



HYTE-toimintamalli

5 / 2023

Mielenterveyden ensiapu2 -koulutus: Haavoittuva mieli – tunnista ja tue (MTEA2)

Toimintamallin kuvaus: Jukka Valkonen, Tiina Lumijärvi & Meri Larivaara

Toimintamallin vertaisarviointi: Pia Solin, Leif Berg, Noora Hirvonen & Päivi Rissanen

Hyvinvointia ja terveyttä edistävien toimintamallien arviointi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Institutet för hälsa och välfärd

Finnish Institute for Health and Welfare

www.thl.fi



5 / 2023

Toimitus

hytearviointi@thl.fi

Päätoimittaja

Projektipäällikkö, Marika Kylänen
(etunimi.sukunimi@thl.fi, 029 524 7882)

Toimittaja

Kehittämispäällikkö, Elisa Kostiainen
(etunimi.sukunimi@thl.fi, 029 524 8602)

Taittäjä

Projektiassistentti, Jenni Lintunen

Julkaisija

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yksikkö
Mannerheimintie 166, A4
PL 30, 00271 Helsinki
Puh/tel +358 29 524 6000
www.thl.fi

Julkaisusarja

HYTE-toimintamalli
ISSN 2737-2936 (verkkójulkaisu)

Julkaisupaikka

HYTE-toimintamallien arvioinnit verkossa:
<https://thl.fi/hytearviointi>

Arkistointi

HYTE-toimintamallien arviointien arkistointi,
Julkari:
<https://www.julkari.fi/>

HYTE-toimintamallin lähetys arviointiin

hytearviointi@thl.fi

Sosiaalinen media

Twitter

https://twitter.com/HYTE_arviointi

LinkedIn

<https://linkedin.com/company/hyte-toimintamallien-arviointi>

HYTE-toimintamallien arviointi

Hyvinvointia ja terveyttä edistävien (HYTE) toimintamallien arviointi on avoin tiedolla johtamisen palvelu, jonka kehittäminen alkoi THL:ssä vuonna 2019. Palvelu tarjoaa vertaisarvioitua tietoa näyttöön perustuvista toimintamalleista, joita julkaistaan HYTE-toimintamalli-julkaisusarjassa.

Arviointiin otetaan HYTE-toimintamalleja eri aloilta, jotka edistävät hyvinvointia, terveyttä, turvallisuutta ja osallisuutta, edistävät yhdenvertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta, ehkäisevät hyvinvointi- ja terveyseroja, syrjäytymistä ja yksinäisyyttä, sekä edistävät sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävästä kehityksestä.

HYTE-toimintamalli-julkaisusarja

HYTE-toimintamalli-julkaisusarjassa on julkaistu toimintamallien arviointeja vuodesta 2019 lähtien. Jokainen toimintamalli käy läpi systemaattisen arviointiprosessin, joka tehdään yhteismitallisin kriteerein. Arvioinnit perustuvat toimintamallin edustajan kuvaukseen toimintamallista ja vähintään kahden arvioitsijan lausuntoon. Arviointi tehdään asteikolla 1-5 (heikko-erinomainen). Arvioinnin kohteena on toimintamallien vaikuttavuus, näyttö ja sovellettavuus käytäntöön. Arviointi on luonteeltaan kehittävä.

Arvioitsijoina voivat toimia toimintamallin riippumattomat asiantuntijat ja kokemusasiantuntijat. Menetelmänä on avoin vertaisarviointi, joka on laadunvarmistuksen ja kehittämisen keino. Arvioitsija voi valita tekeekö hän arvioinnin anonyymisti vai avoimesti.

Julkaisu sisältää toimintamallin edustajan tekemän kuvauksen toimintamallista ja yhteenvedon arvioitsijoiden lausunnoista.

HYTE-toimintamalli-julkaisusarjan kielet ovat suomi, ruotsi ja englanti. Jokainen arviointi julkaistaan erillisenä pdf-tiedostona thl.fi-sivuilla ja arkistoidaan Julkariin.

Tiivistelmä

Toimintamallin nimi: Mielen terveyden ensiapu2 -koulutus: Haavoittuva mieli – tunnista ja tue (MTEA2)

Tausta ja tavoite: Mielen terveyden häiriöt ovat keskeinen kansanterveydellinen ongelma. Niihin liittyy kielteinen leima, joka tuottaa kärsimystä ja voi viivästyttää avun hakemista. Niihin liittyy myös kohonnut itsemurhariski. Puutteelliset tiedot mielen terveyden ongelmista luovat alustan ennakkoluuloille. Vain pieni osa mielen terveyden ongelmia kohdanneista on asianmukaisen hoidon ja tuen piirissä. Mielen terveyden ongelmien puheeksi ottamisen kynnys on korkea läheisten kanssa, mutta usein myös ihmisiä työssään kohtaavilla ammattilaisilla. Varhainen puuttuminen ongelmiin ja mielen terveyden kriiseihin voi ehkäistä ongelmien vaikeutumista ja edistää toipumista. Kansallisessa mielen terveysstrategiassa 2020–2030 (STM 2020) korostetaan tarvetta lisätä väestön mielen terveysosaamista. Australiassa 2000-luvun taitteessa kehitetty koulutus on vastine fyysisten ongelmien ensiavulle. Koulutuksen tavoitteena on vahvistaa osallistujien mielen terveysosaamista tarjoamalla asianmukaista tietoa psyykkisistä oireista ja niiden hoidosta, vähentää mielen terveyden ongelmiin liittyvää stigmaa ja antaa valmiuksia kohdata mielen terveyden ongelmia.

Käyttö: Käytössä valtakunnallisesti, käyttö alkanut 2006. Käytössä Euroopassa ja Euroopan ulkopuolella.

Kohderyhmä: Perusmuotoinen koulutus on suunnattu aikuisille, erilliset koulutusmallit nuorten kanssa toimiville, työelämän kontekstiin ja maahanmuuttajille. Käytössä myös verkossa toteutettava versio.

Soveltuvuus eri kohderyhmiin: Soveltuu kaikille, ei suositella akuutissa kriisitilanteessa oleville.

Menetelmä: Koulutus muodostuu 14 oppitunnista ja oppikirjasta. Koulutuksessa tarjotaan tietoa ja harjoitellaan ottamaan puheeksi toisen henkilön mielen terveyteen liittyvä huoli ja tarjoamaan tukea asiantuntijatietoon perustuvan toimintamallin mukaisesti.

Seuranta ja arviointi: Osallistujilta pyydetään palautteet sähköisesti koulutuksen päättymisen jälkeen. Saadut palautteet arvioidaan vuosittain ja arvioinnin perusteella kehitetään toimintamallia.

Tulokset ja vaikutukset: Toimintamallia on arvioitu lukuisissa tutkimuksissa. Koulutuksella on vaikuttavuutta lyhyellä aikavälillä koulutettujen tietoihin ja häiriöiden tunnistamiseen, asenteisiin ja auttamisvalmiuteen. Auttamiskäyttötymisestä ja vaikutuksista avun vastaanottajien hyvinvointiin tarvitaan lisätutkimuksia.

Vaikuttavuus: Yli vuoden kestäviä tutkimuksia koulutuksen vaikuttavuudesta ei ole toteutettu.

Kustannusarvio: Koulutusten toteutuksen kustannukset riippuvat koulutuksiin osallistuvien määrästä, ohjaajien palkkakuluista ja tilatarpeista. Lisenssimaksu, jolla katetaan korvaus MHFA Internationalille ja koulutuksen hallinnointikulut Suomessa, on 40 euroa/osallistuja.

Kustannusvaikuttavuus: Ei tutkittu

Jatkokehittäminen: Lisensoitu tuote, jonka jatkokehittäminen tapahtuu MHFA Internationalin toimesta.

Avainsanat: Mielen terveyden ensiapu, Mielen terveyden lukutaito, Mielen terveysosaaminen, Mielen terveyshoidot, Masennus, Ahdistuneisuus, Psykoosi, Päihdehäiriöt, Mielen terveyden kriisit, Mielen terveyden ensiavun askeleet

Teema-alueet: Mielen terveys, Päihdet ja riippuvuudet

Toimintamallin yhteyshenkilö Suomessa: Tiina Lumijärvi (etunimi.sukunimi@mieli.fi)

Toimintamallin arvioitsijat: Pia Solin, Leif Berg, Noora Hirvonen ja Päivi Rissanen

Kansalliset verkkosivut: <https://mieli.fi/materiaalit-ja-koulutukset/koulutukset/mielen-terveyden-ensiapu-koulutukset/mielen-terveyden-ensiapu-2-koulutus/>

Kansainväliset verkkosivut: <https://mhfainternational.org/>

Arviointiluokka: Kansallisesti pitkään käytössä ollut toimintamalli (yli 10 vuotta)

Kokonaisarviointi: 3/5 (hyvä)

Toimintamalli on kuvattu kattavasti, kuvauksesta selviää menetelmän toiminnalliset osa-alueet, tutkimustausta ja tarvittava koulutus mallin käyttöön ottamisessa. Toimintamallin vaikuttavuus on hyvin dokumentoitu kansainvälisessä tutkimuksessa. Sertifioitu toimintamalli sitoo toimintaa ja tuottaa kustannuksia sekä vaatii järjestäjää ja ohjausryhmää.

Julkaisupäivä: 31.10.2023

Sammandrag

Praxisens namn: Psykiska första hjälpen 2 -utbildningen: Sårbara sinnet – lär dig känna igen och stöda (PFH2)

Bakgrund och mål: Psykisk ohälsa är ett centralt folkhälsoproblem. Psykiatriska tillstånd har ett negativt stigma som orsakar lidande och kan fördröja hjälpsökandet. Psykiatriska tillstånd är också förknippade med en förhöjd suicidrisk. Bristfällig kunskap om psykisk ohälsa skapar en plattform för fördomar. Endast en liten del av personerna med psykiatriska tillstånd får ändamålsenlig behandling och stöd. Tröskeln är hög för att ta psykiska ohälsa till tals med närstående, och det är ofta också svårt för yrkesutbildade personer som möter människor i sitt arbete. Ett tidigt ingripande i psykisk ohälsa och psykiska kriser kan förebygga att problemen förvärras och främja återhämtningen. I den nationella strategin för psykisk hälsa 2020–2030 (SHM 2020) betonas behovet av att öka befolkningens kunskaper om psykisk hälsa. Utbildningen som utvecklats i Australien är en motsvarighet till första hjälpen vid kroppsliga sjukdomar och olycksfall. Syftet med utbildningen är att stärka deltagarnas kompetens inom psykisk hälsa genom att ge ändamålsenlig information om psykisk ohälsa och behandlingen av den, minska stigmatiseringen av psykiatriska tillstånd och ge färdigheter att bemöta psykisk ohälsa.

Användning: Används riksomfattande, började användas 2006. Används i och utanför Europa.

Målgrupp: Den grundläggande utbildningen riktar sig till vuxna, de separata utbildningsmodellerna till personer som arbetar med unga, till arbetslivet och till nyfinländare. Det finns också en webbversion av utbildningen.

Lämplighet för olika målgrupper: Lämpar sig för alla. Rekommenderas inte för personer i en akut krissituation.

Metod: Utbildningen består av 14 sessioner och en lärobok. Utbildningen erbjuder information och övningar i att ta en annan persons oro över den psykiska hälsan till tals och att stötta med en metod som är forskningsbaserad.

Uppföljning och utvärdering: Deltagarna ombeds ge respons elektroniskt efter att utbildningen avslutats. Responsen utvärderas årligen och praxisen utvecklas utifrån bedömningen.

Resultat och effekter: Praxisen har utvärderats i ett flertal studier. Utbildningen förbättrar deltagarnas kunskaper om och färdigheter i att identifiera störningar känna igen psykisk ohälsa och påverkar deras attityder och beredskap att hjälpa. Det behövs studier om hjälpbeteendet och dess inverkan på hjälpmottagarnas välbefinnande.

Effektivitet: Det har inte gjorts studier som pågått över ett år om utbildningens effektivitet.

Kostnadsberäkning: Kostnaderna för utbildningarna beror på antalet deltagare, handledarnas lönekostnader och utrymmeskostnaderna. Licensavgiften som används för att täcka ersättningen till MHFA International och kostnaderna för administrationen av utbildningen i Finland är 40 euro/deltagare.

Kostnadseffektivitet: Har inte undersökts.

Vidareutveckling: En licensierad produkt som vidareutvecklas av MHFA International.

Nyckelord: Psykiska första hjälpen, Läskunnighet om psykisk hälsa, Kompetens om psykisk hälsa, Mentalvårdsfärdigheter, Depression, Ångest, Psykos, Missbruksproblem, Kriser i den psykiska hälsan, Första stegen i psykisk första hjälpen

Tema-områden: Psykisk hälsa, Alkohol, droger och beroende

Kontaktperson för praxisen i Finland: Tiina Lumijärvi (fornamn.efternamn@mieli.fi)

Utvärderare av praxisen: Pia Solin, Leif Berg, Noora Hirvonen och Päivi Rissanen

Nationell webbplats: <https://mieli.fi/sv/material-och-utbildningar/utbildningar/psykiska-forsta-hjalpen/psykiska-forsta-hjalpen2-utbildningen/>

Internationell webbplats: <https://mhfainternational.org/>

Utvärderingsklass: Praxisen som använts länge på nationell nivå (över 10 år)

Helhetsbedömning: 3/5 (bra)

Praxisen beskrivs heltäckande, av beskrivningen framgår metodens funktionella delområden, forskningsbakgrund och den utbildning som behövs för att ta modellen i bruk. Effekterna av praxisen har dokumenterats väl i internationell forskning. En certifierad praxis sätter gränser för verksamheten, skapar kostnader samt kräver en anordnare och en styrgrupp.

Publikationsdatum: 31.10.2023

Summary

Name of the practice: Mental Health First Aid 2 training course: A vulnerable mind – identify and support (MHFA2)

Background and goal: Mental health disorders are a key public health issue. There is a stigma attached to mental disorders that causes suffering and can delay people from seeking help. Mental disorders also involve an increased risk of suicide. Inadequate knowledge of mental health issues creates a platform for prejudice. Only a small proportion of those who have encountered mental health problems are in the scope of appropriate treatment and support. The threshold for bringing up the topic of mental health problems with loved ones is high, but often also with professionals who encounter people in their work. Early intervention in problems and mental health crises can prevent these problems from becoming more severe and promote recovery. The National Mental Health Strategy 2020–2030 (Ministry of Social Affairs and Health 2020) emphasizes the need to increase the mental health competence of the population. A training program developed in Australia at the turn of the 21st century is equivalent to first aid for physical problems. The aim of the training is to strengthen the mental health competence of participants by providing appropriate knowledge on psychological symptoms and their treatment, reducing the stigma associated with mental health problems and providing the readiness to encounter mental health problems.

Use: Used nationally, use began in 2006. Used in Europe and outside of Europe.

Target groups: The basic level training is intended for adults, separate training models for those working with young people, the context of working life and immigrants. An online version is also in use.

Suitability for different target groups: Suitable for everyone, not recommended for those in an acute crisis.

Method: The training consists of 14 lessons and a textbook. The training provides knowledge, participants practice how to bring up other people's mental health concerns and how to provide support in accordance with practice.

Follow-up and evaluation: Participants are asked to provide feedback electronically after they have completed the training. The received feedback is evaluated annually. The implementation is developed based on the evaluation.

Results and effects: Practice has been evaluated in numerous studies. In the short term, the training has an impact on the knowledge of participants and their ability to identify disorders, their attitudes and their preparedness to provide assistance. More research is needed on assistance behavior and impacts on the welfare of the recipients.

Effectiveness: No studies lasting more than one year have been carried out on the effectiveness of the training.

Cost estimate: The costs of implementing the training depend on the number of participants, the salary of the instructors and facility needs. The licensing fee, which covers compensation to MHFA International and administration costs for the training in Finland total EUR 40 per participant.

Effect on costs: Has not been researched.

Further development: A licensed product the further development of which is carried out by MHFA International.

Keywords: Mental health first aid, Mental health literacy, Mental health competence, Mental health skills, Depression, Anxiety, Psychosis, Substance abuse disorders, Mental health crises, Mental health first aid steps

Theme areas: Mental health, Alcohol, Drugs and Addictions

Contact person for the practice in Finland: Tiina Lumijärvi (firstname.lastname@mieli.fi)

Peer-reviewers of the practice: Pia Solin, Leif Berg, Noora Hirvonen and Päivi Rissanen

National website: <https://mieli.fi/materiaalit-ja-koulutukset/koulutukset/mielenterveyden-ensiapu-koulutukset/mielenterveyden-ensiapu-2-koulutus/>

International website: <https://mhfainternational.org/>

Evaluation category: The practice has been in use nationally for a long time (over 10 years)

General evaluation: 3/5 (good)

The evidence-based practice is described in a comprehensive manner, and the description includes the functional areas of the practice, the research background and the training needed to implement the model. The effectiveness of the evidence-based practice is well documented in international research. The certified evidence-based practice binds operations and generates costs and requires an organiser and a steering group.

Date of publication: 31 October 2023

Sisällys

| | |
|--|----|
| 1 MTEA2-TOIMINTAMALLIN KUVAUS | 7 |
| 1.1 Toimintamallin vaikuttavuusketju | 7 |
| Tavoite, tausta ja tarve | 7 |
| Kohderyhmä, asiantuntijat ja sidosryhmät..... | 9 |
| Menetelmä..... | 10 |
| Seuranta ja arviointi..... | 11 |
| Tulokset, vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus | 12 |
| Johtaminen ja hallinto..... | 13 |
| Viestintä..... | 13 |
| Etiikka ja riskit | 14 |
| Resurssit ja kustannusarvio | 15 |
| Jatkokehittäminen | 16 |
| Yhteenveto vaikuttavuudesta..... | 16 |
| 1.2 Toimintamallin näyttöön perustuva tieto..... | 17 |
| Tutkimustietoon perustuva näyttö | 17 |
| Asiantuntijatietoon perustuva näyttö | 17 |
| Kokemusasantuntijatietoon perustuva näyttö..... | 18 |
| Yhteenveto näyttöön perustuvasta tiedosta | 18 |
| 1.3 Toimintamallin sovellettavuus käytäntöön | 19 |
| Sovellettavuus Suomeen..... | 19 |
| Sovellettavuus eri kohderyhmiin | 19 |
| Olemassa olevat rakenteet ja verkostot..... | 19 |
| Koulutus ja koulutusmateriaalit..... | 19 |
| Käyttö Suomessa ja kansainvälisesti | 20 |
| Toimintamallin käyttöönoton merkitys kunnissa ja hyvinvointialueilla | 21 |
| Huomioita sovellettavuudesta käytäntöön | 21 |
| Yhteenveto sovellettavuudesta käytäntöön | 21 |
| 1.4 Tiivistelmä toimintamallin kuvauksesta | 22 |
| 1.5 Toimintamallin lähteet | 26 |
| 2 MTEA2-TOIMINTAMALLIN VERTAISARVIOINTI | 28 |
| Arvio toimintamallin vaikuttavuudesta | 28 |
| Arvio toimintamallin näyttöön perustuvasta tiedosta | 40 |
| Arvio toimintamallin sovellettavuudesta käytäntöön..... | 43 |
| Kokonaisarviointi | 46 |
| LIITTEET | 47 |

1 MTEA2-TOIMINTAMALLIN KUVAUS

1.1 Toimintamallin vaikuttavuusketju

Tavoite, tausta ja tarve

Tavoite

Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutuksen tavoitteena on vahvistaa osallistujien mielenterveysosaamista tarjoamalla asianmukaista tietoa psyykkisistä oireista ja niiden hoidosta, vähentää mielenterveyden ongelmiin liittyvää stigmaa ja antaa valmiuksia kohdata ja ottaa puheeksi mielenterveyden ongelmia. Mielenterveyden ensiavulla tarkoitetaan avun tarjoamista henkilölle, jolle on kehittymässä mielenterveysongelma tai joka on mielenterveyskriisissä. Mielenterveyden ensiapua tarjotaan myös henkilölle, joka kokee mielenterveysongelmansa vaikeutuvan. Ensiapua annetaan siihen saakka, kunnes asianmukaista ammatillista apua on tarjolla tai kunnes kriisi on ratkennut. (Jorm & Ross 2018.)

Tausta

Alkuperäinen MHFA-koulutus on kehitetty Australiassa vuonna 2000 edistämään kansalaisten valmiuksia antaa apua ja tukea mielenterveyden häiriöiden oireita tai kriisejä kohdanneille ihmisille. Koulutusmallin kehittämisen lähtökohtana oli havainto, että psyykkisten oireiden ensiapuun tarvitaan samanlaista kansalaisosaamista kuin somaattisten hätätilanteiden ensiapuun. Puutteelliset tiedot tyypillisistä mielenterveyden häiriöistä ja mielenterveyden kriiseistä sekä niiden hoidosta aiheuttavat tarpeetonta kärsimystä ja viivästyttävät tai jopa estävät asianmukaisen hoidon saamista. Mielenterveyden ensiapu -koulutus on levinnyt Australiasta ympäri maailman yli 20 maahan. Alkuperäinen koulutusmalli on tarkoitettu tavallisille yhteisönsä jäseninä toimiville aikuisille tueksi ja malliksi tilanteisiin, joissa he kohtaavat toisen aikuisen, jolla ilmenee mielenterveyden häiriön merkkejä tai joka on kohdannut jonkin mielenterveyttä uhkaavan kriisin.

Mielenterveyden ensiavun kehittämistyön taustalla on teoria suunnitellusta käyttäytymisestä (Ajzen 1991), jonka mukaan henkilön luottamuksen lisääminen siihen, että hän on kyvykäs kohtaamaan ja auttamaan mielenterveyden häiriön oireista kärsivää tai mielenterveyden kriisin kohdannutta ihmistä, lisää todennäköisyyttä myös auttamiskäyttäytymiseen.

Mielenterveyden ensiapu -koulutuksia toteutetaan muista pohjoismaista myös Ruotsissa ja Tanskassa, joissa molemmissa on kerätty myös tutkimusnäyttöä toimintamallin vaikuttavuudesta. Muualla Euroopassa toimintamalli on otettu käyttöön yli kymmenessä maassa. Australialainen [Mental Health First Aid International](#) koordinoi toimintamallin toimeenpanoa kansainvälisesti ja ylläpitää tietokantaa koulutuksen levinneisyydestä ja toimintamallia koskevista tutkimuksista. Maailmanlaajuisesti yli viisi miljoonaa ihmistä on saanut Mielenterveyden ensiapu -koulutuksen.

Mielenterveyden ensiapukoulutuksen alkuperäinen versio kehitettiin Australiassa työryhmässä, johon kuului psykiatrisen sairaanhoidon, psykiatrian, opetustyön ja ensiaputaitojen asiantuntijoita sekä mielenterveyspalveluiden käyttäjiä. Sittemmin linjauksia on tarkennettu ja päivitetty Delphi-menetelmän kautta laajemmissa työryhmissä, joihin on kutsuttu tieteellisiä asiantuntijoita, mielenterveysalan ammattilaisia, palveluiden käyttäjiä ja edustajia potilas- tai kansalaisjärjestöistä. Suomeen toimintamalli jalkautui 2006 silloisen STAKES:n ja Pohjanmaahankkeen toimesta. Vuonna

2008 vastuu toimintamallin koulutustoiminnasta, kehittämisestä ja koordinoinnista siirtyi Suomen Mielenterveysseuralle (nyk. MIELI ry.).

Perusmuotoisen Mielenterveyden ensiapukoulutuksen rinnalle on kehitetty Australiassa eri kohderyhmille ja eri konteksteihin soveltuvia ratkaisuja. Sekä nuorten että ikääntyneiden kohtaamiseen on kehitetty koulutusmalleja, samoin nuorten väliseen vertaiskohtaamiseen ja eri kulttuuritaustasta tulevien mielenterveyden tukemiseen. Suomeen on lisensoitu vain aikuisten väliseen kohtaamiseen perustuva koulutusmalli, mutta myös täällä on rakennettu sovellettuja koulutusmalleja eri tilanteisiin. Kaikki kehitystyö on tapahtunut MIELI Suomen Mielenterveys ry:n toimesta ja siten rinnakkaiset ratkaisut toimintamallista perustuvat tiiviiseen yhteistyöhön. Mielenterveyden ensiapu 2 -verkkokoulutus vastaa tavoitteiltaan ja sisällöltään lähimuotoista koulutusta. Verkkokoulutus muodostuu kahdesta 2,5 tunnin mittaisesta webinaarista ja ennen niitä Moodle -oppimisympäristössä suoritettavista itseopiskelujaksoista. Verkkokoulutuksen kokonaiskesto on 12 tuntia. Verkkokoulutuksessa käytetään samaan oppikirjaa kuin lähimuotoisissa koulutuksissa. Koulutusta on saatavissa myös ruotsiksi ja myös materiaalit on käännetty ruotsinkielelle.

Tarve

Mielenterveyden häiriöt eivät väestötutkimusten perusteella ole ainakaan merkittävästi lisääntyneet viime vuosikymmeninä. Psykkisessä terveydessä ei kuitenkaan ole tapahtunut väestötasolla vastaavaa positiivista kehitystä kuin useimpien fyysisten sairauksien suhteen. Johtuen osin tästä, mutta osin myös esimerkiksi työelämän muutoksesta, mielenterveyden häiriöiden osuus väestön tautitaakasta ja kansantaloudellinen merkitys on kasvanut. Mielenterveyden häiriöt ovat suurin työkyvyttömyyden peruste.

Suomessa itsemurhien määrä on puoliintunut 1990-luvulta lähtien. Suomi on silti edelleen muihin pohjoismaihin nähden korkean itsemurhakuolleisuuden maa. Tuoreimpien tietojen mukaan positiivinen kehitys itsemurhakuolleisuudessa ei ole jatkunut ja naisten itsemurhat ovat kääntyneet jopa nousuun.

Mielenterveyden ensiavun tarve yksilötasolla liittyy a) tarpeeseen helpottaa avun ja hoidon saamista sekä vähentää syrjintää ja kielteistä leimautumista. Koulutukseen osallistuvien kohderyhmän kannalta tarve liittyy b) asianmukaisen tiedon saamiseen ja valmiuksien lisääntymiseen kohdata ongelmia kohdanneita kanssaihmiä. Yhteiskunnan näkökulmasta, c) Mielenterveyden ensiavulle on tarvetta väestön mielenterveysosaamisen lisäämiseksi, yhteisöjen ennakolluulojen vähentämiseksi ja kansalaisten syrjimättömyyden ja osallisuuden edistämiseksi.

Mielenterveyden ensiapukoulutuksia on toteutettu Suomessa jo noin 15 vuotta, joten toimintamallia voi pitää jokseenkin vakiintuneena. Lisäarvoa toimintamallista saadaan d) levittämällä koulutuksia laajemmin väestöön ja erityisesti kohderyhmille, jotka työnsä, harrastuksensa tai muun aktiivisuutensa kautta kohtaavat mielenterveyden ongelmia kohdanneita henkilöitä. Koulutukseen osallistuneiden mielenterveysosaamisen lisääntyminen vaikuttaa potentiaalisesti koko yhteisöön.

Mielenterveyden ensiapukoulutus vaikuttaa potentiaalisesti sekä koulutukseen osallistujan että ensiavun vastaanottajan hyvinvointiin ja terveyteen. Kontrolloiduissa kokeissa koulutuksen hyvinvointivaikutuksia ei ole kuitenkaan voitu osoittaa. Osaltaan tähän on voinut vaikuttaa se, että koulutukseen osallistujat ovat tyypillisesti jo lähtökohtaisesti suhteellisen hyvinvoivia, jolloin hyvinvoinnin lisääntymiselle ei ole ollut välttämättä tilaa. Ensiavun vastaanottajien hyvinvoinnin ja

terveyden mittaaminen taas on metodisesti vaikeaa ja näytön puute liittyy keskeisesti siihen, että tätä ei ole juurikaan tutkittu.

Yhteiskunnan turvallisuuden näkökulmasta Mielenterveyden ensiavulla ei ole suoria vaikutuksia, ottaen lähtökohdaksi sen, että mielenterveyden häiriöt eivät muodosta yhteiskunnassa turvallisuusuhkaa. Koulutus antaa kuitenkin valmiuksia kohdata itsemurhavaarassa olevia ihmisiä ja auttaa heitä saamaan asianmukaista apua. Koulutuksen sisältöihin kuuluu myös ohjeet ja linjaukset aggressiivisen käyttäytymisen kohtaamiseen.

Mielenterveyden ongelmia kohdanneiden osallisuus laajempaan yhteisöön ja yhteiskuntaan on problemaattinen. Mielenterveyden ensiapukoulutus vastaa tähän tarpeeseen vaikuttamalla yhteisöjen asenteisiin ja välillisesti tukemalla ongelmia kohdanneita osallistumaan yhteisönsä toimintaan. Mielenterveyden ongelmien hoidon katveet ovat osaltaan myös oikeudenmukaisuus- ja yhdenvertaisuuskysymys ja hoidon saamisen tukeminen edistää siten myös näiden tarpeiden toteutumista.

Mielenterveyden ensiapukoulutuksia on toteutettu ja voidaan toteuttaa myös laitososuhteissa ja muutoin yhteisöissä, jotka ovat hyvinvoinnin ja terveyden suhteen epäedullisessa tilanteessa, esimerkiksi vankilassa. Ensiapukoulutukset voivat näissä yhteisöissä ehkäistä välillisesti avun vastaanottajien syrjäytymistä ja yksinäisyyttä. Mielenterveyden ensiapukoulutukset eivät lähtökohtaisesti ole terapeutisia tai omahoitoa tukevia eivätkä siten tähtää niinkään koulutukseen osallistuvien kokemien terveyserojen ehkäisyyn. Potentiaalisesti mielenterveysosaamisen vahvistuminen voi kuitenkin välillisesti vähentää avun vastaanottajien kokemia hyvinvointi- ja terveyseroja.

Suomessa koulutuksia ovat hankkineet myös erilaiset työyhteisöt (mm. sosiaali- ja terveysala). Koulutusten on arvioitu vahvistaneen ammattihenkilöiden osaamista ottaa puheeksi mielenterveyden ongelmat. HYTE-alueiden työntekijöistä monilla on peruskoulutuksen kautta tietoa psykiatrisista sairauksista ja niiden hoidosta. Valtaosalla työntekijöistä peruskoulutus ei kata tällaista tietoa tai tieto on pintapuolista. Mielenterveyden häiriöt ja kriisit ovat joko ensisijainen tai sekundaarinen palvelutarve monilla asiakkailta HYTE-rakenteissa myös psykiatristen palveluiden ulkopuolella. Vuosina 2016-2018 STM:n toimeksiannosta useissa sairaanhoitopiireissä toteutetuissa Mielenterveyden ensiapukoulutuksissa osallistujina oli myös terveysalan työntekijöitä. Yleinen palaute koulutuksista oli, että ne olivat vahvistaneet työntekijöiden valmiuksia potilaiden kohtaamiseen, vaikka mielenterveyden häiriöstä he eivät kokeneetkaan saaneensa, tai tarvinneensa, uutta tietoa.

Kohderyhmä, asiantuntijat ja sidosryhmät

Kohderyhmä

Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutuksen ensisijainen ja välitön kohderyhmä on aikuisväestö, jonka mielenterveysosaamista pyritään vahvistamaan. Kohderyhmän sisältä voidaan eritellä 1) työssään ja harrastuksissaan ihmisiä kohtaavat, jolloin painopiste on kyvyssä tunnistaa mielenterveyden häiriöiden oireita ja osata ottaa ne puheeksi varhaisessa vaiheessa. Toinen kohderyhmä ovat 2) tavalliset kansalaiset, jotka haluavat kehittää mielenterveysosaamistaan, jotta osaavat tarvittaessa olla läheisilleen (sukulaiset, ystävät, työtoverit jne.) tueksi tai joiden läheisillä jo ilmenee mielenterveyden häiriöiden oireita. Kolmas kohderyhmä ovat 3) kansalaiset, jotka kehittävät mielenterveysosaamistaan oman mielenterveytensä arvioimiseksi ja asianmukaisen avun varmistamiseksi.

Koulutus on tarkoitettu yhteisön jäsenten tietojen ja valmiuksien lisäämiseen mielenterveyden häiriöistä ja niiden asianmukaisesta hoidosta, jotta he kykenisivät tukemaan toisia yhteisön jäseniä. Koulutus ei ole tarkoitettu terapeutin työhön omien mielenterveyden häiriöiden tai kriisien hoitamiseksi. Koulutuksessa ei ole poissulkukriteereitä, mutta sitä ei suositella akuutissa mielenterveyden kriisitilanteessa oleville. Koulutuksella ei ole sisäänottokriteereitä, osallistujilta ei esimerkiksi edellytetä aiempaa koulutusta mielenterveyden alalta. Myös mielenterveysalan koulutuksen omaavat voivat hyötyä koulutuksesta erityisesti koulutuksen refleктоivan toteutustavan kautta, vaikka tiedollisesti koulutus ei tarjoaisi lisäarvoa. Mielenterveyden ensiapu ei kuitenkaan ole tarkoitettu korvaamaan ammatillista apua ja hoitoa, vaan avuksi ennen mielenterveyden ongelman varsinaista hoitoa tai kriisin ratkaisemista. Ensivassa ei myöskään ole kyse omaishoidon kaltaisesta pitkäkestoisesta tukisuhteesta. Ammatillaiset ja omaishoitajat voivat kuitenkin osallistua koulutukseen, kun tavoitteena on ensiapuvalmiuksien kehittäminen.

Asiantuntijat ja sidosryhmät

MHFA International: Kitchener, Betty (psykiatrinen sairaanhoitaja), Jorm, Anthony (psykiatrin professori), Toimintamallin kehittäjiä, Kelly, Claire (PhD), toimintamallin kv. yhteistyön koordinaattori

Koulutuksen suomenkielinen editio: Toimintamallin ovat toimittaneet Suomen olosuhteita vastaavaksi Wahlbeck, Kristian, Savolainen, Minna, Karila-Hietala, Ritva, Lauri, Kaisa.

Muut asiantuntijat Suomessa: Larivaara, Meri (LT, asiantuntijalääkäri, kulttuuriantropologi, MIELI ry:n strategijaohjaja), Lumijärvi, Tiina (YAMK, päällikkö, toimintamallista vastaava), Mäkinen, Outi (psykologi, MTEA2 -verkkokoulutuksen vastaava), Valkonen, Jukka (VTT, toimintamallin kouluttaja)

Sidosryhmät Suomessa: alueelliset sidosryhmät muodostuvat hyvinvointialueille kootuista työryhmistä, ohjaajaverkostosta ja kriisikeskusverkostosta. Alueelliset sidosryhmät muodostuvat hyvinvointialueiden viranhaltioista, kuntien sote-organisaatioiden vastuuhenkilöistä ja oppilaitosten edustajista. Heillä on asiantuntemusta alueen palvelutarjonnasta ja -tarpeista, sekä mielenterveyden edistämisen menetelmistä. Alueelliset ohjaajaverkostot muodostuvat 15 eri hyvinvointialueen alueella toimivista MTEA-ohjaajista. Heillä on mielenterveyden ensiapu - koulutuksen lisäksi usein asiantuntemusta sote-alalta, koulutusaloilta ja muilta hyvinvointialoilta. Kriisikeskusverkostoissa toimivat MTEA2 -ohjaajat ovat linkki alueen järjestökenttään. Kriisikeskusten kautta välittyvät havainnot myös paikallisista akuuteista tarpeista, esimerkiksi joukkoirtisanomisista ja laajasti asukkaita koskettaneista onnettomuuksista.

Menetelmä

Suunnittelu

Toimintamallin toteutuksen suunnitteluun on kolme vaihtoehtoa: 1) ulkopuolinen taho tilaa Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutuksen MIELI ry:ltä tai suoraan ohjaajalta, 2) ohjaaja suunnittelee kohdennetun koulutuksen kolmannen tahon kanssa tai 3) ohjaaja suunnittelee avoimen koulutuksen itsenäisesti.

Toteutus

Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutuksen toimeenpano sisältää toimintamallin lisensoimisen, ohjaajien kouluttamisen, peruskoulutusten järjestämisen, ohjaaja- ja koulutusrekisterin ylläpidon

(sisältäen todistusten myöntämisen), ohjaajille tarjottavan tuen, koulutusten markkinoinnin ja viestinnän sekä kehittämistyön. Toimintamallin juurruttaminen käsitellään seuraavassa kohdassa.

Peruskoulutus sisältää 14 oppituntia lähiopetusta tyypillisesti 8-20 hengen ryhmässä. Koulutuksissa käytetään monipuolisesti erilaisia pedagogisia ratkaisuja kohderyhmän tarpeiden ja ohjaajan valmiuksien mukaisesti. Lähikoulutuksen oppimateriaalina on Kitchener ym. 2021, joka noudattaa sisällön osalta koulutuksen rakennetta. Lähikoulutus etenee ohjaajien käyttöön tuotetun diaesityksen mukaisesti. Valmiilla materiaalilla varmistetaan koulutusten tasalaatuisuus. Osallistujien oppimista tuetaan vuorottelemalla luentotyyppistä ja reflektovaa opetusta, ryhmäkeskustelua, audiovisuaalista materiaalia ja toiminnallisia harjoituksia.

Ohjaajakoulutus kestää kolme päivää. Niihin voivat osallistua kaikki peruskoulutuksen suorittaneet. Ohjaajakoulutuksissa käsitellään Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutusten tavoitteet, rakenne, pedagogiset ratkaisut ja eettiset periaatteet. Ohjaajaopiskelijat antavat koulutuksen aikana näytteen ohjaamisestaan ja saavat tästä palautetta ryhmältä ja kouluttajalta. Ennen lupaa toteuttaa MTEA2 -koulutuksia itsenäisesti, ohjaajaopiskelijan on toteutettava pilottikoulutus. Ohjaajapätevyyden voimassaolo edellyttää säännöllistä koulutusten toteutusta.

Juurutus

MTEA2 -koulutus on vakiintunut osa MIELI ry:n toimintaa. Toimintamallin toimeenpano on suunnitelmallista ja tavoitteellista. Ohjaajaverkoston koko varmistaa toiminnan jatkuvuuden. Juurruttamisen kannalta haasteita on toimintamallin vakiinnuttamisessa alueellisesti tasavertaisesti. Toimintamalli oli mukana STM:n vuosina 2016-2018 toteutetussa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen kärkihankkeessa, jossa levitettiin ja juurrutettiin valikoitua joukkoa hyviä käytäntöjä valtakunnallisesti.

Seuranta ja arviointi

Toimintamallin seuranta toteutetaan sekä määrällisin että laadullisin kriteerein. Sekä ohjaaja- että peruskoulutuksille asetetaan osallistujamäärätavoitteet ja niiden toteutumista arvioidaan vuosittain. Koulutuksiin osallistuneilta kerätään systemaattisesti palautetta. Palautteiden perusteella arvioidaan osaamistavoitteiden saavuttamista, koulutuksen hyödyllisyyttä ja sovellettavuutta omassa työssä ja arjessa. Lisäksi arvioidaan koulutuksen tuloksellisuutta erillisillä mittareilla (vaikutukset hyvinvointiin, asenteisiin ja mielenterveysosaamiseen). Ohjaajakoulutuksissa ohjaajien valmiutta koulutusten toteutukseen arvioidaan ohjausnäyttöjen perusteella. Seuranta ja arviointia toteutetaan myös ohjaajien itsearviointia tukemalla ja MIELI ry:n toimintamallista vastaavan tiimin jatkuvan itsearvioinnin avulla. MHFA International arvioi säännöllisesti koulutuksen linjauksia suhteessa uusimpaan asiantuntijatietoon yhteistyössä Melbournen yliopiston kanssa.

Kohderyhmän, asiantuntijoiden ja sidosryhmien osallistuminen

Suomessa toimintamallin käyttöönotossa ja juurruttamisessa sidosryhmillä on keskeinen rooli. Ideaalitulenteessa MIELI ry järjestää sidosryhmän edustajille ensin MTEA2 -peruskoulutuksen ja kouluttaa sen jälkeen peruskoulutuksen suorittaneista MTEA2 -ohjaajia, jotka jatkavat koulutusten toteuttamista omissa organisaatioissaan/hyvinvointialueillaan. MHFA International kutsuu laajan joukon kansainvälisiä tieteellisiä, ammatillisia ja kokemusasiantuntijoita arvioimaan koulutuksen linjauksia säännöllisin väliajoin.

Sidosryhmät Suomessa: alueelliset sidosryhmät, ohjaajaverkosto, kriisikeskusverkosto.

Alueellisten sidosryhmien tarkoituksena on tukea mielenterveysosaamisen implementaatiota alueilla ja organisaatioissa. Tavoitteena on kansalaisten mielenterveyden edistäminen ja mielenterveysosaamisen vahvistaminen juurruttamalla MTEA2 -koulutus alueellisiin hyvinvointisuunnitelmiin, organisaatioiden toimintasuunnitelmiin sekä oppilaitosten opetussuunnitelmiin. MTEA2 -koulutuksen implementaatiota tukee hyvinvointialueille kootut ohjaaja- ja asiantuntijaverkostot. Alueellisissa sidosryhmissä käydään läpi alueellinen koulutustilanne sekä tuetaan ohjaajia ja organisaatioita implementaatioissa ja koulutusten järjestämisessä. Alueelliset sidosryhmät seuraavat muun muassa koulutusten ja ohjaajien määrällistä kehittymistä alueilla. Vuonna 2022 yhteistyössä oli mukana 15 alueellista ohjaajaverkostoa (1.1.2023 alkaen hyvinvointialueet).

Alueellisissa ohjaajaverkostoissa jaetaan koulutuksen toteutukseen liittyviä hyviä käytäntöjä, onnistumisia ja koulutusten toteutukseen liittyviä kehittämisen kohteita. MIELI ry jakaa ohjaajaverkostolle ajankohtaista tutkittua tietoa ja tukee ohjaajien verkostoitumista. Ohjaajaverkostot toimivat myös yhteiskehittämisen paikkoina.

Valtakunnallisen kriisikeskusverkoston kriisikeskuksiin ja moniin eri organisaatioihin on koulutettu MTEA2 -ohjaajia, jotka ohjaavat MTEA2 -koulutuksia osana omaa perustyötään tai vapaaehtoistyönä.

Mielenterveysosaamisen käyttöönottoa työssä sekä käyttöönoton seuranta tukemaan MIELI ry tarjoaa tarvittaessa organisaatioille koulutuksen jälkeistä reflektointityöpajatyöskentelyä. Vuonna 2022 Mieli ry teki tiivistä yhteistyötä Mielenterveysosaamisen vahvistaminen kunnissa -hankkeiden, Itsemurhien ehkäisy -hankkeiden sekä Sote -uudistusta tukevien -hankkeiden kanssa, joissa MTEA2 -menetelmää levitettiin kansalaisten ja ammattilaisten mielenterveysosaamisen vahvistamiseksi.

Tulokset, vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus

Tulokset

Toimintamallin vaikutuksia on arvioitu useissa satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa ja kolmessa systemaattisessa katsauksessa/meta-analyysissa. Tutkimusten seuranta-ajat ovat suhteellisen lyhyitä. Vain yksittäisissä tutkimuksissa vaikutusten pysyvyyttä on arvioitu pidempään kuin vuosi. Vaikuttavuustutkimusten tulokset ovat suunnaltaan yhdenmukaisia ja eroja löytyy lähinnä efektikoossa. Muutoksia on todettu koulutuksiin osallistuneiden mielenterveyden häiriöitä koskevilla tiedoilla, asenteissa (sosiaalinen etäisyys ja stigma), avun tarjoamisen intentioissa ja luottamuksessa omaan osaamiseen sekä vähäisemmässä määrin auttamiskäyttäytymisessä. Vaikutuksia ei kuitenkaan ole voitu osoittaa sen paremmin mielenterveyden ensiavun tarjoajien kuin vastaanottajienkaan hyvinvoinnissa ja terveydessä.

Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutus on toimiva toimintamalli koulutettujen tietojen lisäämiseen ja asenteiden muokkaamiseen. Koulutus myös antaa valmiuksia tarjota tukea mielenterveyden ongelmia ja kriisejä kohdanneille sekä lisää halukkuutta ja luottamusta avun tarjoamiseen. Koulutuksen vaikutus auttamiskäyttäytymiseen on epäselvempää ja edellyttää tutkimuksilta vielä pidempää seuranta-aikaa ja/tai uudenlaista koeasetelmaa. Toimintamallin vaikutuksista avun vastaanottajiin tarvitaan lisää tietoa.

Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus

Mielenterveyden ensiapukoulutuksen pitkän aikavälin vaikuttavuudesta tai kustannusvaikuttavuudesta ei ole kontrolloitua tutkimusnäyttöä. Toimintamallilla tavoitellaan

väestötason muutosta mielenterveysosaamisessa, minkä oletetaan tuottavan positiivisia vaikutuksia väestön hyvinvointiin ja terveyteen. Mielenterveysosaamisen lisääminen voi vähentää mielenterveyden häiriöihin liittyvää stigmaa ja helpottaa siten ongelmia kohdanneiden elämää. Lähipiiristä tarjoutuva apu ja tuki voi edistää hoitoon hakeutumista ja asianmukaisen hoidon saamista. Vaikka muutokset yksilö- tai koulutusryhmien tasolla olisivat maltillisia, voi kansalaisten laajamittainen osallistuminen koulutuksiin tuottaa väestötasolla pitkällä aikavälillä merkittäviä muutoksia.

Kustannusvaikuttavuudesta ei ole tehty laskelmia eikä taloudellisia vaikutuksia osoitettu. Voidaan olettaa, että Mielenterveyden ensiapukoulutuksesta saadut valmiudet voivat parantaa joidenkin henkilöiden kohdalla hoitoon pääsyä ja sitä kautta ennalta ehkäistä ongelmien vaikeutumista ja nopeuttaa toipumista mielenterveyden häiriöstä tai kriisistä. Kustannukset ja taloudelliset hyödyt voivat jakautua yhteiskunnan eri sektoreilla eri tavoin. On mahdollista, että perusterveydenhuoltoon tulee jopa aikaisempaa enemmän kustannuksia, kun taas esimerkiksi sosiaalityön tai työnantajien kustannukset voivat pienentyä vähäisempien sosiaalisten ongelmien tai paremman työkyvyn säilymisen vuoksi. Rinnakkaisia toimintamalleja ei tällä hetkellä ole käytössä.

Johtaminen ja hallinto

Mielenterveyden ensiapu -koulutusta hallinnoi Mental Health First Aid International Australiasta. Se myöntää lisenssin toimintamallin käyttöön toistaiseksi voimassa olevalla sopimuksella ja valvoo toimintamallin eettisten, pedagogisten ja taloudellisten periaatteiden noudattamista. Suomessa toimintamallia hallinnoi MIELI ry, joka organisoii ohjaajakoulutukset, ylläpitää koulutusrekisteriä ja kerää koulutuksista lisenssimaksut, jotka se puolestaan tilittää MHFA Internationalille. MIELI ry:ssä toimintamalli sijoittuu Aikuisten ja työelämän mielenterveys -osastoon. Toimintamallin suunnittelusta, organisoinnista ja koordinoinnista vastaa Aikuisten mielenterveystyön yksikön päällikkö. Taloudesta ja tuotemerkistä vastaa MIELI ry:n hallintojohtaja. MTEA2 -koulutusten käytännön järjestelyistä vastaa koulutuskoordinaattori. Toimintamalli on osa MIELI ry:n Mielenterveyden ensiapu -kokonaisuutta, johon kuuluvat kyseisen toimintamallin lisäksi Mielenterveys elämäntaitona -koulutus (MTEA1) ja Nuoren mielen ensiapu (NMEA). Kokonaisuuden johtamiseen ja hallinnointiin (suunnittelu, kehittäminen ym.) osallistuu vuonna 2022 kahdeksan työntekijää, joiden työajasta arviolta 1½ henkilötyövuotta kohdentuu arvioitavana olevaan toimintamalliin (MTEA2-koulutus).

Viestintä

Ulkoisen viestinnän keskeiset kanavat ovat MIELI ry:n verkkosivut, joiden kautta tiedotetaan kaikkialla Suomessa alkavista perus- ja ohjaajakoulutuksista, sekä sosiaalisen median kanavat, joiden kautta viestitään alkavien koulutusten lisäksi muista ajankohtaisista asioista. MHFA International vastaa tutkimusviestinnästä ja globaalisti relevanttien asioiden viestinnästä englanniksi.

Sisäisessä viestinnässä hyödynnetään edellisten lisäksi 4-5 kertaa vuodessa lähetettävää ohjaajakirjettä, jossa informoidaan ajankohtaisista asioista ja Moodle-oppimisympäristöä, jossa tiedotetaan koulutuksen sisältöihin, linjauksiin ja toteutukseen liittyvistä uudistuksista. Ohjaajille järjestetään kahdesti vuodesta valtakunnalliset verkostopäivät ja vuosittain alueellista verkostoitumista tukevia aluetapaamisia.

Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutuksen asiantuntijat antavat haastatteluja eri medioihin.

Etiikka ja riskit

Etiikka

Mielenterveyden ensiapukoulutuksen toimeenpanossa on huolehdittu koulutukseen osallistuvien tietoturvasta ja eettisestä koulutusten toteutuksesta. Koulutuksiin osallistuminen on vapaaehtoista ja ohjaajien koulutuksessa painotetaan eettisten näkökulmien huomioon ottamista peruskoulutuksissa. Ilmoittautumiset ja rekisterit toteutetaan varmennetuilla ohjelmistoilla eikä osallistujien tietoja luovuteta missään olosuhteissa kolmansille osapuolille ilman osallistujien nimenomaista suotumusta. Mielenterveyden ensiapu -koulutuksen lisenssiin sisältyy eettiset periaatteet, joiden noudattamista valvotaan. Ohjaajat saavat tukea esimerkiksi vaikeiden tilanteiden käsittelyyn säännöllisesti toteutettavien verkostopäivien ja MIELI ry:n nimettyjen työntekijöiden kautta.

Mielenterveyden ensiavun vastaanottajien näkökulmasta eettisiä kysymyksiä liittyy koulutuksen rajojen tunnistamiseen. Mielenterveyden ensiapu ei korvaa mielenterveyden häiriöiden hoitoa. Tämä on huomioitu toimintamallissa siten, että ensiavun askeleissa keskeinen vaihe on rohkaista avun vastaanottajaa hakemaan ammatillista apua oireisiinsa.

Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutuksessa osallistujia opetetaan tunnistamaan erilaisia mielenterveyden häiriöiden oireita. Eettinen tekijä on erottaa oireiden tunnistaminen häiriöiden diagnosoimisesta. Niin perus- kuin ohjaajakoulutuksessa korostetaan, että mielenterveyden häiriöiden diagnosoimisen voi tehdä vain lääkäri, joka on hoitosuhteessa potilaaseen.

Toimintamallin markkinointiin liittyy myös eettisiä tekijöitä. On epätodennäköistä, mutta teoreettisesti mahdollista, että HYTE-toimija pyrkii korvaamaan mielenterveyden häiriöiden hoitopalveluita toimintamallin käyttöönotolla. Tämä eettinen näkökulma huomioidaan markkinoimalla Mielenterveyden ensiapu -koulutusta vain terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja ongelmien ehkäisyn toimintamallina. Koulutus ei anna valmiuksia mielenterveyden häiriöiden hoitoon, mutta voi edistää ensiavun vastaanottajien hakeutumista oikea-aikaisesti ammatillisen avun piiriin.

Toimintamalli perustuu pääosin psykiatrian käypähoitosuositukseen ja kansainvälisesti hyväksytyihin luokituksiin. Nämä linjaukset ovat lähtökohtaisesti yksilökeskeisiä, jolloin niiden ongelmien ymmärrys kuin interventiotkin kohdentuvat oireileviin ihmisiin. Eettinen riski liittyy siihen, että toimintamallin käyttöönotto johtaa mielenterveyttä kuormittavien sosiaalisten ja yhteiskunnallisten tekijöiden sivuuttamiseen ja korjaamiseen tähtäävien toimien laiminlyömiseen. Toimintamalli itsessään ei tätä eettistä kysymystä poista, mutta toimintamallia hallinnoiva MIELI ry tekee muussa toiminnassaan aktiivista työtä sosiaalisten, rakenteellisten ja yhteiskunnallisten eettisten epäkohtien korjaamiseksi.

Riskit

Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutukselle on ollut viime vuosina runsaasti kysyntää. Korona-aika on tuonut omat haasteensa lähikoulutusten toteuttamiseen, mitä on paikattu lisäämällä verkkokoulutusten tarjontaa.

Jonkinasteinen riski toimintamallin laadulle on laaja ja varsin heterogeeninen ohjaajaverkosto (noin 500 aktiivista ohjaajaa). Ohjaajien adherenssia toimintamallin noudattamiseen ei voida aukottomasti valvoa. Riskiä hallitaan systemaattisella palautteen keräämisellä osallistujilta, ohjaajakoulutuksen avulla ja koulutusmateriaalien kehittämällä.

Toimintamallin leviäminen ja juurtuminen on tapahtunut pitkään spontaanisti ohjaajien oman aktiivisuuden kautta. STM:n kärkihankkeen aikana toimintamallia pyrittiin levittämään ja juurruttamaan tasavertaisesti eri alueille. Hankkeen jälkeen alueelliseen kattavuuteen on voitu vaikuttaa rajatummin. Riskiä hallitaan aktiivomalla eri alueilla toimivien ohjaajien yhteistyötä ja rakentamalla kumppanuuksia niille HYTE-alueille, joissa MTEA2 -koulutuksia ei ole tarjolla. Myös verkkokoulutukset pienentävät alueellisen eriarvoisuuden riskiä.

Toimintamallin toteuttaminen edellyttää vahvaa kumppanuutta paikallisten kansalaisopistojen tai muiden sivistys- tai HYTE-toimijoiden kanssa. Vaikka tällä hetkellä sidosryhmät ovat sitoutuneet vahvasti MTEA2 -koulutusten toimeenpanoon, ei sitoutumista voi taata tulevaisuudessa. Riskiä hallitaan jatkuvalla kumppaneiden kuulemisella ja aktiivisella yhteydenpidolla.

Koulutetut ohjaajat ovat ratkaisevassa asemassa toimintamallin toteutuksessa. Merkittävä osa ohjaajista toimii joko päätoimisesta tai osa-aikaisesti ammatinharjoittajina. Yrittäjien toimeentulo edellyttää riittävää korvausta koulutusten toteutuksesta. Riskiä hallitaan sallimalla ohjaajien kerätä osallistumismaksu, joka ei kuitenkaan saa olla niin korkea, että se asettaisi osallistujat eriarvoiseen asemaan. Toinen tapa hallita ohjaajille aiheutuvaa taloudellista riskiä on kouluttaa ohjaajia eri organisaatioiden sisälle siten, että heillä on mahdollisuus toteuttaa MTEA2 -koulutuksia osana palkkatyötään, jolloin osallistumisesta peritään vain lisenssimaksu.

Resurssit ja kustannusarvio

Nykyisessä laajuudessaan toimintamallin toimeenpanon vuosikustannus MIELI ry:lle on 118 000 euroa. Budjetti pitää sisällään henkilöstökulut (1½ htv) ja toimintakulut.

Mental Health First Aid International perii jokaisesta koulutukseen osallistujasta lisenssimaksun. MIELI ry tilittää lisenssimaksun koulutusrekisterin mukaisesti vuosittain MHFA Internationalille.

MIELI ry vastaa suomenkielisen oppimateriaalin tuottamisesta ja painatuksesta. Jokainen osallistuja saa painetun oppimateriaalin (Haavoittuva mieli – tunnista ja tue: Mielenterveyden ensiapu 2). MIELI ry. perii jokaiselta osallistujalta lisenssimaksun (40 euroa, alv 0%), joka sisältää mm. koulutusmateriaalin ja Mielenterveyden ensiapu 2 -kirjan. Lisenssimaksu kattaa hallinnollisia kuluja sekä toimintamallin kehittämistyön ja koordinoinnin. MIELI ry laskuttaa lisenssimaksun ohjaajalta tai koulutuksen tilaajalta.

Osallistumismaksu muodostuu lisenssimaksusta (40 euroa) ja ohjaajan mahdollisesti laskuttamasta ohjauspalkkiosta (enintään 70 euroa). Ohjaaja laskuttaa ohjauspalkkio-osuuden suoraan osallistujalta tai koulutuksen tilaajalta. Arvonlisäverollisena yrittäjänä toimiva ohjaaja voi lisätä ohjauspalkkio-osuuteen voimassa olevan arvonlisäveron (24% vuonna 2022).

Koulutukset toteutetaan pääsääntöisesti tilaajan järjestämissä tiloissa, joihin liittyvät kustannukset voivat vaihdella merkittävästi. Osallistujien koulutuspäivien aikaiset matkat, majoittumiset ja ruokailut ovat pääosin omakustanteisia.

MIELI ry järjestää ohjaajakoulutukset ja ne ovat osallistujille maksuttomia. Kustannuksia muodostuu tilavuokrasta, välipalatarjoiluista ja jaettavasta materiaalista (kirja, tulosteet, todistukset). Ohjaajakoulutuksiin osallistujat vastaavat itse matka- ja majoittumiskuluistaan.

Toimintamallin käyttöönotto tapahtuu ideaalilanteessa siten, että organisaatio kouluttaa työntekijöistään tarvitsemansa määrän Mielenterveyden ensiapu -ohjaajia, jotka levittävät koulutuksia organisaation kohderyhmille. Esimerkkilaskelma toimintamallin käyttöönoton

edellyttämistä resursseista löytyy liitteestä 1 (Kustannuslaskelma MTEA2 -koulutuksen käyttöönnotosta organisaatiossa).

Toimintamallin koordinointi (tilausten käsittely, ilmoittautumiset, todistusten hallinta, palautteiden kerääminen), rekisterien ylläpito ja kehittämistyö katetaan osallistumismaksun yhteydessä perittävällä lisenssimaksulla. Samoin sillä katetaan ohjaajien kouluttaminen ja muu ohjaajille tarjottava tuki.

- Kustannusarvio: 10 650 euroa + 15 ohjaajan palkkakustannukset (7 työpäivää/ohjaaja) kts. liite 1
- Rahoitus ja sidonnaisuudet: Toimintamalli toimii omakustannus-periaatteella. MIELI ry on voittoa tavoittelematon järjestö. Pieneltä osin järjestö käyttää lahjoitusvaroja ja muuta omarahoitusta MTEA2 -koulutusten järjestämiseen kohderyhmille, joilla ei ole edellytyksiä osallistua itse kustannuksiin. STEA avustaa MTEA -kokonaisuutta yhdellä henkilötyövuodella. Muilta osin kustannukset katetaan osallistumismaksuilla. MIELI ry:n perimät maksut käytetään täysimääräisesti toimintamallin toimeenpanoon, ylläpitoon ja kehittämiseen. MHFA Internationalin perimät lisenssimaksut mahdollistavat tutkimuksen, kehittämisen ja kansainvälisen yhteistyön.

Jatkokehittäminen

Lisensoitu tuote, jonka jatkokehittäminen tapahtuu MHFA Internationalin toimesta.

Yhteenveto vaikuttavuudesta

Mielenterveyden Ensiavun keskeisiä vahvuuksia ovat sisältöjen pohjalla oleva tiedollinen ja teoreettinen ymmärrys sekä määritelty ja rajattu tavoite. Menetelmän vahvuuksiin kuuluu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen menetelmien kentässä vakuuttava arviointitutkimus. Menetelmän niitä vaikutuksia, joita on mahdollista tutkia luotettavasti, on arvioitu useammassa tutkimuksessa muissa maissa (mukaan lukien Ruotsissa), ja osa tutkimuksista on kehittäjistä riippumattomia. Tutkimuksista on myös koottu katsauksia.

Vahvuuksia on myös menetelmän soveltuvuus erilaisille kohderyhmille ja monenlaisiin tarpeisiin, esimerkiksi maallikoille ja ammattihenkilöille tai haavoittuvassa asemassa oleville ja yleiselle aikuisväestölle. Suomessa on myönteisiä kokemuksia esimerkiksi vangeille suunnatuista Mielenterveyden Ensiapu -koulutuksista. Kaiken kaikkiaan menetelmä on koettu toimivaksi myös Suomessa, mitä johtopäätöstä tukevat koulutuspalautteet ja menetelmään kohdistuva vakaa kysyntä. Valtakunnallinen ohjaajaverkosto mahdollistaa menetelmän maantieteellisen kattavuuden. Vahvuuksiin sisältyy niin ikään vakaalla pohjalla toimiva kotipesä, jossa on asiantuntemus ja osaaminen ylläpitää menetelmää ja ohjaajaverkosta.

Kehittämisen kohteita on arviointitiedon osalta tiedon saaminen siitä, kuinka menetelmä vaikuttaa koulutuksen käyneiden rohkeuteen ottaa mielenterveyden heikkeneminen puheeksi erilaisissa toimintaympäristöissään. Erityinen kehittämistarve liittyy ensiavun vastaanottajilta saatavan tiedon keräämiseen. Myös kustannusvaikuttavuutta olisi tarpeen selvittää arviointitutkimuksin. Kohderyhmien näkökulmasta olisi hyvä terävöittää, mille kohderyhmille menetelmä erityisesti toimii.

Suomessa erilaiset työyhteisöt ovat hankkineet Mielenterveyden ensiapu -osaamista, ja olisikin tarpeen selvittää, minkälaista jatkotukea nämä työyhteisöt mahdollisesti tarvitsevat sen varmistamiseksi, että koulutuksesta saatu uusi osaaminen otetaan käyttöön työssä.

Suomessa on varsin laaja ja aktiivisuudeltaan vaihteleva menetelmän ohjaajaverkosto, jonka toteuttamien koulutusten laadun seuranta vaatii kehittämistä koulutusten tasalaatuisuuden takaamiseksi. Samalla on tarpeen löytää keinoja nostaa koulutuspalautteiden vastausprosenttia, sillä ne ovat keskeinen laadun seurannan väline.

Koulutuksen sähköinen toiminnanohjausjärjestelmä otettiin käyttöön 2020. Järjestelmän toimivuutta kehitetään edelleen ja jatkossa toiminnanohjausjärjestelmä tulee olennaisesti parantamaan ohjaajaverkoston hallintaa ja palauteprosesseja.

1.2 Toimintamallin näyttöön perustuva tieto

Tutkimustietoon perustuva näyttö

Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutuksen vaikuttavuudesta on tehty kolme meta-analyysiä ja useita satunnaistettuja kontrolloituja vaikuttavuustutkimuksia.

Vaikuttavuus on kohtalainen tai hyvä puolen vuoden seurannassa koulutukseen osallistuneiden tietoihin, asenteisiin ja auttamisvalmiuteen (intentio ja luottamus). Vaikuttavuus on korkeampi, kun verrokkiryhmään ei kohdistu muunlaista interventiota. Pidemmän aikavälin vaikuttavuutta ei ole tutkittu. Vaikuttavuutta Mielenterveyden ensiavun vastaanottajiin on tutkittu vähän eikä vaikuttavuutta ole siten osoitettu tieteellisesti. Lisää tutkimusta tarvitaan myös toimintamallin vaikuttavuudesta suhteessa muihin aktiivisiin interventioihin.

Meta-analyysit osoittavat vaikuttavuuden koulutukseen osallistujien tietoihin, asenteisiin ja auttamisvalmiuteen yhdensuuntaiseksi. Muiden tulosten suhteen näyttö on ristiriitaisempaa tai heikompa.

Satunnaistettuja kontrolloituja kokeita on toteutettu myös muissa Pohjoismaissa. Vaikka toimeenpanon rakenteet ovat muualla poikenneet joiltakin osin Suomen vastaavista, voidaan tulosten arvioida soveltuvat pääosin myös Suomen olosuhteisiin. Suomessa toteutettu toimintamalli on kestoaltaan pidempi kuin useimmissa tutkimuksissa käytetyt koulutukset. Tämän voi olettaa mieluummin vahvistavan kuin kyseenalaistavan todettua vaikuttavuutta (kustannusvaikuttavuuden osalta tilanne voisi olla päinvastainen, mikäli tästä olisi tutkimuksia).

Taulukko 1. Tutkimustietoon perustuvan näytön määrä

| | Toimintamallia koskevat tutkimushankkeet, kpl | Toimintamallia koskevat julkaisut, kpl |
|----------------|---|--|
| Kansalliset | 0 | 0 |
| Kansainväliset | 20-50 | 20-50 |

Asiantuntijatiетoon perustuva näyttö

Mental Health First Aid -koulutuksen linjaukset on tuotettu asiantuntija-arvioiden avulla. Koulutuksen viestit perustuvat siten asiantuntijoiden konsensusukseen. Asiantuntijakonsensus on rakennettu erikseen eri sisältöalueille ja arvioita on päivitetty säännöllisesti uuden tiedon kertymisen myötä. Koulutuskokonaisuuteen on sisällytetty ohjeistukset, joilla asiantuntijat näkevät

olevan vahvimmat vaikutukset kohderyhmään. Asiantuntijoiden näkemyksiä toimintamallin vaikuttavuudesta ei ole raportoitu.

Asiantuntijanäkemyistä vastaava palaute on saatu koulutuksen tilaajilta ja ohjaajilta. Tämän palautteen perusteella arvioimme toimintamallin soveltuvan hyvin Suomeen ja vastaavan kohderyhmien tarpeeseen.

Kokemusasiantuntijatietoon perustuva näyttö

Suomessa Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutusta on toteutettu vuodesta 2006 alkaen ja koko tämän ajan osallistujilta on kerätty palautetta. Kansainvälisissä laadullisissa tutkimuksissa toimintamallilla on todettu olevan vaikutuksia koulutettujen luottamukseen kyvystään tarjota apua mielenterveyden ongelmia kohdanneille. Laadullisissa tutkimuksissa on kuvattu myös subjektiivista arvioita vuorovaikutustaitojen vahvistumisesta, voimaantumisesta ja oman mielenterveyden aiempaa paremmasta huomioimisesta. (ks. Atanda ym. 2020.)

Suomessa kokemustietoa on kerätty esimerkiksi YTHS:n psykologeilta, joista koulutettiin joukko MTEA2-koulutuksen ohjaajia. Ohjaajakoulutuksen jälkeen ja siinä vaiheessa, kun he olivat toteuttaneet pilottikoulutuksensa, toteutettiin ryhmälle työpaja, jossa kerättiin kokemuksia MTEA2-koulutuksista. Psykologit tunnistivat koulutuksella olevan hyötyä ja arvoa niin osallistujalle, ohjaajalle, organisaatiolle kuin yhteiskunnallekin.

Otoksena on käytetty koulutuspalautteita vuodelta 2021. Ensimmäisenä mittarina väite ”Aion hyödyntää koulutuksessa oppimaani arjessani ja/tai työssäni”. Vuonna 2021 palautekyselyyn vastanneista 97% (n=136) oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä. Toisena mittarina ”Miten osallistuminen koulutukseen on vaikuttanut mielenterveysosaamiseesi?” (1= luottamukseni osaamiseeni on heikentynyt merkittävästi, 3=ei muutosta, 5=luottamukseni osaamiseeni on vahvistunut merkittävästi). Vuonna 2021 palautekyselyyn vastanneiden Ka = 4,0 (n=137). Osallistujien subjektiiviset kokemukset toimintamallin tuloksellisuudesta ovat yksiselitteisen myönteisiä, mitä ei kuitenkaan voi pitää tilastollisessa mielessä näyttönä vaikuttavuudesta (edellyttää kontrolliasetelmaa ja satunnaistamista).

Kerätyn palautteen perusteella osallistujien tyytyväisyys koulutukseen on pysynyt yhdenmukaisena ja korkeana. Palautekyselyiden vastausprosentit ovat kuitenkin olleet suhteellisen matalia eikä teknisesti ole ollut mahdollista eritellä eri kohderyhmien palautteita. Pieni hajonta tuloksissa viittaa kuitenkin siihen, että kohderyhmien välillä ei ole ainakaan merkittäviä eroja koetuissa vaikutuksissa.

Palautekyselyt on toteutettu Suomessa. Myös kansainvälisten laadullisten tutkimusten tulokset ovat sovellettavissa Suomeen siltä osin kun kyse ei ole kulttuurispesifeistä kysymyksistä ja silloin kun tutkimusinterventio vastaa Suomessa käytössä olevaa koulutuksen rakennetta.

Yhteenveto näyttöön perustuvasta tiedosta

Näyttö toimintamallin vaikuttavuudesta on tilastollisesti erittäin merkitsevä, mutta efektikoot vaihtelevat matalasta kohtalaiseen. Vaikuttavuutta voi siten pitää hyvin todennäköisenä ja suuruudeltaan pienenä tai kohtuullisena. Keskeisten tulosmuuttujien suhteen näyttö on vahva suhteessa kontrolliryhmään, johon ei kohdistu interventiota. Käyttäytymismuutoksen osalta näyttö on heikompi ja verrattuna toiseen aktiiviseen interventioon, erot ovat vähäisiä. Toimintamallin kustannus-vaikuttavuutta ei ole tutkittu.

1.3 Toimintamallin sovellettavuus käytäntöön

Sovellettavuus Suomeen

Toimintamallin soveltamiselle ei ole maantieteellisiä esteitä. Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutusta voidaan toteuttaa kaikkialle, joskin verkkomuotoisen koulutuksen saavutettavuus on tällä hetkellä lähikoulutuksena toteutettavaa toimintamallia parempi. Toimintamallin soveltuvuutta Suomeen lisää se, että koulutuksen sisällöt on sovitettu kansallisesti.

Toimintamallia on sovellettu Suomessa vuodesta 2006 alkaen. Tarve mielenterveysosaamisen lisäämiselle on tämän jälkeen entisestään lisääntynyt. Mielenterveyden ongelmiin liittyvän leimaavuuden vähentäminen parantaa ongelmia kohdanneiden yhteiskunnallista ja sosiaalista tilannetta. Avun saamisen nopeuttaminen vähentää inhimillistä kärsimystä, mutta tuottaa myös taloudellisia hyötyjä. Koulutukseen sisältyvä puheeksi ottamisen malli lisää kansalaisten luottamusta omaan kyvykkyteensä auttaa kanssaihmisia. Toimintamallia päivitetään jatkuvasti uusimman tutkimusnäytön mukaisesti. Vastaavaa laajalle yleisölle suunnattua asiantuntijakonsensukseen perustuvaa ja tutkittua koulutusmallia ei ole tarjolla. Lähimmät vaihtoehdot ovat mielenterveystietoa välittäviä verkkosivuja, joissa eduistaan huolimatta puuttuu aktiivinen ohjaajan tuki ja systemaattinen toimintamalli avun tarjoamiselle. Näillä toimintamalleilla on erilaiset tavoitteet ja kohderyhmät. Myös terveydenhuoltoalan ammattilaisille Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutus tarjoaa lisäosaamista mielenterveyden häiriöihin liittyen.

Sovellettavuus eri kohderyhmiin

MTEA2 -koulutus on tarkoitettu ensisijaisesti aikuisväestön mielenterveysosaamisen vahvistamiseen ja sen tavoitteena on lisätä valmiutta tarjota varhaisen vaiheen tukea mielenterveyden ongelmia tai kriisejä kohdanneille. Tälle kohderyhmälle toimintamalli soveltuu erinomaisesti. Toimintamalli soveltuu kuitenkin hyvin myös HYTE -alan ammattilaisille vahvistamaan heidän valmiuksiaan tunnistaa ja tukea asiakkaitaan tai työssä kohtaamiaan ihmisiä, joilla ilmenee mielenterveyden häiriöiden merkkejä. Koulutus on soveltuva myös mielenterveyden ongelmia kohdanneille silloin, kun hoidolliset tarpeet on tyydytetty ja koulutuksen tavoitteena on vertaistuen edistäminen.

Olemassa olevat rakenteet ja verkostot

Toimintamallin toteutukseen Suomessa on nykyisessä laajuudessa erinomainen rakenne. Kansalaisjärjestö on riippumattomana ja terveydenhuollon rakenteiden ulkopuolisena toimijana sopiva toimeenpanija toimintamallille. Koska toimintamallin rahoitus perustuu osallistujamaksuihin, se ei ole riippuvainen mahdollisista veikkausvoittovarojen uudelleen järjestelyistä tai avustusten tasosta. Rakenne on skaalattavissa myös suurempaan mittakaavaan, mikäli toimintamallin käyttöönotto laajenee nykyisestään. Ohjaajaverkostomalli tukee koulutusten leviämistä kuntiin ja hyvinvointialueilla. Osa koulutuksista toteutetaan organisaatioiden (hyvinvointialueiden) kouluttamien ohjaajien omana työnä, mikä tukee alueellista vakiintumista.

Koulutus ja koulutusmateriaalit

Toimintamallin koulutus perustuu ohjaajien kouluttamiseen (ohjaaja = henkilö, joka ohjaa MTEA2 -koulutuksia kentällä). Ohjaajakoulutus on MIELI ry:n vastuulla ja nykyinen määrä kouluttajia

kykenee kouluttamaan tarvittavan määrän uusia ohjaajia vuosittain. Ohjaajakoulutuksen skaalaaminen ylöspäin edellyttää kuitenkin lisäresursointia. Koulutusta on saatavissa myös ruotsiksi ja englanniksi, tarve lisäkieliversioille on kuitenkin olemassa. Ohjaajaverkosto kattaa kaikki hyvinvointialueet. Osallistumismaksu rajaa avoimiin koulutuksiin osallistumismahdollisuuksia.

Ohjaajat toimivat pääosin itsenäisesti ja tuottavat koulutusta harkintansa mukaan useimmiten lähellä omaa työssäkäyntialuettaan. Kysynnän mukaan koulutusta voidaan järjestää millä tahansa paikkakunnalla, jos tilaaja on valmis maksamaan ohjaajien matka- ja majoituskulut ja järjestämään soveltuvat tilat koulutukselle. Verkkomuotoisena toteutettava koulutus on saavutettavissa kaikkialta Suomesta.

Vuonna 2022 lähikoulutuksia toteutettiin 15 maakunnan alueella. Lähikoulutuksiin osallistui n. 1500 osallistujaa ja verkkokoulutuksiin n. 1200 osallistujaa.

Koulutukseen kuuluu oppikirja, joka on saatavissa koulutusten yhteydessä. Ohjaajien tueksi on tuotettu Moodle -oppimisympäristöön kattava tukimateriaali. Koulutuksissa hyödynnetään Australiassa ja Suomessa tuotettua tukimateriaalia.

Käyttö Suomessa ja kansainvälisesti

Käyttö Suomessa

Toimintamalli on ollut käytössä Suomessa vuodesta 2006 alkaen. Käyttö on valtakunnallista.

Käyttö Euroopassa

Toimintamalli on ollut käytössä Euroopassa vuodesta 2003 alkaen. Käytössä Suomessa, Itävallassa, Tanskassa, Englannissa, Ranskassa, Saksassa, Irlannissa, Luxembourgiassa, Maltassa, Hollannissa, Pohjois-Irlannissa, Skotlannissa, Ruotsissa, Sveitsissä ja Walesissa.

Käyttö Euroopan ulkopuolella

Toimintamalli on ollut käytössä Euroopan ulkopuolella vuodesta 2003 alkaen. Käytössä Australiassa, Bagladeshissa, Kanadassa, Hong Kongissa (Kiina ja Macao), Intiassa, Japanissa, Malesiassa, Uudessa Seelannissa, Saudi Arabiassa, Yhdistyneissä Arabiemiraateissa, Yhdysvalloissa ja Israelissa (valmisteilla).

Taulukko 2. Toimintamallin käyttö Suomessa ja kansainvälisesti

| | Käyttöalueet |
|-----------------------|--|
| Suomessa | Valtakunnallisesti. |
| Euroopassa | Suomi, Itävalta, Tanska, Englanti, Ranska, Saksa, Irlanti, Luxembourg, Malta, Hollanti, Pohjois-Irlanti, Skotlanti, Ruotsi, Sveitsi, Wales. |
| Euroopan ulkopuolella | Australia, Bagladesh, Kanada, Hong Kong (Kiina ja Macao), Intia, Japani, Malesia, Uusi Seelanti, Saudi Arabia, Yhdistyneet Arabiemiraatit, Yhdysvallat, Israel (valmisteilla). |

Toimintamallin käyttöönoton merkitys kunnissa ja hyvinvointialueilla

Toimintamalli tukee Kansallisen mielenterveysstrategian 2020-2030 painotuksia, erityisesti painopistettä ”Mielenterveys pääomana”. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta mielenterveysosaamisen edistäminen kunnissa ja alueilla tuottaa kumuloituvia vaikutuksia. Mielenterveyden ensiapu -koulutuksen saanut kuntalainen/asukas vaikuttaa lähiympäristöönsä vähentämällä mielenterveyden häiriöihin liittyvää kielteistä leimaa, edistämällä ongelmien tunnistamista ja parantamalla kanssaihminen mahdollisuutta saada apua mielenterveyden ongelmiinsa varhaisessa vaiheessa. Mielenterveyden ensiapu -koulutuksilla on vahvistettu myös eri alojen ammattilaisten mielenterveysosaamista kunnissa ja hyvinvointialueilla. Jotkut kunnat ja hyvinvointialueet ovat kouluttaneet omia Mielenterveyden ensiapu -ohjaajia, jotka voivat jatkossa toteuttaa koulutuksia omissa organisaatioissaan osana työnkuvaansa.

Huomioita sovellettavuudesta käytäntöön

-

Yhteenveto sovellettavuudesta käytäntöön

Toimintamalli on jo käytössä Suomessa. Sen käytön laajentamiseen on hyvät edellytykset. Laajentaminen edellyttää erityisesti ohjaajakoulutuksen lisäresursointia. Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutus antaa aikuisväestölle valmiuksia tunnistaa ja tukea mielenterveysongelmia ja kriisejä kohdanneita kanssaihmiään. Koulutus ei korvaa tai vähennä mielenterveyden ongelmien hoidon ja sen kehittämisen tarvetta. MTEA2 -koulutus voi parantaa hoitoon hakeutumista ja mielenterveyspalveluiden käyttöä. Sen lisäksi tarvitaan lisäresursseja mielenterveyspalveluiden saatavuuteen, nopeaan hoitoon pääsyyn, vaikuttavien hoitojen tarjontaan ja hoidon jatkuvuuden turvaamiseen.

1.4 Tiivistelmä toimintamallin kuvauksesta

Taulukko 3. Toimintamallin vaikuttavuusketju

| | |
|--|--|
| Tavoite | Kansalaisten mielenterveysosaamisen vahvistaminen voi lieventää mielenterveyden ongelmien leimaavuutta ja edistää avun saamista ongelmiin. |
| Tausta | Alkuperäinen MHFA-koulutus on kehitetty Australiassa vuonna 2000 edistämään kansalaisten valmiuksia antaa apua ja tukea mielenterveyden häiriöiden oireita tai kriisejä kohdanneille ihmisille. Koulutusmallin kehittämisen lähtökohtana oli havainto, että psyykkisten oireiden ensiapuun tarvitaan samanlaista kansalaisosaamista kuin somaattisten hätätilanteiden ensiapuun. |
| Tarve | Mielenterveyden ongelmat muodostavat suuren osan väestön tautitaakasta ja työkyvyttömyydestä. Merkittävä osa hoidettavissa olevista mielenterveyden ongelmista jää hoitamatta stigman ja tietämättömyyden vuoksi. |
| Kohderyhmä | Toimintamallin kohderyhmänä on ensisijassa työntekijät, jotka voivat kohdata työssään mielenterveyden ongelmista tai kriiseistä kärsiviä ihmisiä. Toissijaisena kohderyhmänä on koko aikuisväestö. |
| Menetelmä | Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutus antaa osallistujille valmiudet ottaa puheeksi mielenterveyden ongelmat ja kriisit, tarjota hyödyllistä tukea ja apua ja tarvittaessa ohjata avun tarvitsija ammattiavun piiriin. |
| Tulokset ja vaikutukset | Koulutus on osoitettu vaikuttavaksi osallistujien tietojen lisäämisessä, asenteiden muuttamisessa ja auttamisvalmiuden vahvistumisessa. Vähemmässä määrin koulutus vaikuttaa myös auttamiskäyttäytymiseen. |
| Etiikka | Tietoturva on varmistettu luotettavin ohjelmin. Osallistuminen koulutuksiin on vapaaehtoista ja koulutuksen tavoitteet avataan koulutusesitteissä. Koulutukset toteutetaan eettisesti kestävällä tavalla. |
| Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus | Toimintamallin pitkän aikavälin (> vuosi) vaikuttavuutta tai kustannusvaikuttavuutta ei ole tutkittu. |
| Toimivuuden arviointi | Osallistujilta kerätään palautteet koulutuksen päätyttyä. Tuloksellisuutta mitataan systemaattisin mittarein. Ohjaajien adherenssia toimintamallin noudattamiseen tuetaan koulutuksella ja opetusmateriaalilla. |
| Resurssit ja kustannukset | MIELI ry vastaa toimeenpanosta Suomessa. Hallinnointiin, koordinointiin ja kehittämistyöhön käytetään koulutukseen osallistujilta kerättäviä koulutusmaksuja. Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutuksen käyttöönoton kustannukset kunnissa tai alueilla vaihtelevat koulutusten toteutustavan ja laajuuden mukaan. |
| Jatkokehittäminen | Lisensoitu tuote, jonka jatkokehittäminen tapahtuu MHFA Internationalin toimesta. |
| Yhteenveto vaikuttavuusketjusta | Mielenterveyden ensiapu 2 antaa valmiudet ottaa puheeksi mielenterveyden ongelmat ja kriisit, tarjota hyödyllistä tukea ja apua ja tarvittaessa ohjata avun tarvitsija ammattiavun piiriin. Vaikuttavuus on hyvin dokumentoitu kansainvälisessä |

| | |
|--|---|
| | <p>tutkimuksessa mutta pitkän ajan vaikuttavuutta ja kustannus-vaikuttavuutta on tarpeen selvittää jatkossa lisää. Toimintamalli soveltuu eri kohderyhmille Suomessa, ja valtakunnallinen ohjaajaverkosto mahdollistaa maantieteellisen kattavuuden. Sertifioitu toimintamalli sitoo toimintaa ja tuottaa kustannuksia sekä vaatii järjestäjää ja ohjausryhmää.</p> |
|--|---|

Taulukko 4. Toimintamallin sovellettavuus käytäntöön

| | |
|--|---|
| Toimintamallin tarve Suomessa | <p>Kansallinen mielenterveysstrategia 2020–2030 nostaa väestön mielenterveysosaamisen lisäämisen keskeiseksi kansalliseksi tavoitteeksi. Mielenterveyden häiriöiden aiheuttama inhimillinen ja taloudellinen kuorma on merkittävä ja kasvanut viime vuosina. Mielenterveyden häiriöiden hoito ja muut palvelut kykenevät vastaamaan tarpeeseen puutteellisesti. Ennaltaehkäisevillä toimilla voidaan osaltaan vähentää palvelujärjestelmän kuormitusta, sen lisäksi että varhaisella puuttumisella edistetään toipumista ja vähennetään inhimillistä kärsimystä.</p> |
| Toimintamallille olemassa olevat rakenteet Suomessa | <p>MIELI ry on toteuttanut ja koordinoitunut Mielenterveyden ensiapu -koulutuksia vuodesta 2008 alkaen. Kansalaisille suunnattujen koulutusten toteuttajaksi on rakennettu valtakunnallinen ohjaajaverkosto. Koulutukset kattavat koko Suomen, joskin edelleen on kehitettävää tiettyjen alueiden tarjonnassa. Verkossa toteutettavilla koulutuksilla on parannettu koulutusten alueellista saavutettavuutta. MIELI ry vastaa ohjaajien aktivoimisesta koulutusten toteutukseen ja heidän osaamisensa ylläpidosta. MHFA International vastaa koulutussisältöjen ja -rakenteen päivittämisestä. MIELI ry tuottaa koulutuksissa tarvittavan oppikirjan ja muun materiaalin.</p> |
| Toimintamallin levinneisyys | <p>Euroopassa: Suomi, Itävalta, Tanska, Englanti, Ranska, Saksa, Irlanti, Luxembourg, Malta, Hollanti, Pohjois-Irlanti, Skotlanti, Ruotsi, Sveitsi, Wales. Euroopan ulkopuolella: Australia, Bagladesh, Kanada, Hong Kong (Kiina ja Macao), Intia, Japani, Malesia, Uusi Seelanti, Saudi Arabia, Yhdistyneet Arabiemiraatit, Yhdysvallat, Israel (valmisteilla).</p> |
| Koulutuksen saatavuus Suomessa | <p>Mielenterveyden ensiapu 2-koulutusta on saatavilla valtakunnallisesti jo nykyisen ohjaajaverkoston kautta. Kunnat ja alueet voivat ottaa toimintamallin käyttöön myös kouluttamalla omasta henkilöstöstään MTEA2 -ohjaajia. Ohjaajakoulutuksen kustannukset määrittyvät koulutettavien ohjaajien määrän ja työntekijöiden palkkakulujen mukaisesti. Ohjaajaksi kouluttautuvien tulee ensin suorittaa kahden työpäivän mittainen peruskoulutus ja sen jälkeen kolmen työpäivän kestoinen ohjaajakoulutus. Ohjaajakoulutuksen sisältö muodostuu MTEA2-koulutuksen sisällöistä, ohjaajan osaamistavoitteiden mukaisista teemoista ja ohjausharjoittelusta. Ohjaajat saavat käyttöönsä Moodle oppimisympäristön, josta löytyvät kaikki koulutuksissa tarvittavat materiaalit. Verkossa toteutettavien koulutusten käyttöönotto poikkeaa joiltakin osin lähikoulutusten käyttöönotosta.</p> |

| | |
|--|--|
| Sovellettavuus eri kohderyhmiin | <p>Mielenterveyden ensiapu -koulutus soveltuu laajasti eri kohderyhmille. Koulutusta ei kuitenkaan suositella akuutissa kriisitilanteessa oleville henkilöille. Koulutus muodostuu moduuleista, joita voidaan painottaa kunkin kohderyhmän tarpeiden mukaisesti. Koulutukset mahdollistavat myös ajankohtaisten teemojen käsittelyn ryhmämuotoisesti. Esimerkiksi samankaltaista työtä tekevien ryhmässä voi olla perusteltua pohtia yhdessä mielenterveyden ensiavun askelia oman työn näkökulmasta.</p> |
| Viestintä ja toimintamallin levittäminen | <p>MIELI ry viestii aktiivisesti ohjaajaverkoston kanssa sekä sähköisten kirjeiden että yhteisten tapahtumien välityksellä. Ohjaajien osaamista ylläpidetään kahdesti vuodessa järjestettävien verkostopäivien avulla. Moodle -oppimisympäristössä päivitetään koulutuksen sisältöjä ja tukimateriaaleja. Ulkoisessa viestinnässä keskeinen kanava on MIELI ry:n verkkosivut, joiden kautta tiedotetaan avoimista koulutuksista ja uutisista. Myös sosiaalisen median kanavia käytetään aktiivisesti Mielenterveyden ensiapu -brändin tunnettavuuden lisäämiseksi ja tiedon levittämiseen.</p> |
| Riskit toimintamallin käytäntöön sovellettavuudessa | <p>Koulutusten toteutuksesta Suomessa on kertynyt kokemusta useilta vuosilta. Mielenterveyden ensiapu -koulutukset ovat levinneet hyvin monenlaisiin toimintaympäristöihin, avoimista kansalaiskoulutuksista organisaatioiden sisäisiin koulutuksiin ja oppilaitoksista sairaanhoitopiireihin. Koulutukset on otettu hyvin vastaan kaikkialla. Potentiaaliset riskit toimintamallin soveltamisessa liittyvät laadun ja resurssien varmistamiseen. Laaturiskiä hallitaan ohjaajien koulutuksen jatkuvan arvioinnin ja kehittämisen prosessilla sekä ohjaajamateriaalien säännöllisellä päivittämisellä. Resurssiriski minimoidaan uusien ohjaajien kouluttamisella erityisesti alueellisesti ja väestöryhmien näkökulmasta katvealueille. Mielenterveyden ensiapu -kokonaisuuden koordinaatio on edellytys toimintamallin jatkuvuudelle. Tämä pyritään turvaamaan monipuolisen rahoituspuhjan ja realistisen ansaintalogiikan avulla.</p> |
| Sovellettavuus kuntiin ja alueille | <p>Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutus lisää kuntien ja alueiden asukkaiden mielenterveysosaamista. Vaikka suorat vaikutukset väestön terveyteen ja hyvinvointiin voivat olla pieniä, on kohtuullisellakin väestötason tietojen, asenteiden ja auttamisvalmiuden muutoksella potentiaalisesti merkittäviä välillisiä vaikutuksia asukkaiden hyvinvointiin. Osalle ensiavun vastaanottajista läheisten tarjoama apu voi olla riittävä estämään mielenterveyden ongelmien vaikeutuminen ja ensiavun askeleet edistävät myös oikea-aikaista hoitoon hakeutumista. Ongelmia kohdanneiden elämänlaadun kannalta väestön asenteiden muuttuminen asianmukaisiksi on merkittävä muutos.</p> |
| Yhteenveto sovellettavuudesta käytäntöön | <p>Toimintamalli on käytössä kansallisesti ja kansainvälisesti, ja käytön laajentamiseen on hyvät edellytykset. Laajentaminen edellyttää erityisesti ohjaajakoulutuksen lisäresursointia. Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutus antaa aikuisväestölle valmiuksia tunnistaa ja tukea mielenterveysongelmia ja kriisejä kohdanneita kanssaihmiään. Koulutus ei korvaa tai vähennä mielenterveyden ongelmien hoidon ja sen kehittämisen tarvetta. MTEA2 -koulutus voi parantaa hoitoon hakeutumista ja mielenterveyspalveluiden käyttöä. Sen lisäksi tarvitaan lisäresursseja mielenterveyspalveluiden saatavuuteen, nopeaan hoitoon pääsyyn, vaikuttavien hoitojen tarjontaan ja hoidon jatkuvuuden turvaamiseen.</p> |

Taulukko 5. Toimintamallin näyttö

| | |
|---|---|
| Tutkimustietoon perustuva näyttö | <p>Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutuksen vaikuttavuudesta on tehty kolme meta-analyysiä ja useita satunnaistettuja kontrolloituja vaikuttavuustutkimuksia. Meta-analyysit osoittavat vaikuttavuuden koulutukseen osallistujien tietoihin, asenteisiin ja auttamisvalmiuteen yhdensuuntaiseksi. Muiden tulosten suhteen näyttö on ristiriitaisempaa tai heikompaa. Suomessa toteutettu toimintamalli on kestoaltaan pidempi kuin useimmissa tutkimuksissa käytetyt koulutukset. Tämän voi olettaa vahvistavan kuin kyseenalaistavat todettua vaikuttavuutta.</p> |
| Asiantuntijatietoon perustuva näyttö | <p>Mental Health First Aid -koulutuksen linjaukset on tuotettu asiantuntija-arvioiden avulla. Koulutuksen viestit perustuvat asiantuntijoiden konsensukseen, joka on rakennettu erikseen eri sisältöalueille ja arvioita on päivitetty säännöllisesti. Koulutuskokonaisuuteen on sisällytetty ohjeistukset, joilla asiantuntijat näkevät olevan vahvimmat vaikutukset kohderyhmään. Asiantuntijoiden näkemyksiä toimintamallin vaikuttavuudesta ei ole raportoitu. Asiantuntijanäkemyistä vastaava palaute on saatu koulutuksen tilaajilta ja ohjaajilta. Palautteen perusteella toimintamallin voi arvioida soveltuvan hyvin Suomeen ja kohderyhmien tarpeeseen.</p> |
| Kokemustietoon perustuva näyttö | <p>Suomessa Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutusta on toteutettu vuodesta 2006 alkaen ja koko tämän ajan osallistujilta on kerätty palautetta. Osallistujien subjektiiviset kokemukset toimintamallin tuloksellisuudesta ovat myönteisiä. Kansainvälisissä laadullisissa tutkimuksissa toimintamallilla on todettu olevan vaikutuksia koulutettujen luottamukseen kyvystään tarjota apua mielenterveyden ongelmia kohdanneille. Laadullisissa tutkimuksissa on kuvattu myös subjektiivista arvioita vuorovaikutustaitojen vahvistumisesta, voimaantumisen ja oman mielenterveyden aiempaa paremmasta huomioimisesta.</p> |
| Yhteenveto näytön asteesta | <p>Kansainvälinen tutkimusnäyttö toimintamallin vaikuttavuudesta on yhdensuuntaista. Suomessa Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutusta on toteutettu vuodesta 2006 alkaen. Asiantuntijoiden mukaan toimintamalli soveltuu hyvin Suomeen ja eri kohderyhmille. Kohderyhmän palautteet vaikutuksista ovat myönteisiä. Toimintamallin kustannus-vaikuttavuutta ei ole vielä tutkittu.</p> |

1.5 Toimintamallin lähteet

Toimintamallin Internet-sivut ja sosiaalinen media

Kansallinen verkkosivu: <https://mieli.fi/materiaalit-ja-koulutukset/koulutukset/mielenterveyden-ensiapu-koulutukset/mielenterveyden-ensiapu-2-koulutus/>

Kansainvälinen verkkosivu: <https://mhfainternational.org/>

Facebook: https://www.facebook.com/mielenterveydenensiapu/?ref=pages_you_manage

Toimintamallia koskeva lainsäädäntö

-

Toimintamallia koskevat poliittiset suositukset ja ohjeistukset

National Council for Mental Wellbeing (2023). *Mental Health First Aid*. Haettu 4.7.2023 osoitteesta <https://www.thenationalcouncil.org/about/mental-health-first-aid/>

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M., & Kosloff, A., (2020). *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030*. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 2020:6. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>

Vertaisarvioidut julkaisut toimintamallista

Burns, S., Crawford, G., Hallett, J., Hunt, K., Chih, H. J., & Tilley, P. J. M. (2017). What's wrong with John? a randomised controlled trial of Mental Health First Aid (MHFA) training with nursing students. *BMC Psychiatry*, 17(1).

Hadlaczky, G., Hökby, S., Mkrtchian, A., Carli, V., & Wasserman, D. (2014). Mental health first aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 467-475.

Jensen, K. B., Morthorst, B. R., Vendsborg, P. B., Hjorthøj, C., & Nordentoft, M. (2016). Effectiveness of Mental Health First Aid training in Denmark: a randomized trial in waitlist design. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(4), 597-606.

Jorm, A. F., Kitchener, B. A., Sawyer, M. G., Scales, H., & Cvetkovski, S. (2010). Mental health first aid training for high school teachers: A cluster randomized trial. *BMC Psychiatry*, 10(1), 51.

Jorm, A. F., Kitchener, B. A., O'Kearney, R., & Dear, K. B. G. (2004). Mental health first aid training of the public in a rural area: A cluster randomized trial [ISRCTN53887541]. *BMC Psychiatry*, 4(1), 33.

Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2004). Mental health first aid training in a workplace setting: A randomized controlled trial [ISRCTN13249129]. *BMC Psychiatry*, 4(1), 23.

Liang, M., Chen, Q., Guo, J., Mei, Z., Wang, J., Zhang, Y., He, L., & Li, Y. (2021). Mental health first aid improves mental health literacy among college students: A meta-analysis. *Journal of American College Health* 71(4), 1196-1205.

Maslowski, A. K., LaCaille, R. A., LaCaille, L. J., Reich, C. M., & Klingner, J. (2019). Effectiveness of Mental Health First Aid: a meta-analysis. *Mental Health Review Journal*, 24(4), 245–261.

Moffitt, J., Bostock, J., & Cave, A. (2014). Promoting well-being and reducing stigma about mental health in the fire service. *Journal of Public Mental Health*, 13(2), 103–113.

Mohatt, N. V., Boeckmann, R., Winkel, N., Mohatt, D. F., & Shore, J. (2017). Military Mental Health First Aid: development and preliminary efficacy of a community training for improving knowledge, attitudes, and helping behaviors. *Military Medicine*, 182(1), e1576-e1583.

Moll, S. E., Patten, S., Stuart, H., MacDermid, J. C., & Kirsh, B. (2018). Beyond Silence: A randomized, parallel-group trial exploring the impact of workplace mental health literacy training with healthcare employees. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(12), 826–833.

Morgan, A. J., Ross, A., & Reavley, N. J. (2018). Systematic review and meta-analysis of mental health first aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS ONE*, 13(5), e0197102.

Morgan, A. J., Fischer, J. A. A., Hart, L. M., Kelly, C. M., Kitchener, B. A., Reavley, N. J., Yap, M. B. H., Cvetkovski, S., & Jorm, A. F. (2019). Does Mental Health First Aid training improve the mental health of aid recipients? The training for parents of teenagers randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1).

Svensson, B., & Hansson, L. (2014). Effectiveness of mental health first aid training in Sweden. A randomized controlled trial with a six-month and two-year follow-up. *PLoS ONE*, 9(6), e100911.

Wong, D. F. K., Lau, Y., Kwok, S., Wong, P., & Tori, C. (2017). Evaluating the Effectiveness of Mental Health First Aid Program for Chinese People in Hong Kong. *Research on Social Work Practice*, 27(1), 59–67.

Julkaisut toimintamallista

Atanda, O., Callaghan, P., Vangeli, E., Reavey, P., Carter, T., Brown, S.D., Durcan, G., O’Shea, N. & White, S. (2020). *Evaluating Mental Health First Aid: an Evidence Synthesis Review of Published Empirical Studies*. Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-124268/v1>

Kerätyt aineistot toimintamallista

-

Opinnäytetyöt toimintamallista

-

Audiovisuaalinen materiaali toimintamallista

-

Koulutusmateriaalit toimintamallista

Koulutus- ja ohjaajamateriaalit ovat saatavilla koulutusten yhteydessä. Verkkomateriaalien käyttö edellyttää käyttöoikeuksia ja kirjautumista MIELI ry:n Moodle-oppimisympäristöön.

2 MTEA2-TOIMINTAMALLIN VERTAISARVIOINTI

Arvio toimintamallin vaikuttavuudesta

| I Toimintamallin vaikuttavuus | Arvio | Pisteet (1-5) |
|-------------------------------|--|--|
| Tavoite | <p>Toimintamallin tavoitteena on vahvistaa kansalaisten mielenterveysosaamista tarjoamalla asianmukaista tietoa psyykkisistä oireista ja niiden hoidosta, vähentää mielenterveyden ongelmiin liittyvää stigmaa ja antaa valmiuksia kohdata ja ottaa puheeksi mielenterveyden ongelmia. Mielenterveyden ensiapu tarkoittaa avun tarjoamista henkilölle, jolla on kehittyvä tai vaikeutuva mielenterveysongelma tai joka on mielenterveyskriisissä. Tarkoituksena on, että ensiapua annetaan, kunnes sopivaa ammatillista apua on tarjolla tai kriisi on ratkennut. Toimintamallin tavoite osallistujien mielenterveysosaamisen vahvistamisessa on kuvattu monipuolisesti, selkeästi ja uskottavasti sekä mahdollisesti saavuttaa tietyn määrän henkilöitä, jota asia koskettaa. Malli perustuu ajatukseen siitä, että kuten muukin ensiapu, myös mielenterveyden ensiapu voidaan ymmärtää kansalaistaidoksi. Puheeksi ottaminen on aina hyvä ja tärkeä asia. On kuitenkin huomioitava, että toimintamalli palvelee tarkoitustaan vain, mikäli saatavilla on myös asianmukaista ammatillista apua.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |
| Tausta | <p>Australiassa kehitettyä, vuonna 2000 julkaistua toimintamallia on hyödynnetty yli 20 maassa ja Suomessa se on otettu käyttöön vuonna 2006. Toimintamallin sisällöt ja linjaukset perustuvat kuvauksen perusteella suunnitellun käyttäytymisen teoriaan sekä konsensukseen mielenterveyden asiantuntijoiden, palveluiden käyttäjien ja potilas- ja kansalaisjärjestöjen edustajien kesken. Teoria suunnitellusta käyttäytymisestä taustoittaa toimintamallin keskeistä premissiä siitä, että lisäämällä henkilön luottamusta tämän omaan kykyihin kohdata ja auttaa mielenterveyden ongelmasta kärsivää, myös todennäköisyys auttamiselle lisääntyy. Kaiken kaikkiaan toimintamallin tausta ja historia on kuvattu kattavasti ja uskottavasti. Mallin tarve on liitetty kansalliseen mielenterveysstrategiaan 2020–2030 ja yhteiskunnan nykytilanteeseen. Erityisesti mielenterveyden asiantuntijoiden ja</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |

| | | |
|--------------|--|--|
| | <p>palveluiden käyttäjien ja potilas- ja kansalaisjärjestöjen edustajien näkökulmien yhdistäminen mallin kehittämisessä lisää sen uskottavuutta.</p> <p>Kuvauksesta ei ilmene, miten malli poikkeaa muista kansalaisille suunnatuista mielenterveyskoulutuksista, mikäli sellaisia on olemassa Suomessa tai kansainvälisesti, tai millaista lisäarvoa se tuo suhteessa vaihtoehtoihin toimintamalleihin.</p> | |
| <p>Tarve</p> | <p>Toimintamallin tarpeen määrittely on perusteltu hyvin erityisesti sen ensisijaisen kohderyhmän ja yhteiskunnan näkökulmista. Mielenterveyden häiriöt ovat Suomessa kiistatta merkittäviä ja itsemurhakuolleisuus on verraten korkea. Yhteiskunnan näkökulmasta toimintamallin tarvetta perustellaan tarpeella lisätä väestön mielenterveysosaamista, vähentää yhteisöjen ennakkoluuloja ja kansalaisten syrjimistä sekä edistää osallisuutta. Tämä määrittely on linjassa toimintamallin tavoitteiden ja toteutuksen kanssa, mutta vaikutuksia yhteiskunnan tasolla voi olla haastavaa osoittaa.</p> <p>Ensisijaisen kohderyhmän, koulutukseen osallistuvien, kannalta toimintamallin tarvetta perustellaan tarpeella asianmukaisen tiedon saamiseen ja valmiuksien lisääntymiseen kohdata mielenterveyden ongelmia kohdanneita kanssaihmisiiä. Tämä määrittely vastaa erinomaisesti toimintamallin tavoitetta ja toteutusta, ja on linjassa tutkimusnäytön kanssa. Ensiavun vastaanottajan osalta tarvetta perustellaan sillä, että toimintamalli helpottaa avun saamista ja vähentää syrjimistä ja kielteistä leimautumista. On kuitenkin huomioitava, että näyttöä toimintamallin vaikutuksista avun tai hoidon hakemiseen ei ole, eikä malli takaa avun piiriin pääsyä.</p> <p>Toimintamallia kuvataan jo jokseenkin vakiintuneeksi Suomessa ja sen levittämisen ajatellaan tuottavan lisäarvoa laajemmin väestöön ja erityisesti kohderyhmille, jotka kohtaavat työssään tai muissa ympäristöissään mielenterveyden ongelmia kohdanneita. Selvityksessä todetaan, että vastaavaa koulutusmallia ei ole tarjolla. Yhden arvioitsijan mukaan mahdollisesti vaikuttavampia toimintamalleja on olemassa, joten toimintamallia kannattaa tarkastella vastaisuudessa myös rinnakkaisiin toimintamalleihin.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |

| | | |
|--------------------------------|---|--|
| | <p>Toimintamalli perustuu tiedon ja valmiuksien lisäämiseen koulutuksen avulla, ja siihen liittyvä tarve on perusteltu ja ajankohtainen. Mielenterveysongelmat ovat keskeinen haaste monella tasolla, ja tiedon tai mielenterveysosaamisen lisääminen on yksi tärkeä keino haasteisiin vastaamisessa. Mallittaminen tuottaa tietynlaista struktuuria ja helpotusta toimia ja jakaa asiaa eteenpäin. On kuitenkin hyvä huomioida, että (lisensoitu) mallittaminen myös sitoo toimintaa tiettyyn raamiin, joka mahdollisesti ei kaikille ole hyödyksi tai soveltu tiettyyn tilanteeseen. Tietyn mallin tutuksi tekeminen ja suosittaminen antaa mallille näkyvyyttä ja mahdollistaa mallin levittämistä, mutta tuoko se mallina lisäarvoa suhteessa nykyiseen tilanteeseen, on vaikeata arvioida.</p> | |
| <p>Tarve HYTE-näkökulmasta</p> | <p>Toimintamallin tarvetta määritellään erityisesti hyvinvoinnin- ja terveyden edistämisen näkökulmasta, mutta myös muut HYTE-näkökulmat huomioiden. Toimintamalli pyrkii vaikuttamaan yhteisöjen asenteisiin. Siten sen avulla voidaan tukea mielenterveysongelmia kohdanneiden osallisuutta. Välillisesti sen katsotaan voivan edistää myös oikeudenmukaisuutta ja yhdenvertaisuutta sekä avun vastaanottajien syrjäytymistä ja yksinäisyyttä erityisesti laitososuhteissa ja hyvinvoinnin näkökulmasta epäedullisessa tilanteessa ollevien yhteisöjen kohdalla. Lisäksi koulutuksen todetaan antavan valmiuksia kohdata myös itsemurhavaarassa olevia ja aggressiivisesti käyttäytyviä ihmisiä, mikä voi edistää yhteiskunnan turvallisuutta. Toimintamallin todetaan täydentävän HYTE-alueiden työntekijöiden muuta koulutusta ja koulutusten on arvioitu vahvistaneen ammattilaisten mielenterveyden ongelmien puheeksiottamisen osaamista. Toimintamalli edistää selkeästi mielenterveysosaamista, jolle on selkeä tarve. Toimintamallin heikkoudet ja vahvuudet suhteessa HYTE-näkökulmiin on tunnistettu.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Vaiheiden ja menetelmien johdonmukaisuus</p> | <p>Toimintamallin toteutuksen vaiheet on jäsennetty ja perusteltu melko selkeästi, ja menetelmät ovat linjassa tavoitteen kanssa - kansalaisten mielenterveysosaamista pyritään vahvistamaan tarjoamalla koulutusta, joka sisältää asianmukaista tietoa psyykkisistä oireista ja niiden hoidosta. On kuitenkin huomioitava, että tämän kaltaisten sertifioitujen mallien juurruttaminen aiheuttaa myös kustannuksia, joka voi vaikuttaa mallien levittämiseen. Yleisiin kansalaistaitoihin verrattavan mallin käyttöön ottaminen ei saisi olla riippuvainen kustannuksista, joita se tilaajalle aiheuttaa.</p> <p>Toimintamallin suunnitteluvaiheeseen tarjotaan kuvauksessa kolme vaihtoehtoa: ulkopuolinen taho tilaa koulutuksen MIELI ry:ltä tai ohjaajalta, ohjaaja suunnittelee koulutuksen yhdessä kolmannen tahon kanssa tai ohjaaja suunnittelee koulutuksen itsenäisesti.</p> <p>Toteutusvaihe sisältää toimintamallin lisensoimisen, peruskoulutusten järjestämisen, ohjaajien kouluttamisen, ohjaaja- ja koulutusrekisterin ylläpidon, ohjaajille tarjottavan tuen, koulutusten markkinoinnin ja viestinnän sekä kehittämistyön. Toteutusvaiheen kuvauksessa olisi tarpeen selkeyttää eri toimijoiden roolia.</p> <p>Toteutusvaiheen keskeinen osa on peruskoulutus, joka koostuu 14 oppitunnista ja jossa käytetään yhdenmukaista oppimateriaalia. Peruskoulutuksen suorittaneet voivat osallistua kolmipäiväiseen ohjaajakoulutukseen, johon sisältyy ohjausnäyte ja siitä saatava palautetta. Ohjaajapätevyys edellyttää lisäksi pilottikoulutuksen toteuttamista ja säännöllistä koulutusten toteutusta.</p> <p>Toimintamalli on vakiintunut MIELI ry:n toimintaa ja se on ollut mukana STM:n terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen kärkihankkeessa (v. 2016-2018), jossa levitettiin ja juurrutettiin hyviä käytäntöjä valtakunnallisesti. Ohjaajaverkoston koon nähdään tukevan toiminnan jatkuvuutta. Verkosto kattaa kaikki hyvinvointialueet. Haasteellisena juurruttamisen kannalta nähdään alueellinen tasavertaisuus.</p> <p>Voi siis sanoa, että toimintamallin juurruttamisen vahvuudet ja heikkoudet on tunnistettu ja kuvattu selkeästi.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |
|---|--|--|

| | | |
|---|---|--|
| <p>Vaikuttavuuden mittaaminen ja seuranta</p> | <p>Toimintamallin arviointi ja seuranta on järjestelmällistä ja se perustuu koulutusten osallistujamääriin ja osallistujilta kerättävään palautteeseen. Palautteen kerääminen kohdistuu osaamistavoitteiden saavuttamiseen sekä hyödyllisyyteen ja sovellettavuuteen. Lisäksi arvioidaan koulutuksen tuloksellisuutta erillisillä mittareilla (vaikutukset hyvinvointiin, asenteisiin ja mielenterveysosaamiseen). Kuvauksessa ei kuitenkaan ilmene, millaisella aikajänteellä osallistujapalautetta kerätään.</p> <p>Ohjaajien valmiutta toteuttaa koulutuksia arvioidaan ohjausnäyttöjen perusteella. Seuranta ja arviointia toteutetaan myös ohjaajien ja MIELI ry:n toimintamallista vastaavan tiimin itsearvioinnin avulla. MHFA International arvioi säännöllisesti koulutuksen linjauksia suhteessa uusimpaan asiantuntijatietoon yhteistyössä Melbournen yliopiston kanssa.</p> <p>Seurannassa käytetään sekä määrällisiä että laadullisia kriteerejä. Jää epäselväksi, mitä muita mittareita käytetään tavoitteiden ja vaikuttavuuden seurannan ja arvioinnin lisäksi. Kuvauksesta ei ilmene, että toimintamallin kehittämiseen ja arviointiin Suomessa osallistuisi ulkopuolisia arvioijia.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |
| <p>Kohderyhmän tarkoituksenmukaisuus</p> | <p>Toimintamallin ensisijainen kohderyhmä on kuvauksen mukaan aikuisväestö, jonka mielenterveysosaamista pyritään vahvistamaan. Kohderyhmä voidaan edelleen jaoitella 1) työssään ja harrastuksissaan ihmisiä kohtaaviin ja 2) tavallisiin kansalaisiin, jotka haluavat kehittää mielenterveysosaamistaan toisten auttamiseksi sekä 3) kansalaisiin, jotka kehittävät mielenterveysosaamistaan oman mielenterveytensä arvioimiseksi ja avun varmistamiseksi. Miten kohderyhmä voi vaikuttaa toimintamalliin tai sen juurruttamiseen ei esitellä. Sertifioidun luvan saajalla on aina lopullinen päätösvalta.</p> <p>Kohderyhmä osallistuu koulutuksiin ja heistä osa koulutetaan edelleen ohjaajiksi. Siten kohderyhmän voi ajatella tukevan toimintamallin käyttöönottoa, toteuttamista ja juurruttamista. Arviointiin kohderyhmä osallistuu antamalla koulutuspalautetta. Kuvauksen mukaan ohjaajat (ohjaajakoulutuksen suorittaneet) osallistuvat toimintaan kaikissa toimintamallin toteutuksen vaiheissa, mutta osallistumisen tapoja ei kuvata tarkasti.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | Vaikka toimintamalli on suosittu, eivät sen vaikutukset ole yksiselitteisiä ja lisänäyttöä tarvitaan erityisesti mahdollisista vaikutuksista avun vastaanottajiin. | |
| Asiantuntijoiden ja sidosryhmien tarkoituksenmukaisuus | Toimintamallin kuvauksessa todetaan, että suomalaisilla sidosryhmillä on keskeinen rooli toimintamallin käyttöönotossa ja juurruttamisessa. Myös kansainvälisten asiantuntijoiden ja sidosryhmien rooli on keskeinen toimintamallin arvioinnissa. Keskeisiksi sidosryhmiksi Suomessa on nimetty alueelliset sidosryhmät, jotka muodostuvat hyvinvointialueilla kootuista työryhmistä, sekä ohjaajaverkosto ja kriisikeskusverkosto. Lisäksi kuvauksessa nimetään toimintamallin asiantuntijoita Suomessa ja kansainvälisesti sekä hankkeita, joiden kanssa on tehty yhteistyötä toimintamallin levittämiseksi. Asiantuntijoiden asiantuntemus, roolit sekä tärkeimpien sidosryhmien suhde toimintamalliin on kuvattu. Sidosryhminä on mainittu ohjaajaverkosto, kriisikeskukset ja alueelliset sidosryhmät. Sidosryhmien edustajille järjestetään koulutuksia ja koulutetut ohjaajat jatkavat koulutusten toteuttamista omissa organisaatioissaan. Kansainvälisesti toimintamallin linjauksia arvioivat tutkijat, ammattilaiset ja kokemusasiantuntijat. Näin ollen sidosryhmät on valittu toimintamallin eli koulutuksen toteuttamista tukeviksi. | <input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko |
| Lyhyen aikavälin vaikuttavuus | Toimintamallin vaikutuksia on arvioitu kansainvälisesti lyhyellä aikavälillä (alle vuoden seuranta-ajalla) satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa ja tuloksia on vedetty yhteen systemaattisissa katsauksissa/meta-analyyseissa. Nämä tutkimukset osoittavat yhdenmukaisesti, että toimintamallin avulla voidaan lisätä keskeisen kohderyhmän, koulutukseen osallistuvien, mielenterveysosaamista. Lisäksi on yhdenmukaista näyttöä siitä, että koulutus lisää halukkuutta ja luottamusta avun tarjoamiseen. Vähäisempää näyttöä on koulutuksen vaikutuksesta koulutukseen osallistuneiden auttamiskäyttäytymiseen, ja näyttöä ei ole lainkaan vaikutuksista koulutukseen osallistuneiden tai apua saavien hyvinvointiin tai terveyteen. Toimintamallin vaikutuksista avun vastaanottajiin tai sen kustannusvaikuttavuudesta ei ole tutkimustietoa. Esim. Atanda ym. (2020) | <input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko |

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| | <p>toteavatkin meta-analyysissaan, että vaikka toimintamalli on suosittu, eivät sen vaikutukset ole yksiselitteisiä ja lisänäyttöä tarvitaan erityisesti mahdollisista vaikutuksista avun vastaanottajiin. Vaikuttavuustutkimusten tulokset ovat yksiselitteisiä. Koulutus on vaikuttanut osallistujien tietoon, asenteisiin, avun tarjoamiseen ja auttamiskäyttäytymiseen. Vaikutuksia ei ole voitu osoittaa ensiavun tarjoajien eikä vastaanottajien hyvinvointiin eikä terveyteen. Pitkän aikavälin (yli vuoden) arviointia tulisi kehittää. Mallin vaikuttavuuden mittaaminen valtakunnallisesti voi olla hankalaa. Selvityksessä todetaan, että tutkimusta tarvitaan toimintamallin vaikuttavuudesta mielenterveyden ensiavun vastaanottajiin ja suhteessa muihin aktiivisiin interventioihin.</p> | |
| Pitkän aikavälin vaikuttavuus | <p>Toimintamallin pitkän aikavälin vaikuttavuudesta tai kustannusvaikuttavuudesta ei ole tutkimusnäyttöä. Toimintamallilla tavoitellaan väestötason muutosta mielenterveysosaamisessa, minkä oletetaan tuottavan positiivisia vaikutuksia väestön hyvinvointiin ja terveyteen. Kansalaisten laajamittainen osallistuminen koulutuksiin voi tuottaa väestötasolla merkittäviä muutoksia. Näitä muutoksia on kuitenkin vaikeaa luotettavasti tai edes mahdollisesti osoittaa, eikä selvityksessä ehdoteta keinoja arvioida toimintamallin pitkän aikavälin vaikuttavuutta.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input checked="" type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |
| Kustannusvaikuttavuus | <p>Toimintamallin kustannusvaikuttavuudesta ei ole tehty laskelmia eikä taloudellisia vaikutuksia ole osoitettu. Selvityksessä todetaan, että voidaan olettaa, että toimintamalli voi edistää joidenkin henkilöiden kohdalla hoitoon pääsyä ja sitä kautta ehkäistä ongelmien vaikeutumista ja nopeuttaa toipumista mielenterveyden häiriöstä tai kriisistä. Selvityksen mukaan on mahdollista, että toimintamalli lisää perusterveydenhuollon kustannuksia, ja vähentää esimerkiksi sosiaalityön tai työnantajien kustannuksia.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input checked="" type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |
| Etiikka | <p>Toimintamallin tuottaja on ottanut eettiset asiat hyvin huomioon ja sen kuvauksessa käsitellään useita eettisiä kysymyksiä ja huomioidaan sekä koulutukseen osallistujan, ensiavun vastaanottajan että yhteiskunnan näkökulma. Kuvauksessa nostetaan esiin mm. koulutukseen</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |

| | | |
|------------------------|--|--|
| | <p>osallistujien tietoturvaan, koulutuksiin osallistumisen vapaaehtoisuuteen ja koulutuksen rajojen tunnistamiseen liittyviä seikkoja. Lisäksi pohditaan toimintamallin markkinointiin ja yksilökeskeisyyteen liittyviä eettisiä tekijöitä. Selvityksessä todetaankin, että koulutuksen lisenssiin sisältyy eettisiä periaatteita, joiden noudattamista valvotaan.</p> <p>Ohjaajat saavat tukea säännöllisesti toteutettavien verkostopäivien ja työntekijöiden kautta. Markkinoinnin eettisyyttä ja toimintamallin laajempia riskejä on käsitelty.</p> | |
| Johtaminen ja hallinto | <p>Toimintamallin hallinnointi on kuvattu selkeästi ja tarkasti. Koulutusta hallinnoi ja sen lisensoija myöntää australialainen Mental Health First Aid International. Suomessa toimintamallia hallinnoi MIELI ry. MIELI ry:ssä roolit ja vastuut on kuvattu selkeästi: toimintamallin suunnittelusta, organisoinnista ja koordinoinnista vastaa Aikuisten mielenterveystyön yksikön päällikkö, taloudesta ja tuotemerkistä hallintojohtaja ja koulutusten käytännön järjestelyistä koulutuskoordinaattori. Muilta osin selvityksestä ei ilmene, että toimintamallin johtaminen ja hallinto yhdistäisivät eri toimijoita.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |
| Viestintä | <p>Toimintamallin ulkoinen ja sisäinen viestintä tukevat selvityksen perustella jossain määrin sen leviämistä.</p> <p>Ulkoisen viestinnän keskeiset kanavat ovat MIELI ry:n verkkosivut ja sosiaalisen median kanavat, joiden kautta viestitään alkavista koulutuksista ja muista ajankohtaisista asioista. Lisäksi toimintamallin asiantuntijat antavat haastatteluja eri medioihin. MHFA International vastaa tutkimusviestinnästä ja globaalisti relevanttien asioiden viestinnästä.</p> <p>Toimintamallin leviämistä organisaation ulkopuolelle edistävät erityisesti koulutetut ohjaajat.</p> <p>Sisäisessä viestinnässä hyödynnetään säännöllisiä ohjaajakirjeitä ja Moodle-oppimisympäristöä. Ohjaajille järjestetään kahdesti vuodessa valtakunnalliset verkostopäivät ja vuosittain aluetapaamisia.</p> <p>Selvityksessä todetaan, että toimintamallin leviäminen on tapahtunut pitkään spontaanisti ohjaajien oman aktiivisuuden kautta. STM:n kärkihanke tuki toimintamallin alueellista levittämistä ja juurruttamista, mutta ilmeisesti</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>alueelliseen kattavuuteen ei ole päästy. Tiedot alueellisesta kattavuudesta ovat kuitenkin puutteelliset, eikä selvitys ota suoraan kantaa siihen, millä keinoilla kattavuutta voitaisiin lisätä, joskin riskien yhteydessä viitataan kumppanuuksien vahvistamiseen.</p> | |
| Riskit | <p>Riskien arvioinnissa keskitytään koulutuksen sisältöön ja kattavuuteen. Myös riskien ehkäisemistä on pohdittu.</p> <p>Toimintamallin kuvauksessa tunnistetaan seuraavat riskit, joiden hallinnan ratkaisuja on pohdittu asianmukaisesti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Toimintamallin laadun säilyttämiseen liittyvät riskit heterogeenisessä ohjaajaverkostossa. 2) Toimintamallin leviäminen ja juurtuminen alueellisesti epätasavertaisesti. 3) Kumppanuuksien heikentyminen tai puute paikallisten kansalaisopistojen tai muiden sivistys- tai HYTE-toimijoiden kanssa. 4) Riittämättömät korvaukset ohjaajina toimivien yrittäjien toimeentulon takaamiseksi. <p>Riskiksi voidaan ajatella myös, että sertifioidut mallit, jotka vaativat paljon seurantaa ja organisoitua työtä, tuottavat kustannuksia sekä tuottajille kuin malliin osallistuville että ”ostajille”.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen</p> <p><input type="checkbox"/> 4 kiitettävä</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä</p> <p><input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä</p> <p><input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |
| Resurssit, budjetti, rahoittajat ja sidonnaisuudet | <p>Tuottaja on ottanut nämä asiat huomioon ja todennut että vielä toistaiseksi on vaikeata arvioida tulevat kustannukset.</p> <p>Toimintamallin eli koulutusten toteuttamiseen varatut resurssit ja kustannukset ovat realistisia ja ne on ilmoitettu selkeästi. Osallistujille jääviä kustannuksia ei voi arvioida tarkasti, koska esimerkiksi tilavuokrat ja matkakustannukset vaihtelevat.</p> <p>Toimintamallin henkilöstöresurssit, budjetti ja kulut on kuvattu MIELI ry:n tilaajaorganisaation ja koulutukseen osallistujan näkökulmista. Laskelma toimintamallin toteuttamisen kuluista perustuu mallin nykyiseen laajuuteen.</p> <p>Selvityksen mukaan toimintamalli toimii omakustannus-periaatteella. Toimintamallin toimeenpanon vuosikustannus nykyisessä laajuudessaan on MIELI ry:lle 118 000 euroa (sisältää henkilöstökulut 1½ htv, toimintakulut). Kustannukset katetaan STEA:n (Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus) avustuksella (1 htv) sekä osallistujamaksuilla. Lisäksi MIELI ry käyttää vähäisen määrän lahjoitusvaroja ja muuta omarahoitusta koulutusten järjestämiseen</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä</p> <p><input type="checkbox"/> 3 hyvä</p> <p><input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä</p> <p><input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |

| | | |
|--------------------------|---|--|
| | <p>kohderyhmille, joilla ei ole edellytyksiä osallistua itse kustannuksiin.</p> <p>MHFA International perii lisenssimaksuja, joilla rahoitetaan tutkimusta, kehittämistä ja kansainvälistä yhteistyötä.</p> <p>Peruskoulutuksen lisenssi- ja oppimateriaalimaksu (40 euroa, alv 0%) ja mahdollinen ohjauspalkkio (enintään 70 euroa + mahdollinen alv. 24%) peritään osallistujalta tai koulutuksen tilaajalta.</p> <p>Ohjaajakoulutukset ovat osallistujille maksuttomia ja niiden kuluista vastaa MIELI ry. Muista kuluista (tilat, matkat jne.) vastaavat koulutuksen tilaaja ja/tai osallistuja.</p> <p>Esimerkkilaskelma kuvaa 15 työntekijän kouluttamista MTEA2-ohjaajaksi, jotka edelleen järjestävät organisaation sisällä koulutuksia 225 osallistujalle. Tämä maksaa organisaatiolle yhteensä 10 650 eli 710 euroa/ohjaajakoulutuksen käynyt työntekijä + heidän palkkakulunsa, ja tulevina vuosina 9000 euroa/vuosi + koulutuksen suunniteluun ja toteutukseen käytettävä työaika ja sen kustannukset mikäli jokainen ohjaaja järjestää vuosittain yhden koulutuksen.</p> <p>Laskelmassa ei ole huomioitu koulutukseen osallistujien palkkakuluja tai muita kuluja.</p> <p>Toimintamallin muita mahdollisia rahoittajia tai elinkeinotoimijoita tai näiden roolia toimintamallin kehittämisessä ei ole kuvattu.</p> | |
| <p>Jatkokehittäminen</p> | <p>Toimintamallin vahvuudet ja heikkoudet on tunnistettu ja niitä on eritelty hyvin toimintamallin kehittämiseksi.</p> <p>Toimintamallin keskeisinä vahvuuksina nähdään</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kulutuksen sisältöjä taustoittava tiedollinen ja teoreettinen ymmärrys sekä määritelty ja rajattu tavoite. -Menetelmän soveltuvuus erilaisille kohderyhmille -Kansainvälinen tutkimusnäyttö toimintamallin vaikutuksista koulutukseen osallistujiin. -Kokemus menetelmän toimivuudesta Suomessa positiivisten koulutuspalautteiden ja menetelmään kohdistuva kysynnän perusteella. -Valtakunnallinen ohjaajaverkosto, joka mahdollistaa menetelmän maantieteellisen kattavuuden. -Vakaa kotipesä, jossa on asiantuntemus ja osaaminen ylläpitää menetelmää ja ohjaajaverkosta. <p>Kehittämisen kohteina nähdään</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä</p> <p><input type="checkbox"/> 3 hyvä</p> <p><input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä</p> <p><input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |

| | | |
|---|--|--|
| | <p>-Näyttö menetelmän vaikuttavuudesta koulutuksen käyneiden rohkeuteen ottaa mielenterveyden heikkeneminen puheeksi.</p> <p>-Ensiavun vastaanottaiin liittyvä näyttö</p> <p>-Näyttö kohderyhmistä, joille toimintamalli on erityisen toimiva</p> <p>-Kustannusvaikuttavuuden selvittäminen arviointitutkimuksin.</p> <p>-Sen selvittäminen, millaista jatkotukea työyhteisöt tarvitsevat koulutuksen lisäksi.</p> <p>-Ohjaajaverkoston toteuttamien koulutusten laadun seuranta.</p> <p>-Keinot koulutuspalautteiden vastausprosentin nostamiseen</p> <p>-Koulutuksen sähköisen toiminnanohjausjärjestelmän toimivuuden kehittäminen</p> <p>Toimintamallin jatkokehittämistä rajoittaa se, että malli on lisensoitu tuote.</p> | |
| <p>Johdonmukaisuus</p> | <p>Toimintamallin tavoitteena on vahvistaa kansalaisten mielenterveysosaamista tarjoamalla asianmukaista tietoa psyykkisistä oireista ja niiden hoidosta, vähentää mielenterveyden ongelmiin liittyvää stigmaa ja antaa valmiuksia kohdata ja ottaa puheeksi mielenterveyden ongelmia.</p> <p>Toimintamallin tarve on perusteltu ja ainakin lyhyellä aikavälillä toimintamalli on kansainvälisissä tutkimuksissa osoitettu vaikuttavaksi keinoksi lisätä mielenterveysosaamista. Se on ollut käytössä Suomessa jo useiden vuosien ajan ja toiminta on vakiintunutta.</p> <p>Toimintamallin vaiheet ovat linjassa toistensa kanssa, mutta vaikuttavuuden arvioinnissa on selvityksen mukaan puutteita. Koulutuksen vaikutuksia avun kohteisiin ei ole tutkittu, eikä selvityksessä esitetä suunnitelmia tämän näkökulman huomioimiseen.</p> <p>Toimintamallin kustannusvaikutuksia ei ole arvioitu.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen</p> <p><input type="checkbox"/> 4 kiitettävä</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä</p> <p><input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä</p> <p><input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |
| <p>Kokonaisarvio osa-alueen I vahvuuksista ja heikkouksista</p> | <p>Toimintamallin vahvuuksia ja heikkouksia on tunnistettu ja niitä on eritelty kiitettävästi toimintamallin kehittämiseksi.</p> <p>Toimintamalli on otettu Suomessa käyttöön vuonna 2006 ja se on levinnyt valtakunnallisesti.</p> <p>Toimintamalli vastaa osaltaan mielenterveysongelmiin liittyviin haasteisiin.</p> <p>Toimintamallista toteuttamisesta saatu hyöty on osoitettu tieteellisin tutkimuksin. Malli on levinnyt</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä</p> <p><input type="checkbox"/> 3 hyvä</p> <p><input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä</p> <p><input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | laajasti sekä Suomessa että kansainvälisesti. Mallin lisensointi vaikeuttaa sen muokkaamista ja kehittämistä ja näin kaventaa mahdollisuuksia luoda uutta ja innovatiivista toimintaa. | |
|--|--|--|

Arvio toimintamallin näyttöön perustuvasta tiedosta

| II Näyttöön perustuva tieto toimintamallista | Arvio | Pisteet (1-5) |
|--|---|--|
| <p>Näyttöön perustuvan tiedon laatu ja määrä:</p> <p>a) Suomessa</p> | <p>Selvityksen mukaan Suomessa toimintamallista on olemassa ainoastaan kokemustietoa, jota on kerätty palautekyselyin ja työpajamenetelmin. Toimintamallin vaikuttavuudesta tai kustannusvaikuttavuudesta ei löydy tieteellistä kansallista tutkimustietoa, mutta osallistujille on laadittu kyselyjä. Näin ollen osallistujien kokemustietoon perustuva näyttö on suhteellisen vahvaa. Kokemustietoa voisi kerätä nykyistä kattavammin.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input checked="" type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |
| <p>b) Euroopassa</p> | <p>Toimintamallin vaikuttavuudesta on kerätty tutkimusnäyttöä muissa pohjoismaissa (Ruotsi, Tanska) ja malli on otettu käyttöön yli kymmenessä Euroopan maassa. Toimintamalli on ollut käytössä Euroopassa vuodesta 2003 alkaen ja se on käytössä laajasti eri maissa. Pitkän aikavälin vaikuttavuutta ei ole tutkittu. Vaikuttavuutta Mielenterveyden ensiavun vastaanottajiin on tutkittu vain vähän eikä vaikuttavuutta ole osoitettu tieteellisesti. Tutkimustieto ei anna vastausta ja miksi tämä malli mahdollisesti olisi parempi, kuin muut olemassa olevat toimintamallit. Toimintamallin vaikuttavuudesta on tehty kolme meta-analyysiä ja useita satunnaistettuja kontrolloituja vaikuttavuustutkimuksia sekä Euroopassa että sen ulkopuolella. Tutkimuskirjallisuutta on listattu kattavasti.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko <input type="checkbox"/> ei koske ko. toimintamallia</p> |
| <p>c) Euroopan ulkopuolella</p> | <p>Mental Health First Aid -koulutus perustuu asiantuntijakonsensukseen, ml. kokemusasiantuntijat. Selvityksestä ei suoraan ilmene, millaista muuta kokemus- tai asiantuntijatietoa Euroopan ulkopuolella on saatavilla. Tutkimusnäyttöä on runsaasti ja sitä on koottu yhteen systemaattisissa katsauksissa ja meta-analyyseissa.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko <input type="checkbox"/> ei koske ko. toimintamallia</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Kokemustietoon perustuva näyttö</p> | <p>Selvityksen perusteella Suomessa kokemustietoa on tuotettu jokseenkin yksipuolisin menetelmin. Kokemustietoon perustuvaa näyttöä edustavat työpajoissa kerätty kokemustieto ja koulutuspalautteet. Palautteen perusteella osallistujien kokemukset toimintamallin tuloksellisuudesta ovat olleet yhdenmukaisen myönteisiä. Mitä vaikutukset ovat olleet, ei suoranaisesti ilmene. Selvityksen mukaan palautteiden tulkinnassa on otettava huomioon matalahko vastausprosentti. Kansainvälisissä laadullisissa tutkimuksissa toimintamallilla todetaan olevan vaikutuksia vuorovaikutustaitojen vahvistumiseen, voimaantumiseen ja oman mielenterveyden parempaan huomioimiseen.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |
| <p>Asiantuntijatietoon perustuva näyttö</p> | <p>Toimintamallin linjaukset on tuotettu asiantuntija-arvioiden perusteella, mutta asiantuntijoiden näkemyksiä toimintamallin vaikuttavuudesta tai kustannusvaikuttavuudesta ei ole raportoitu. Tosin asiantuntijanäkemyksiä vastaava palaute voidaan rinnastaa kokemustietoon perustuvaan näyttöön. Asiantuntijoiden näkemyksiä toimintamallin vaikuttavuudesta ei ole selvityksen mukaan raportoitu. Selvityksestä ei myöskään käy ilmi, onko asiantuntijatietoa tuotettu muilla tavoilla.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input checked="" type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |
| <p>Tutkimustietoon perustuva näyttö</p> | <p>Vaikuttavuutta on pystytty osoittamaan. Tutkimustiedon perusteella toimintamallin vaikuttavuutta voidaan pitää kiitettävänä ja yhdenmukaisena, kun kyseessä ovat vaikutukset koulutukseen osallistujien tietoihin lyhyellä aikavälillä. Toimintamallista ja sen vaikuttavuudesta on tuotettu luotettavaa tutkimustietoa erilaisilla tieteellisillä menetelmillä. Näyttö toimintamallin vaikuttavuudesta on tilastollisesti erittäin merkitsevä, mutta efektikoot vaihtelevat matalasta kohtalaiseen. Meta-analyysit ovat osoittaneet vaikuttavuuden koulutukseen osallistujien tietoihin, asenteisiin ja auttamisvalmiuteen yhdensuuntaiseksi. Muiden tulosten suhteen näyttö on ristiriitaisempaa tai heikompaa. Näyttö kustannusvaikuttavuudesta ja vaikutuksesta mielenterveyden ensiavun kohteisiin puuttuu.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Tulosten sovellettavuus Suomeen</p> | <p>Toimintamallia on tukittu tieteellisesti Euroopassa ja sen ulkopuolella. Suomessa mallista on laadittu palautekyselyjä, joiden tulokset viittaavat mallin toimivuuteen. Mutta on huomioitava, että toistaiseksi näyttö on vain kokemustietoon perustuvaa Kansainvälistä tutkimustietoa voi erittäin todennäköisesti soveltaa Suomen olosuhteisiin.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |
| <p>Muu tutkimustieto</p> | <p>Selvityksessä ei tuoda esiin tutkimustietoa rinnakkaisista toimintamalleista tai vastaavista teemoista.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input checked="" type="checkbox"/> 1 heikko</p> |
| <p>Kokonaisarvio osa-alueen II vahvuuksista ja heikkouksista</p> | <p>Toimintamallia on tutkittu runsaasti kansainvälisesti ja aikaisempi tutkimus osoittaa yhdemukaisesti että toimintamalli on vaikuttava ainakin lyhyellä aikavälillä osallistujien mielenterveysosaamisen lisäämiseen. Tutkimustietoa ei kuitenkaan ole vaikutuksista mielenterveyden ensiavun kohteisiin. Myöskään toimintamallin kustannusvaikutuksia ei ole arvioitu.</p> <p>Mental Health First Aid -koulutus perustuu asiantuntijakonsensukseen ja sen tuottamiseen ovat osallistuneet myös kokemusasiantuntijat. Selvityksen kuvauksen mukaan kokemus- ja asiantuntijätietoa on kuitenkin tuotettu jokseenkin yksipuolisina menetelmin.</p> <p>Näyttää toimintamallin vaikuttavuudesta vahvistaisi siis monipuolisempi kokemus- ja asiantuntijatiedon kerääminen tai kokoaminen sekä tutkimustieto mahdollisista vaikutuksista avun vastaanottajiin.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |

Arvio toimintamallin sovellettavuudesta käytäntöön

| III Toimintamallin sovellettavuus | Arvio | Pisteet (1-5) |
|--|---|---|
| Tarve ja sovellettavuus Suomessa | Toimintamallille on selkeä tarve Suomessa, se on myös sovellettavissa suomalaisiin olosuhteisiin. Toimintamalli onkin ollut Suomessa käytössä vuodesta 2006 alkaen. Kansallisen mielenterveysstrategian 2020–2030 painotukset ovat yhteydessä toimintamallin sisältöihin. | <input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko |
| Tarve ja sen sovellettavuus eri kohderyhmiin | Toimintamalli on selkeä perustietoon nojautuen ja kohtuullisen helppo soveltaa. Esteitä sen soveltamisesta Suomessa ei ole, jos ollaan valmiita maksamaan juuri tästä mallista. Toimintamalli soveltuu selvityksen mukaan erinomaisesti aikuisväestön mielenterveysosaamisen vahvistamiseen, ja hyvin myös HYTE -alan ammattilaisille. Perusmuotoisen, aikuisille suunnatun koulutuksen rinnalle on kehitetty eri kohderyhmiin ja konteksteihin soveltuvia malleja ja Suomessa lähitoteutuksen rinnalle verkkokoulutus. | <input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko |
| Perusrakenteen soveltuvuus käytölle Suomessa | Toimintamalli selkeä, helppo ja yleissivistystä nostava. Sitä toteuttaa kansalaisjärjestö, joka toimii mielenterveysasioissa. Selvityksessä todetaan rahoituksen perustuvan osallistujamaksuihin, mutta myös materiaalikulut, verkoston ja rekisterin ylläpito tuottaa kustannuksia, mitä ei suoranaisesti huomioida. STEA:n avustuksella olevien hankkeiden tulisi olla kansalaisjärjestössä maksuttomia. Rahoituslähteen roolia pitäisi selvityksessä täsmentää. Olemassa olevat rakenteet tukevat, tai eivät ainakaan estä, toimintamallin käyttöönottoa. Selvityksen mukaan ohjaajaverkostomalli tukee koulutuksen leviämistä ja on skaalattavissa suurempaan mittakaavaan. | <input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko |
| Koulutus ja sen saatavuus | Toimintamalli perustuu ohjaajien kouluttamiseen, jotka edelleen toteuttavat koulutuksia kentällä. Näihin koulutuksiin on saatavilla valmiit materiaalit. Koulutus, koulutusmateriaali on helposti saatavilla (tuottaen toimintamallin omistajalle tuottoja ja ostajalle kuluja). Ohjaajaverkosto kattaa kaikki hyvinvointialueet. Koulutuksessa on osallistujamaksut, jotka rajaavat koulutuksen sekä materiaalin saatavuutta. | <input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko |

| | | |
|---|--|---|
| | Selvityksen mukaan ohjaajakoulutuksen skaalaaminen suurempaan mittakaavaan edellyttää lisäresurssointia ja lisäksi mainitaan tarve lisäkieliversioille. Tarkemmin tätä lisäresurssointia ei ole kuvattu tai otettu mukaan budjettilaskelmiin. | |
| Käyttöönoton merkitys kunnissa ja hyvinvointialueilla | On perusteltua todeta, että toimintamalli voi tukea mielenterveysosaamista kunnissa ja tuottaa siten kumuloituvia vaikutuksia. Selvityksen mukaan toimintamalli tukee erityisesti Kansallisen mielenterveysstrategian 2020-2030 painopistettä ”Mielenterveys pääomana”, jossa mielenterveyttä kuvataan pääomana, josta pidetään huolta ja johon sijoitetaan kaikissa elämän vaiheissa ja yhteiskunnan eri osa-alueilla, ei ainoastaan terveydenhuollossa. Sitä, miten toimintamalli suuremmin kytkeytyy alueiden muuhun HYTE-toimintaan ei selvityksessä suoraan kuvata. Toimintamalli yleistietoa antava, mutta ei kaiken kattava ja voidaan pohtia, kannattaako sitoutua tämänkaltaiseen sertifioituun malliin. | <input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko |
| Levinneisyys ja vaihe a) Suomessa | Kolmannen sektorin puolella malli on ollut käytössä valtakunnallisesti joitakin vuosia. Ohjaajaverkosto on suhteellisen suuri ja osallistujia määrä on ollut hyvä. | <input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko |
| b) Euroopassa | Selvityksessä todetaan että toimintamalli on otettu käyttöön yli kymmenessä Euroopan maassa. | <input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko <input type="checkbox"/> ei koske ko. toimintamallia |
| c) Euroopan ulkopuolella | Toimintamalli on ollut käytössä Euroopan ulkopuolella vuodesta 2000 alkaen useissa eri maanosissa. | <input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko <input type="checkbox"/> ei koske ko. toimintamallia |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Muut kommentit käytäntöön sovellettavuudesta</p> | <p>Selvityksen mukaan toimintamalli laajentamiselle on hyvät edellytykset, mutta samalla tämä edellyttää erityisesti ohjaajakoulutuksen lisäresursointia. Selvityksessä huomautetaan, että koulutus ei korvaa tai vähennä mielenterveyden ongelmien hoidon ja sen kehittämisen tarvetta.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |
| <p>Kokonaisarvio osa-alueen III vahvuuksista ja heikkouksista</p> | <p>Toimintamalli on kuvattu hyvin. Osa-alueen vahvuudet ja rajoitukset on tunnistettu ja niitä on esitelty selkeästi. Toimintamallin tarpeellisuus on perusteltu ja sen rakenteet toteuttamiseen on olemassa.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |

Kokonaisarviointi

| Kokonaisarviointi | Pisteet (1-5) |
|---|--|
| <p>Toimintamalli on kuvattu kattavasti, kuvauksesta selviää menetelmän toiminnalliset osa-alueet, tutkimustausta ja tarvittava koulutus mallin käyttöön ottamisessa. Toimintamallin vaikuttavuus on hyvin dokumentoitu kansainvälisessä tutkimuksessa. Sertifioitu toimintamalli sitoo toimintaa ja tuottaa kustannuksia sekä vaatii järjestäjää ja ohjausryhmää.</p> | <p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p> |

LIITTEET

Liite 1

Esimerkkinä, kun organisaatio kouluttaa 15 työntekijäänsä menetelmän käyttäjäksi ja sen käyttö jatkuu organisaatiossa suunnitelmallisesti koulutuksen jälkeen.

Menetelmän käyttöönotto edellyttää MTEA2 -peruskoulutuksen (14 h) sekä MTEA2 -ohjaajakoulutuksen (21 h + 14 tuntia) suorittamista.

MTEA2 peruskoulutus (14 tuntia)

- osallistujamaksu enintään 110 euroa/osallistuja x 15 koulutettavaa = **1 650 euroa**

MTEA2 ohjaajakoulutus (21 tuntia) + MTEA2 -pilottikoulutus (14 tuntia)

- organisaatio tilaa ohjaajakoulutuksen MIELI ry:ltä 15 henkilölle
- lähipäivät (21 tuntia) ovat maksuttomia
ohjaajakoulutukseen osallistujan on toteutettava MTEA2 -pilottikoulutus (14) tuntia. MIELI ry perii pilottikoulutuksesta lisenssimaksun 40 euroa/osallistuja (joka sisältää mm. koulutukseen liittyvän oppikirjan). Yhden MTEA2 -pilottikoulutuksen hinnaksi tulee: 15 (osallistujaa) x 40 euroa = 600 euroa (40 euroa/osallistuja)
- Jokaisen työntekijän tulee järjestää MTEA2 -pilottikoulutus, joka on osa ohjaajakoulutusta.
Kustannusarvio pilottikoulutuksista (osallistujia 225): 15 pilottikoulutusta, joissa jokaisessa 15 osallistujaa x 40 euron lisenssimaksu = **9 000 euroa.**

Yhteenveto:

MTEA2 peruskoulutus (14 tuntia) kustannus: enintään 110 euroa/osallistuja

MTEA2 ohjaajakoulutus (3pv): maksuton

ohjaajakoulutukseen liittyvä pilottikoulutus: 40 euroa/osallistuja

+ kaikkiin koulutuksen vaiheisiin käytetty työaika

Viidentoista työntekijän kouluttaminen MTEA2 ohjaajaksi maksaa organisaatiolle yhteensä 10 650 eli 710 euroa/työntekijä + yhteensä seitsemän työpäivän palkkakulut.

Prosessin aikana MTEA2 -koulutuksen on käynyt 240 työntekijää.

Jos organisaatioon koulutetuista MTEA ohjaajista (15) jokainen järjestää vuosittain yhden koulutuksen, kustannus on 9 000 euroa/vuosi + koulutuksen suunnitteluun (n. 7 h) ja toteutukseen (14 h) käytettävä työaika ja sen kustannukset.

Koulutetun MTEA2 ohjaajan omalle organisaatiolle järjestämien koulutusten kustannus on minimissään 40 euroa/osallistuja/vuosi.

Arvioitsijoiden sidonnaisuudet

Arvioitsijoilla ei ole sidonnaisuuksia toimintamalliin.