tai väkivaltakäyttäytymisen ehkäisyohjelmiin vankilassa osallistuneille ei käytännössä löydy juuri mitään jatkokuntoutusmahdollisuutta siviilissä.

Uudet seuraamusmuodot kuntoutuksen tukena

Laitosmainen ympäristö ja toimintakulttuuri tukevat huonosti niitä valmiuksia, joita itsenäisessä elämässä tarvitaan. Vankia ei pidä vankeuslain mukaan sijoittaa suljetumpaan vankilaan kuin vankilan järjestys ja turvallisuus sekä vankilassa pitämisen varmuus edellyttävät. Tästä huolimatta vuonna 2010 kolme neljästä vangista vapautui suljetusta vankilasta. On vaikea uskoa, että se olisi ollut välttämätöntä esimerkiksi turvallisuussyistä, kun tiedetään, että lähes puolet vankeusvangeista vapautuu oltuaan vankilassa korkeintaan

kolme kuukautta. Avolaitokseen sijoitusta tulisi huomattavasti lisätä sekä suoraan siviilistä että pitkän rangaistusajan loppuvaiheessa. Tämä edellyttää avolaitospaikkojen lisäämistä, lainsäädännöllisiä muutoksia, sijoitusmenettelyn kehittämistä, avolaitostoimintojen ja valvonnan kehittämistä sekä asenteiden muutosta. (Rikosseuraamuslaitos 2010.)

Uusia tuulia on kuitenkin nähtävissä. Yhdyskuntaseuraamusmuotoja ollaan kehittämässä niin, että niiden aikana toteutuisi entistä paremmin yhteys tarvittaviin päihde- ja mielenterveyspalveluihin ja jatkokuntoutuspolkuihin. Nuorille on suunnitteilla valvonnalla tehostettu yhdyskuntapalvelu. Huono-osaisimmalle vankiryhmälle, sakkovangeille, on esitetty uutta, yhdyskuntaseuraamuksena toteutettavaa sakkopalvelua, jonka järjestämiseen liittyisi kuntouttavia elementtejä. (Oikeusministeriö 2012.)

Rangaistusten täytäntöönpanossa on otettu käyttöön valvottu koevapaus, valvontarangaistus sekä sijoitus ulkopuoliseen laitokseen. Näin suljetuista laitoserangaistuksista painopistettä siirretään kohti asteittaista vapauttamista. Entistä useampi vanki pyritään sijoittamaan avolaitokseen tai rangaistuksen loppupuolella vankilan ulkopuolella toteutettaviin seuraamusmuotoihin. Näin edistetään vankien sijoittumista yhteiskuntaan rangaistusajan loppuvaiheessa. Vangin on tällöin mahdollista edetä kuntoutuspolullaan esimerkiksi oman kuntansa päihde- ja mielenterveyspalvelujen piiriin, työhön tai opiskeluun jo ennen vapautumistaan. Valvontarangaistus eli niin sanottu pantarangaistus toteutetaan kokonaan siviilissä. Päihteettömyysvaatimus ja tehokas valvonta turvaavat sovittuihin toimintoihin osallistumista ja niihin kiinnittymistä. Ja kun vapaus koittaa, ei synny mitään kynnystä tai keskeytystä jo alkaneisiin arkirutiineihin ja kuntoutukseen. Sijoittamista ulkopuoliseen laitokseen on nyttemmin ryhdytty kokeilemaan niin, että ennen muuten suljetusta vankilasta vapautuva, erityistä tukea tarvitseva vanki on sijoitettu vankilan ulkopuolelle ”tuetun vapautumisen asumis- ja valmennuspalveluihin”. Tavoitteena on tukea vankia viranomais- ja järjestöyhteistyöllä järjestämään itselleen vakaata arkea ylläpitävät olosuhteet ja palvelut vapautumista varten. Sijoituspaikkana voi olla esimerkiksi järjestön ylläpitämä asumispalveluyksikkö.

Koevapauteen tai valvontarangaistukseen pääsy tai vankilan ulkopuolinen sijoittaminen on rajattu koskemaan vain osaa rikosseuraamusrangaistukseen tuomituista. Lisäksi näihin seuraamusmuotoihin pääsy edellyttää sitoutumista päihteettömyyteen, erilaisiin toiminnallisiin rajoituksiin sekä velvollisuutta osallistua suunniteltuihin toimintoihin ja yhteydenpitoon. (Rikosseuraamuslaitos 2008.)

Valvotussa koevapaudessa vanki sijoitetaan vankilan ulkopuolelle aikaisintaan kuusi kuukautta ennen ehdonalaista vapauttamista. Koevapautensa aikana henkilö asuu omassa kodissaan, tukiasunnossa tai kuntoutuslaitoksessa. Koevapaudessa harjoitellaan rikoksetonta ja päihteetöntä elämää Rikosseuraamuslaitoksen valvonnan alaisena. Koevapaus voidaan peruuttaa henkilön rikkoessa koevapauden ehtoja. Koevapaudessa oleva on myös kuntalainen, ja näin samojen palvelujen piirissä kuin muut kuntalaiset.

Koevapautta varten Rikosseuraamuslaitos laatii toimeenpanosuunnitelman, jonka se valmistelee yhteistyössä muiden viranomaistahojen kanssa. Suunnitelma määrittää ne päivätoiminnot ja tukimuodot, joilla tuetaan henkilön valmiuksia rikoksettomaan elämään. Käytännössä kyse on opiskelusta, osallistumisesta työhön tai kuntoutukseen, asumisen ja toimeentulon ja muiden tukimuotojen suunnittelusta ja järjestämisestä. Koevapauden ajaksi vangin on sitouduttava olemaan käyttämättä päihteitä. Tämä mahdollistaa kuntoutuksen suunnittelun, toimeenpanon ja hoitoon sitoutumisen huomattavasti paremmin edellytyksin kuin normaalitytilanteessa akuutissa päihdekierteessä. (Vankeuslaki 767/2006.)

Kokemukset koevapaudesta ovat olleet varsin hyviä. Kiinnittyminen opiskeluun, työhön, kuntoutukseen, asumiseen ja muuhun vakaaseen arkeen on voinut jatkua keskeytyksettä vankeusrangaistuksen päätyttyä ja muuten niin tavanomaiset vapautumistilanteeseen liittyvät ongelmatilanteet (retkahtaminen päihteisiin, asunnottomuus, rahattomuus) ovat väistyneet. Koevapauksia on jouduttu keskeyttämään vain alle 20 prosentissa tapauksia. (Lakso ja Mäntynen 2011; Rikosseuraamuslaitos, ennakkotieto).

Vuonna 2011 valvottuun koevapauteen sijoitettiin 426 vankia ja määrä tulee lähivuosina vielä merkittävästi kasvamaan. Päivittäin koevapaudessa on ollut runsas sata vankia.

Valvontarangaistuksella korvataan osa lyhyistä vankeusrangaistuksista. Sen pituus voi olla enintään kuuden kuukauden mittainen. Valvontarangaistukseen tuomittu asuu kotonaan tai esimerkiksi hoitolaitoksessa, jossa häntä valvotaan elektronisen jalkapannan avulla. Vastaavalla tavalla kuin koevapaudessa, tuomitun on sitouduttava päihteettömyyteen sekä osallistuttava kuntouttaviin toimintoihin. Monet valvontarangaistukseen tuomituista ovat syyllistyneet törkeään rattijuopumukseen. Valvottu, raittiutta ja toimintoi-

hin osallistumista edellyttävä jakso mahdollistaa uusia toimintatapoja kuntoutuksessa. Valvontarangaistuksen käytöstä ei vielä ole kertynyt kokemuksia. (Laki valvontarangaistuksesta 330/2011.)

Vankilan ulkopuolisella sijoittamisella tavoitellaan avoimemman täytäntöönpanon lisäämistä. Tulevaisuudessa tätä kautta vapautuisi entistä useampia vankeja, jotka muuten olisivat vankila-ajan loppuun asti suljetussa laitoksessa. ”Tuetun vapautumisen asumis- ja valmennuspalvelut” mahdollistavat itsenäisen elämän harjoittelun myös niille, joita ei esimerkiksi asunnon tai toimintavelvoitepaikan puutteen vuoksi voida sijoittaa koevapauteen. Sijoituspaikka on usein hoito- tai kuntoutuslaitos vapautuvan omassa asuin-kunnassa tai sen lähellä. Näin siviiliasioiden hoito ja tarvittavien tukipalvelujen järjestämisen valmistelu on helpompaa kuin kaukana olevista vankiloista. Tarkoitus on varsin lyhyenä sijoitusaikana rakentaa turvalliset arkielämän puitteet valmiiksi vapautumista varten, kuten asuminen, toimeentulo, hoitoon tai kuntoutukseen kiinnittyminen. (Rikosseuraamuslaitos 2007.)

Kuopiossa vankilan ulkopuolinen toiminta on järjestetty kokonaisuudessaan Rikosseuraamuslaitoksen omana toimintana. Sen sijaan Tampereella ja Helsingissä alkuvuonna 2012 käynnistyneissä yksiköissä toimintojen järjestämisestä vastaavat sosiaalialan järjestöt (Silta-Valmennusyhdistys ry ja Suojapirtti ry), joilla on vankkaa kokemusta psykososiaalisen kuntoutuksen aloilta. Tavoitteena on rakentaa toimivat palveluverkostot kuntoutusjatkumoiden turvaamiseksi niin julkisen palvelujärjestelmän kuin kolmannen sektorin toimijoihin. Tärkeinä yhteistyökumppaneina pidetään vertais- ja vapaaehtoistyötä tekeviä päihde- ja mielenterveysjärjestöjä.

Nuoria 15–17-vuotiaita rikoksenteijöitä varten suunniteltu nuorisorangaistus (laki 1196/2004) on sen sijaan osoittautunut pettymykseksi. Seuraamusmuodon käyttö on varsin vähäistä ja riittävän tuen järjestäminen nuorelle on osoittautunut haastavaksi tehtäväksi. Toteutuneissa harvoissa tapauksissa on kuitenkin saatu aikaan rohkaisevia tuloksia (Oikeusministeriö 2012). Nuorisorangaistukseen voidaan tuomita 15–17-vuotiaana rikokseen syyllistynyt nuori, jos sakko katsotaan riittämättömäksi ja ehdoton vankeus liian ankaraksi rangaistukseksi. Nuorisorangaistusta voidaan tuomita neljästä kuukaudesta yhteen vuoteen. Nuorisorangaistus koostuu valvonnasta, sosiaalista toimintakykyä edistävistä tehtävistä ja ohjelmista sekä työelämään että työhön perehtymisestä. Rikosseuraamuslaitoksen yhdyskuntaseuraamustoimistot toimeenpanevat nuorisorangaistuksen ja suunnittelevat sen yhteistyössä nuoren, hänen huoltajansa ja sosiaaliviranomaisten kanssa.

Rikosseuraamusasiakkaiden jälkihuolto

Yhteiskuntaan sopeutumisen lähtökohdat vapausrangaistuksen jälkeen riippuvat sekä henkilön kyvyistä ja taidoista että niistä olosuhteista, joihin hän vapauduttuaan sijoittuu. Siirtyminen suljetusta vankilamailmasta vuosien jälkeen vapauteen on pelottava ja hämmentävä tilanne. Riski retkahtaa päihteisiin, alakulttuuriseen toveripiiriin ja rikoskierteeseen, joka ennemmin tai myöhemmin johtaa takaisin vankilaan, on suuri, ja etenkin, jos vapautumisen hetkellä ei vielä ole mitään kiinnipitävää olosuhdetta tai toimintaa.

Riski epäonnistumiseen on todennäköisempi, jos jälkihuollon suunnittelu ja asioiden järjestäminen vapaudessa aloitetaan vasta vankilan porttien avautuessa. On sitten kyse henkilön omasta vapauden valmistelusta tai viranomaisten toimenpiteistä. Rikosseuraamuslaitoksen ja vapautuvan kotikunnan sosiaalityön yhteistyöllä voidaan tunnistaa erityistä tukea vapautuessa tarvitsevat ja aloittaa tarvittavat toimenpiteet hyvissä ajoin ennen vapautumista.

Rikosseuraamusasiakkaiden jälkihuollon järjestämisessä lähtökohtana ovat kunnan normaalit palvelut. Alan erityistä asiantuntemusta on saatavissa lähinnä Rikosseuraamuslaitoksen sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoilta sekä eräiltä kriminaalihuollon tukipalveluilta tai vertaistukea tuottavilta järjestöiltä. (Oikeusministeriö 2006.)

Rangaistuksesta vapautuvien jälkihuollon parantamiseksi on suositeltu muun muassa:

- rangaistuksen ajan suunnitelmien, vapauttamissuunnitelmien ja henkilön kotikunnan sosiaali- ja terveydenhuollossa tehtyjen suunnitelmien nivominen yhteen ennen rangaistuksen suorittamista, sen aikana ja sen jälkeen
- psykososiaalisen kuntoutuksen, erityisesti päihdekuntoutuksen jatkuvuudesta on huolehdittava

- on vastattava päihde- ja mielenterveysongelmaisten vaativan asuttamisen haasteisiin
- julkiset työvoimapalvelut on saatava nykyistä paremmin vankien käytettäviksi
- vankila-aikana selvitetään vangin työkyky ja mahdollinen eläke-edellytysten täyttyminen
- opioidiriippuvaisten vankien hoidon tarpeen arviointi ja hoito on varmistettava
- tuettava vangin mahdollisuuksia ylläpitää suhteita perheeseensä ja muihin tärkeisiin läheisiinsä, kehitettävä vankiloiden perhetapaamistiloja ja omaisten pääsy tapaamisiin on turvattava tarvittaessa toimeentulotuen keinoin
- lasten oikeus turvalliseen lapsuuteen tulee varmistaa rikosseuraamusalan sosiaalityön ja kunnallisen sosiaalitoimen yhteistyönä vanhemman rangaistuksen aikana
- yhteistoimintatahojen tietojen vaihdon käytäntöjen tulee olla selkeitä ja mahdollisimman yksinkertaisia (STM, OM, Suomen kuntaliitto 2006).

Kriminaalihuollossa toimii merkittäviä ammatillisia ja vapaaehtoistyön järjestöjä erityisesti asumisen tuen, vertaistuen, tukihenkilötoiminnan, päihdekuntoutuksen, henkisen tuen, työhön kuntoutuksen ja koulutuksen piirissä. Järjestöistä ja niiden palveluista voi etsiä tietoja <http://www.porttivapauteen.fi>-palveluportaalista.

Kriminaalihuollon tukisäätiö (Krits) on rangaistuksesta vapautuvien ja heidän läheistensä selviytymistä ja elämänhallintaa edistävä valtakunnallinen asiantuntija- ja palvelujentuottajajärjestö. Sen keskeisenä tavoitteena on uusintarikollisuuden ehkäisy kehittämällä tarpeenmukaisia palvelu- ja tukijärjestelmiä (ks. tarkemmin <http://www.krits.fi>).

Säätiön valtakunnallisia asiantuntijapalveluja ovat kriminaaliasiamestointi, lapsi- ja perhetyö, oppimisvalmennustyö sekä <http://www.porttivapauteen.fi>-verkkopalvelu, joka on maan ainoa rikosseuraamusasiakkaille, heidän läheisilleen ja heidän kanssa työtä tekeville tarkoitettu verkkopalvelu. Portaalissa on oppaita, vankiloiden ohjeita, tietoa jälkihuoltopalveluista, asiantuntijoiden neuvontapalvelut, keskusteluryhmiä, uutis- ja tapahtumakalenteri, selviytymistarinoita ja omat sivut myös lapsille.

Pääkaupunkiseudulla säätiö ylläpitää vertaistukitoimintaa Vertaistuki Rediksessä sekä järjestää tukiasumispalveluita asunnottomana vankilasta vapautuville. Lisäksi säätiö tukee toiminnallisesti ja taloudellisesti alan vertais- ja vapaaehtoisjärjestöjä sekä tuottaa sosiaalipalveluja Rikosseuraamuslaitokselle.

Kriminaaliasiamestoinnassa annetaan ohjausta ja neuvontaa rikosseuraamusasiakkaille ja heidän omaisilleen erityisesti sosiaali- ja terveystalouteen ja sosiaaliturvaan liittyvissä väliinpuutoamistilanteissa sekä edistetään kohderyhmän asemaa edunvalvonnan, koulutuksen ja tiedotuksen keinoin. Asiantuntijapalvelusta vastaavat asiamestointiosasto ja sosiaalilinjat.

Lapsi- ja perhetyössä edistetään rikosseuraamusasiakkaiden lasten ja perheiden asemaa palvelujärjestelmässä, tarjotaan asiantuntija ja koulutusapua, tuetaan alan vertaistukitoimintaa sekä koordinoidaan vankiperhetyön verkostoa. Tehtävästä vastaa lapsi- ja perhetyön koordinaattori.

Oppimisvalmennuskoordinaattori edistää rikosseuraamusasiakkaiden oppimisvaikeuksien tunnistamista, kuntoutukseen pääsemistä, kompensatiokeinojen rakentamista sekä tukimuotojen kehittämistä sekä rikosseuraamusjärjestelmässä että jälkihuollossa. Toiminta käsittää koulutusta, aineistotuotantoa, konsultaatioita ja työnohjausta.

Vertaistuki Redis tarjoaa vertaistukea vapautuville ja auttaa elämänmuutoksessa rehelliseen elämään. Toimintamuotoja ovat palveluohjaus, päiväkeskustoiminta, tukihenkilötoiminta, vertaisryhmien järjestäminen vankiloissa ja Rediksessä sekä kuntouttava harrastustoiminta.

Tukiasumispalveluja säätiö tarjoaa pääkaupunkiseudulle asunnottomina vapautuville ja kuntoutukseen sitoutuneille. Tukitoimet aloitetaan ja rangaistuksen aikana ja asumispolku voi edetä asumisohjauksesta, asumisvalmennusyksikön ja tukiasunnon kautta itsenäiseen asumiseen.

Vertaistukea vapautuville ja heidän läheisilleen tarjoaa KRIS-Suomen Keskusliitto ry, jolla on paikallisyhdistyksiä muun muassa Helsingissä, Tampereella ja Turussa (ks. tarkemmin <http://www.kris.fi>). Vankien Omaiset VAO ry tukee vankien omaisia järjestämällä tukiryhmiä, yhteisiä tapaamisia ja koulutusta (ks. tarkemmin <http://www.vankienomaiset.fi>).

Sininauhaliiton piirissä on useita kristillistä päihde- ja vankityötä tekeviä järjestöjä, jotka tarjoavat muun muassa yhteisöhoitoa ja muuta tukiasumispalvelua ja päivätoimintaa vapautuville, perheleiri- ja tukihenkilötoimintaa (ks. tarkemmin <http://www.sininauhaliitto.fi>).

Kirjallisuus:

- Gullman, Mirva & Sunimento, Kati & Poutala, Pirjo (2011). Oppimisvaikeuksista vapaaksi –hankkeen loppuraportti. Kriminaali- huollon tukisäätiö, monisteita 3/2011.
http://www.krits.fi/DOKUMENTS/Oppiva_loppuraportti.pdf (luettu 27.3.2012)
- Joukamaa, Matti ja työryhmä (2010). Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidon tarve. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2010.
<http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/qclqnxmn.pdf> (luettu 27.3.2012)
- Kaurala, Marjatta (2009). Mitä kuuluu vangin läheisille? Sosiaalisen tilanteen kartoitus. Kriminaali- huollon tukisäätiö, monisteita 3/2009.
- Kivivuori Janne & Linderborg Henrik (2009). Lyhytaikaisvanki. Tutkimus lyhytaikaisvankien elinoloista, elämäkulusta ja rikollisuudesta. Rikosseuraamusviraston julkaisuja 2, 2009. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 248.
- Kriminaali- huollon tukisäätiö, monisteita 3/2009.
http://www.krits.fi/DOKUMENTS/Raportit/mitakuuluuvangin_lahaisille.pdf (luettu 27.3.2012)
- Komiteamietintö 2001:2, Oikeusministeriö. Rikoksettomaan elämänhallintaan. Seuraamusjärjestelmän ja yhteiskunnan tukijärjestelmien yhteensovittamista selvittäneen toimikunnan mietintö. <http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/9p76nmadzd.pdf> (luettu 27.3.2012)
- Laki nuorisorangaistuksesta 1196/2004.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041196> (luettu 27.3.2012)
- Laki valvontarangaistuksesta 330/2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110330> (luettu 27.3.2012)
- Lakso, Mari-Anne ja Mäntynen Suvi (2011). Selviytymisen mahdollisuus. Vankien kokemuksia valvotun koevapauden merkityksestä. Diak Etelä, Helsinki. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201111201485820> (luettu 27.3.2012)
- Linderborg, Henrik (2011). Irti pyöröovesta – lyhytaikaisvankien jälkihuollon tarpeet ja mahdollisuudet. Esitelmä Kriminaali- huollon tukisäätiön 10-vuotisjuhlassa 25. lokakuuta 2011.
http://www.krits.fi/S/10vuotta/linderborg_ESITELMAkritsLOKAKUU25.pdf (luettu 27.3.2012)
- Näkki, Pirjo (2006). Vankien velkaantuminen ja yhteiskuntaan integroituminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:38.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3755.pdf (luettu 27.3.2012)
- Oikeusministeriö (2006). Normaalisuusperiaatteen toteutuminen vankien, tutkintavankien ja yhdyskuntaseuraamuksia suorittavien kohtelussa. Työryhmämietintö 2006:12.
- Oikeusministeriö (2012). Yhdyskuntaseuraamuksia koskevan lainsäädännön kokonaisuudistus. Mietintöjä ja lausuntoja 12/2012.
<http://www.om.fi/Etusivu/Julkaisut/Mietintojajalausuntoja/Mietintojenjalausuntojenarkisto/Mietintojajalausuntoja2012/1330602853024> (luettu 27.3.2012)
- Rikoksista rangaistujen tuen tarve. Suositukset yhteistoiminnalle. Vankien jälkihuoltotyöryhmän raportti (2006). Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:6.
<http://urn.fi/URN:ISBN:952-00-1943-X> (luettu 27.3.2012)
- Rikosseuraamuslaitos (2007). Ohje vangin sijoittaminen ulkopuoliseen laitokseen 2/011/2007.
<http://www.rikosseuraamus.fi/38651.htm> (luettu 27.3.2012)
- Rikosseuraamuslaitos (2008). Ohje valvotun koevapauden toimeenpanosta 6/011/2008. <http://www.rikosseuraamus.fi/37462.htm> (luettu 27.3.2012)
- Rikosseuraamuslaitoksen tilastoja 2010. Rikosseuraamuslaitos.
<http://www.rikosseuraamus.fi/15112.htm> (luettu 27.3.2012)
- Rikosseuraamuslaitos 2012. Ennakkotieto vuoden 2011 tilastoista.
- Rikosseuraamuslaitoksen tilastollinen vuosikirja 2010. Rikosseuraamuslaitos. <http://www.rikosseuraamus.fi/10955.htm> (luettu 27.3.2012)
- Ryynänen, Hannakaisa & Suomela, Maarit (2011). Lähelle - Selvitys yhteydenpitokäytännöistä ja niiden mahdollisista esteistä vankien ja heidän läheistensä välillä. Kriminaali- huollon tukisäätiö, raportteja 1/2011.
http://www.krits.fi/DOKUMENTS/Raportit/Lahelle_raportti.pdf (luettu 27.3.2012)
- Sosiaali- ja terveysministeriö & oikeusministeriö & Suomen kunta- liitto (2006). Rikoksista rangaistujen tuen tarve. Suosituksia yhteistoiminnalle. Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2006:6.
- Vankeuslaki 767/2005
- Wuolijoki, Terhi & Vartiainen, Heikki & Aarnio, Jorma & von Grunewaldt, Virpi & Lintonen, Tomi & Mattila, Aino & Viitanen, Päivi ja Joukamaa, Matti (2011). Sakkovangit ovat vankeista sairaimpia ja huono-osaisimpia. Suomen lääkäri-lehti 44/2011.

7.2 Portti vapauteen

Susanna Särkkä

”Jotenkin tää yksinäisyys tekee hulluksi ihan. Antaisin tiättekö tosi paljon jos ois ees yksi ystävää jolle vois puhua ilman että tulee kauhistelua ja tuomitsemista. Kyllä mä tiedän, että mun mies on tehny tosi väärin ja on lusimassa syystä, mutta silti se on maailman ihanin ja suloinen ja kiltein ihminen, jota mä rakastan ihan älyttömästi ja niin sattuu kun ihmiset puhuu siitä pahaa. Mua niin auttaa tää tänne kirjottelu kun kaikki täällä tajuu millasta tuskaa tää on, joten varmaan mä jatkossakin täällä rutisen. Mulla ei tosissaan oo ketään. Kiitos kaikille.”

Näin nimimerkki Kuurankukka kirjoittaa Portti vapauteen -verkkopalvelun linnaleskien keskustelupalstalla. Linnalesket-palsta tarjoaa vertaistukea henkilöille, joiden puoliso on vankilassa.

Portti vapauteen (<http://www.porttivapauteen.fi>) on Kriminaalihuollon tukisäätiön (Krits) ylläpitämä psykososiaalinen verkkopalvelu, jonka kohderyhminä ovat rikostaustaiset, heidän läheisensä sekä heidän kanssaan työskentelevät ammattilaiset esimerkiksi kunnissa ja järjestöissä. Portti vapauteen -sivustolta saa tietoa, neuvoja ja vertaistukea. Palvelussa on omat sivunsa kullekin kohderyhmälle, tieto- ja neuvontasivut, selviytymistarinoita ja henkilöjuttuja sekä blogi- ja keskustelupalsta. Lisäksi sivuilla on ajankohtaisia juttuja ja tapahtumakalenteri.



Kuva 1. Portti vapauteen etusivu

Tavoitteena on auttaa kohderyhmiään selviytymään usein vaikeaksi koetussa ja valtaväestölle melko tuntemattomassa elämäntilanteessaan. Portti vapauteen -palvelusta rangaistut voivat hakea tukea päästäkseen uuden rikoksettoman elämän alkuun. Ammattilaisille Portti tarjoaa välineitä auttaa asiakasta, joka on tai jonka läheinen on vankilassa tai rikostaustainen.

Palvelu avattiin 2008. Tuolloin palvelussa oli sivut vankilasta vapautuville. Vuonna 2010 palvelua laajennettiin avaamalla sivut vankien ja rikostaustaisten läheisille. Kesällä 2011 julkistettiin Portin uudistettu versio, jossa on omat sivut ammattilaisille ja lapsille.

Portti vapauteen -portaali on nostanut esiin palvelutarpeita, joista ei ole aiemmin tiedetty. Vankien kumppanien, sisarusten ja vanhempien lisäksi lapset kärsivät vanhempiensa tuomioista. Mallia Portin kehittämiseen on haettu muun muassa Ruotsista, jossa ollaan pitkällä lasten ja nuorten auttamisessa.

Mitä Portin kohderyhmistä tiedetään?

Vuoden 2012 alussa Suomen vankiloissa oli 3214 vankia. Yhdyskuntapalvelusta suoritti 3954 henkilöä. Valtakunnallisen vankien terveydenhuoltotutkimuksen tulosten mukaan noin 90 prosentilla vangeista voidaan antaa jokin psykiatrinen diagnoosi. Yhdeksällä kymmenestä vangista on päihderiippuvuus. Päihderiippuvuuden lisäksi lähes joka toisella on persoonallisuushäiriö, ahdistuneisuutta, masennusta tai jokin muu psyykkinen ongelma. Noin kolmanneksella pitkäaikaisvangeista on adhd-tausta. Joka toisen vangin luku- ja kirjoitustaito on heikko. Vangeilla on paljon fyysisiä sairauksia, esimerkiksi noin puolella vankiloiden asukeista on suomensisäisestä huumeidenkäytöstä saatu virustartunta. Vankien terveydentila on huonontunut viime vuosina ja erityisesti mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet. Samalla erot muuhun väestöön ovat kasvaneet entisestään. (Joukamaa 2010)

Vankien omaiset unohtuneet viranomaisilta

Vankien omaisten määrystä ja tilanteesta tiedetään Suomessa hyvin vähän. Rikosseuraamuslaitos ei kerää tietoja vankien perhesuhteista ja lapsista. Vasta aivan viime aikoina viranomaiset ovat huomioineet vankien omaisten ja lasten olemassaolon. Vuonna 2011 lapsiasianneuvottelukunta vaati viranomaisilta toimia vankien lasten oikeuksien parantamiseksi. Samana vuonna Rikosseuraamuslaitos kirjasi ensimmäistä kertaa lapsi- ja perhetyön huomioimisen strategiaansa ja lupasi aloittaa lapsi ja perhetyön linjauksensa valmistelun syksyn 2011 aikana. Kritsin arvion mukaan vankeus koskettaa noin pariakymmentä tuhatta ihmistä vuosittain. Alaikäisiä näistä on noin 8000.

Vankien omaisten sosiaalista ja terveydellistä tilannetta ei juuri ole tutkittu. Kritsin Mitä kuuluu vangin läheiselle? -raportissa kysyttiin miesvankien vaimoilta ja tyttöystäviltä, mitä seurauksia puolison vankeudella on ollut heidän elämäänsä. Lähes puolet vastaajista arvioi toimeentulonsa muuttuneen huonompaan suuntaan miehen vankeusrangaistuksen takia. Joka kolmas kertoi fyysisen terveydentilansa heikentyneen. Yli puolet ilmoitti mielialansa laskeneen miehen vankeusrangaistuksen aikana. Alavireys ilmeni masennuksena, ahdistuksena, väsymyksenä, yksinäisyyden ja ikävän kokemuksina. Yksinäisyyden kokemus liittyi paitsi todelliseen yksinoloon myös häpeään ja salailuun. Osa vältteli muita ihmisiä, koska häpesi miehen vankilaan joutumista.

Runasas 40 prosenttia Kritsin kyselyyn vastanneista katsoi, ettei ollut saanut riittävästi yhteiskunnan palveluja ja tukea. Moni vastaaja valitti tiedon, ohjauksen ja neuvonnan puutteesta. Tietoa esimerkiksi vankiloiden käytännöistä ja yhteiskunnan tukimuodoista oli vastaajien mukaan hyvin vaikea löytää ja saada. (Kaurala 2009.)

Asiantuntijoiden tuottama tieto ja neuvonta Portissa

Rikosseuraamusasioista on olemassa tietoa, mutta se on hajallaan ympäri bittiavaruutta, esitteitä ja kirjoja. Porttiin on koottu tätä tietoa keskitetysti. Portti on paitsi portti vapauteen, myös tiedonlähteille. Portissa on runsaasti linkkejä, jotka auttavat palvelussa asioivaa eteenpäin. Portin ei ole järkevää panna sivuilleen esimerkiksi testejä, jotka ovat jo *Päihdelinkissä* (<http://www.paihdelinkki.fi>). Samoin vaikkapa arjen hallintaan ja taitoihin liittyviä ohjeita ja vinkkejä on linkin takana *Martta-liiton* sivuilla (<http://www.martat.fi>).

Vapautuvien sivuilla on muun muassa käytännönläheisiä neuvoja, jotka sujuvoittavat vangin siviiliin siirtymistä. Sivuilla on myös opas oppimisvaikeuksiin. Netissä voi tehdä muun muassa oppimisvaikeuksia mittaavaan testin.

Läheisten sivuille on koottu eri vankiloiden käytäntöjä ja ohjeita vankilaan läheistään katsomaan meneville. Läheisille on tietoa myös leireistä, vertaistukiryhmistä ja vankien omaisten muusta toiminnasta.

Ammattilaisten sivuille on koottu hyviä toimintatapoja rikostaustaisten kanssa työskentelemisestä eri paikkakunnilta. Osiossa on työvälaineitä, oppaita ja käsikirjoja, esimerkiksi *Oppimisvaikeuksista vapaaksi* ja *Kun Perhe lusii* -käsikirjat sekä *Ehjä Perhe* -opas vankiperheiden vertaisryhmätoiminnan ohjaajille. Am-

mattilaiset voivat tehdä yhdessä Portissa olevia itsearviointitestejä asiakkaan kanssa kartoittaessaan tämän mahdollisia ongelmia ja avun tarvetta.

Alan ammattilaisverkostoille on kevään 2012 aikana tulossa oma suljettu extranet -sivustonsa. Näin esimerkiksi vankiperhetyön verkostoon kuuluvat voivat keskustella keskenään, koota sivuille aihealueensa tietoa, liittää seminaariensa materiaaleja ja ilmoittaa tapahtumista.

Lasten sivuilla on tietoa vankilasta, rangaistuksista ja muusta aiheeseen liittyvästä lapsille sopivassa muodossa. Animaation avulla pääsee esimerkiksi katsomaan, miltä vankilassa näyttää. Lapset voivat myös lähettää kysymyksiä Kritsin lapsi- ja perhetyöntekijälle.

Tietopankissa on tähän mennessä 50 tietoisikua. Tietoiskut ovat oman alansa asiantuntijoiden Portille kirjoittamia. Pankissa on päihteisiin, mielenterveyteen ja vangin henkiseen hyvinvointiin liittyviä artikkeleita muun muassa vankien terveystilanteesta, vankiloiden kuntouttavasta toiminnasta, perheen ja vankeuden yhdistämisestä, huumehaittojen vähentämisestä vankilassa, päihteistä, mielenterveydestä ja väkivallan pelosta vankiloissa.

Portin neuvontasivuilla Kritsin asiamiessosiaalityöntekijä, perheterapeutti ja helmikuusta 2012 lähtien uutena myös oppimisvalmennuskoordinaattori vastaavat kysymyksiin. Vuonna 2011 Kritsin asiantuntijat vastasivat 26 kysymykseen. Luvan antaneiden kysymykset vastauksineen julkaistaan Portin sivulla. Valtaosa kysymyksen esittäneistä ei ole halunnut kysymystään sivuille.

Tutustu vankilaan



Kuva 2. Tutustu vankilaan

Vertaistukea ja selviytymistarinoita

”Kiitos kaikille vastauksista. Oon ihan oikeasti aivan yksin joten tää palsta on ainoa paikka jossa saa ymmärrystä, joten suuresti kiitos. On mulla äiti ja isä mutta ne on päättäneet et mun mies on paha ihminen, kamala rikollinen joka halua vaan käyttää mua hyväksi ja viedä mun rahat, joten yksin ollaan”

(Nimimerkki Telle Linnalesket-palstalla)

Portin keskusteluosio tarjoaa mahdollisuuden vertaistukeen rikostaustaisille sekä heidän läheisilleen. Suosituin palsta on Linnalesket. Palstalla käyvät keskustelua naiset, joiden puoliso tai kumppani on vankilassa.

Linnalesket purkavat palstalla tunteitaan ja tukevat toisiaan. Varmastikin vain toinen linnaleski voi todella ymmärtää, miltä tuntuu, kun juna jumittuu pakkasen takia keskelle metsää ja henkilö ei ehdi perhetapaamiseen. Tai kuinka joskus voi ottaa aivoon, kun toinen makoilee avovankilassa sillä välin kun itse valvoo koliikkivauvan kanssa kotona. Tai miltä tuntuu, kun muut vanhemmat kieltävät lapsiaan leikkimästä oman lapsen kanssa, koska tämän isä istuu linnassa. Linnalesket jakavat palstalla myös paljon käytännön vinkkejä ja tietoa vankiloista ja niiden käytännöistä.

Portin keskustelupalstoille on kirjautunut runsaat 400 jäsentä. Vaikka kävijämäärät ovat verrattain pieniä, etenkin Linnaleskien ydinryhmän aktiivisuuden ja keskustelujen sisällön perusteella palsta on tullut tarpeeseen. Palstalla saatetaan sopia fyysisiäkin tapaamisia, kun keskustelijat esimerkiksi huomaavat käyvänsä samassa vankilassa tapaamassa siippojaan.

”Heippa kaikille. Oon elelly vähän hiljaiseloa kirjottamisesta, en oo päässy moneen viikkoon kunnolla koneelle ja puhelimella on niin hankala kirjoittaa tänne. Joka päivä oon kyl käyny lukee teidän muiden kirjoituksia. Huomenna tulee tasan kuukausi kun rakas joutu lähtee...nyt vasta alkaa tää pahin shokki menemään ohi...vaikka ei tähän kyl varmasti totu ikinä. Viime viikolla olin eka yön yksin kotona ja se oli ihan hirveää, kaikki miehen tavarat oli siinä mihin ne oli jääny, yön rutistin miehen paitaa ja itkin.”
(Nimimerkki Pääskynen Linnalesket-palstalla)

”Me emme saa hylätä lapsiamme missään vaiheesa. He tarvii meitä niin kauan kuin he elävät, näin oli tapana minun äidillä sanoa ja sen olen huomannut monesti. Silti meidän pitää jostain voimaa saada että voimme tukea heitä. Onneksi on nämä sivut missä voimme yrittää lohduttaa toisiamme ja yrittää auttaa.”
(Nimimerkki Emonen Kotikontu-palstalla)

Porttiin voi lähettää selviytymistarinansa. Myös toimittajan tekemällä Kohtaamisia-palstalla esitellään henkilöitä, jotka ovat pystyneet muuttamaan elämänsä suunnan kohti parempaa. Esimerkiksi Pöntöstä maisteriksi -juttu kertoo, kuinka kymmenen vuotta reideerspotting-elämää viettänyt nuori mies selvitti lopulta itsensä yliopistoon.

Kohtaamiset ja selviytymistarinat kuuluvat Portin luetuimpiin osioihin. Moni rikos- tai huumeikierteestä eroon päässyt sanoo, että selviytymisprosessissa jo elämänsä raiteille saaneiden vertaisten esimerkillä on ratkaiseva merkitys.

Miksi oma sivusto rikostaustaisille, heidän läheisilleen ja ammattilaisille?

Rikoksesta tuomittujen ja heidän läheistensä elämäntilanne on erityinen ja se aiheuttaa usein syvän kriisin. Tästä syystä on perusteltua tuottaa juuri tälle kohderyhmälle ja heidän tarpeisiinsa suunnattua verkkopalvelua. Vankien perheille ja läheisille on hyvin niukasti tarjolla apua. Ja jos sellaista on, sitä on vaikea saada.

Suomessa esimerkiksi Rikosseuraamuslaitos ei ole tähän mennessä huomionut juurikaan rikostaustaisten omaisia. Esimerkiksi Ruotsissa vastaavan viranomaisen verkkosivuilla on omat osionsa läheisille ja vankien lapsille.

”Jos meillä viranomaiset alkaisivat tuottaa asiakaslähtöisempää tietoa nettiin ja myös vankien omaiset otettaisiin huomioon, Portti vapauteen -sivustoa ei ehkä tarvittaisi. Mutta niin kauan kun näin ei tapahdu, niin se jää kolmannen sektorin tehtäväksi”, Kritsin viestintäkoordinaattori Lotta Lehmusvaara pohtii. Hän on ollut rakentamassa ja kehittämässä Portti vapauteen -palvelua lähes sen alusta lähtien.

Verkkoauttaminen sopii erityisesti Portin kohderyhmille, koska apua voi hakea anonymisti ajasta ja paikasta riippumatta. Esimerkiksi pienellä paikkakunnalla monen voi olla vaikea mennä puhumaan terveyskeskukseen tai sosiaalitoimistoon siitä, että mies on joutunut vankilaan. Rikoksenteikijöille ja heidän läheisilleen suunnatussa verkkopalvelussa asioiva saa apua ilman, että täytyy pelätä joutuvansa kohtamaan tuomitsevia asenteita. Oikeassa elämässä näin ei aina ole.

”Olen tavannut esimerkiksi terveydenhoitajia, jotka tuomitsevat täysin kovien huumeiden käyttäjät ja heidän auttamisensa. Asenteet ja yleinen ilmapiiri ovat edelleen melko kielteisiä rikollisuutta, vankeutta ja

huumeita kohtaan. Senkin takia verkkopalvelut täydentävät fyysistä järjestelmää. Verkosta saa ainakin puolueetonta ja asiallista palvelua”, Lehmusvaara sanoo.

Rikoksentehtäjät ja heidän perheensä ovat usein köyhiä. Verkkopalvelu on ilmainen. Syrjäseuduilla palvelut ja vaikkapa vertaisryhmät ovat pitkien matkojen päässä. Perheellisten vankien puoliset ovat yksinhuoltajia. Verkosta voi hakea tukea ja apua vaikkapa silloin, kun lapsi nukkuu.

Rikostaustaiset ja heidän läheisensä ovat ammattilaisten kannalta verrattain pieni oma erikoisryhmänsä. Vaikkapa pienen kunnan sosiaalityöntekijä voi joutua hyvin harvoin tekemisiin vankilasta vapautuvan asiakkaan kanssa. Portti vapauteen -sivustolta sosiaalityöntekijä saa johdatuksen aihepiiriin ja voi tarvittaessa kysyä asiantuntijoilta neuvoja.

Sosiaalityöntekijöiden ja terveyshoitohenkilökunnan lisäksi Portin ammattilaiskohderyhmiä ovat muun muassa lasten ja nuorten kanssa työskentelevät. Kouluissa ja päiväkodeissa henkilökunnalle voi olla outo tilanne, kun ryhmässä olevan lapsen äiti tai isä joutuu vankilaan. Portista saa neuvoja, kuinka käsitellä asiaa. Lapset ja aikuiset voivat yhdessä tutkia Portin lasten sivuja ja käydä keskustelua sivujen pohjalta.

Portin kävijätilastoja

Portissa on viimeisen puolen vuoden aikana, syyskuusta 2011 helmikuuhun 2012, vierailut keskimäärin 4 000 kävijää kuukaudessa. Kävijämäärä nousi nelinkertaiseksi kesällä 2011, kun uudet sivut ammattilaisille ja lapsille avattiin.

Sivuston suosituinta sisältöä ovat keskustelufoorumit sekä erilaiset oppaat, joita tähän mennessä on tehty vapautumisesta, vankiloissa vierailemisesta ja oppimisvaikeuksista.

Linnaleskestä vertaistukiaktiiviksi

Hanna joutui lähes shokkiin pari vuotta sitten, kun hänen miehensä pidätettiin ja tuomittiin vankilaan. Hannalle miehen linnareissu tuli täytenä yllätyksenä. Hannalla ei ollut aikaisempaa kokemusta vankiloista tai rikosseuraamusmaailmaan liittyvistä asioista.

Ensijärkytyksestä selvittyään Hanna alkoi etsiä tietoa aihepiiristä. Helppoa tiedon löytäminen ja saaminen ei ollut. Hän törmäsi Portti vapauteen -sivustoon sattumalta.

Ensimmäiseksi Hanna kävi läpi Tapaajan opasta, koska halusi tietoa vankiloista ja niiden käytännöistä. Hän seurasi Linnaleski-palstaa puolisen vuotta ennen kuin uskaltautui itse osallistumaan keskusteluun.

Hannan mukaan vertaistuki, olipa se sitten verkossa tai kasvokkain, on ensiarvoisen tärkeää. Hannan mukaan vangin läheisille on tyypillistä mielialan nopeat vaihtelut. Vertaiset ymmärtävät tämän parhaiten.

”Hyvin pienikin asia voi syöstä ihmisen tässä tilanteessa raiteiltaan. Ahdistus voi laueta vaikkapa varti-
jan epäkohteliaasta sanasta, kun menee tapamaan miestä vankilaan. Tai perhetapaamisen epäminen voi masentaa mielen ihan kokonaan”, kertoo Hanna. ”Vertaistuki verkossa on yksi hyvä väylä purkaa välittömästi tällaisia arkisten vastoinkäymisten aiheuttamia tunneryöppyjä.”

Hanna uskoo, että henkilön netinkäyttötottumukset määrittävät, kuinka paljon apua verkosta pystyy ammentamaan. Hanna arvioi, että verkkoapu pystyi täyttämään noin kolmanneksen hänen tuen tarpeistaan.

”Toisille riittää vertaistuki pelkästään verkossa. Ja tietysti syrjäisemmällä seuduilla nettituki on ainoa mahdollisuus. Itse kaipasinkin myös sitä, että sain purkaa huonoa oloani kasvokkain toisen ihmisen kanssa.” Elävässä elämässä vangin omaisen on Hannan mukaan lähes mahdotonta saada nopeaa ja välitöntä matalan kynnyksen apua.

Nykyisin Hanna toimii Vankien Omaiset ry:n vertaistukiaktiivina. Hanna näkee nettivertais toiminnassa paljon kehittymismahdollisuuksia. Esimerkiksi vasta käyttöön otettu valvonta- eli pantarangaistus synnyttää hyvin todennäköisesti uusia tarpeita. ”Perhe joutuu aivan toisella tavalla osallistumaan läheisensä rangaistuksen suorittamiseen, kun tämä on kotona. Kotivankilassa on paljon hyviä puolia, mutta tilanne ei ole ihan helppo henkisesti perheelle.”

Portin kehittäminen

Portti vapauteen -palvelun voisi Lotta Lehmusvaaran mukaan tarjota tulevaisuudessa ohjattuja ryhmiä esimerkiksi nuorille, joiden vanhempi on vankilassa. Nuoret on helpompi houkuttaa nettiin kuin fyysisiin tukiryhmiin. Mutta verkkoauttaminen sopii periaatteessa kaikille. ”En usko, että on ryhmiä, joita ei voisi

verkkopalvelun avulla auttaa. Verkossa voisi toteuttaa kuntoutusta jopa seksuaalirikollisille, joille ei tällä hetkellä ole mitään jatkohoitoa vankilan jälkeen.”

Nettityhteyksien saaminen avovankiloihin ja vankien nettiin pääsyn helpottaminen vuoden 2012 aikana avaa Portille uusia kehittymismahdollisuuksia. Esimerkiksi Kriksissä kehitetystä Terve-kurssista voisi tehdä verkkokurssiversion Porttiin. Terve -kurssi on tarkoitettu vankiloissa huumeita suonensisäisesti käyttäville. Vankiloissa huumeiden käyttöön liittyy vielä enemmän terveystarpeita kuin muurien ulkopuolella. Puhtaita neuloja ei ole, vanki vetää sisään mitä sattuu käsiinsä saamaan. Terve-kurssin tavoitteena on estää käyttäjille ja yhteiskunnalle aiheutuvia haittoja, kuten vaarallisia tartuntatauteja. Terve-kurssit ja -ryhmät sopivat erityisen hyvin verkkoon, koska kynnyksen osallistumiseen pitää olla todella matala.

”Kurssille voisi tulla anonyymisti, ilman pelkoa leimautumisesta ja ilman, että täytyy asettaa tavoitteita raitistua tai päästä kuiville. Tällaisesta ryhmästä jotkut voivat kiinnostua enemmän ja alkaa haluta muutosta. Seuraavaksi näille heränneille voisi tarjota verkossa ryhmää, jossa jo on tavoitteita. Joillekin tällainen ryhmä voi olla kimmoke mennä fyysisesti kuntoutukseen”, Lehmusvaara uskoo. Hän on nähnyt mallin toimivan aiemmassa työssään A-klinikkasäätiön Päihdelinkissä.

Tulevaisuudessa Portissa voisi myös keskustelupalstoilta kerätä kiinnostuneita tulemaan mukaan ohjattuihin ryhmiin ja luoda portaittaisia palveluita. Portin kohderyhmät kokevat usein, että yhteiskunta on kohdellut heitä kaltoin ja he tuntevat olevansa järjestelmän ulkopuolella. ”He eivät välttämättä luota yhteiskunnan palveluihin ja apuun, jos niitä olisikin tarjolla. Mutta verkossa hyväksi ja samanhenkiseksi koetun keskustelupalstan kautta luottamus on helpompi saavuttaa ja saada heidät sieltä hakemaan apua”, sanoo Lehmusvaara.

Esimerkiksi Linnaleskien keskustelupalstalla voisi kokeilla, haluaisivatko jotkut keskustelijat tulla perheterapeutin vetämään verkkoryhmään. Verkkoryhmässä voitaisiin pohtia keinoja, joilla muuttaa parisuhdetta paremmaksi tai kuinka kohentaa itsetuntoaan ja itsearvostustaan.

Porttiin olisi mahdollista kehittää samantapaisia muutoksen välineitä ja oma avun ohjelmia kuin vaikkapa jo olemassa olevat laihdutus- ja alkoholinkäytön vähentämishjelmat ovat. Esimerkiksi vankilasta vapautuva voisi tehdä itselleen verkossa polun, joka auttaisi häntä pysymään kaidalla tiellä. Tällaisten ohjelmien kehittämiseen ei toistaiseksi ole ollut rahaa.

Verkkopalveluja rikostaustaisille ja heidän läheisilleen kehitettäessä on tärkeää lähteä sosiaaliryöön perusarvoista. Asiakasta on kunnioitettava ja asiakkaiden itsemääräämisoikeus on hyväksyttävä. ”Vaikka voi olla vaikea käsittää, miksi joku surmaa perheensä tai kuinka murhasta tuomitun vangin puoliso jaksaa aina vaan rakastaa tätä kenties väkivaltaista ja päihdeongelmaista kumppaniaan, niin ammattilaisen tehtävä ei ole moralisoida tai tuomita. On uskottava ihmisen kykyyn muuttua, ja tarjottava siihen tukea”, Lehmusvaara pohtii.

Vankien omaisten nimet ja nimimerkit on muutettu.

Kirjallisuus:

Joukamaa M. ym. Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos. Rikosseuraamusviraston julkaisuja 1/2010.

Kaurala, Marjatta: Mitä kuuluu vangin läheisille? Sosiaalisen tilanteen kartoitus, Kriminaalihuollon tukisäätiö monisteita 3/2009.

Haastattelut:

Hannan haastattelu 7.2. 2012

Lotta Lehmusvaaran haastattelu 20.1.2012

Lisätietoja:

Kärkkäinen Jukka: Vankien terveystilanne, Portti vapauteen, 2011, http://www.porttivapauteen.fi/tietoa/tietopankki/2467/vankien_terveystilanne

Särkkä, Vankien lasten asemaan parannusta, Portti vapauteen 13.9.2011.

http://www.porttivapauteen.fi/ajankohtaista/2747/vankien_lasten_asemaan_parannusta

Uusitalo, Liisa: Huumehaittojen vähentäminen vankiloissa, Portti vapauteen 2009.

http://www.porttivapauteen.fi/tietoa/tietopankki/2488/huumehaittojen_vahentaminen_vankiloissa

7.3 Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen

Tuula Tiainen

Kehittämisen käynnistyminen

Mielenterveyskuntoutujien asuminen, asumiseen saatava tuki ja kuntoutus liittyvät vahvasti yhteen. Niiden tulee muodostaa kiinteä, toimiva kokonaisuus. Asuminen on ihmisen perusoikeus ja muodostaa pohjan muulle elämälle. Se myös mahdollistaa kuntoutumisen. Asumisen tulee täyttää hyvän asumisen laatuvaatimukset, eikä esimerkiksi soluasuminen ole enää 2000-luvun asumista. Myöskään mielenterveyskuntoutujien asumista monen hengen huoneissa ei voi perustella yhteisöllisyydellä. Oman huoneen takaama yksityisyys ei sulje pois yhteisöllisyyttä, sillä se mahdollistuu asumisyksiköiden yhteisissä oleskelutiloissa.

Asumistilanteen parantaminen edellyttää osaltaan asennemuutosta. Yhdenvertaisuus suhteessa muun väestön asumiseen tarkoittaa samojen kriteerien soveltamista myös mielenterveyskuntoutujien asumiseen. Puutteellinen asuminen vie pohjan pois kuntoutumiselta, sillä asunnolla ja asuinympäristöllä on vaikutusta meidän jokaisen mielenterveyteen ja hyvinvointiin.

Mielenterveyskuntoutujien asuminen on jäänyt jälkeen monien muiden erityisryhmien asumisesta. Valtaosa kuntoutujista asuu tavallisissa vuokra- ja omistusasunnoissa, mutta osa asuu asumisyksiköissä, joista kaikki eivät täytä asumispalveluille asetettuja suosituksia. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma on omalta osaltaan helpottanut myös asunnottomien mielenterveyskuntoutujien tilannetta. Toisaalta mielenterveyskuntoutujille tarvitaan omia asumisyksiköitä, joissa henkilökunnan osaaminen ja koulutus soveltuvat asukkaiden kuntoutumisen tukemiseen. On tärkeää ottaa huomioon, että eri ihmisillä ja eri ryhmillä on erilaisia asumisen tarpeita. Siksi eri erityisryhmille tarvitaan omat asumisyksiköt. Hyvä, tarpeita vastaava asuminen on itsenäisen, yhteiskuntaan integroituneen elämän keskeisiä edellytyksiä.

Nykyisen hallitusohjelman yhtenä painopistealueena on köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen vähentäminen. Hallituksen tavoitteena on kaventaa tulo-, hyvinvointi- ja terveyseroja. Sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien ennaltaehkäisyyn sekä mielenterveys- ja päihdepalveluihin panostetaan. Hallitusohjelman mukaan mielenterveysongelmiin puututaan varhaisessa vaiheessa sekä mielenterveyspalvelujen saatavuutta ja erityisesti matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja kehitetään uudistamalla mielenterveyslakia.

Hallituksen asuntopolitiikan tavoitteena on turvata sosiaalisesti ja alueellisesti tasapainoiset ja vakaat asuntomarkkinat. Lisäksi tavoitteena on kehittää asumisen laatua sekä poistaa pitkäaikaisasunnottomuus, mihin liittyen pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmaa jatketaan. Asuntopolitiikalla edistetään kaikkien väestöryhmien mahdollisuuksia elämäntilanteeseensa sopivaan asumiseen ja asukkaiden vaikutusmahdollisuuksia. Erityisryhmien asunto-olojen parantamiseksi huolehditaan investointiavustusten riittävydestä ja säilytetään vähintään niiden nykyinen taso. Yhdeksi painopistealueeksi otetaan nuorten asunnottomuuden ja syrjäytymisen ehkäiseminen.

Ihmisillä, joilla on vakavia mielenterveyden ongelmia, on muita suurempi riski joutua asunnottomiksi jossain elämänsä vaiheessa. Osalla saattaa olla lisäksi päihdeongelma sekä somaattisia ongelmia, mikä lisää riskiä. Asunnottomuuden ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi on tärkeää järjestää mielenterveysongelmista kärsivien asuminen. Tilanteen kohentaminen vaatii valtakunnallista poikkihallinnollista kehittämis- ja yhteistyötä. Tämän johdosta ympäristöministeriö asetti vuonna 2011 ohjausryhmän pohtimaan mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämistä.

Hankkeen tehtävänä oli arvioida mielenterveyskuntoutujien asumistilannetta ja tehdä ehdotuksia käytännön toimenpiteiksi. Tavoitteena oli edistää mielenterveyskuntoutujien tarpeita vastaavien asumisratkaisujen suunnittelua ja toteuttamista osana sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisia ja paikallisia suunnitelmia. Tavoite liittyi myös hallitusohjelman toteuttamiseen erityisesti Mieli 2009 suunnitelman toimeenpanon ja pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelman jatkamisessa vuoteen 2015.

Työryhmän tehtävänä oli arvioida mielenterveyskuntoutujien asumistilannetta ja asumisen tarpeita, erityisesti tuettua asumista tarvitsevien kohdalla. Tehtävänä oli myös arvioida asumisen tukipalvelujen tarvetta ja saatavuutta. Lisäksi tuli tehdä toimenpideehdotuksia esimerkiksi tarvittavista asumisratkaisuista ja asumisen tukipalveluista sekä suunnitella toimenpideehdotusten toteuttamista.

Artikkelissa käsitellään seuraavaksi mielenterveyskuntoutujien asumisen tilannetta ja tarpeita, työryhmän tekemää selvitystyötä sekä johtopäätöksiä. Työryhmän muotoilemat toimenpide-ehdotukset ovat luetavissa raportista, joka ilmestyy tämän artikkelin kirjoittamisen jälkeen.

Mielenterveyskuntoutujien asumistarpeiden ja -ongelmien jäsentäminen

Vuonna 2010 työkyvyttömyyseläkkeen saajista 38 prosentilla eli 81 142 henkilöllä pääasiallisena syynä oli mielenterveydenhäiriö. Luku on ollut tasaisesti kasvava, mutta kasvu on hidastunut 2000-luvulla. Mielenterveyden häiriöt eivät ole Suomessa lisääntyneet, vaikka häiriöitä on kuitenkin paljon. Viime vuosina psykiatrisissa sairaaloissa on hoidettu hieman yli 30 000 kansalaista vuodessa ja hoitopäiviä on kertynyt puoli-toista miljoonaa. Psykiatriisiin asumispalveluihin on sijoittunut yli 7 000 ihmistä. (THL 2011)

Tarkoituksenmukaisilla asumisratkaisuihin, joihin sisältyy yksilöllisesti suunniteltu ja tarpeen mukaan vaihteleva tuki, voidaan vähentää sairaalahoitoja ja lyhentää sairaalajaksoja. Tähän tarvitaan laadukkaita asumispalveluja, kotiin vietäviä palveluja sekä avohoitokeskeistä mielenterveyspalvelujärjestelmää.

Mielenterveyskuntoutujien asumistarpeet ja -ongelmat voidaan karkeasti jaotella neljään osa-alueeseen ja ryhmään. Ensimmäisenä on psykiatrisessa sairaalahoidossa asumisongelmien takia olevat: asunto puuttuu kokonaan tai asumista tukevat palvelut ovat riittämättömät. Pelkästään Helsingissä Auroran sairaalassa jonotti lokakuussa 2011 asuntoa 57 kuntoutujaa (Oksanen, Hulkkonen 2012). Jonottajat odottavat pitkään kuntoutusosastoilla ja kuntouttavaa hoitoa tarvitsevat akuuttiosastoilla. Tämä vaikuttaa koko psykiatriseen palvelujärjestelmään. Lisänä tähän tulee sairaalapaikkojen vähentäminen omana kysymyksenään.

Toisena ryhmänä ovat tavallisissa kodeissa, joko omistus- tai vuokra-asunnoissa, asuvat mielenterveyskuntoutajat, jolloin ongelmana ovat riittämättömät asumista tukevat palvelut. Silloin vuokra-asumisessa asunnon menettämisen riski kasvaa ja aiheutuu "turhia" sairaalajaksoja. Kolmantena ryhmänä ovat asunnottomat mielenterveyskuntoutajat. Asunnottomissa on paljon mielenterveyskuntoutujia sekä päihdeidenkäyttäjiä. Neljäntenä on asumisyksiköiden uudisrakentamisen ja peruskorjaamisen tarve. Tähän liittyen on tarkennettava, keille asumisyksiköitä tarvitaan ja millaisia yksiköitä tarvitaan. Lisäksi on selvitettävä, millainen on olemassa olevien yksiköiden asumisolojen laatutaso. Asumisyksiköiden laatu ei aina vastaa asumispalveluille asetettuja kehittämissuosituksia.

Mieli 2009 -suunnitelmassa todetaan, ettei psykiatrinen sairaalahoido saa johtua asumisongelmista. Suunnitelman mukaan vahvistamalla ja monipuolistamalla avomuotoisia mielenterveyspalveluja psykiatrisen sairaalahoidon tarpeen arvioidaan vähenevän 1600 sairaalapaikalla vuodesta 2009 vuoteen 2015. Paikkojen väheneminen edellyttää asumisen ja sitä tukevien palvelujen järjestämistä. Asumispalvelusäätiö AS-PAn mielenterveyskuntoutujien asumista koskevassa selvityksessä 2011 arvioitiin, että sairaalajaksoja voitaisiin monen kohdalla lyhentää, jos asumisen tukipalvelut olisivat riittäviä ja hyvin järjestettyjä.

Käytetyt käsitteet ja määritelmät

Eri lait määrittelevät erityisryhmien asumisen käsitteet eri tavoin ja käsitteitä (esimerkiksi asumispalvelut) käytetään eri merkityksissä. Arjessa monien käsitteiden merkitykset helposti muuttuvat ja sekoittuvat. Lisäksi kehittämishankkeissa luodaan usein uusia käsitteitä ja merkityksiä. Tämä osaltaan vaikeuttaa eri toimijoiden vuorovaikutusta ja yhteistyötä.

Mielenterveyskuntoutujien asumisen kohdalla on käytössä useita käsitteitä (tukikoti, tukiasunto, kuntoutuskoti, tuettu asuminen, kuntouttava asuminen, jne.). Tässä artikkelissa käytetään sosiaalihuoltolain mukaisia asumisen käsitteitä: tukiasunto ja palveluasunto. Asumispalveluja järjestetään tukiasunnoissa ja palveluasunnoissa, joissa asumista tuetaan sosiaalityöllä ja muilla palveluilla. Jos työntekijä käy vain tapaamassa asukasta, on kyse tukiasunnosta. Jos esimerkiksi kuntoutuskodissa on työntekijä paikalla arkisin esimerkiksi virka-aikaan tai osan päivästä, tarkoittaa se tässä palveluasuntoa.

Tukiasunto voi olla yksittäinen asunto tai asuntoryhmään kuuluva asunto. Tukiasuminen järjestetään ai-noastaan kunnan osoittamassa tukiasunnossa. Asuntoon liittyy aina tuki, jonka määrä voi vaihdella. Tällöin työntekijä käy tapaamassa asukasta sovituin väliajoin ja varmistaa asumisen sujumisen. Jos asukas ei enää tarvitse tukea, pyritään järjestämään muutto itsenäiseen asuntoon.

Palveluasunnolla tarkoitetaan asumisyksikön asuntoja, joihin on järjestetty päivittäinen hoito ja huolenpito. Palveluasumisessa henkilöstöä on paikalla päivisin. Tehostetussa palveluasumisessa henkilöstö on

paikalla ympärivuorokauden. Uusissa tai peruskorjatuissa yksiköissä asunto tarkoittaa omaa huoneistoa tai vähintään huonetta, joka on varustettu kylpyhuoneella.

Yhteys meneillään oleviin ohjelmiin

Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämisessä on tärkeää luoda yhteys meneillään oleviin ohjelmiin. Valtioneuvoston asuntopoliittista toimenpideohjelmaa työstäneen työryhmän ehdotuksen (ympäristöministeriö 2012) mukaan mielenterveyskuntoutujien ja päihdeongelmaisten asumista kehitetään osana pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmaa sekä osana kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa 2009–2015. Lisäksi tuetaan mielenterveyskuntoutujien asumishankkeiden käynnistämistä sekä uudisrakentamistta peruskorjaamishankkeita. Osana pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmaa toimii nimi oveen -hanke, jossa Vantaan vastuulla on omat ovet -hanke, jossa mallinnetaan mielenterveyskuntoutujien asumispolku sekä hahmotellaan jatkoasuttamisen tukea (Törmänen 2011).

Vuorovaikutus käynnissä olevien ohjelmien ja suunnitelmien välillä on tärkeää. Ohjelmien kautta saadaan myös tietoa kuntien tilanteesta ja suunnitelmista. Toisaalta taas toimenpide-ehdotuksia saadaan jalautettua kuntiin pidempään jatkuvien ohjelmien välityksellä.

Oleellista on saada mielenterveystyön strategiat osaksi kuntien, kuntayhtymien ja yhteistoiminta-alueiden hyvinvointisuunnitelmia kuten Mieli 2009 suunnitelman ehdotuksissa todetaan. Kunnilla tulisi olla kokonaissuunnitelmat, joissa käy ilmi muun muassa käytössä olevat voimavarat ja niiden kohdentaminen. Tätä painottaa myös pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma.

Aiemmat tutkimukset ja selvitykset mielenterveyskuntoutujien asumisesta

Mielenterveyskuntoutujien asumistilanne heikentyi 1990-luvulla psykiatrisen hoidon palvelurakennemuutoksen myötä. Laitospaikkojen purkamisen yhteydessä ei onnistuttu kehittämään riittäviä avohoidon palveluja eikä asumispalveluja. Hoitamattomat psyykkiset ongelmat voivat johtaa muun muassa vuokranmaksun laiminlyöntiin, asumishäiriöihin, arjen asioiden hoitamattomuuteen ja eristäytymiseen. Psyykinen sairaus ei kuitenkaan läheskään aina edellytä asunnon vaihtoa tai asumismuodon muuttamista, vaan varhaisella puuttumisella ja avun piiriin hakeutumisella voidaan turvata asumisen jatkuminen samassa asunnossa. Asumisen järjestämisessä ei pelkästään ole ongelmana asuntojen puute, vaan vaikeus saada asukkaille tarvittavia tukipalveluja. Asumista tukevia palveluja ovat muun muassa psykiatrian erikoissairaanhoidon avopalvelut, asumisharjoittelu, tukihenkilötoiminta, työtoimintakeskus sekä klubitalot. (Lehtonen, Salonen 2008; Paasu 2005)

Mielenterveyskuntoutujien asema on varsin erilainen asuinkunnasta riippuen. Lisäksi palvelutuottajia on paljon, eikä kuntien työntekijöillä ole välttämättä tarkkaa tietoa siitä, millaisesta palvelusta he maksavat palvelutuottajille. Monesti syntyy tilanteita, joissa palvelutarjonta ei vastaa kuntoutujien palvelujen tarvetta. Psyykkisiä häiriöitä ja sairauksia on monenlaisia. Siksi on oltava erilaisia asumisvaihtoehtoja ja monipuolisia asumista tukevia palveluja, jotka vastaavat kuntoutujien erilaisiin tarpeisiin.

Mielenterveyskuntoutujista on tehty monia tutkimuksia ja selvityksiä, mutta vain pieni osa niistä käsittelee mielenterveyskuntoutujien asumistilannetta ja -tarvetta. Salon ja Kallisen (2007, 2008, 2010) selvitykset ovat niitä harvoja, jotka tarkastelevat asumisyksiköiden laatua. Selvitysten perusteella näyttää siltä, että mielenterveyskuntoutujat asuvat asumisyksiköissä pääsääntöisesti pienissä huoneissa, usein asuintoverin kanssa ja ilman omassa käytössään olevia mukavuuksia.

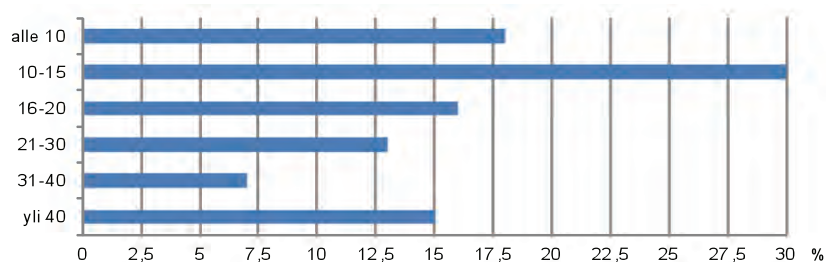
Muut selvitykset käsittelevät asumiseen tarvittavaa tukea ja palveluja. Selvityksistä saa suuntaa antavaa, laadullista tietoa palvelujen tarpeesta (esim. Guerrero 2008, Harjajärvi 2009, Kettunen 2011) ja niiden tulokset ovat hyvin samansuuntaisia. Tärkeää on mahdollistaa yksilöllisesti räätälöity asumisen tuki, jonka määrä voi vaihdella asiakkaan voimien ja tilanteen muuttuessa.

Kysely mielenterveyskuntoutujien asumisen laadusta

Koska kattavin selvitys mielenterveyskuntoutujien asumisen laadusta on tehty vuonna 2004, päädyttiin tekemään kysely asumisyksiköihin, joissa asuu mielenterveyskuntoutujia. Tavoitteena oli selvittää asumisen laatua asumisyksiköissä ja onko tilanteessa tapahtunut muutosta verrattuna vuoden 2004 tutkimukseen.

Kysely lähetettiin 362 asumisyksikköön, joissa asuu mielenterveyskuntoutujia. Vastauksia tuli yhteensä 192 kappaletta eli 53 prosenttia. Asumisyksiköistä on kunnan ylläpitämiä 13,6 prosenttia, säätiön, järjestön, yhdistyksen tai osuuskunnan ylläpitämiä (jatkossa säätiö) 28,3 prosenttia ja yksityisten yritysten ylläpitämiä 58,1 prosenttia. Suurin osa yksiköt sijaitsee lähellä palveluja taajaman keskustassa. Yli viiden kilometrin päässä keskustasta sijaitsee 47 (24,7 %) yksikköä.

Enintään 15 asukkaan yksiköitä on lähes puolet, enintään 30 asukkaan yksiköitä on 77,5 prosenttia ja yli 40 asukkaan yksiköitä on 15,2 prosenttia.



Kuva 1. Asumisyksikön koko

Henkilökuntaa on paikalla ympärivuorokauden 57,4 prosentissa yksiköistä. Valtaosassa (81,6 %) asuminen perustuu asukkaan vuokrasopimukseen. Muissa yksiköissä asuminen perustuu muuhun järjestelyyn, lähinnä kunnan maksusitoumukseen. Toisaalta vastausten perusteella on vaikea arvioida, viittaako maksusitoumus asumiseen vai asukkaan saamiin palveluihin.

Kaikilla asukkailla on yhden hengen huoneet vain 56,9 prosentissa yksiköistä. Yhdessä yksikössä on kolmen tai useamman hengen huoneita. Huoneet ovat pieniä: valtaosa yhden hengen huoneista on alle 20 m² ja kahden hengen huoneista alle 25 m².

Taulukko 1. Asukkaiden huoneiden koko

	alle 10 m ²	10–14,9 m ²	15–19,9 m ²	20–24,9 m ²	25–29,9 m ²	30 m ² tai yli
Yhden hengen huoneet	3,7 %	41,6 %	24,2 %	13,7 %	7,4 %	9,5 %
Kahden hengen huoneet	0 %	11,7 %	27,3 %	27,3 %	11,7 %	22,1 %
Kolmen tai useamman hengen huoneet	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %

Lähes puolessa yksiköistä on asukkaiden yhteisessä käytössä olevia tiloja alle 70 m². Noin 40 prosentissa yksiköistä yhdessäkään asukashuoneessa ei ole edes yhtä mukavuutta vain asukkaan omassa käytössä. Toisaalta noin kolmasosassa yksiköistä jokaisessa huoneessa on asukkaalla käytössään oma wc- tai suihkutila.

Taulukko 2. Asuinhuoneiden varustetaso

	Ei yhdessäkään huoneessa	Muutamassa huoneessa	Alle puolessa huoneista	Yli puolessa huoneista	Lähes kaikissa huoneissa	Kaikissa huoneissa
WC	36,9 %	10,7 %	4,3 %	5,9 %	7,0 %	35,3 %
Suihku	42,2 %	7,8 %	5,6 %	5,6 %	4,6 %	33,3 %
Pesuallas	33,7 %	12,7 %	5,0 %	5,5 %	6,1 %	37,0 %
Jääkaappi	48 %	16,9 %	7,3 %	3,4 %	4,5 %	19,8 %
Keittolevy	56 %	13,1 %	7,4 %	4,6 %	5,7 %	13,1 %

Teknistä tai laadullista peruskorjausta tai tilojen laajennusta seuraavien viiden vuoden aikana suunnitellaan 38,5 prosenttia yksiköistä. Toisaalta 44,4 prosentilla ei ole seuraavien viiden vuoden aikana mitään peruskorjaussuunnitelmia. Lisäksi muutamassa kohteessa suunnitellaan automaattisen sammutusjärjestelmän asentamista. Osa vastauksista tuo esille tilojen ja toiminnan monipuolistamisen tarpeen. Muutamat vastaukset heijastavat asenteellisuutta mielenterveyskuntoutujien asumisen laatua kohtaan: heille riittää vaatimattomampikin. Esimerkiksi yhden vastauksen mukaan tarvitaan vain pientä pintaremonttia, vaikka asunnot ovat valmistuneet lähes 20 vuotta sitten.

Ainoastaan mielenterveyskuntoutujia asuu 27 prosentissa yksiköistä. Muissa asuu mielenterveysasukkaiden lisäksi enimmäkseen päihdekuntoutujia ja kaksoisdiagnoosiasukkaita sekä muutamissa asuu kehitysvammaisia henkilöitä ja muistisairaita vanhuksia. Suuria laadullisia eroja ei kuitenkaan tule esille verrattaessa asumisyksiköitä, joissa asuu pelkästään mielenterveyskuntoutujia, sekayksiköihin. Esille tulee eroja kohteiden etäisyydessä taajaman keskustasta: mielenterveyskuntoutujien kohteista 15,7 prosenttia sijaitsee yli viiden kilometrin päässä, kun taas vastaava luku sekakohteiden kohdalla on 28,1 prosenttia. Mielenterveyskuntoutujien yksiköt ovat kooltaan hiukan pienempiä: enintään 15 asukkaan yksiköitä on 60,8 prosenttia (sekayksiköistä 44,3 %), enintään 30 asukkaan yksiköitä on 82,4 prosenttia (sekayksiköistä 75,7 %) sekä yli 40 asukkaan yksiköitä on 5,9 prosenttia (sekayksiköistä 18,6 %). Kaikilla on yhden hengen huoneet 64,7 prosentissa mielenterveyskuntoutujien yksiköistä ja 54 prosentissa sekayksiköistä.

Kuntien ylläpitämistä kohteista sijaitsee lähellä palveluja, alle 1km keskustaan, suurempi osa (64 %) kuin säätiöiden tai yksityisten kohteista (33,3 % ja 39,1 %). Kuntien yksiköistä myös valtaosa (65,4 %) on pieniä eli enintään 15 asukkaan yksiköitä. Vastaava luku on säätiöiden yksiköissä 46,3 prosenttia ja yksityisten yksiköissä 46,3 prosenttia. Yli 30 asukkaan yksiköitä on kunnallisten osalta 3,8 prosenttia, säätiöiden 37,1 prosenttia ja yksityisissä 20 prosenttia.

Vastanneiden kuntien asumisyksiköissä 92,3 prosenttia kaikilla on yhden hengen huoneet. Säätiöiden yksiköissä kaikilla on yhden hengen huoneet 72,2 prosentissa ja yksityisissä 41,1 prosentissa. Yksityisissä asumisyksiköissä on siten eniten kahden tai useamman hengen huoneita ja huoneet ovat kooltaan pieniä (84,4 % yhden hengen huoneista on alle 20 m² ja 72,1 % kahden hengen huoneista on alle 25 m²). Yksityisten ylläpitämässä yksiköistä noin puolessa yhdessäkään huoneista asukkaalla ei ole käytössään omaa wc- eikä suihkutilaa (säätiöiden 24,5 % ja kuntien 35,3 %). Toisaalta kaikissa huoneissa on oma wc- ja suihkutila yksityisten 16,3 prosentissa, säätiöiden 63,3 prosentissa ja kuntien 48,9 prosentissa yksiköistä. Nämä tulokset viittaavat siihen, että kuntien ja säätiöiden ylläpitämät kohteet ovat laadultaan parempitasoisia kuin yksityisten kohteet.

Avokysymyksellä selvitettiin vastaajien näkemyksiä mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämistarpeista. Vastauksissa painotettiin samoja laatutekijöitä, jotka mainitaan kehittämissuosituksissa (STM 2007) ja jotka nousevat esille Salon ja Kallisen (2007) selvityksessä. Vastausten mukaan yksiköiden on sijaittava lähellä palveluja ja oltava kooltaan pieniä, mikä mahdollistaa "kodinomaisuuden". Jokaiselle erityisryhmälle tulee olla omia yksiköitä ja erilaisia yksiköitä tulee olla riittävästi, jotta kuntoutujien erilaiset tarpeet voidaan ottaa huomioon. Tärkeänä pidetään, että jokaisella asukkaalla on oma huone wc- ja suihkutilalla. Vastauksissa painotetaan joustavaa ja yksilöllistä tukea sekä tukipalvelujen viemistä asukkaan kotiin. Näiden vastausten perusteella eri kehittämissuosituksia on hyvin sisäistetty, vaikka ne eivät vielä näy yksiköiden tilaratkaisuissa.

Asumisyksikkökyselyn tulokset ovat samansuuntaisia vuonna 2004 tehdyn selvityksen kanssa eli tilanteessa ei ole tapahtunut suuria muutoksia eikä parannuksia. Yksiköiden ylläpitäjinä kuntien osuus on pienentynyt ja yritysten osuus on kasvanut.

Kysely psykiatrian ylilääkäreille

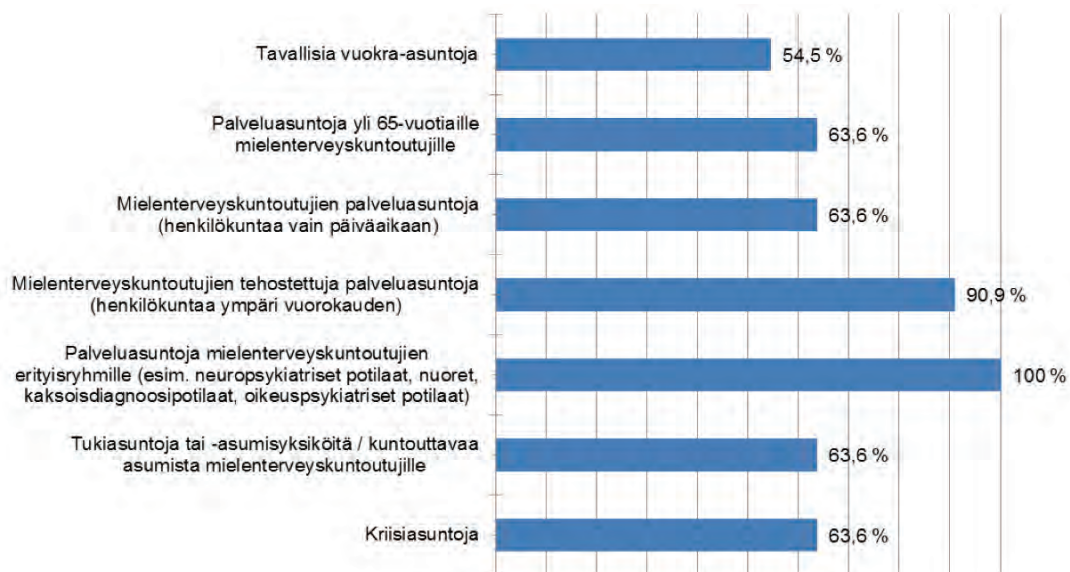
Lisäksi kartoitettiin lisäksi psykiatristen sairaaloiden näkökulmasta mielenterveyskuntoutujien asumistilannetta: miten asumisongelmat näkyvät potilaiden keskuudessa, joudutaanko potilaita kotiuttamaan epätarkoituksenmukaisiin asumisratkaisuihin ja millaisia asumisratkaisuja tarvitaan lisää. Kysely osoitettiin sairaanhoitopiirien ja kuntien psykiatristen sairaaloiden ja osastojen ylilääkäreille. Se lähetettiin 20 sairaanhoitopiiriin, neljään kunnalliseen psykiatriseen sairaalaan sekä neljään psykiatriseen vankisairaalaan. Jos henki-

lökohtaisia sähköpostiosoitteita ei ollut saatavilla, lähetettiin kysely kirjaamoihin, joita pyydettiin välittämään se eteenpäin psykiatrian ylilääkäreille. Vastauksia tuli 16 kappaletta 12 sairaanhoitopiirin alueelta.

Kyselyyn vastanneiden sairaaloiden psykiatrisilla osastoilla oli sisällä potilaita yhteensä 1337. Asumisongelmien näkymistä vastaushetkellä potilaiden keskuudessa selvitettiin viisiosaisella kysymyskokonaisuudella. Asumisen puuttumisen takia sairaalaan joutuneita potilaita on vastausten perusteella 39 (2,9 %). Riittämättömän asumiseen saadun tuen takia potilaita on joutunut sairaalaan 198 (14,8 %). Sairaalahajonnan aikana 82 (6,1 %) potilasta on menettänyt asuntonsa. Sairaalaan kotiuttamista vaikeuttaa asunnon puuttuminen 129 (9,6 %) potilaan kohdalla ja asumisen tuen puute 174 (13,0 %) potilaan kohdalla. Vastausten perusteella koko maan tasolla nousee asumisen suhteen suurimmaksi ongelmaksi riittämätön asumisen tuki. Asumisongelmien tai asunnottomuuden takia sairaalassa yli kolme kuukautta on ollut 104 (7,8 %) potilasta.

Potilaita on jouduttu vuoden 2011 aikana kotiuttamaan potilaan kuntoutumisen kannalta epätarkoituksenmukaisiin asumisratkaisuihin kaikkiaan 337. Vastauksissa tulee useimmin esille tilanne, jossa potilas joudutaan kotiuttamaan tavalliseen vuokra- tai omistusasuntoon ilman riittävää tukea ja palveluja tai kun he tarvitsisivat palveluasumista. Osa joutuu palveluasumiseen, vaikka tarvitsisi tehostettua palveluasumista. Potilaat joutuvat myös palaamaan sukulaisten tai ystävien luo asumaan, vaikka tavoitteeksi on asetettu itsenäistyminen. Toisaalta osa joutuu siirtymään kuntoutumisensa kannalta liian vahvasti tuettuun asumiseen, esimerkiksi tehostettuun palveluasumiseen, kun kunnalla ei ole muuta tarjota ja asiakas ei pärjää itsenäisessä asumisessa. Sopivan asumispaikan puuttuessa potilaita joudutaan myös siirtämään terveyskeskuksen osastoille. Kokonaisuudessaan vastauksissa painottuu itsenäiseen asumiseen saatavan tuen riittämättömyys.

Seuraavaksi kysyttiin, mitä asumisratkaisuja tarvitaan lisää. Vastauksissa painottuu tarve saada palveluasuntoja mielenterveyskuntoutujien erityisryhmille, esimerkiksi neuropsykiatrisille potilaille, nuorille, kaksoisdiagnoosipotilaille ja oikeuspsykiatrisille potilaille. Tämän lisäksi tulee selvästi esille tarve saada lisää myös muita asumisratkaisuja, erityisesti mielenterveyskuntoutujien tehostettua palveluasumista.

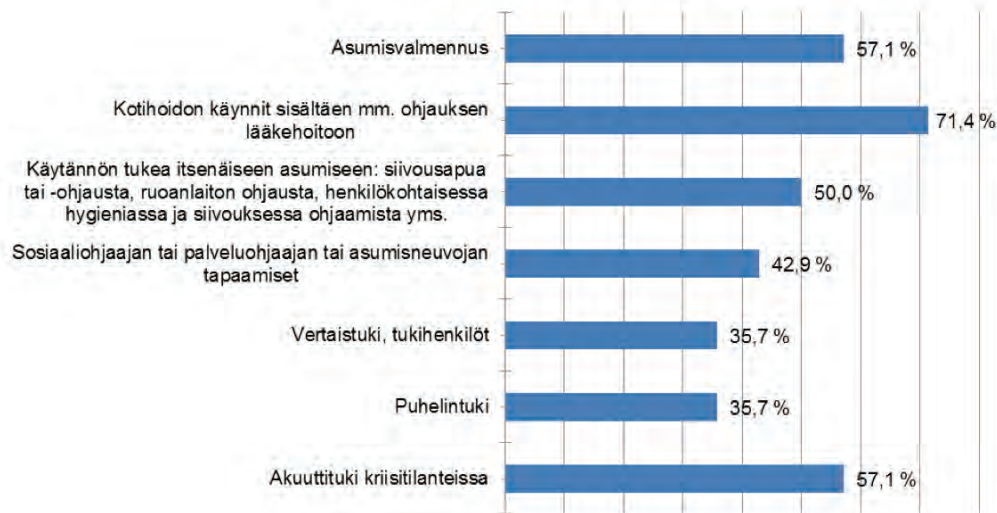


Kuva 2. Asumisratkaisujen lisätarve

Tarvittavien asumisratkaisujen tärkeysjärjestyksessä painottuu mielenterveyskuntoutujien erityisryhmien (esim. neuropsykiatriset potilaat, nuoret, kaksoisdiagnoosipotilaat, oikeuspsykiatriset potilaat) palveluasuntojen tarve. Seuraavaksi tärkeimpänä nähdään mielenterveyskuntoutujien tehostettujen palveluasuntojen, tukiasuntojen/tukiasumisyksiköiden ja kuntouttavan asumisen tarve. Tässä yhteydessä kuntouttava asuminen rinnastuu tukiasumiseen. Kyse on määrääikäisestä asumisesta, minkä aikana työntekijä käy tapaamassa asukasta ja tavoitteena on siirtyminen itsenäiseen asumiseen. Kolmanneksi tärkeimmäksi nouse-

vat mielenterveyskuntoutujien palveluasuntojen tarve sekä kriisiasuntojen tarve. Sen jälkeen tulee tarve palveluasunnoista yli 65-vuotiaille mielenterveyskuntoutujille ja viimeisenä on tavallisten vuokra-asuntojen tarve.

Lisäksi kysyttiin, onko asumiseen tarvittavaa tukea riittävästi saatavilla sairaalasta kotiutuville potilaille. Vastaajista 71,4 prosentin mielestä kotihoidon käynnit sisältäen mm. ohjauksen lääkehoitoon, on riittävästi saatavilla. Asumisvalmennusta ja akuuttitukea kriisitilanteissa on riittävästi saatavilla 57,1 prosentin mielestä.



Kuva 3. Asumiseen tarvittavan tuen riittävyys sairaalasta kotiutuville

Mielenterveyskuntoutujien asumiseen liittyvinä keskeisinä ongelmina mainitaan kotiin vietävän tuen ja palvelun puute. Yksi vastaaja tuo esille ympärivuorokautisen tuen mahdollisuuden puutteen, erityisesti viikonloppujen kohdalla. Riittämätön tuki johtaa asioiden vaikeutumiseen ja tilanteen pahenemiseen, minkä takia monet menettävät kotinsa. Ongelmana on myös korkea vuokrataso ja kohtuuhintaisen vuokra-asunnon saamisen vaikeus. Asumispalveluja ei ole riittävästi ja olemassa olevat yksiköt ovat kooltaan liian suuria.

Avoimella kysymyksellä kartoitettiin vastaajien näkemyksiä, miten mielenterveyskuntoutujien asumista tulisi kehittää. Vastauksissa nousee esille saatavilla olevien erilaisten asumisvaihtoehtojen tärkeys siten, että kuntoutujalle löydetään hänen tarpeitaan vastaava oikea ratkaisu. Ratkaisuna ehdotetaan työntekijää, joka koordinoi asumista, siihen liittyvää tukea ja muita palveluja. Vastaajat pitivät myös tärkeänä, että asunnot sijaitsevat tavallisen asutuksen yhteydessä ja asumisyksiköt ovat pieniä.

Kuntien tilanne ja suunnitelmat

ARA tekee vuosittain kunnille asuntomarkkinakyselyn, jonka painopiste on vuokra-asuntotilanteen kartoituksessa ja jossa lisäksi kerätään tietoja erityisryhmien asuntotarpeista. Vuoden 2011 kyselyyn liitettiin mielenterveyskuntoutujien asumiseen liittyviä kysymyksiä. Kyselyssä kartoitettiin 15.11.2011 tilanne. Kyselyyn vastasi yhteensä 297 kuntaa ja mielenterveyskuntoutujia koskeviin kysymyksiin vastasi 176 kuntaa.

Mielenterveyskuntoutujia koskeviin kysymyksiin vastanneista kunnista mielenterveyskuntoutujien asumisolojen kehittämissuunnitelma on tehty vain 26 kunnassa, jotka ovat erilaisia kooltaan ja sijainniltaan. Mielenterveyskuntoutujien asuntoihin ja asumisyksiköihin on hakijoita yhteensä 604. Tukiasuntopaikkoja on kaikkiaan 3501 ja palveluasumiseen/tehostettuun palveluasumiseen tarkoitettuja asukaspaikkoja on yhteensä 4682. Kyselyyn vastanneet kunnat arvioivat vuosina 2012 - 2016 tarvittavan tukiasuntoja lisää yhteensä 1451 ja palveluasumiseen/tehostettuun palveluasumiseen lisää 973 asuntoa.

Suurin paine kohdistuu Uuteenmaahan, josta kyselyyn vastasi 16 kuntaa, pääosin suuria kuntia. Asuntoihin ja asumisyksiköihin on hakijoita 185. Tukiasuntopaikkoja on 1494 ja palveluasumiseen/tehostettuun

palveluasumiseen tarkoitettuja asukaspaikkoja 1208. Kunnat arvioivat seuraavien viiden vuoden aikana tarvittavan lisää tukiasuntoja 170 ja palveluasumiseen/ tehostettuun palveluasumiseen 135 asuntoa.

Uudenmaan kunnista Helsingin tilanne korostuu: hakijoita on 135, tukiasuntoja 1224 ja palvelu-/tehostettu palveluasumispaikkoja 754. Seuraavien viiden vuoden aikana Helsinki suunnittelee 50 palvelu/tehostetun palveluasunnon hankintaa.

Asuntomarkkinakyselyn perusteella mielenterveyskuntoutujien asumistilanne ei ole hyvä. Tilanteen parantaminen edellyttää, että mielenterveyskuntoutujien asumisolojen kehittämissuunnitelmat saadaan osaksi kuntien, kuntayhtymien ja yhteistoiminta-alueiden laajempia hyvinvointisuunnitelmia. Nyt vastanneista kunnista vain 26:lla on kehittämissuunnitelma tehtynä. Tulee olla kokonaissuunnitelmat, joissa käy ilmi muun muassa käytössä olevat voimavarat ja niiden kohdentaminen.

Avustukset mielenterveyskuntoutujien asuntojen rakentamiseen, peruskorjaamiseen ja hankintaan

Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA myöntää asuntojen rakentamiseen, perusparantamiseen ja hankkimiseen erilaisia avustuksia, tukia ja takauksia. Korkotukilainoja myönnetään vuokra-asuntojen, asumisoikeusasuntojen ja osaomistusasuntojen rakentamiseen. Erityisryhmille tarkoitettuihin kohteisiin voi korkotukilainan lisäksi saada erityisryhmien investointiavusta, jolla madalletaan asumistarpeisiin liittyvistä erityisratkaisuista johtuvia rakentamisen lisäkustannuksia. Erityisryhmiksi luetaan mielenterveysongelmaiset, päihdeongelmaiset, asunnottomat, erityistä tukea tarvitsevat nuoret, vammaiset, muistisairaat vanhukset, pakolaiset ja opiskelijat.

Investointiavustusten määrä erityisryhmille on noussut jyrkästi 2000-luvun loppupuolella. Vuosina 2005–2011 avustuksia on myönnetty yhteensä 536 milj. euroa. Eniten on myönnetty vanhusten ja kehitysvammaisten kohteisiin. Mielenterveyskuntoutujien kohteiden osuus on pieni, koska hakemuksia on tullut vähän. Vuonna 2011 myönnettyistä investointiavustuksista vain 2 prosenttia meni mielenterveyskuntoutujien kohteisiin. ARA:lla oli joulukuussa 2011 käsiteltävänä 200 hakemusta, joista 7 hanketta oli yritysten mielenterveyskuntoutujien kohteita. Niihin sisältyi 154 asuntoa. Hankkeista yksi oli peruskorjaushanke ja 6 uustuotantoa. Kaikki eivät kuitenkaan täyttäneet laatuksia, joita ARA on tiukentanut (15 asuntoa ryhmäkoteissa ja 20 kerrostalossa). Osa hankkeista oli 3 – 15 asunnon ryhmäkoteja, mutta osa noin 30 asunnon ryhmäkoteja pienissä kunnissa kaukana palveluista. ARAn rahoittamissa hankkeissa tukiasuminen toteutetaan ryhmäkodin yhteydessä. Valtaosa ARAn rahoittamista asunnoista on palveluasuntoja. Vuonna 2011 Helsingin seudun aiesopimuskunnilta ei tullut yhtäkään mielenterveyskuntoutujien hankehakemusta. Niitä ei tullut myöskään muista kasvukeskuksista. Ryhmäkotihankkeet suunnitellaan sijoittuvan usein reuna-alueille tai laitosalueille, vain harvoin taajamiin. (Nyyssölä 2011)

Mielenterveyskuntoutujien asumiseen liittyvät ohjeistukset

Mielenterveyskuntoutujien asumisesta on muotoiltu kehittämis- ja laatusuosituksia (ARA 2011, STM 2007) ja lisäksi Valviralta on ilmestynyt valvontaohjelma vuosille 2012–2014, mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautiset asumispalvelut sekä päihdehuollon laitoshoidon. Suuntaus on pieniin yksiköihin ja isoista erityisryhmien keskittymistä luopumiseen. Asumisyksiköiden koon kasvaessa on vaarana asukkaiden laitostaminen ja kroonikoiden luominen.

Sosiaali- ja terveysministeriön (2007) julkaisema mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus soveltuu sekä julkisten että yksityisten palvelujen laadun kehittämiseen ja arviointiin. Suositus painottaa sitä, että laadukkaalla asumisella edistetään kuntoutumista. Riittäväillä palveluilla voidaan turvata kuntoutujan asumisen jatkuminen samassa asunnossa. Asumisyksiköiden tulee olla kodinomaisia ja soveltua myös pitkäaikaiseen asumiseen. Uusissa ja peruskorjatuissa yksiköissä kuntoutujan huoneen ja siihen sisältyvän wc-, suihku- ja keittomahdollisuuden tulee olla vähintään 20 m². Kahden hengen huoneen tulee olla vähintään 30 m². Riittävä yksityisyys on aina varmistettava. Asumisyksiköiden sijoittamista taajama-alueiden ulkopuolelle vältetään. Samaan yksikköön mielenterveyskuntoutujien kanssa ei pidä sijoittaa hyvin erilaisia asiakkaita, koska silloin erityistarpeiden huomioon ottaminen vaikeutuu.

ARAn palveluasumisen opas (2011) ja suunnitteluopas (2011) antavat tietoa seikoista, jotka tulee ottaa huomioon ARAn tukemissa erityisryhmien asuntokohteissa. ARA valitsee avustettavat kohteet yhdenmu-

kaisilla arviointikriteereillä. Asumisyksiköiden tulee sijaita tavallisilla asuinalueilla muun asutuksen ja palvelujen seassa. Suuntaus on pienien yksiköiden rakentamiseen. Asuntojen tulee olla riittävän kokoisia henkilökohtaisine tiloineen ja tarvittavine yhteistiloinen. Erillisen asunnon pinta-alaksi suositellaan 35–40 m². Ryhmäkoteissa henkilökohtaisen asutilan (huone ja wc-kylpyhuone) pinta-alan tulee olla vähintään 25 m². Tavoitteena on viihtyisä asunto, joka mahdollistaa kodikkaan ja muunneltavan sisutuksen. Kun ryhmäkodissa on enemmän kuin 10 asuinhuonetta, tulee siinä olla kaksi erillistä yhteisoleskelutilaa. Lisäksi rakennus lähiympäristöineen tulee suunnitella esteettömäksi.

Valviran (2012) valvontaohjelma on samansuuntainen STM:n ja ARAn ohjeistusten kanssa ja niitä hyvin täydentävä. Valvontaohjelman mukaan erilaisia asiakasryhmiä ja hyvin eri-ikäisiä asukkaita ei pidä sijoittaa samaan yksikköön, koska he tarvitsevat erilaisia palveluja. Palveluasumisessa asiakkaat saavat päivittäistä tukea, apua ja palveluita omatoimisen suoriutumisen mahdollistamiseksi. Palveluntuottaja järjestää asumiseen liittyvät palvelut (esim. avustaa liikkumisessa, pukeutumisessa, hygieniassa, ruokataloudessa ja asunnon siivouksessa) sekä asukkaan terveyden, kuntoutuksen ja viihtyvyyden edistämiseksi tarvittavat palvelut. Toimitilojen tulee olla esteettömät ja turvalliset ja jokaisella asukkaalla on oltava oma huone wc- ja pesutiloineen. Valviran mukaan yhden hengen huoneen vähimmäispinta-ala on 20 m². Yksikössä tulee olla enintään 15 asuntoa, kerrostalossa voi olla 15–20 asuntoa. Asumisyksiköiden sijoittamista taajama-alueiden ulkopuolelle on vältettävä ja asumiskeskittymiin suhtaudutaan kielteisesti.

Esimerkki mielenterveyskuntoutujien asumisen ja tuen järjestämisestä: Jyväskylän seudun malli

Jyväskylän seudun toimintamallin kuvaaminen perustuu palveluasumiskoordinaattori Hannu Nikulaisen haastatteluun 10.2.12. Alueen mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen järjestäminen on Keski-Suomen sairaanhoitopiirin vastuulla. Asumisyksiköitä on yhteensä 37 ja niissä on asukaspaikkoja 240. Asumisyksiköiltä ostetaan mitä tarvitaan, ei mitä tarjotaan. Alueella toimii kaksi palveluasumiskoordinaattoria, jotka vierailevat yksiköissä säännöllisesti ja valvovat niiden asumisolojen ja tuen laatua. Koordinoinnin tavoitteena on kuntoutujan oikea-aikainen sijoittuminen suunnitelmallisesti ja porrasteisesti kuntoutumisen kannalta tarkoituksenmukaisimpaan asumismuotoon ja avopalvelujen käyttöön.

Jyväskylän seudulla on kehitetty avohoitopainotteista toimintamallia ja sairaalapaikat on viiden vuoden aikana lähes puolitettu 222 paikasta 117 paikkaan. Sairaalahoidosta on siirretty kaikkiaan 75 vakanssia avopalveluihin, ja on kehitetty kotiin vietävää, yksilöllistä tukea mielenterveyskuntoutujille.

Jokaiselle sairaalasta palveluasumiseen kotiutuvalle tehdään kuntoutussuunnitelma, joka tarkistetaan kolmen kuukauden välein. Kuntoutussuunnitelmassa määritellään tuen ja palvelujen tarve ja se, mitä asumisyksiköltä odotetaan. Asumiseen annettavaa tukea on eriasteista ja se määräytyy kuntoutujan tarpeen mukaan. Palveluasumisessa on lisätty kuntouttavaa toimintaa.

Asumispalvelujen järjestelmä on porrasteinen ja tavoitteena on kuntoutujan muuttaminen itsenäiseen asuntoon. Alusta asti kuntoutujalle puhutaan asumisen määräaikaaisuudesta ja itsenäisen asumisen tavoitteesta. Siirtyminen ja muuttaminen portaalta toiselle ei koskaan tapahdu vastoin kuntoutujan omaa näkemystä.

Asumisyksiköt ovat palveluasumista ja ne jakautuvat lyhytaikaiseen ja pitkäaikaiseen asumiseen. Lyhytaikainen asuminen kestää korkeintaan kaksi vuotta. Tällä hetkellä lyhytaikaista asumista on 20 prosenttia ja pitkäaikaista asumista 80 prosenttia. Tavoitteena on, että tulevaisuudessa niiden osuudet ovat yhtä suuret. Lyhytaikaista asumista käytetään myös kriisiasumiseen tai intervalliasumiseen, jolloin asukas maksaa asumisvuorokausimaksun, joka yhtä suuri kuin sairaalavuorokausimaksu. Osa mielenterveyskuntoutujista ei välttämättä pärjää itsenäisessä asumisessa, joten heitä varten on olemassa pitkäaikaiseen asumiseen tarkoitettut asumisyksiköt, joissa tukea on saatavilla ympärivuorokauden. Asumisyksiköiden lähellä on lisäksi satelliittiasuntoja, joiden asukas voi tarvittaessa turvautua asumisyksiköiden tukeen. Satelliittiasunnoissa asutaan noin kaksi vuotta, minkä jälkeen asukas muuttaa itsenäiseen asuntoon.

Sairaloissa ei ole potilaita asumisongelmien takia, vaan kaikille pystytään järjestämään asunto ja tarpeen mukainen tuki. Sosiaalisen isännöinnin yhteistyöryhmässä on eri toimijoiden (muun muassa vuokra-asuntojen ja sosiaalityön edustajat) kanssa kehitetty "takuumalli", jolla turvataan asumisen sujuminen. Kun avohoidon tuki on järjestetty kuntoon, tehdään suositus vuokra-asuntoa varten. Vuokranantajalle "taataan",

että asukas saa asumiseensa riittävän tuen, jolla varmistetaan, etteivät mahdolliset aiemmat vuokratästit tai häiriöt toistu. Kuntoutuja siirtyy sairaalasta tai asumisyksiköstä vuokra-asuntoon. Näin on saatu järjesty- mään asunto myös heille, joille aiemmin kukaan ei suostunut vuokraamaan asuntoa vuokravelkojen tai häiriöiden takia. Malli on toiminut jo 1,5 vuoden ajan.

Kotiin vietävän tuen ja liikkuvien tiimien työmallia ei voida noin vain käynnistää, vaan se vaatii riittävät resurssit. Asumisyksiköiden toimintaa tulee valvoa, mikä vaatii myös resursseja.

Johtopäätökset

Mielenterveyskuntoutajat ovat heterogeeninen ryhmä, jonka asumisen tarpeet vaihtelevat esimerkiksi iän, erilaisten oireiden ja elämäntilanteen mukaan. Siten myös asumiseen liittyvä tuen tarve vaihtelee kuntoutu- jan voinnin mukaan ja yleensä vähenee kuntoutumisen edetessä. Siksi tarvitaan monenlaisia ja yksilöllisiä asumisratkaisuja, joissa tuen määrä voi vaihdella. Kun tavoitteena on pysyvä asuminen, tulee palvelujen liikkua ja kuntoutujan asumisen jatkua samassa asunnossa.

Tavoitteeksi tulee asettaa mielenterveyskuntoutujien laadukas asuminen taajama-alueilla lähellä palve- luja. Tarjolla on oltava riittävästi erilaisia asumisen vaihtoehtoja, millä estetään psykiatrisista sairaaloista asunnottomaksi uloskirjoittaminen. Asumisyksiköitä on peruskorjattava täyttämään laatuvaatimukset, jotka on myös otettava huomioon uusien yksiköiden rakentamisessa. Suositusten mukaisia ovat pienet, tietyn erityisryhmän yksiköt. Useamman hengen huoneet eivät ole 2000-luvun asumista. Sen takia on luovuttava erilaisista soluasumiseen perustuvista asumisratkaisusta. Tavoitteena on jokaisen oma asunto.

Mielenterveyskuntoutujille tarvitaan kohtuuhintaisia vuokra-asuntoja, joihin heille taataan yksilöllisesti räätälöidyt asumista tukevat palvelut. Asumisneuvontaa on kehitettävä heidän tarpeitaan vastaavaksi. Mie- lenterveyskuntoutujien kohdalla korostuu varhaisen puuttumisen ja tuen merkitys. Näin voidaan turvata kuntoutujien pysyvä asuminen omassa kodissaan. Riittävä tukipalveluilla voidaan myös vähentää ja ly- hentää sairaalajaksoja.

Asumisen tukeminen on kokonaisvaltaista elämisen tukemista, mikä mahdollistaa arjessa selviytymisen ja asumisen onnistumisen. Arjen asioissa auttaminen yhdistyy sosiaali- ja terveyden huollon palveluihin sekä vertaistoimintaan ohjaamiseen. Tärkeää on tuen riittävä intensiteetti, ajallinen joustavuus ja pitkäkes- toisuus.

Riskinä on mielenterveyskuntoutujien kotiin syrjäytyminen, jos osallistumista ei mahdollisteta, eikä es- tetä yksinäisyyttä ja siitä seuraavaa masennusta. Nyt tarvitaan uudenlaisia rakenteita ja asumisratkaisuja. Asumisen lisäksi on turvattava osallistumismahdollisuudet ja luotava avohoitokeskeinen mielenterveyspal- velujärjestelmä.

Asumisen ja kuntouttavien palvelujen tulee muodostaa toiminnallinen kokonaisuus, joka tukee itsenäis- tä elämää. Kiteyttäen ilmaistuna tarvitaan yksilöllistä arjen tukea tavallisiin asuntoihin joustavasti. Kuntou- tumisen tueksi tarvitaan myös pieniä, laadultaan hyviä asumisyksiköitä.

Kirjallisuus

- Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelu- ja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:13.
- Guerrero, Kati: Kehitysvammaisten, mielenterveyskuntoutujien ja liikuntavammaisten asumiseen liittyvät tarpeet. Koonta ASPAN selvityksistä 2001 – 2007. Helsinki: Asumispalvelusäätiö AS- PA, 2008.
- Harjajarvi Minna, Kairi Tea, Kuusterä Kirsi, Miettinen Sonja: Toimivatko kehitysvammaisten ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut? Näkemyksiä palvelujen käyttäjiltä ja niiden jär- jestäjiltä. Kehitysvammaliiton selvityksiä 3. Helsinki 2009.
- Kettunen Reetta: Mielenterveyskuntoutujien asuminen 2010. Hel- sinki: Asumispalvelusäätiö ASPA. 2/2011.
- Lehtonen Leena, Salonen Jari: Asunnottomuuden monet kasvot. Helsinki: Ympäristöministeriö 3/2008.
- Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautiset asumispalve- lut sekä päihdehuollon laitoshoido. Valtakunnallinen valvonta- ohjelman 2012 – 2014. Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Valvontaohjelmia 5:2012.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.
- Moring Juha, Martins Anne, Airi Partanen, Viveca Bergman, Esa Nordling ja Veijo Nevalainen (toim.): Kansallinen mielenterve- ys- ja päihdesuunnitelma 2009 – 2015. Toimeenpanosta käytän- töön 2010. Tampere: THL 6/2011.
- Neuvottelutulos hallitusohjelmasta, 17.6.2011.

- Paasu Jaana: Kotia ja tukea etsimässä. Mielenterveyskuntoutujan asuminen ja tukipalvelut pääkaupunkiseudulla. Vantaa: Suomen mielenterveysseura 2005.
- Palveluasumisen opas. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA, 23.8.2011.
- Salo Markku: Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusarvioinnin kohteina. ITHACA-hankkeen Suomen raportti. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 22/2010.
- Salo Markku, Kallinen Mari: Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Mielenterveyden keskusliitto. Pori 2007.
- Salo Markku, Kallinen Mari: Yksikkökeskeisyydestä kumppanuuteen. Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut Imatralla ja Joensuun seudulla. Mielenterveydenkeskusliitto. Pori 2008.
- Suunnitteluopas. Keskeisiä tavoitteita valtion tukemien asuntojen suunnitteluun. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA, 15.8.2011.
- Valtioneuvoston asuntopoliittinen toimenpideohjelma 2012-2015. Työryhmän ehdotus. Ympäristöministeriö 2012.

Muut Lähteet

- Asuntomarkkinaselvitys 15.11.2011, julkaisematon tilasto. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus.
- Nikulainen Hannu, haastattelu 10.2.2012.
- Nyysölä Saara, mielenterveyskuntoutujien kehittämishankkeen kokous 9.12.2011.
- Oksanen Jorma, Hulkkonen Raili, mielenterveyskuntoutujien kehittämishankkeen kokous 19.1.2012.
- Törmänen Aila, mielenterveyskuntoutujien kehittämishankkeen kokous 24.10.2011.

Kirjoittajat

Aamunkajo, Katriina. Sosionomi, tanssi- ja liiketerapeutti. Työskentelee omaistyön koordinaattorina Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:ssä Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä -projektissa (2010-2014). Toiminut sosiaali- ja terveysalan tehtävissä muun muassa järjestötyössä, lastensuojelussa ja asiantuntijatehtävissä.

Aareskjold Salte, Inger.

Aartokallio, Nina. Sosionomi, KM, työskentelee Friends-ohjelman suunnittelijana ja kouluttajana Aseman Lapset ry:ssä. Työskennellyt aikaisemmin lasten päivähoidossa lastentarhanopettajana ja päiväkodinjohtajana.

Ahtola, Annarilla. PsL, kehitys- ja kasvatopsykologian erikoispsykologi. Työskentelee projektitutkijana Turun yliopiston psykologian oppiaineessa ja valmistelee väitöskirjaa hyvinvointia edistävästä ja ongelmia ennaltaehkäisevästä oppilashuoltotyöstä. Työskennellyt aiemmin pitkään perusopetuksen koulupsykologina.

Appelqvist-Schmidlechner, Kaija. FT. Työskentelee tutkijana THL:n Mielenterveyden edistäminen -yksikössä. Perehtynyt tutkimushankkeissaan erityisesti nuorten miesten psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen. Tutki väitöskirjatutkimuksessaan varusmies- ja siviilipalveluksen ulkopuolelle jääneiden nuorten miesten psykososiaalista hyvinvointia ja tälle kohderyhmälle kehitetyn Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -tukipalvelun vaikuttavuutta.

Bergman, Viveca. VTM. Kehittämispäällikkö, THL. Mieli-suunnitelman THL:n toimeenpanoryhmän jäsen.

Erkko, Anna. KM, AO. Työskentelee projektisuunnittelijana Suomen Mielenterveysseurassa Mielenterveyden tiedot ja taidot nuorisotyöhön -projektissa. Opettanut vapaassa sivistystyössä. Tehnyt opinnäytetyöt Mielenterveysseuran hankkeille mielen hyvinvoinnin edistämisestä kouluyhteisössä ja sen rakenteissa. Toimii tutkimus- ja kehittämistehtävissä lasten ja nuorten hyvinvointia edistävissä hankkeissa.

Eskelinen, Saana. LL, yleislääkäri. Työskentelee Kellokosken sairaalassa osastonlääkärinä ja tekee siellä tutkimus- ja kehittämistyötä mielenterveyskuntoutujien fyysisen terveyden saralla. Toimii myös osa-aikaisena ammatinharjoittajana yksityisellä lääkäriasemalla.

Forsman, Anna. PM. DrPH. Anställd vid Nordic School of Public Health NHV, Göteborg, inom det EU-finansierade forskningsprojektet ROAMER (A Roadmap for Mental Health Research in Europe). Även forskare vid THLs enhet för främjande av psykisk hälsa i Vasa. Forskar kring sambandet mellan socialt kapital och psykisk hälsa och hur man kan främja äldres psykiska hälsa med hjälp psykosociala insatser.

Haikola, Pirkko. Opettaja, kokemuskouluttaja. Toimii omaiskokemuskouluttajana ja -asiantuntijana Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:ssä. Osallistunut omaisasiantuntijana psykiatristen palvelujärjestelmien kehittämiseen ja arviointiin, ottanut kantaa eri medioissa palvelujärjestelmien toimivuudesta, mielenterveysomaisten oikeuksista ja osallisuudesta. Toimii aktiivisena vapaaehtoisena omaisena alueellisessa omaisjärjestössä.

Halonen, Merja. TtM, terveydenhoitaja, mielisairaanhoidtaja. Toiminut vuodesta 2007 Oulun kaupungin Hyvinvointipalveluiden tilaaja-asiantuntijana erityisalueenaan mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut. Kokemusta hoitotyöstä noin 20 vuoden ajalta terveydenhuollon eri osa-alueilta ja sen jälkeen toiminut useissa eri hankkeissa, muun muassa seudullisten päihdehankkeiden projektipäällikkönä sekä seudullisen terveydenhuollon suunnittelijana.

Hannukkala, Marjo. KL, AO, työnohjaaja. Työskentelee hankejohtajana Suomen Mielenterveysseuran lasten ja nuorten hankkeissa sekä asiantuntijana kehitysprojekteissa koulujen ja oppilaitosten kanssa. Työura on rakentunut opetustyöstä, akateemisesta tutkimuksesta sekä mukanaolosta nuorten mielen hyvinvointia edistävän työn sisältöjen, menetelmien ja koulutuksen kehittämisessä. Toimi vuosina 2001–2003 perusopetuksen terveystiedon ensimmäisen valtakunnallisen opetussuunnitelman (OPS) perusteita valmistelevasa työryhmässä jäsenenä Opetushallituksessa.

Herberts, Carolina. Työskentelee tutkijana Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Vaasan toimipaikassa. Hän on laillistettu psykologi ja hän on väitellyt terveystieteistä Lontoossa, UK (DPsych Health Psychology, CPsychol). Tällä hetkellä hän työskentelee maahanmuuttajien osallisuutta ja työllisyyttä edistävissä hankkeissa.

Holi, Matti.

Hytönen, Pia. VTK. Työskentelee toiminnanjohtajana Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliittory:ssä. Toimii Kokemuskoulutuksesta pysyvää -hankkeen ohjausryhmän puheenjohtajana.

Hätönen, Heli. TtT. Työskentelee projektipäällikkönä THL:n Mielenterveyden edistäminen -yksikössä Mielen Tuki -hankkeessa, jossa yksi keskeinen tavoite on tukea edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön sisällyttämistä kuntien strategioihin. Hän on tehnyt työuransa erilaisissa mielenterveyspalvelujen tutkimus ja kehittämistehtävissä.

Huhtala, Oili. TtM. Työskentelee Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:ssä toiminnanjohtajana. Toiminut noin 20 vuotta terveydenhuollossa julkisella sektorilla sekä käytännön hoitotyössä että johtamistehtävissä. Viimeiset 11 vuotta järjestötyössä Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:ssä toiminnanjohtajana ja omaistyön kehittäjänä.

Ikonen, Yrmy. VTM. Työskentelee A-klinikkasäätiön palveluksessa Järvenpään sosiaalisairaalassa Hieta-linna-yhteisön yksikönjohtajana. On toiminut pitkään lääkkeettömässä yhteisohoidossa eri tehtävissä: käytännön asiakastyössä, kehittämistehtävissä ja johtotyössä.

Joffe, Grigori.

Jokinen, Jaana. Sairaanhoidtaja, sosiaalityön opiskelija, työnohjaaja. Työskentelee Nuorten Ystävät -lastensuojelupalveluissa kehittämispäällikkönä ja on ART -yhdistyksen kouluttaja.

Joutsenniemi, Kaisla. LT, VTM. Toimii HUS Psykiatrialla/HUS Tietotekniikassa sähköisten mielenterveyspalvelujen projektipäällikkönä kliinisen työn ohessa. Hän on myös THL:n erikoistutkija aiheenaan väestöryhmien väliset terveyserot sekä viime vuosina nettipohjaiset interventiot mielenterveyden vahvistamiseksi.

Juutilainen, Minna. Kasvatusfilosofi, luokanopettaja. Työskentelee tällä hetekellä THL:n Lasten, nuorten ja perheiden palvelut -yksikössä lasten seksuaaliseen ja fyysiseen väkivaltaan liittyvissä kehittämis- ja asiantuntijatehtävissä. Vastasi vuosina 2008–2011 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin läheisväkivaltaan liittyvästä kehittämistyöstä ja toimi VISH-projektin projektipäällikkönä. Työskentelee myös väkivaltaa kokeneiden lasten ja heidän perheidensä kanssa.

Järvi, Iina. KM. Työskentelee hankepäällikkönä Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry:n Mobiiliapu- hankkeessa. Tehnyt työuransa kasvatusalalla erilaisissa esimies-, hanke- ja kehittämistehtävissä kuntapuolella.

Kallio, Liisa. YTM, on työskennellyt Kalliolan setlementin päihdetyön työalajohtajana vuodesta 2007 alkaen ja ennen sitä Kalliolassa Kiskon klinikan ja Kiskon yhteisöhoitoon® perustuvien työmuotojen johtajana vuodesta 1998 alkaen. Liisa Kallio on toiminut Helsingin lääninvankilan sosiaalityöntekijänä ja on koulutukseltaan myös työnohjaaja.

Kivelä, Risto. KK, erityisopettaja. Toiminut luokanopettajana ja erityisopettajana. Tällä hetkellä on vantaalaisen Honkapaiston koulun rehtori. On Suomen ART –yhdistyksen kouluttaja ja hallituksen jäsen.

Kivelä, Kaisa. VTM, sosiologi. Työskentelee Helsingin kaupungin Nuorisoasiainkeskuksessa Länsiluotsin toiminnanjohtajana. On Suomen ART -yhdistyksen kouluttaja ja hallituksen jäsen.

Kivineva Erja, psykologian maisteri, kognitiivisen käyttäytymisterapian erityistason psykoterapeutti, perheneuvonnan psykologi. Työskennellyt lähes 20 vuotta lasten, nuorten ja perheiden parissa perheneuvolas-
sa ja erikoissairaanhoidossa. Nykyisin Kurikan perhekeskuksen psykologi, vastuualueena ennaltaehkäisevä mielenterveystyö.

Koivumaa-Honkanen, Heli. LT, MPH. Työskentelee Itä-Suomen yliopiston ma psykiatrian professorina.

Korhonen, Elina. KM, AO. Työskentelee projektisuunnittelijana Suomen Mielenterveysseurassa Mielen hyvinvointi -hankkeessa. Opettanut perusopetuksessa. Tehnyt opinnäytetyöt Mielenterveysseuran hankkeille nuorten mielen hyvinvoinnin käsityksistä sekä koulun yhteisöllisyydestä. Toimii tutkimus- ja kehittämistehtävissä lasten ja nuorten hyvinvointia edistävissä hankkeissa.

Kotovirta, Elina. VTT. Työskentelee erikoissuunnittelijana THL:n Päihteet ja riippuvuus -osastolla päihdepolitiikan ja ehkäisevän päihdetyön asiantuntijatehtävissä.

Leinonen, Anu. Kätilö-terveydenhoitaja. Työskentelee tällä hetkellä JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän Kurikan perhekeskuksessa äitiysneuvolatyössä.

Leppäniemi, Johanna. HTM, ShAMK. Työskentelee projektikoordinaattorina Lapin sairaanhoitopiirissä, psykiatrian tila- ja toimintasuunnittelussa. Tehnyt työuransa psykiatrian käytännön hoitotyössä ja kehittämistehtävissä.

Marjamäki, Elina, VTM. Työskentelee Suomen Mielenterveysseuran lasten ja nuorten kehittämishankkeissa koordinaattorina ja toimii tutkimus- ja kehittämistehtävissä lasten ja nuorten hyvinvointia edistävissä hankkeissa.

Martins, Anne. Yo-merkonomi, Fil.yo. Toimii THL:n Mielenterveyden edistäminen -yksikön assistenttina ja on Mieli-suunnitelman toimeenpanoryhmän jäsen.

Mertaniemi, Ritva. KM. Työskentelee erikoissuunnittelijana Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Vaasan toimipaikassa. Hänen keskeisinä tehtävinään on tukea maahanmuuttajien onnistunutta integroitumista suomalaisen yhteiskuntaan tutkimuksen ja kehittämisen keinoin. Hän on myös toiminut maahanmuuttajien integraatiota tukevien kansallisten ja alueellisten hankkeiden ohjausryhmässä ja on mukana toteuttamassa laajassa verkostoyhteistyössä kahta maahanmuuttajien osallisuutta ja hyvinvointia edistävää kehittämishanketta.

Muhonen, Leea. Psykiatrian erikoislääkäri. Työskentelee tällä hetkellä johtavana ylilääkärinä Helsingin kaupungin psykiatrisessa avohoidossa, jota ennen toiminut ylilääkärinä parinkymmenen vuoden ajan, viikoksi Itäkeskuksen psykiatrian poliklinikalla.

Moring, Juha. LKT, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri. Ylilääkärinä THL:n Mielenterveys- ja päihdepalvelut -osastolla, vastaa Mieli-suunnitelman toimeenpanosta. Toiminut eri tehtävissä mielenterveystyössä yli 30 vuotta, viimeksi OYS Psykiatrian johtajana.

Muukka, Marko. Sairaanhoitaja AMK. Työskentelee projektityöntekijänä Mielen Avain- hankkeen alaisessa HYKS Psykiatrian Valo- hankkeessa. Ennen projektia työskennellyt pääosin HYKS Nuorisopsykiatrian sairaalaosastoilla, sekä jalkautuvassa työryhmässä.

Mäki, Jukka. YTM. Kriminaalihuollon tukisäätiön toiminnanjohtaja. Työskennellyt aikaisemmin mm. päihdehuoltoa koskevissa asiantuntija- ja esittelijätehtävissä sosiaali- ja terveysministeriössä ja oikeusministeriössä sekä johtanut käytännön päihdehuoltotyötä A-klinikoilla. Osallistunut jäsenenä, sihteerinä tai puheenjohtajana useisiin päihdehuoltoa tai kriminaalihuoltoa koskeviin työryhmiin, neuvottelukuntiin tai alan järjestöjen hallintoon.

Niittymäki, Karita. Sosionomi yamk. Työskentelee hankesuunnittelijana Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry:n Mobiiliapu-hankkeessa valtakunnallistamisen ja sisältöjen kehittämisen asiantuntijatehtävissä. Tehnyt työuransa mielenterveys- ja päihdetyön haittoja vähentävällä sektorilla erilaisissa kenttä- ja esimiestehtävissä sekä kunta- että järjestötyössä.

Nordling, Esa. PsT. Työskentelee kehittämisspällikkönä THL:n Mielenterveyden edistäminen -yksikössä päävastuualueena kuntien mielenterveys- ja päihdestrategiatyö. 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. PM, Doktorand i Utvecklingspsykologi vid Åbo Akademi i Vasa. Forskare vid THLs enhet för främjande av psykisk hälsa i Vasa. Har penningsspel på Internet, och dess samband med spelproblem och psykisk hälsa samt ohälsa som avhandlingsämne.

Nyqvist, Fredrica. PD. Forskare vid THLs enhet för främjande av psykisk hälsa i Vasa. Hon innehar de treåriga forskningsstipendiet FLARE (Future Leaders of Ageing Research) och forskar om socialt kapital, ensamhet och psykisk hälsa hos den äldre befolkningen.

Näätänen, Petri.

Oikarinen, Arja. Sh, Th, TtT. Työskentelee terveyden edistämisen yliopettajana Kajaanin ammattikorkeakoulussa. Hänellä on työkokemusta sekä hoitotyön ja terveydenhoitotyön käytännöstä että terveysalan opettajan työstä. Tällä hetkellä toimii Kajaanin ammattikorkeakoulussa terveyden edistämiseen liittyvien hankkeiden suunnittelu- ja koordinoititehtävissä.

Oksanen, Jorma. Psykiatrian erikoislääkäri, kuntoutuspsykiatrian ylilääkäri ja Auroran sairaalan johtava ylilääkäri. Kehittänyt kaksisuuntaisen mielialahäiriön sekä skitsofrenian kuntoutusmenetelmiä, mm. kognitiivisen kuntoutuksen alueella sekä Helsingin psykiatrissa varhaiskuntoutus- ja asumiskuntoutusjärjestelmää. KELA:n mielenterveyskuntoutuksen asiantuntijaryhmän jäsen, Suomen Lääkäriliiton kuntoutuksen erityspätevyystoimikunnan jäsen, Suomen psykiatriyhdistyksen sosiaalipsykiatrian jaoksen puheenjohtaja.

Paattimäki, Harriet. Sisätauti-kirurginen sairaanhoitaja, psykoterapeutti. Työskentelee vastaavana omaistyöntekijänä Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:ssä Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä -projektissa (2010-2014). Toiminut psykososiaalisen perhekuntoutustyön parissa käytännön työssä ja Kelan kehittämisprojektin vastaavana työntekijänä.

Partanen, Airi. Esh, THM. Työskentelee kehittämisspällikkönä THL:n Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut -yksikössä päihdepalvelujärjestelmän kehittämisen asiantuntijatehtävissä. Tehnyt työuransa pääosin päihdetyön parissa käytännön hoitotyössä ja kehittämistehtävissä. Toimii Mieli 2009 –työryhmän asiantuntijana ja on THL:n Mieli-toimeenpanoryhmän jäsen.

Partonen, Timo. Psykiatrian dosentti. Työskentelee ylilääkärinä ja yksikön päällikkönä THL:n Mielenterveys ja päihdepalvelut -osaston Mieliala, depressio ja itsetuhokäyttäytyminen -yksikössä. Tehnyt työuransa psykiatriassa käytännön hoitotyössä sekä mielenterveyden tutkimustyössä

Priha, Hannu. Psykologi. Työskentelee erikoissuunnittelijana Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin psykiatrian toimialueella. Toiminut mielenterveyspalveluiden psykologin ja suunnittelijan tehtävissä Kainuussa ja Keski-Suomessa.

Rislakki, Pinja. Sosionomi (AMK). Työskentelee projektikoordinaattorina A-klinikkasäätiön viestintäyksikössä Päihdelinkki-verkkopalvelussa. Toiminut Päihdelinkin kehittämis- ja koordinoititehtävissä vuodesta 2009.

Rissanen, Anne. Esh, THM. Työskentelee osastonhoitajana, vs. hoitotyön kliinisenä asiantuntijana HUS HYKS Psykiatrian tulosityksikössä kehittämistehtävissä. Työkokemus muun muassa nuorisopsykiatrisen hoitotyön parista.

Ruisniemi Arja. YTT. VAK ry:n toiminnanjohtaja, toimipaikka Kankaanpään A-koti. Työskennellyt sosiaalityöntekijänä päihdetyössä ja yleisesti kuntoutustyössä, toiminut myös tutkijana Tampereen yliopistossa.

Ruokosalo, Tiia. YTM. Työskentelee projektikoordinaattorina A-klinikkasäätiön viestintäyksikössä Päihdelinkki-verkkopalvelussa. Toiminut Päihdelinkin kehittämis- ja koordinoititehtävissä vuodesta 2007. Aiemmin toiminut päihdeproblematiikan parissa mm. tutkijana ja päihdetyön kehittämisprojektissa.

Röning, Tiina. PsM, psykologi, kognitiivisen käyttäytymisterapian psykoterapeutti (YET). Työskentelee Tampereen Yliopistollisessa sairaalassa Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten tutkimus- ja hoitoyksikössä (EVA), on Suomen ART -yhdistyksen puheenjohtaja ja kouluttaja.

Saari Arja. KM, laillistettu psykologi, psykoterapeutti ET. JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän Kurikan perhekeskus.

Saiho, Salla. PsM. Työskentelee psykologina HUS/Hyvinkään sairaanhoitoalueella JMT psykiatrian poliklinikalla sekä toimii HUS Mielenterveystalo -verkkoportaalien sekä nettiterapioiden kehittämistehtävissä.

Sailas, Eila. Psykiatrian ja oikeuspsykiatrian erikoislääkäri. Työskentelee vastuualuejohtajana HUS Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosityksikön psykoosit vastuualueella. Psykiatrian alueella erityisiä kiinnostuksen kohteita ovat olleet pakko psykiatrisessa hoidossa ja skitsofrenian uudet kuntoutusmallit.

Savolainen, Jussi. Sairaanhoitaja. Opiskelee kliinisen asiantuntijan YAMK -tutkintoa mielenterveys- ja päihdetyön koulutusohjelmassa Työskentelee Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrisen tutkimus- ja hoitoyksikössä (EVA). Toimii sivutoimisesti terveydenhuollon tuntiopettajana.

Savolainen, Minna., TtM, esh. Työskentelee projektipäällikkönä ja yksikön päällikkönä THL:n Mielenterveyden edistäminen –yksikössä. Toimii mielenterveyden edistämisen kehittämistehtävissä, on THL:n Mieli-toimeenpanoryhmän jäsen ja vastaa Time out! Aikalisä -toimintamallista. Tehnyt työuransa mielenterveys- ja päihdetyön parissa käytännön hoitotyössä ja kehittämistehtävissä.

Stenberg, Jan-Henry. PsL, erikoispsykologi, psykoterapeutti. HUS nettiterapioiden kehittämispäällikkö. Toiminut psykiatrisessa erikoissairanhoidossa psykologina vuodesta 1995 kliinisissä tutkimus ja konsultaatiotöissä ja vastannut kliinisestä yliopistoyhteistyöstä ja toiminut mm. psykologiamanuenssien ohjaajana. HY Käyttätymistieteellisessä tiedekunnassa kliinisen psykologian tuntiopettaja. Toiminut kouluttajana skitsofreniaan, persoonallisuuden kehitykseen, persoonallisuushäiriöihin ja mielenterveyskuntoutujien koulutukseen liittyen. Julkaisuja persoonallisuushäiriöistä, skitsofrenian neurokognitiosta ja alkoholismista.

Suvisaari, Jaana. LT, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri. Ylilääkäri ja Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut-yksikön päällikkö THL:lla. Tutkinut vakaviin mielenterveysongelmiin liittyviä fyysisiä terveysongelmia ja niitä selittäviä tekijöitä sekä mielenterveysongelmien esiintyvyyttä ja riskitekijöitä.

Syrjäläinen, Juha.

Särkkä, Susanna. VTM. Työskenteli 2011 – 2012 Kriminaalihuollon tukisäätiossä viestintäkoordinaattorin sijaisena. Särkkä on työskennellyt toimittajana muun muassa Yleisradiossa ja tehnyt kirjoja Sitralle.

Säätelä, Sirkku. Specialsjukskötare, Magister i förvaltningsvetenskaper. Lektor i vård, YH Novia samt projekt-koordinator inom det tvärvetenskapliga forskningsprojektet GERDA Botnia, som undersöker äldres livsvillkor Kvarkenregionen. Tidigare arbetat inom specialsjukvården, handikappvården samt som chef för äldreomsorg.

Tamminen, Irmeli, nuorisosihteeri, YTyö. Työskentelee Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirastossa alkoholi-ohjelman aluekoordinaattorina. Pitkä työura sisältää nuorisotyötä ja päihdepolitiikkaa erilaisissa tehtävissä kunnan ja valtion hallinnoissa. Pakka-toimintamallin avainkehittäjä, kehittäjätyöryhmän jäsen.

Tenkanen, Tuomas. Päihdetyöntekijä, TM. Työskentelee kehittämispäällikkönä THL:n Tupakka-, päihde- ja rahapelihaitat -yksikössä ehkäisevän päihdetyön kehittämistehtävissä ja vastaa kansallisen Alkoholi-ohjelman ohjaamisesta. Työurallaan hän on työskennellyt useita vuosia Kriminaalihuoltoyhdistyksessä ja Helsingin kaupungilla ja viimeisen vuosikymmenen keskittynyt erityisesti ehkäisevän päihdetyön kehittämiseen ja alkoholipoliittisiin kysymyksiin.

Tiainen, Tuula. Valtiotieteen maisteri. Työskentelee erikoissuunnittelijana ympäristöministeriossä.

Tuomaala, Marita. LL, terveyskeskuslääkärinä vuodesta 1997, vastuualueena lastenneuvolatyö.

Varis, Tuomo. YTM. Työskentelee hankesuunnittelijana Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry:n Mobiiliapuhankkeessa tietojärjestelmän ja uusien palvelujen kehittämisen asiantuntijatehtävissä. Tehnyt työuransa pääosion ehkäisevän päihdetyön suunnittelu- ja kehittämistehtävissä.

Viertiö, Satu. THM, FT. Työskentelee tutkijana THL:n Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut -yksikössä erikoisalueena mielenterveyshäiriöihin liittyvä toimintakyky.

Viljanen, Maria. (FM) on työskennellyt Sininauhaliitto ry:n Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi-hankkeen projektipäällikkönä vuosina 2005–2011. Tällä hetkellä hän työskentelee projektipäällikkönä Suomen Mielenterveysseurassa ikääntyneiden mielenterveyden edistämisen hankkeessa.

Vuorenmaa, Maritta. KT, YTM työskentelee vastuuhenkilönä ja kehittämispäällikkönä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Vaasan toimipaikassa. Hänen keskeisenä kiinnostuksen alueenaan on mielenterveyden edistäminen osana hyvinvointipalvelujen kehittämistä ja arviointia. Maritta Vuorenmaa toimi THL:ssä Mieli 2009-ohjelmaa valmistelleessa työryhmässä ja on myös THL:n Mieli-ohjelmaa toimeenpanevassa työryhmässä. Lisäksi on toiminut vuosia mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeissa ja viime vuosina niiden ohjausryhmissä.

Yli-Krekola, Pirkko. Sosiaalihoitaja, kasvatus- ja perheneuvolatyön erikoistumiskoulutuksen suorittanut sosiaalityöntekijä. Toimii JIK Kurikan Perhekeskuksen sosiaalityöntekijänä työalueena perheneuvolapalvelut ja monialainen tiimityö perhekeskuksessa. Tehnyt työuran pääosin perheneuvolapalveluissa. Osallistunut alueelliseen AKKULA- ja NINNI-kehittämistyöhön; yhteistyössä peruspalvelujen sekä erikoissairaanhoidon lastenpsykiatrian ja aikuispsykiatrian yksiköiden kanssa on kehitetty ja otettu käyttöön uusia toimintamalleja tukea lasta ja koko perhettä tilanteissa, joissa vanhemmilla psyykkistä sairautta tai perheessä väkivaltaa. Toimijuus MEIRÄN PORUKAT YHYRES- ja PALVELUA PORUKALLA PERHEEN PARHAAKSI -Kurikan Perhekeskuksen hankkeissa koko niiden keston ajan.

Yrttimaa, Eeva-Liisa. Terveystenhoitaja, Vavu-kouluttaja. Työskentelee tällä hetkellä JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän Kurikan Perhekeskuksessa pääosin lastenneuvolatyössä.