



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Moring Juha
Bergman Viveca
Nordling Esa
Markkula Jaana
Partanen Airi
Soikkeli Markku (toim.)

TYÖPAPERI

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015

- Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012

TYÖPAPERI 15/2013

Moring Juha, Bergman Viveca, Nordling Esa,
Markkula Jaana, Partanen Airi, Soikkeli Markku (toim.)

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015

**- Monipuolista sisällöllistä ja
rakenteellista kehittämistä 2012**



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittaja ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-245-906-0 (painettu)
ISBN 978-952-245-907-7(verkkajulkaisu)
ISSN 2323-363X (verkkajulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-907-7>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere, 2013



Lukijalle

Vuosina 2009–2015 toteutettavan Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman eli Mieli-suunnitelman toimeenpano on ajallisesti jo yli puolivälin. Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla suunnitelmaa ja sen toteutumista tarkasteltiin vuoden 2012 aikana. Siltä pohjalta päivitetty versio suunnitelmasta ilmestyi vuoden 2012 lopussa. Moni asia on edistynyt, mutta tehtävää on vielä paljon. Emme tiedä vielä miltä Mieli-suunnitelman toteutuminen vuonna 2015 näyttää, mutta työtä riittää varmasti senkin jälkeen. Oman mielenkiintonsa tilanteeseen tuovat kesken olevat kunta- ja palvelurakennemuutokset, valtion velkaantuminen ja eurokriisi.

Kireässä taloustilanteessa on vaarana lyhytnäköinen toimintamenojen leikkaaminen, joka pidemmän ajan kuluessa johtaa kulujen kasvuun varsinkin muilla sektoreilla. Tietoisuus mielenterveysongelmien tai päihteiden käytön haittojen heijastumisesta monella tavoin myös läheisiin, muihin ihmisiin ja yhteiskuntaan on lisääntymässä ja voi sisältää riskin siihen, että yhteiskunnalliset arvot kovenevat. Tällöin koko väestön hyvinvoinnin lisäämiseen tähtäävät toimet voivat korvautua mielenterveys- ja päihdeongelmaisia syrjivillä ja marginalisoivilla toimenpiteillä ja palveluilla. Stigmanvastainen työ niin, että mielenterveys- ja päihde-työ nähdään kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon tasoilla tapahtuvana moniammatillista osaamista edellyttävänä työnä on jatkossa entistä tärkeämpää. Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvän stigman vähentäminen parantaa mahdollisuuksia lisätä näistä ongelmista kärsivien tukea kaikilla palvelujärjestelmän tasoilla.

Kireä taloustilanne saattaa johtaa myös voimakkaaseen oman sektorin resurssien ja toiminnan puolustamiseen, jolloin riskinä on mielenterveys-, päihde- ja muiden riippuvuuksien ehkäisyä ja hoitoa toteuttavien tahojen välisen hyvinkin alkaneen yhteistyön heikkeneminen. Ongelmien ehkäisy ja hoito vaatii eriyttämisen sijaan yhteistä tavoitteiden ja keinojen löytämistä, jossa kukin taho tuo toiminnan kokonaisuuteen parhaan osaamisensa. Myös ongelmia itse kokeneiden tai palveluita käyttäneiden todellinen osallistaminen palvelujen kehittämiseen lisää mahdollisuuksia tehdä sosiaali- ja terveydenhuollosta paremmin toimiva. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukainen kahden paljolti erillään toimineen sektorin hyvän yhteistyön kehittämisen haasteellisuus toimii sinänsä esimerkkinä niistä haasteista, joita laajaan sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutokseen tulee sisältymään, ennen kuin aidosti voidaan puhua sosiaali- ja terveydenhuollon horisontaalisesta sekä perus- ja erityispalveluiden vertikaalisesta yhteistyöstä.

Leikkauksien sijaan tulisi tarkastella keinoja joilla päästään kestäviin tavoitteisiin. Runsaasti julkisuutta saaneessa Sinisessä kirjassa Pekka Himanen työryhmineen toteaa, että mielenterveyden edistäminen, häiriöiden ehkäiseminen ja hoitaminen on tehokas keino työurien pidentämiseksi ja kestävyysvajeen korjaamiseksi. On paljon näyttöä siitä kuinka mielenterveys- ja päihdehäiriöiden varhainen tunnistaminen, avun antaminen ja hoidon aloittaminen vähentävät tarvetta myöhempisiin raskaisiin, kalliisiin toimiin. Vaikuttavista ehkäisykeinoista alkaa olla hyviä kokemuksia. Oikeaan aikaan ja oikealla tavalla toimimalla voidaan saavuttaa paljon ja tulokset ovat kestäviä. Tämä raportti kuvaa hankkeita joissa näitä keinoja ja toimintatapoja on kehitetty. Kehittäjät ansaitsevat työstään suuren kiitoksen.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoa on edistetty useissa laajoissa mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankeissa, jotka kattavat lähes koko Suomen. Raportissa on tiiviit katsaukset niissä tehdyn kehittämistyön helmiin. Lyhyet artikkelit eivät kuitenkaan kata kaikkea, joten kehittämistyöstä kiinnostuneen lukijan kannattaa hakea yksityiskohtaisempia tietoja hankekohtaisesti esitetyistä lisätiedon lähteistä.

Tämä raportti on osa mielenterveys- ja päihdesuunnitelman vuosien 2009–2015 aikana tapahtuvaan toimeenpanoon liittyvien raporttien sarjaa. Toivotamme lukijoille antoisia ja innostavia hetkiä raporttia lukiessa, ja ideoita luetun soveltamiseen ja edelleen kehittämiseen.

Toimituskunta

Tiivistelmä

Juha Moring, Viveca Bergman, Esa Nordling, Jaana Markkula, Airi Partanen, Markku Soikkeli (toim.). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 15/2013. 189 sivua. Helsinki 2013. ISBN 978-952-245-906-0 (painettu); ISBN 978-952-245-907-7 (verkkojulkaisu)

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (2009–2015) toimeenpanossa ollaan ajallisesti yli puolen välin. Neljäs THL:n väliraportti sisältää kaikkiaan 27 artikkelia, jotka tarkastelevat mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä hyvin monesta eri näkökulmasta: lainsäädäntö, strategia- ja ohjelmataso, tutkimus, laaja kehittämistyö niin organisaatioiden omana toimintana kuin alueellisten Kaste-kehittämishankkeiden toimintana, kehittämistyön uudet sisällölliset ja menetelmälliset haasteet kuten nuorten käytöshäiriöt, rahapelaaminen tai teknologian hyödyntäminen. Yksi luvuista tuo esille kehittämistyötä erityisesti asiakkaan aseman vahvistamiseksi: vertaistoiminnan sekä kuntoutujien ja omaisten kokemusasiantuntijuuden kehittämiseen liittyviä hyviä kokemuksia.

Luvussa 1 tarkastellaan mielenterveys- ja päihdetyön yhdistämistä palveluita koskevan tutkimuksen pohjalta sekä lainsäädännön ja strategiayön näkökulmasta, ja esitellään mielenterveyden edistämisen käsikirja. *Kristiina Kuussaari ja Airi Partanen* (1.1) pohtivat ensimmäisessä artikkelissa Mieli-suunnitelman mukaisten yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdehoidon avohoitoyksiköiden tilannetta THL:n päihdetapauskannan tulosten pohjalta. Yhdistetyiksi päihde- ja mielenterveyspalveluiksi näytetään tulkitsevan varsin monenlaista toimintaa. Artikkelissa tarkastellaan erityisesti yhden oven periaatteella toimivia yhdistettyjä peruspalveluiden mielenterveys- ja päihdepalveluja, joita on syntynyt, vaikkakin vähäisessä määrin. *Tuukka Tammen* artikkelissa ”Voiko integraatiota mitata?” (1.2) tarkastellaan yhdysvaltalaisen DDCAT-mittarin käyttökelpoisuutta arvioitaessa suomalaisten päihdehuollon avohoitoyksiköiden kykyä hoitaa asiakkaidensa yhteissairastavuutta, niin kutsuttuja kaksoisdiagnoosipotilaita. Viidessä kunnassa tehdyn pilottiselvityksen mukaan päihdehuollon avohoitoyksiköiden kyky hoitaa päihdeasiakkaiden mielenterveysongelmia arvioitiin melko hyväksi tai hyväksi riippumatta siitä, oliko yksikkö järjestelmätasolla integroitunut tai ei. Tutkimuskäytössä DDCAT:iin on suhtauduttava ei-eksaktina välineenä, ja mittarin tutkimuksellista käyttöä merkittävämpää saattaa olla sen hyödyntäminen hoitojärjestelmän kehittämisessä: mittari koettiin kunnissa mielekkääksi kehittämisen välineeksi. *Pentti Arajärvi* tarkastelee (1.3) sosiaalihuoltona annettaviin päihdepalveluihin pääsyä sekä arvioi lainsäädäntötilannetta. Päihdehuoltolaki on päässyt pahasti vanhenemaan, ja myös päihteiden käytön ehkäisyä koskevat lain tavoitteet ovat vanhentuneet. Lainsäädännön uudistaminen antaa mahdollisuuden selkeyttää päihdehuollon palvelujen käyttäjän oikeutta päästä palveluihin sekä sitä, mitä palveluja ja tukitoimia hän on oikeutettu saamaan. Kun sosiaalihuoltoa koskevassa lakiehdotuksessa korostetaan tarvesidonnaisuutta ja kunnan järjestämisvastuuta sen sijaan, että lähtökohtana olisivat palvelun käyttäjän oikeudet, on päihteiden käyttöä koskevien palvelujen lainsäädännössä painavasti otettava huomioon palvelujen käyttäjien asema ja oikeudet, jottei synnytetä kasvavaa eriarvoisuutta eri kuntien asukkaiden välillä. Yhteyttä mielenterveyspalveluihin on syytä korostaa. *Eija Stengård, Klaus Lehtinen ja Juha Ahonen* kertovat (1.4) Pirkanmaan mielenterveysstrategiayöstä. Alueella on laadittu mielenterveystyön strategioita kunta- ja seututasolla jo ennen koko Pirkanmaan alueen kattavaa mielenterveystyön strategiaa. Hanketyön jälkeen toiminta vakiinnutettiin perustamalla Taysin psykiatrian toimialueelle Pirkanmaan mielenterveystyön kehittämyksikkö (PMT). Välittäjä 2013 Pirkanmaan osahankeen yhteydessä suunnitelmat päivitettiin. Strategian vaikuttavuutta ja merkitystä osoittaa se, miten hyvin jo strategiaprosessin aikana Pirkanmaalla käynnistyi tavoitteiden suuntaista toimintaa. Erilaisissa kuulemis- ja keskustelutilaisuuksissa tuotiin toistuvasti esille, että mielenterveystietämystä ja -osaamista tulisi vahvistaa kaikilla yhteiskunnan tasoilla. *Nina Tamminen ja Pia Solin* esittelevät (1.5) Mielenterveyden edistämisen käsikirjat -hanketta, joka on kansainvälinen Euroopan Komission terveysohjelman tuella toteutettava yhteistyöhanke vuosina 2010–2013. Euroopan johtavien mielenterveyden edistämisen tutkimuslaitosten asiantuntijat ovat kehittäneet mielenterveyden edistämisen käsikirjat koulu- ja oppilaitosmaailmaan, työpaikkaolosuhteisiin sekä ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluihin. Jokainen käsikirja sisältää toimintaympäristöön soveltuva tietoa mielenterveyden edistämisestä, käytännön harjoituksia ja interventiosuosituksia. Artikkelissa keskitytään erityisesti ikääntyneiden mielenterveyden edistämisen mahdollisuuksiin asumispalveluita kehitettäessä.

Luvussa 2 on esimerkkejä mielenterveys- ja päihdesuunnitelman hengen mukaisten, asiakaslähtöisten ja helpommin saavutettavissa olevien, kokonaisvaltaisten palveluiden kehittämisestä eri puolilta Suomea erityyppisissä toimintayksiköissä. Luvussa tarkastellaan myös nuorten käytöshäiriöiden hoidon kehittämis- haasteita sekä eritellään masennuksen arviointia. Aluksi *Timo Salmisaari* kuvaa artikkelissaan (2.1) Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden perustamista 2009–2010 ja sen myöhempää kehitystä erityisesti johtami- sen näkökulmasta. *Timo Salmisaaren, Juha Kemppisen ja Ursula Viron* artikkeli ”Sähköiset prosessien hallintatyökalut mielenterveys- ja päihdepalveluissa” (2.2) selostaa tietojärjestelmää, jolla palvelut tuote- taan asiakaslähtöisesti ja kustannustehokkaasti sekä kehitetään ja arvioidaan toimintaa. *Hannu Juvosen ja Mikko Uuksulaisen* ”Osallistamista ja riskinottoa: Mieli 2009 -ohjelman toteutumista Itä-Savon sairaanhoi- topiirissä 2009–2011” (2.3) on kuvaus psykiatrisen sairaanhoidon rakennemuutoksen toteuttamisesta. *Kaisa Saaren ja Kristiina Muhosen* ”Menestyvää mielenterveystyötä kunnassa – toimivat ja monipuoliset palvelut Kempeleessä” (2.4) kertoo mielenterveysneuvolan toiminnasta, verkostoitumisesta ja yhteistyöstä muiden palvelujen kanssa. *Pertti Lapinkangas ja kumppanit* (2.5) kirjoittavat OYS:n psykiatrisen päivystyksen kehittämisestä, jolla pyritään tarjoamaan potilaille entistä tavoitettavampaa ja sopivampaa hoitoa, sujuvoit- tamaan päivystystoimintaa sekä parantamaan työturvallisuutta. *Anne Hervan, Jukka Korhosen ja Kaisa Rialan* artikkeli (2.6) kuvaa OYS:n nuorisopsykiatrian osaston toimintaa, nuorisopsykiatrisen akuuttihoito- osaston perustamista sekä nuorten mielenterveyshäiriöiden tutkimushanketta. *Päivi Santalahden ja kump- paneiden* artikkeli ”Kohti käytöshäiriöiden näyttöön perustuvia hoitoja” (2.7) käsittelee lasten ja nuorten käytöshäiriöitä, niille altistavia tekijöitä, niiden hoitomenetelmiä sekä häiriöistä kärsivien nuorten ja heidän perheidensä tukemista. *Timo Partonen* (2.8) pohtii käytännönläheisesti masennuksen diagnostisten kritee- rien soveltamista. *Anna Forsmanin ja Johanna Nordmyrin* artikkelissa (2.9) käsitellään internetin käytön mahdollisuuksia iäkkäiden henkilöiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Suunnitteilla olevassa tutkimushankkeessa selvitetään miten internetiä voidaan käyttää resurssina iäkkäiden elinehtojen paranta- misessa ja hyvän ikääntymisen tukena. Hankkeessa painottuu osallisuus eli kohderyhmä on tiiviisti mukana hankeprosessin eri vaiheissa.

Rahapelaamista sekä verkkoteknologiaa käsittelevä luku 3 alkaa *Tuula-Leena Raiskin* artikkelilla (3.1), jossa käsitellään rahapeliongelmien ehkäisyä ja ongelmien hoitoon liittyviä keskeisiä kysymyksiä. Tämä suhteellisen uusi toiminta-alue edellyttää osaamisen systemaattista vahvistamista sekä perus- että erityis- palveluissa. Artikkelissa kuvataan monipuolisesti sitä, miten päihde- ja mielenterveyspalveluissa kohdataan ongelmapelaamista, millaisia osaamistarpeita tähän liittyy ja minkälaisia kouluttautumismahdollisuuksia rahapelihaittojen ehkäisyyn ja hoidon alueella tällä hetkellä ja lähitulevaisuudessa on olemassa. *Markus Sjöholm, Sari Castrén ja Tuuli Lahti* (3.2) kuvaavat sitä, miten rahapeliongelmia voidaan hoitaa kognitiivi- sen käyttäytymisterapian avulla virtuaaliympäristössä. Artikkelissa käsitellään myös virtuaalisen ja kas- vokkain tapahtuvan asiakastyön eroja ja samankaltaisuuksia. Artikkelin lopussa tuodaan esille verkkoterapi- an soveltamismahdollisuuksia myös muiden kuin rahapeliongelmien hoidossa.

Luvussa 4 tarkastellaan vertaistoimintaa sekä kokemusasiantuntijoiden ja omaisten näkökulmia. Luku alkaa *Marko Mätön, Marko Juntusen ja kumppanien* artikkelilla (4.1) korvaushoidossa oleville kuntoutujil- le suunnatusta päihdehoidosta kohtauspaikasta, Asema 78:sta. Artikkelit tuo esiin kuntoutujien omia kokemuksia siitä, miten kohtauspaikka on tukenut heidän päihdehoidon myyttään ja arjen hallintaansa tar- joamalla mahdollisuuksia vertaistukeen, vastuunottoon ja yhdessä tekemiseen. *Harriet Paattimäen, Sari Miittisen ja Oili Huhtalan* artikkelissa (4.2) esitellään Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä - projektin väliarvioinnin tuloksia, joista käy muun muassa ilmi päihde- ja mielenterveyspotilaiden omaisten tuen sekä osallistamisen tarve sekä koetut hyödyt omaisneuvonnasta. *Pirkko Haikola* (4.3) tuo esille mie- lenterveysomaisten ja -kuntoutujan sekä kokemusasiantuntijan kokemustietoa mielenterveystyön kehittämi- seen, jonka perusteella kehitettävää näkökulman huomiointiin on edelleen. *Esa Nordling ja Heli Hätönen* avaavat artikkelissaan (4.4) kyselyn tulosten pohjalta kokemusasiantuntijakoulutuksen käyneiden toimintaa ja kokemuksia kokemusasiantuntijatoiminnasta mielenterveys- ja päihdetyössä sekä niistä nousevia kehit- tämishetkoja liittyen muun muassa koulutuksen sisältöihin ja toteuttamistapaan sekä sen jälkeiseen tukeen ja ammattilaisten tietoisuuden parantamiseen kokemusasiantuntijuudesta. *Marika Ahola ja Sanna Ylitalo* (4.5) tarkastelevat sitä, miten kokemusasiantuntijuus näkyy puolestaan kuntien mielenterveys- ja päihdestrategioissa. Käy ilmi, että kokemusasiantuntijoita kuullaan, mutta määritelmät kokemusasiantunti-

juudesta saattavat poiketa paikallisella ja kansallisella tasolla. Osion viimeisessä artikkelissa *Heini Kapanen ja Anu-Riikka Rantanen* (4.6) kuvaavat Mielenterveyden keskusliiton arviointikoulutuksen käyneiden kokemusrvioijien tekemän kahden kokemusrvioinnin tulokset ja niissä esiin nousseet kehittämisehdotukset. Kokemusrvioijien avulla voidaan saada uutta vertaisnäkökulmaa myös mielenterveystyön kehittämiseen ja tutkimustoimintaan.

Luvussa 5 tarkastellaan laajoissa mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeissa tehtyä kehittämistyötä. *Juha Ahosen* artikkeli (5.1) kuvaa Välittäjä 2011–2013 -hankkeessa Väli-Suomen alueella tehtyä kehittämistyötä neljässä sairaanhoitopiirissä, Hämeen päihdehuollon kuntayhtymässä sekä Lahden kaupungissa. Hankkeen tavoitteina oli asiakkaiden osallisuuden lisääminen, varhaisvaiheen hyvinvointia edistävän työn kehittäminen, perus- ja erityispalveluiden yhteistyön lisääminen sekä modernin teknologian soveltaminen mielenterveys- ja päihdetyössä. Parhaiten hanke arvioi onnistuneensa ehkäisevän ja varhaisvaiheen työn sekä strategiatyön edistämisessä. *Marjo Kurki ja Lauri Kuosmanen* listaavat artikkelissaan (5.2) Etelä-Suomen Mielen avain -hankkeen osahankkeissa kehitettyjä käytäntöjä ja kuvaavat tarkemmin kokemusrviointijatoimintaa. Hankkeessa kehitettiin moduulimuotoinen, monimuoto-opetuksena toteutettava koulutusmalli, jonka läpikäyneitä kokemusrviointijatoimintajoukkoja oli kutsuttu monipuolisesti eri tehtäviin. Toiminnan vakiintumisen yhtenä isona haasteena todettiin kokemusrviointijatoiminnan palkkioiden ja sosiaaliturvan yhteensovittaminen niin, ettei kokemusrviointijoukkojen perustoimeentuloturva vaarannu. *Alpo Komminaho* toteaa (5.3) Länsi 2012 -hankkeen tuoneen ryhtiä Satakunnan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirein alueella tehtyyn varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyöhön. Vaikuttavia työmenetelmiä ja uusia työmuotoja otettiin käyttöön, ammattilaisten osaaminen lisääntyi, mutta väestötason vaikutusten aikaansaamiseksi hankkeita arvioitiin lyhyeksi. *Tiina Nykky ja Minna Turunen* (5.4) esittelevät Itä- ja Keski-Suomen alueella toimineessa Arjen mieli -hankkeessa kehitetyn yli 65-vuotiaille tarkoitetun alkoholinkäytön itsearviointimittarin. Mittarin kehittäminen lähti käytännön tarpeesta saada työvälineitä ikääntyneiden alkoholinkäytön arviointiin ja itsehoidon tukemiseen. Artikkelissa kuvataan myös muut Arjen mieli -hankkeen osahankkeet. *Matti Kaivosoja ja Tuula Löf* (5.5) tarkastelevat Pohjois-Suomessa tapahtunutta kehittämistyötä. Pohjois-Suomen alueella toteutettujen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen keskittyneiden hankkeiden päätyttyä painopisteenä oli alueen sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköiden kehittäminen ja mielenterveyden edistämisen integroiminen yleiseen terveyden edistämiseen laajassa TerPS2 -hankkeessa. Strategisesti rohkealla ratkaisulla pyrittiin saamaan mielenterveys laajasti osaksi kuntien hyvinvointiohjelmia.

Avainsanat: mielenterveys, mielenterveyshäiriöt, mielenterveyspalvelut, mielenterveyden edistäminen, mielenterveyskuntoutus, ehkäisevä mielenterveystyö, päihde, ehkäisevä päihdetyö, päihdepalvelut, päihdehuolto, päihdeongelmat, mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, sähköiset palvelut, rahapeliongelmat, kokemusrviointijoukko, vertaistoiminta, palvelujärjestelmä, psykiatria, päihdepsykiatria

Sammandrag

Juha Moring, Viveca Bergman, Esa Nordling, Jaana Markkula, Airi Partanen, Markku Soikkeli (red.). *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. [Den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete 2009–2015. Mångsidig utveckling av innehåll och strukturer år 2012].* Institutet för hälsa och välfärd (THL). Diskussionsunderlag 15/2013. 189 sidor. Helsingfors, Finland 2013.

ISBN 978-952-245-906-0 (tryckt); ISBN 978-952-245-907-7 (nätpublikation)

Planen för mentalvårds- och missbruksarbete (2009–2015) har framskridit mer än halvvägs genom sin tidtabell. THL:s fjärde mellanrapport omfattar sammanlagt 27 artiklar som redogör för utvecklandet av mentalvårds- och missbruksarbetet från många olika synvinklar: lagstiftning, strategi- och programnivå, forskning, omfattande utvecklingsarbete inom organisationer och regionala Kaste-utvecklingsprojekt, nya innehålls- och metodmässiga utmaningar inom utvecklingsarbetet såsom beteendestörningar hos unga, penningspel och tekniska möjligheter. Ett av kapitlen behandlar utvecklingsarbetet med fokus på att stärka klientens ställning: positiva erfarenheter av utvecklingen av kamratstöd och brukarexpertverksamheten för rehabiliteringsklienter och anhöriga.

I kapitel 1 skildras sammanslagningen av mentalvårds- och missbruksarbetet utifrån en undersökning av dessa tjänster samt från lagstiftnings- och strategiarbetets synvinkel. Därtill presenteras en handbok för främjande av den psykiska hälsan. *Kristiina Kuussaari och Airi Partanen* tar i den första artikeln (1.1) upp situationen i de öppenvårdsenheter inom mental- och missbrukarvården som sammanslagits enligt Mieliplanen utifrån resultaten av THL:s beräkning av missbruksfall. De konstaterar att verksamhet av varierande slag tolkas som kombinerade mentalvårds- och missbrukstjänster. I artikeln granskas särskilt de kombinerade mentalvårds- och missbrukstjänster som uppkommit inom basservicen, om än i rätt liten mängd, och som fungerar enligt endörssprincipen. I *Tuukka Tammis* artikel ”Voiko integraatiota mitata?” (1.2) behandlas användbarheten av den amerikanska DDCAT-mätaren i bedömningen av kapaciteten hos finländska öppenvårdsenheter för missbruk att vårda så kallade dubbeldiagnospatienter. Enligt en pilotutredning som utförts i fem kommuner uppskattades öppenvårdsenheterna ha rätt bra eller bra kapacitet att behandla missbruksklienters psykiska problem oavsett om enheten var integrerad på systemnivå eller inte. Vid forskningsbruk ska DDCAT betraktas som ett icke-exakt instrument, och mätaren kan de facto ha ett större värde inom utvecklingen av vårdsystemet än inom forskning: mätaren upplevdes som ett ändamålsenligt utvecklingsinstrument i kommunerna. *Pentti Arajärvi* (1.3) behandlar tillgången till missbrukartjänster inom socialvården och bedömer lagstiftningssituationen. Lagen om missbrukarvård är mycket föråldrad och även lagens mål för att förebygga missbruk har föråldrats. Revideringen av lagstiftningen ger möjlighet att klarlägga rätten till service för användare av missbrukartjänster samt att förtydliga vilka tjänster och stödåtgärder de har rätt till. Medan man i lagförslaget om socialvården framhäver betydelsen av behovsprövning och kommunalt organiseringsansvar i stället för att utgå från serviceanvändarnas rättigheter, måste man i lagstiftningen om missbrukartjänster med eftertryck beakta serviceanvändarnas ställning och rättigheter så att det inte uppstår en allt större ojämlikhet mellan invånare i olika kommuner. Kopplingen till mentalvårdstjänsterna ska framhävas. *Eija Stengård, Klaus Lehtinen och Juha Ahonen* (1.4) redogör för mentalvårdsstrategiarbetet i Birkaland. I området upprättades på kommun- och regionnivå strategier för mentalvårdsarbete långt innan man utarbetade en mentalvårdsstrategi för hela Birkaland. Efter att projektarbetet avslutades etablerades verksamheten genom att en utvecklingsenhet för mentalvårdsarbete (Pirkanmaan mielenterveystyön kehittämisyksikkö, PMT) grundades inom Tammerfors universitetssjukhus psykiatriska verksamhetsområde. I samband med delprojektet för Välittäjä 2013 i Birkaland uppdaterades planerna. Ett bevis på strategins verkningsfullhet och betydelse var att målinriktad verksamhet inleddes effektivt redan under strategiprocessens gång i Birkaland. På olika diskussionsmöten betonades upprepade gånger att kunskapen och kompetensen om psykisk hälsa bör förstärkas på alla nivåer i samhället. *Nina Tamminen och Pia Solin* (1.5) presenterar ett projekt om handböcker för främjande av den psykiska hälsan (Mielenterveyden edistämisen käsikirjat), ett internationellt samarbetsprojekt som genomförs med stöd av Europeiska kommissionens hälsoprogram under åren 2010–2013. Experter vid Europas ledande forskningsinstitut för främjan-

de av den psykiska hälsan har tagit fram handböcker för den psykiska hälsan med tanke på skolor och läroanstalter, arbetsplatser samt boende- och omsorgstjänster för äldre. Varje handbok innehåller information om främjande av den psykiska hälsan, praktiska övningar och interventionsrekommendationer som lämpar sig för verksamhetsmiljön i fråga. Artikeln fokuserar särskilt på möjligheterna att främja äldres psykiska hälsa i utvecklingen av boendetjänster.

Kapitel 2 innehåller exempel på utvecklingen av klientorienterade och lättillgängliga helhetstjänster enligt mentalvårds- och missbruksplanen vid olika verksamhetsenheter på olika håll i Finland. I kapitlet redogörs också för vilka utvecklingsutmaningar som finns inom vården av ungas beteendestörningar, och bedömningen av depression analyseras. Inledningsvis skildrar *Timo Salmisaari* i sin artikel (2.1) inrättandet av social- och hälsovårdsdistriktet i Södra Karelen 2009–2010 och hur det senare har utvecklats särskilt utifrån ledningsperspektiv. *Timo Salmisaaris, Juha Kemppinens och Ursula Viros* artikel ”Sähköiset prosessien hallintatyökalut mielenterveys- ja päihdepalveluissa” (2.2) redogör för ett datasystem med vilket tjänster kan produceras på ett klientorienterat och kostnadseffektivt sätt och verksamheten kan utvecklas och bedömas. *Hannu Juvonens och Mikko Uuksulainens* artikel ”Osallistamista ja riskinottoa: Mieli 2009-ohjelman toteutumista Itä-Savon sairaanhoitopiirissä 2009–2011” (2.3) beskriver hur omstruktureringen av den psykiatriska sjukvården har genomförts. *Kaisa Saaris och Kristiina Muhonens* artikel ”Menestyvää mielenterveystyötä kunnassa – toimivat ja monipuoliset palvelut Kempeleessä” (2.4) redogör för mentalvårdsrådgivningens verksamhet, nätverk och samarbete med andra tjänster. *Pertti Lapinkangas m.fl.* (2.5) beskriver utvecklingen av den psykiatriska jouren vid Uleåborgs universitetssjukhus, vilken har som syfte att erbjuda patienter allt mer ändamålsenlig vård, göra jourverksamheten smidigare och förbättra arbetssäkerheten. *Anne Hervas, Jukka Korhonens och Kaisa Rialas* artikel (2.6) skildrar verksamheten vid ungdomspsykiatriska avdelningen på Tammerfors universitetssjukhus, inrättandet av en ungdomspsykiatrisk akutvårdsavdelning samt ett forskningsprojekt om psykiska störningar hos unga. *Päivi Santalahti m.fl.* har skrivit artikeln ”Kohti käytöshäiriöiden näyttöön perustuvia hoitoja” (2.7), som behandlar barns och ungas beteendestörningar, vilka faktorer som ökar risken för dessa, hur de ska behandlas och hur unga med störningar och deras familjer kan stödjas. *Timo Partonen* (2.8) reflekterar i pragmatisk ton över tillämpningen av diagnostiska kriterier för depression. I *Anna Forsmans och Johanna Nordmyrs* artikel (2.9) behandlas möjligheterna att använda internet i främjandet av äldre personers hälsa och välbefinnande. I ett planerat forskningsprojekt utreds hur internet kan användas som resurs för att förbättra äldres livsvillkor och stödja ett värdigt åldrande. Projektet betonar delaktighet, vilket innebär att målgruppen deltar aktivt i de olika skedena av projektprocessen.

Kapitel 3 om penningspel och webbt teknologi inleds med en artikel av *Tuula-Leena Raiski* (3.1) som tar upp förebyggande av penningspelsproblem och centrala frågor i anslutning till behandlingen av problemen. Detta relativt nya verksamhetsområde förutsätter systematisk förstärkning av kompetensen både inom bas- och specialservicen. I artikeln beskrivs på ett mångsidigt sätt hur man hanterar problemspelande inom missbrukar- och mentalvårdsservicen, vilka kompetensbehov som finns och vilka utbildningsmöjligheter det finns för närvarande och inom den närmaste framtiden när det gäller att förebygga och behandla negativa spelkonsekvenser. *Markus Sjöholm, Sari Castrén och Tuuli Lahti* (3.2) beskriver hur penningspelsproblem kan behandlas med hjälp av kognitiv beteendeterapi i en virtuell miljö. I artikeln behandlas också likheter och olikheter mellan det virtuella klientarbetet och det klientarbete som sker genom personliga möten. Avslutningsvis lyfter artikeln fram webbterapiens tillämpningsmöjligheter i behandlingen också av andra problem än penningspelsproblem.

Kapitel 4 handlar om kamrattöd och tar upp brukarexperters och anhörigas synpunkter. Kapitlet inleds med *Marko Mättös, Marko Juntunens m.fl.* artikel (4.1) om Asema 78, en nykter mötesplats för rehabiliteringsklienter som får substitutionsbehandling. Artikeln lyfter fram rehabiliteringsklienternas egna erfarenheter av hur mötesplatsen har stött dem i deras nykterhet och hantering av vardagen genom att erbjuda möjligheter till kamrattöd, ansvarstagande och gemensamma aktiviteter. *Harriet Paattimäkis, Sari Miettinen och Oili Huhtalas* artikel (4.2) presenterar resultaten av en mellanbedömning av projektet Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä, av vilka bland annat framgår vilket behov missbrukar- och mentalvårdspatienter har av de anhörigas stöd och delaktighet samt vilken nytta de anhöriga har haft av den rådgivning de fått. *Pirkko Haikola* (4.3) betonar betydelsen av den erfarenhetsbaserade kunskap som innehas av mental-

vårdsanhöriga och mentalvårdsklienter samt brukareexperter när det gäller utvecklingen av mentalvårdsarbetet, och poängterar att det fortfarande finns rum för utveckling i fråga om detta perspektiv. *Esa Nordling och Heli Hätönen* presenterar i sin artikel (4.4) resultaten av en enkät som gäller brukareexperters verksamhet och vilka erfarenheter personer som genomgått utbildning för brukareexperter har om brukareexpertverksamheten inom mentalvårds- och missbruksarbetet samt vilka utvecklingsförslag som finns bland annat när det gäller utbildningens innehåll och genomförande samt stödet efter utbildningen och främjandet av yrkesutbildade personers medvetenhet om brukareexpertverksamheten. *Marika Ahola och Sanna Ylitalo* (4.5) granskar hur brukareexpertverksamheten yttrar sig inom de kommunala mentalvårds- och missbruksstrategierna. Det framgår att brukareexperter visserligen hörs, men att definitionerna av själva brukareexpertverksamheten kan variera på lokal och nationell nivå. I kapitlets sista artikel beskriver *Heini Kapanen och Anu-Riikka Rantanen* (4.6) resultaten av två erfarenhetsbedömningar som gjorts av personer som genomgått en bedömningsutbildning som anordnats av Centralförbundet för Mental Hälsa och vilka utvecklingsförslag som lagts fram på basis av dessa. Med hjälp av personer som utför erfarenhetsbedömning kan man få ett nytt kamratstödsperspektiv också på utvecklingen av mentalvårdsarbetet och forskningsverksamheten.

I kapitel 5 behandlas det utvecklingsarbete som utförts inom de omfattande Kaste-projekten för mentalvårds- och missbruksarbetet. *Juha Ahonen* beskriver i sin artikel (5.1) utvecklingsarbetet inom ramen för projektet Vältittäjä 2011–2013 i Mellanfinland som gäller fyra sjukvårdsdistrikt, samkommunen för missbrukarvård i Tavastland och Lahtis stad. Projektets mål var att öka klienternas delaktighet, utveckla arbetet för att främja välfärd på ett tidigt stadium, öka samarbetet mellan bas- och specialservicen samt att tillämpa modern teknologi inom mentalvårds- och missbruksarbetet. Projektet bedöms ha lyckats bäst med att främja det förbyggande arbetet och arbetet på ett tidigt stadium samt strategiarbetet. *Marjo Kurki och Lauri Kuosmanen* räknar i sin artikel (5.2) upp vilka förfaringssätt som utvecklats inom delprojekten av Mielen avain-projektet i Södra Finland och beskriver brukareexpertverksamheten i närmare detalj. Inom projektet har man tagit fram en utbildningsmodell som är uppbyggd av moduler och flerformsundervisning. De brukareexperter som genomgått utbildningen har fått delta i olika uppgifter på ett mångsidigt sätt. En av de stora utmaningarna med att etablera verksamheten konstaterades vara att förena brukareexperternas arvoden och sociala trygghet så att inte brukareexperternas grundläggande utkomststöd äventyras. *Alpo Komminaho* (5.3) konstaterar att Länsi 2012-projektet bidragit till att förbättra det tidiga missbruks- och mentalvårdsarbetet inom Satakunta och Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt. Verkningsfulla arbetsmetoder och nya arbetsformer har tagits i bruk och de yrkesutbildade personernas kompetens har ökat, men projekttiden bedömdes som allt för kort för att några effekter på befolkningsnivå skulle kunna åstadkommas. *Tiina Nykky och Minna Turunen* (5.4) presenterar en självbedömningsmätare för alkoholbruk avsedd för 65 år fyllda personer som tagits fram inom Arjen mieli-projektet i Östra och Mellersta Finland. Utvecklingen av mätaren grundar sig på ett praktiskt behov av instrument för bedömning av äldre personers alkoholbruk och stöd för egenvård. I artikeln beskrivs också de övriga delprojekten inom Arjen mieli-projektet. *Matti Kaivosoja och Tuula Löf* (5.5) redogör för det utvecklingsarbete som utförts i Norra Finland. Efter att utvecklingsprojektet inom mentalvårds- och missbruksarbetet i Norra Finland hade avslutats låg tyngdpunkten på att utveckla primärvårdsenheterna i områdets sjukvårdsdistrikt och att integrera främjandet av den psykiska hälsan med det allmänna främjandet av hälsan inom det omfattande TerPS2-projektet. Målet med den strategiskt djärva lösningen var att göra den psykiska hälsan till en del av kommunernas välfärdsprogram på bred front.

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

Abstract

Juha Moring, Viveca Bergman, Esa Nordling, Jaana Markkula, Airi Partanen, Markku Soikkeli (eds.). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. [National Mental Health and Substance Abuse Plan 2009–2015. A broad spectrum of development efforts focusing on content and structure in 2012.]. National Institute for Health and Welfare (THL). Discussionpaper 15/2013. 189 pages. Helsinki, Finland 2013. ISBN 978-952-245-906-0 (printed); ISBN 978-952-245-907-7(online publication)

The implementation of the Mental Health and Substance Abuse Plan (2009–2015) has passed its midpoint. This fourth interim report by THL includes 27 articles that examine the developing of mental health work and substance abuse prevention from a number of different perspectives, including legislation, strategies and programmes, research, extensive development work within organisations and through regional Kaste projects, as well as new content- and methodology-related challenges of development work, such as conduct disorders in young people, gambling, and the application of technology. One of the report chapters specifically focuses on development efforts to promote the client's status: there are good experiences from developing of peer group activities and expertise by experience among rehabilitation clients and their family members.

Chapter 1 examines the merging of mental health work with substance abuse prevention from the perspective of legislation and strategies by drawing on service-related research. The chapter also introduces the mental health promotion handbook. *Kristiina Kuussaari* and *Airi Partanen* (1.1) discuss the progress of joint outpatient clinics for mental health and substance abuse services, proposed in the Mental Health and Substance Abuse Plan, on the basis of the results from THL's survey of substance abuse cases in health and social services. It appears that a variety of services are called joint mental health and substance abuse services. The article focuses especially on "one-stop-shop" type joint primary services for mental health and substance abuse clients. While some one-stop-shops have been established, their number is still quite small. In his article on the possibilities of measuring integration, *Tuukka Tammi* (1.2) discusses the usability of the American DDCAT Index in assessing the capacity of Finnish substance abuse outpatient clinics to treat their comorbid, or dual diagnosis, clients. A pilot with five municipalities showed that the capacity of substance abuse outpatient clinics to treat their clients' co-occurring mental health disorders was fairly good or good whether or not the two services were integrated. The DDCAT Index is not an exact tool for research purposes, and it is possible that the index has more to contribute to treatment-system development than to research: the piloting municipalities considered the DDCAT Index a good development tool. *Pentti Arajarvi* (1.3) studies access to substance abuse services in social welfare and assesses the legislative situation. The Act on Welfare for Substance Abusers has become badly outdated, and the same applies to its objectives concerning substance abuse prevention. A legislative reform would be an opportunity to clarify the right of substance abuse clients to access services and to specify to which services and support measures the clients are entitled. While the bill on social welfare services focuses on the municipalities' responsibility to organise services on the basis of service needs instead of the service users' rights, the future legislation on substance abuse services should focus on the service users' status and rights so as to avoid an increase in regional inequalities. Also the link to mental health services should be emphasised. *Eija Stengård*, *Klaus Lehtinen* and *Juha Ahonen* (1.4) report on the mental health strategy work carried out in the Pirkanmaa region. Even before a region-wide strategy on mental health services was in place, a number of local- and sub-regional strategies were drawn up in the region. The project-based activities were consolidated through the establishment of the Pirkanmaa Mental Health Care Development Unit under the purview of the department of psychiatry at the Tays Central Hospital. The plans were updated in connection with the Pirkanmaa sub-project for the Välittäjä 2013 project. The emergence of the kind of activities identified in the plans already during the strategy process shows the effectiveness and importance of the mental health strategy. A recurrent feedback in several consultation and discussion forums was that mental health knowledge and competence should be reinforced in all levels of society. *Nina Tamminen* and *Pia Solin* (1.5) describe an international co-operation project to create mental health promotion handbooks in 2010–2013. The project is funded by the European Commission Health Programme. Experts from leading European

research institutes on mental health promotion have developed a set of mental health promotion handbooks for use in educational settings, at workplaces, and in older people's residential settings. Each handbook is specifically designed for each of the operation settings and includes information about mental health promotion, practical exercises as well as recommendations for interventions. The article focuses on the possibilities to promote the mental health of older people in connection with efforts to develop housing services.

Chapter 2 gives examples of comprehensive, client-oriented and easy-access services developed in different types of operating units across Finland in accordance with the proposals in the Mental Health and Substance Abuse Plan. The chapter discusses the development challenges associated with the treatment of conduct disorders in young people and analyses the methods to assess depression. In the first article of the chapter, *Timo Salmisaari* (2.1) describes the establishment of the social and health district in South Karelia in 2009–2010 as well as its later development especially from a management perspective. *Timo Salmisaari, Juha Kempainen* and *Ursula Viro* (2.2) describe in their article an information system for the management of electronic processes that helps in the provision of client-oriented and cost-effective mental health and substance abuse services. It can also be used in the developing and evaluation of activities. The article by *Hannu Juvonen* and *Mikko Uuksulainen* (2.3) discusses the implementation of a structural change in psychiatric inpatient care in the hospital district of Itä-Savo in 2009–2011. *Kaisa Saari* and *Kristiina Muhonen* (2.4) write about a mental health clinic in Kempele and describe its broad spectrum of effective services, its networking activities, as well as its collaboration with other services in the municipality. *Pertti Lapinkangas et al.* (2.5) discuss the developing of psychiatric emergency services at the Oulu University Hospital. The main aim was to provide patients with better access to services that are better suited to their needs. Other aims were to improve the flow of emergency services and to increase the level of safety at work. *Anne Herva, Jukka Korhonen* and *Kaisa Riala* (2.6) describe the activities in the Oulu University Hospital department for youth psychiatry, the establishment of an emergency youth psychiatry clinic as well as the progress of a research project focusing on mental disorders in young people. The article by *Päivi Santalahti et al.* (2.7) discusses conduct disorders in children and young people and the risk factors and treatments for conduct disorders. It also describes the support available for the young people and their families. *Timo Partanen* (2.8) examines from a practical point of view the application of the diagnostic criteria for depression. *Anna Forsman* and *Johanna Nordmyr* (2.9) discuss in their article the possibilities of internet use in the promotion of older people's health and welfare. A forthcoming research project will study how the internet can be used as a resource to improve older people's living conditions and to support good ageing. The project will emphasise inclusion, and the target group will be closely involved in the different phases of the project.

Chapter 3 on gambling and web technologies begins with an article in which *Tuula-Leena Raiski* (3.1) discusses key issues concerning the prevention and treatment of disordered gambling. As this is a relatively new field of activity, systematic competence development is necessary in both primary and specialised services. Raiski describes from a variety of perspectives how disordered gambling is encountered in mental health and substance abuse services, what kinds of skills the staff needs for dealing with disordered gambling, and what kinds of training opportunities are available now and in the near future with regard to gambling prevention and treatment. *Markus Sjöholm, Sari Castrén* and *Tuuli Lahti* (3.2) describe how disordered gambling can be treated in virtual environments with the help of cognitive behavioural therapy. They also discuss differences and similarities between virtual and face-to-face client work. Moreover, the authors give examples of how web therapies can be applied to the treatment of other kinds of disorders.

Chapter 4 studies peer group activities and views of experts by experience and family members of mental health and substance abuse clients. The article by *Marko Mättö, Marko Juntunen, et al.* (4.1) focuses on the community centre Asema 78, which is an alcohol- and drug-free meeting place for rehabilitation clients receiving substitution treatment. The article describes rehabilitation clients' personal experiences of how the community centre has helped them to stay away from alcohol and drugs and to manage their daily life through providing opportunities for peer support, for taking responsibility for their actions, and for doing things together with their peers. *Harriet Paattimäki, Sari Miettinen* and *Olli Huhtala* (4.2) present the results of an intermediate evaluation of a project on developing an early-support model for mental health carers. The results indicate, among other things, that family members who care for mental health and sub-

stance abuse clients are in need support and opportunities for participation and that they have found the targeted guidance services as helpful. *Pirkko Haikola* (4.3) describes how important it is that the efforts to develop mental health work take into account the experience of mental health rehabilitation clients, their family members, and experts by experience. She also points out that there is still room for improvement in this. *Esa Nordling* and *Heli Hätönen* (4.4) draw on survey results when they discuss what kinds of activities and experiences persons who have undergone training for experts by experience have with regard to their work as experts by experience within mental health and substance abuse services. The authors also discuss development proposals that arise from these activities and experiences regarding, on one hand, the content and implementation of the training and, on the other hand, post-training support and staff awareness raising about expertise by experience. *Marika Ahola* and *Sanna Ylitalo* (4.5) examine how expertise by experience has been included in municipalities' strategies for mental health and substance abuse services. Experts by experience are consulted in municipalities but there are, however, local and national variations in the definitions of expertise by experience. In the last article of the chapter, *Heini Kapanen* and *Anu-Riikka Rantanen* (4.6) discuss the results and related development proposals from two experience assessments carried out by assessors of experience who have undergone the assessment training organised by the Finnish Central Association for Mental Health. Assessors of experience can introduce new kinds of perspectives into the development and research of mental health services.

Chapter 5 discusses development work carried out in broad-based Kaste projects on mental health and substance abuse services. *Juha Ahonen* (5.1) describes in his article the development work carried out as part of the project *Välittäjä 2011–2013* in the area of Mid-Finland, more specifically in four hospital districts, the Häme joint municipal board for substance abuse treatments, and the City of Lahti. The project aim was to increase client participation, develop early health promotion, increase collaboration between primary and specialised services, as well as apply modern technology in mental health and substance abuse services. It was estimated that the project was successful in promoting preventive work, early interventions, and strategy work. *Marjo Kurki* and *Lauri Kuosmanen* (5.2) give a list of practices developed in sub-projects to the Southern Finland project to develop mental health and substance abuse services. They also describe in more detail the activities of experts by experience. A module-based, multi-form training model for experts by experience was created within the project, and those who took part in the training have been invited to work in several types of tasks. It was discovered that a great challenge for established use of experts by experience is the reconciliation of the experts' fees and social security so as not to jeopardise the basic social assistance of experts by experience. *Alpo Komminaho* (5.3) states that the project *Länsi 2012* introduced firmness to the early mental health and substance abuse services provided in the hospital districts of Satakunta and Varsinais-Suomi. Effective working methods and new work practices were introduced and professionals' competence was improved, while at the same time it was assessed that the project did not last long enough for achieving effects at the population level. *Tiina Nykky* and *Minna Turunen* (5.4) describe a method for self-evaluation of alcohol use which was developed for people aged over 65 years as part of the *Arjen mieli* project for developing mental health and substance abuse services in Eastern and Central Finland. The method was developed because there was a real need for tools for assessing the alcohol use among older people and for promoting their self-care skills. Also the other sub-projects to the *Arjen mieli* project are described in the article. *Matti Kaivosoja* and *Tuula Löf* (5.5) examine development work in Northern Finland. After the projects to develop mental health and substance abuse services in Northern Finland were concluded, the focus was on developing the primary health care units in the hospital districts in the area as well as on integrating mental health promotion with the overall health promotion as part of the extensive *TerPS2* project. The aim of this strategically daring solution was to incorporate mental health services into local welfare programmes on a large scale.

Keywords: addiction psychiatry, alcohol and drugs, electronic services, expertise by experience, gambling disorders, mental disorders, mental health, mental health and substance abuse plan, mental health promotion, mental health rehabilitation, mental health services, peer group activity, preventive mental health work, preventive substance abuse work, psychiatry, service system, services for substance abusers, specialised services for substance abusers, substance abuse problems

Sisällys

Lukijalle.....	3
Tiivistelmä.....	4
Sammandrag.....	7
Abstract.....	10
1 MIELEKKÄITÄ SUUNNITELMIA	14
1.1 Yhdistetyt päihde- ja mielenterveyspalvelut vuoden 2011 päihdetapauskennassa	14
1.2 Voiko integraatiota mitata?	23
1.3 Pääsy sosiaalihuollon päihdepalveluihin	29
1.4 Mielekästä elämää Pirkanmaalla.....	36
1.5 Mielenterveyden edistämisen käsikirja	41
2 SUUNNITELMAN MUKAISTA HOITOA	44
2.1 Johtamisen kokemuksia palvelujärjestelmän muutoksessa.....	44
2.2. Sähköiset prosessien hallintatyökalut mielenterveys- ja päihdepalveluissa	62
2.3 Osallistamista ja riskinottoa: Mieli 2009 -ohjelman toteutumista Itä-Savon sairaanhoitopiirissä 2009–2011.....	73
2.4 Menestyvää mielenterveystyötä kunnassa – toimivat ja monipuoliset palvelut Kempeleessä	76
2.5 Psykiatrisen päivystyksen kehittäminen	78
2.6 Nuorisopsykiatrisen tehohoitoyksikkö ja STUDY-70; nuorisopsykiatrista hoitoa ja tutkimusta	84
2.7 Kohti käytöshäiriöiden näyttöön perustuvia hoitoja	93
2.8 Milloin masennus on sairaus?	99
2.9 Internetanvändning som ett verktyg vid främjande av äldres psykiska hälsa och välbefinnande ...	103
3 PELIT HALTUUN	108
3.1 Rahapeliongelmien ehkäisyn ja hoidon osaamista vahvistamaan.....	108
3.2 Rahapelit poikki virtuaalisesti – työntekijöiden kokemuksia uuden ajan asiakastyöstä.....	114
4 VERTAISTOIMINTAA, KOKEMUSASIAINTUNTIJOITA JA OMAISIA	120
4.1 Asema 78 – päihteiden kohtaamispaikka korvaushoidossa oleville huumeuskuntoutujille Jyväskylässä.....	120
4.2 Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä -projektin (2010–2014) väliarviointi Tampereella ja Etelä-Pohjanmaalla	124
4.3 Käyttäjien ja läheisten reseptit kehittämiseen.....	131
4.4 Miten toteutuu kokemusasiantuntijatoiminta?	143
4.5 Kuuluuko kokemusasiantuntijoiden ääni mielenterveys- ja päihdestrategioissa?	149
4.6 Kokemusrviointikoulutus Mielenterveyden keskusliitossa vuosina 2012–2013	157
5 KASTE	163
5.1 Väli-Suomen mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen	163
5.2 Mielen avain -hanke osallisuuden vahvistajana – kokemusasiantuntijakoulutuksen ja -tehtävien levittäminen.....	166
5.3 Ryhtiä varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyöhön – Länsi 2012 -hanke kuntien kehittämistyötä tukemassa	171
5.4 Käyttäjäkokeuksia yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön itsearviointimittarista	176
5.5 Mieli-suunnitelman toimeenpano Pohjois-Suomessa	182
Kirjoittajat.....	185

1 MIELEKKÄITÄ SUUNNITELMIA

1.1 Yhdistetyt päihde- ja mielenterveyspalvelut vuoden 2011 päihdetapauslaskennassa

Kuussaari Kristiina, Partanen Airi

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2009 julkaisemassa Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mieli -suunnitelma) ehdotettiin yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdehoidon avohoitoyksiköiden perustamista. Tämä palvelu ehdotettiin muodostettavaksi yhdistämällä erikoistason psykiatriset avohoitoyksiköt ja päihdehuollon erityispalveluiden avohoitoyksiköt. Tarvetta palveluiden integrointiin perusteltiin sillä, että mielenterveys- ja päihdeongelmat esiintyvät usein yhdessä ja niitä on syytä hoitaa kokonaisuutena. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015, 2009, 28.) Ajatus mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdistämisestä ei ollut täysin uusi. Tiedetään, että esimerkiksi Imatralla nämä palvelut ovat toimineet yhdessä jo 1990-luvun lopulta lähtien. (Stenius ym. 2012.) Toisaalta integroitua palvelua edustaa myös päihdepsykiatria, jonka juuret ulottuvat Mieli-suunnitelmaa pidemmälle.

Erityistason yhdistettyjen mielenterveyshäiriöiden ja päihdehoidon avohoitoyksiköiden lisäksi Mieli-suunnitelman yhden oven periaatetta käsittelevässä ehdotuksessa todetaan, että matalakynnyksisen yhden oven kautta palvelujärjestelmään pääsemisen mahdollistavissa sosiaali- ja terveyskeskuksissa tulee olla päihde- ja mielenterveyshäiriöiden vuoksi hoidon tarvetta arvioivia hoitajia tai sosiaalityöntekijöitä. Palveluihin tulee päästä joustavasti ja ilman lähetettä. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015, 2009, 22–23.)

Tuoreessa väliarviossa mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä on pohtinut vuonna 2009 esitettyjen ehdotusten toteutumista. Yhden oven periaatetta koskevan ehdotuksen osalta ohjausryhmä toteaa, että ”ehdotus on palvelujen uudistusten yhteydessä toteutuksessa joillakin alueilla” ja tehostettavina toimenpiteenä esitetään perustason mielenterveys- ja päihdetyön vahvistamista. Perus- ja avopalvelujen osalta todetaan, että mielenterveys- ja päihdeongelmaisten siirtyminen avohoitoon ja helposti saavutettaviin peruspalveluihin on edennyt, mutta palveluiden saatavuudessa ja saavutettavuudessa on alueellisia eroja. Tehostettavina toimenpiteinä esitetään palveluiden mahdollisimman helppoa saatavuutta ja hoitavien tahojen yhteistyön ja tiedonkulun sujuvuutta. Sekä päihde- että mielenterveysongelmaisten erityistarpeiden huomioon ottamista korostetaan palveluiden kehittämisen yhteydessä. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015, 23, 48-50.)

Tässä artikkelissa tarkastellaan vuonna 2011 kerätyn päihdetapauslaskennan aineiston pohjalta erityisesti yhdistettyjä päihde- ja mielenterveyspalveluja. Artikkelissa vertaillaan peruspalveluiden yhteydessä toimivien mielenterveys- ja päihdepalveluiden, A-klinikoiden, psykiatristen poliklinikoiden sekä terveyskeskusten asiakkaita ja palveluja näiden palveluiden päihdeasiakkuuksien yhtenevyyksien ja eroavuuksien hahmottamiseksi. Tietoa voi hyödyntää palvelujärjestelmän edelleen kehittämisessä.

Aineisto – monta ymmärrystä yhdistetyistä päihde- ja mielenterveyspalveluista

Päihdetapauslaskennoissa kerätään yhden vuorokauden aikana tietoja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin (pl. lasten päivähoito) tehdyistä päihde-ehtoisista asioinneista. Päihde-ehtoisilla asioinneilla tarkoitetaan sellaisia asiointeja, joissa asiakas on päihdeiden ongelmakäyttäjä, henkilö asioi päihtyneenä tai asioinnin syynä on päihdeiden käyttöön liittyvä kertahaitta, kuten esimerkiksi tapaturma. Laskenta toteutetaan neljän vuoden välein ja viimeinen aineisto kerättiin syksyllä 2011. Tuolloin vuorokauden aikana kertyi 11 738 päihde-ehtoista asiointia. (ks. tarkemmin Kuussaari ym. 2012.)

Toimintayksikkötyyppejä kuvaava muuttuja on olennainen osa päihdetapauslaskentaa. Luokittelun sisältö on vuosien varrella pysynyt jokseenkin muuttumattomana, jotta tietojen vertailtavuus aikaisempiin vuosiin on säilynyt. Vuoden 2011 päihdetapauslaskennassa toimintayksikkötyypiluokittelua kuitenkin uudistettiin jonkin verran, koska palvelurakenteessa oli nähtävissä joitain muutoksia. Mieli-suunnitelman linjauksen kehityksen pohjalta vuoden 2011 päihdetapauslaskennan luokitteluun lisättiin muun muassa kokonaan uusi yksikkötyyppi ”Yhdistetty päihde- ja mielenterveyspalvelu”.

Oman toiminnan sijoittaminen annettuun yksikkötyyppien valikoimaan ei ole aina helppoa. Päihdetapauslaskennassa lomakkeita täyttävät työntekijät saivat varsin vapaasti asemoida yksikön toiminnan annettuihin vaihtoehtoihin. Yhdistettyjen päihde- ja mielenterveyspalvelujen toimintayksikkötyyppiin luokiteltiin varsin erityyppisiä palveluita. Luokkaan oli spontaanisti kirjattu reilut 400 päihde-ehdoista asiointia. Tapauksia kirjanneet yksiköt olivat yksikkötyypeiltään keskenään hyvin erilaisia. Joukossa oli yleisen terveydenhuollon alaisuudessa toimivia päihde- ja mielenterveyspalveluita, päihde- ja mielenterveyskuntoutujille tarkoitettua kuntouttavaa hoitoa, päihdepsykiatriasta hoitoa, päihde- ja mielenterveyskuntoutujille tarkoitettuja asumispalveluita sekä työtoimintaa. Mukana oli myös yksittäisiä mainintoja terveyskeskusten päihde- tai mielenterveyshoitajista. Tämä kirjausten moninaisuus kertoo siitä, että ymmärrys yhdistettyjen päihde- ja mielenterveyspalveluiden sisällöstä oli varsin laeva. Hyvin erityyppisissä konteksteissa toimivat työntekijät olivat tunnistaneeet toimintansa kuuluvan tähän luokkaan.

Tällaisen luokan käyttäminen aineiston analyyseissa ei kuitenkaan ollut mahdollista, koska se oli sisällöltään niin moniaineinen. Tietoja jouduttiin korjaamaan jälkikäteen. Korjauksia tehtiin tilanteissa, joissa yksikön tiedot oli selvästi sijoitettu väärään luokkaan. Esimerkiksi asumispalveluyksiköt siirrettiin yhdistettyjen palvelujen luokasta joko päihdehuollon asumispalveluiden tai muiden asumispalveluiden luokkaan. Korjauksia tehtiin myös silloin, kun osa saman yksikön tiedoista oli luokiteltu yhteen toimintayksikkötyyppiin ja osa toiseen.

Selvimmän oman ryhmänään yhdistetyistä päihde- ja mielenterveyspalveluista erottuivat peruspalveluiden yhteydessä toimivat yhdistetyt mielenterveys- ja päihdepalvelut. Tässä artikkelissa yhdistetyistä päihde- ja mielenterveyspalveluista poistettiin päihde- ja mielenterveyskuntoutujille tarkoitettu kuntouttava hoito, asumispalvelut ja työtoiminta. Lisäksi päihdepsykiatrisen hoito yhdistettiin muuhun psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Terveyskeskuksissa toimiville päihde- ja/tai mielenterveyshoitajille ei päihdetapauslaskennan toimintayksikkötyypiluokittelussa ollut omaa luokkaansa. Joidenkin yksiköiden nimen perään oli kyllä kirjattu, että kyseessä oli päihde- ja/tai mielenterveyshoitajan vastaanotto, mutta kirjaukset olivat niin satunnaisia, että niiden poimiminen omaksi ryhmäkseen ei ollut mielekästä.

Tämän uudelleen järjestelyn jälkeen peruspalveluiden yhteydessä toimivien yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdepalveluiden (myöhemmin ”yhdistetty mielenterveys- ja päihdepalvelu”) luokkaan jäi 115 päihde-ehdoista asiointia¹. Mukana on sellaisia palveluja, joiden toimintaympäristö on terveyskeskus tai vastaava, ja joiden toiminta on profiloitunut selvästi sekä päihde- että mielenterveysasiakkaiden hoitamiseen. Yhdistettyjen, perustason yhteydessä toimivien mielenterveys- ja päihdepalvelujen ryhmään sisältyi myös joitakin erikoissairaanhoidon taseoisia yksiköitä, vaikka ne fyysisesti olivat peruspalveluiden yhteydessä. Yhteistä mukaan otetuille yksiköille oli peruspalveluille tyypillinen suora hoitoon hakeutumistapa.

Kaarinan mielenterveys- ja päihdeyksikkö Vinti, Raision päihde- ja mielenterveysyksikkö ja Espoon mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Emppu ovat esimerkkejä tässä tarkastelussa mukana olevista yksiköistä. Yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdepalveluiden luokassa oli vain 21 eri toimipistettä. Yhdistettyjä, peruspalveluiden toimintaympäristössä olevia mielenterveys- ja päihdepalveluja on siis syntynyt, mutta niiden määrä on vähäinen. Vertailemme yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdepalveluiden tietoja (n=115) A-klinikoiden tai vastaavien päihdehuollon avopalveluiden² (n=1 661), psykiatristen poliklinikoiden (n=636) ja terveyskeskusten avohoidon (n=873) tietoihin. Joissakin kohdissa vertailuaineistona käytetään

¹ Luku eroaa selvästi artikkelissa Kuussaari ym. (2012) käytetystä luvusta, koska nyt käsillä olevaa analyysia varten aineistoon tehtiin täsmennyksiä ja korjauksia.

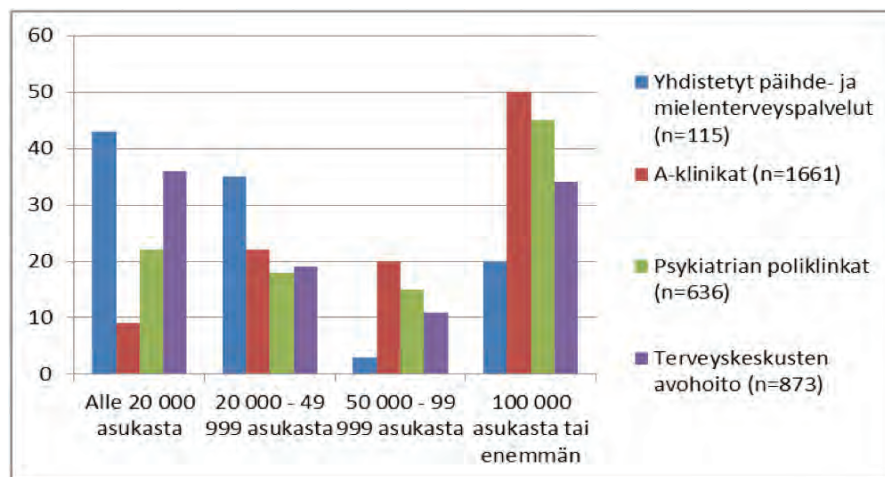
² Myöhemmin tässä artikkelissa käytetään A-klinikoista tai vastaavista päihdehuollon avopalveluista nimitystä A-klinikat. On kuitenkin hyvä huomioda, että mukana on myös muuta aikuisille suunnattua päihdehuollon erityispalveluiden avohoittoa.

koko päihdetapauslaskennan aineistoa. Yhdistettyihin mielenterveys- ja päihdepalveluihin tehtyjen päihde-ehdoisten asiointien lukumäärä on suhteellisen matala; luokkaan sijoittui ainoastaan noin prosentti koko aineiston tapauksista. Tämän takia nyt raportoitaviin tuloksiin on syytä suhtautua varauksella ja tuloksia voidaan pitää ainoastaan suuntaa antavina. Toisaalta nyt raportoitavan empiirisen aineiston avulla on mahdollista ensimmäistä kertaa hahmottaa sitä, minkälaisesta palvelukokonaisuudesta yhdistetyissä perustason toimintaympäristössä olevissa päihde- ja mielenterveyspalveluissa voi olla kysymys ja millaisia päihdeasiakkuuksia niissä on.

Yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdepalveluiden sijainti ja palveluiden luonne

Päihde-ehdotin asiointi yhdistetyissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa, A-klinikoilla, psykiatrian poliklinikoilla ja terveyskeskusten avohoidossa oli jakaantunut alueittain siten, että kaikissa neljässä toimintayksikkötyypissä valtaosa päihde-ehdoisista asioinneista tehtiin Etelä-Suomen suuralueella³ sijaitseviin yksiköihin. Yhdistettyihin mielenterveys- ja päihdepalveluihin tehtyjä päihdeasiointeja oli Itä-Suomen suuralueella enemmän kuin muihin kolmeen yksikkötyppiin tehtyjä asiointoja. Länsi-Suomen suuralueella päihdeasiointit kohdistuivat puolestaan useammin psykiatrian poliklinikoille tai terveyskeskusten avohoitoon kuin yhdistettyihin palveluihin tai A-klinikoille. Pohjois-Suomen suuralueella päihde-ehdoisia asiointoja tehtiin yhdistettyihin palveluihin ja terveyskeskusten avohoitoon. Ahvenanmaan osalta havaintoja oli ainoastaan psykiatrian poliklinikoille kohdistuneista päihde-ehdoisista asioinneista.

Kuviosta 1 nähdään, että reilut 40 prosenttia yhdistettyihin mielenterveys- ja päihdepalveluihin tehdyistä päihde-ehdoisista asioinneista tehtiin pienillä, alle 20 000 asukkaan paikkakunnilla. Myös terveyskeskusten avohoitoon kohdistui paljon päihde-ehdoisia asiointoja pienillä paikkakunnilla. Toisaalta näyttäisi siltä, että myös suurimmissa kunnissa terveyskeskuksiin tehtiin laskentavuorokauden aikana paljon päihde-ehdoisia asiointoja. A-klinikoiden ja psykiatrian poliklinikoiden päihde-ehdoiset asiointit tapahtuivat pääsääntöisesti suurissa, yli 100 000 asukkaan kunnissa. Tämä kertoo siitä, että erityispalveluita on tarjolla suurilla paikkakunnilla kun taas pienemmällä paikkakunnilla päihde- ja mielenterveyspalveluita pyritään tarjoamaan jo olemassa olevassa palvelurakenteessa.



Kuvio 1. Päihde-ehdoiset asiointit yhdistetyissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa, A-klinikoilla, psykiatrian poliklinikoilla ja terveyskeskusten avohoidossa yksikön sijaintikunnan koon mukaan (%)

³ Tässä on käytetty vuonna 2011 voimassa ollutta suuraluejaottelua.

Yhdistetyt mielenterveys- ja päihdepalvelut olivat päihdetapauslaskennan aineistossa pääsääntöisesti avopalveluita. Päihde-ehtoiset asiointit näissä integroiduissa palveluissa tapahtuivat virka-aikana ja yleensä asiakas oli varannut ajan etukäteen. Ilman ajanvarausta tapahtuvia asiointeja oli 14 prosentissa tapauksista. Reilut puolet (55 %) yhdistettyihin mielenterveys- ja päihdepalveluihin tehdyistä päihde-ehtoisista asioinneista oli kestoaltaan 30–45 minuutin pituisia. Lyhyitä 15 minuuttia tai tätä vähemmän kestäviä asiointeja oli 18 prosentilla ja tunnin tai sen yli kestäneitä asiointeja 26 prosentilla.

Asiakkaiden taustatietoja

Suurin osa yhdistetyissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa päihdeiden käytön takia asioineista henkilöistä oli miehiä. Naisten osuus oli kuitenkin korkeampi (36 %) kuin koko päihdetapauslaskennan aineistossa (28 %) (vrt. Kuussaari ym. 2013). Psykiatrian poliklinikoiden asiakaskunnasta naisten osuus oli jonkin verran suurempi (43 %) kuin yhdistetyissä palveluissa, kun taas A-klinikoiden ja terveyskeskusten päihde-ehtoisien asiointien sukupuolijakauma oli enemmän koko aineiston kaltainen. Yhdistetyissä palveluissa asiointien henkilöiden ikäkeskiarvo oli 40 vuotta, vaihteluvälin ollessa 19–70 vuotta. Ikäkeskiarvo oli samansuuntainen psykiatrian poliklinikoiden (38 vuotta) ja A-klinikoiden (40 vuotta) asiakkaiden kanssa. Terveyskeskusten avohoidossa ja koko aineistossa asiakkaat olivat sen sijaan keskimäärin hieman vanhempia. (Ks. taulukko 1.)

Taulukko 1. taustatietoja yhdistetyissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa, A-klinikoilla, psykiatrian poliklinikoilla, terveyskeskusten avohoidossa ja koko aineistossa

	Yhdistetyt päihde- ja mielenterveyspalvelut (n=115)	A-klinikat (n=1661)	Psykiatrian poliklinikat (n=636)	Terveyskeskusten avohoido (n=873)	Koko aineisto (n=11 738)
Naisia (%)	36	29	43	27	28
Keski-ikä (v)	40	40	38	45	47
Parisuhteessa (%)	25	30	25	29	20
Alle 18v lapsia (%)	34	34	29	19	20
Työelämässä (%)	15	14	16	15	8
Työttömänä (%)	46	55	34	36	36
Eläkkeellä (%)	30	19	31	29	43
Oma tai vuokra-asunto (%)	83	82	79	66	62
Masennus (%)	31	31	48	27	26
Muu mielenterveydenhäiriö (%)	37	27	60	22	29

Taulukosta 1 nähdään, että neljäsosa yhdistettyjen palveluiden päihdeasiakkaista oli parisuhteessa ja kolmasosalla oli alle 18-vuotiaita lapsia. Parisuhteen osalta päihdeasiakkuudet eivät suuresti eronneet muista yksiköistä, mutta alle 18-vuotiaita lapsia oli muita yksiköitä selvästi vähemmän terveyskeskusten avohoidossa asioineilla. Tämä saattaa osin selittyä sillä, ettei neljäsosassa terveyskeskusten avohoidon vastauksista ollut tietoa asiakkaan alaikäisistä lapsista.

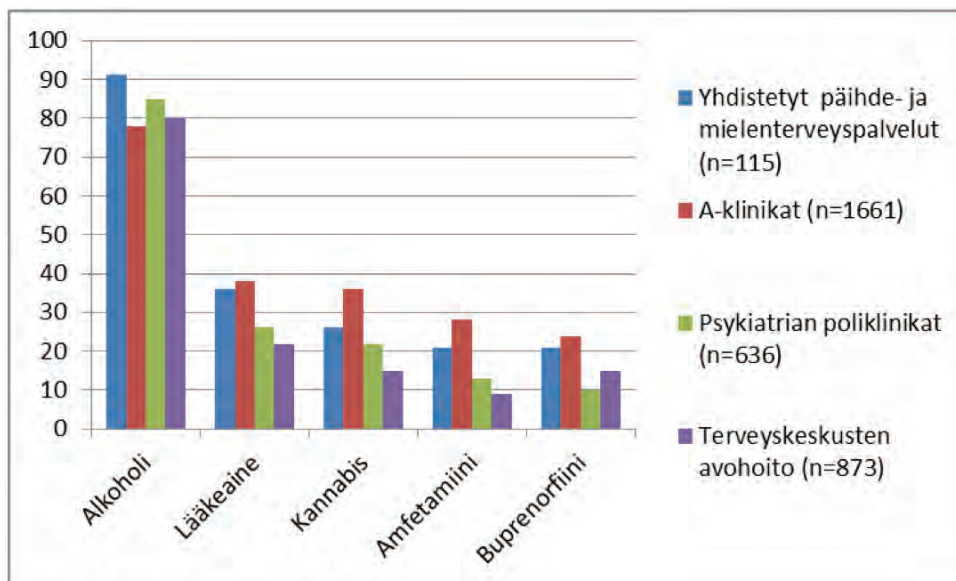
Eläkkeellä oli 30 prosenttia yhdistettyjen palveluiden päihde-ehdoisista asiakkaista. Työttömiä oli 46 prosenttia ja työelämässä 15 prosenttia asiakkaista. Yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdepalveluiden päihdeasiakkaat erosivat A-klinikoiden asiakaskunnasta asiakkaan pääasiallisen toiminnan suhteen. A-klinikoiden asiakkaissa oli vähemmän eläkkeellä (19 %) olevia ja enemmän työttömiä (55 %). Työssä olevien osuus (14 %) oli sen sijaan samaa luokkaa kuin yhdistettyjen palveluiden asiakkaiden keskuudessa. Psykiatrian poliklinikoiden ja terveyskeskusten avohoidossa asioineista työttömänä oli vähemmän, mutta eläkkeellä olevien osuus oli samaa tasoa kuin yhdistetyissä mielenterveys- ja päihdetyön palveluissa.

Omassa tai vuokra-asunnossa asui 83 prosenttia yhdistetyissä palveluissa asioineista päihdeasiakkaista. Asumisen status yhdistetyissä palveluissa, A-klinikoilla ja psykiatrisilla poliklinikoilla päihdeasiakkaista oli parempi kuin koko aineistossa, jossa oma tai vuokra-asunto oli 62 prosentilla päihde-ehdoisista asiakkaista.

Päihdetapauslaskennassa tiedusteltiin myös sitä, onko asiakkaalla jokin muu kuin päihdeasiakkaista liittyvä mielenterveyden häiriö. Masennusta oli lähes joka kolmannella (31 %) yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdepalveluiden sekä A-klinikoiden asiakkaista. Terveyskeskusten avohoitoon kohdistuneista päihde-ehdoisista asioinneista reiluun neljännekseen liittyi masennus. Psykiatrian poliklinikoiden päihde-ehdoisten asiakkaiden keskuudessa masennus oli jonkin verran yleisempää (48 %) kuin muissa palveluissa. Muut mielenterveyden häiriöt oli kirjattu niin ikään yleisimmin psykiatrian poliklinikoilla, joiden päihde-ehdoisista asioinneista 60 prosentissa oli päihdehäiriön lisäksi myös jokin muu mielenterveyden häiriö. Yhdistetyissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa muu mielenterveyden häiriö oli 37 prosentilla päihdeasiakkaista. A-klinikoiden ja terveyskeskusten avohoidon päihdeasiakkaista liittyvissä asioinneissa muut mielenterveydenhäiriöt olivat jonkin verran harvinaisempia. (Taulukko 1.)

Käytetyt päihdeet

Alkoholia viimeisen 12 kuukauden aikana oli käytetty 91 prosentissa yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdepalveluiden päihde-ehdoisista asioinneista. Tämä eroaa A-klinikoille tehdyistä asioinneista, joissa viimeisen vuoden aikaista alkoholinkäyttöä oli 78 prosentilla. Ero heijastanee osin sitä, että A-klinikoiden asiakaskunnasta osa oli pitkissä hoitosuhteissa olevia päihdekuntoutujia, joilla ei enää ollut lainkaan päihdeiden käyttöä, sekä osin sitä, että A-klinikoilla asioineiden päihdeasiakkaiden käyttö painottui alkoholin käyttöä enemmän muihin päihdeisiin. Yhdistetyissä palveluissa näyttäisi puolestaan asioivan henkilöitä, joilla viimeaikainen alkoholin käyttö oli yleisintä. Psykiatrian poliklinikoiden päihde-ehdoisista asioinneista viimeisen vuoden aikaista alkoholin käyttöä oli ollut 85 prosentilla ja terveyskeskusten avohoidon päihde-ehdoisissa asioinneissa alkoholia oli käytetty tätä hieman harvemmin. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Asiakkaiden alkoholin, lääkeaineiden, kannabiksen, amfetamiinin ja buprenorfiinin päihdekäyttö viimeisen 12 kuukauden aikana yhdistetyissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa, A-klinikoilla, psykiatrian poliklinikoilla ja terveyskeskusten avohoidossa (%)

Viimeisen vuoden aikaisen päihdekäytön osalta yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdepalveluiden päihde-ehdoissa asioinneissa oli useammin lääkeaineiden, kannabiksen, amfetamiinin tai buprenorfiinin käyttöä kuin psykiatrian poliklinikoiden päihde-ehdoissa asioinneissa. Terveyskeskusten avohoidon päihde-ehdoissa asioinneissa viimeisen vuoden aikainen laittomien huumeiden käyttö, buprenorfiinia lukuunottamatta, oli harvinaisempaa kuin muissa tarkastelun kohteena olevissa toimintayksikkötyypeissä. A-klinikoilla sen sijaan asioi enemmän sekä lääkeaineiden että kannabiksen, amfetamiinin ja buprenorfiinin käyttäjiä, joskin erot sekä lääkeaineiden että buprenorfiinin päihdekäytön osalta olivat varsin pienet yhdistettyihin palveluihin verrattuna. Tämä kertonee jotain siitä, että A-klinikoille hakeudutaan useammin silloin kun päihdeongelma hankaloituu ja päihteiden käytön repertuaariin kuuluu myös laittomia päihteitä. A-klinikoiden rooli päihdehuollon erityispalveluna korostuu. A-klinikoiden asiakkaiden rankemmasta päihdetaustasta kertoo myös se, että asiakkaista puolet oli käyttänyt huumausaineita pistämällä joskus elämänsä aikana. Yhdistetyissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa joskus elämänsä aikana pistämällä huumeita käyttäneitä päihdeasiakkaita oli 38 prosenttia ja psykiatristen poliklinikoiden päihdeasiakkaita pistämällä tapahtunutta käyttöä oli ollut 23 prosentilla. Terveyskeskusten avohoidon päihde-ehdoista asiakkaista reilu neljännes (27 %) oli käyttänyt huumeita pistämällä.

Palvelujen käytön ensisijainen syy ja annetut palvelut

Kaikissa neljässä toimintayksikkötyypissä valtaosa asiakkaista oli valikoitunut mukaan päihdetapauskantaan, koska he olivat päihteiden ongelmakäyttäjiä. Yhdistetyissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa ensisijainen palveluun hakeutumisen syy oli päihdeongelma 62 prosentilla asiakkaista. Ensisijaisesti psyykkisen syyn takia yhdistettyjen yksiköiden piiriin oli hakeutunut 21 prosenttia asiakkaista. A-klinikoiden asiakkaista valtaosa (87 %) oli hakeutunut palvelun piiriin päihdeongelman takia ja psykiatristen poliklinikoiden asiakkaista suurin osa (76 %) oli palvelun piirissä jonkin psyykkisen syyn takia. Terveyskeskusten avohoitoon päihdeasiakkaat hakeutuivat somaattisen sairauden (32 %) tai päihdeongelman (27 %) takia.

Päihdeasiakkaiden laskentapäivänä saamista palveluissa oli jonkin verran eroja sen mukaan missä palvelua oli annettu (ks. taulukko 2).

Taulukko 2. Asiakkaalle annetut palvelut yhdistetyissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa, A-klinikoilla, psykiatrian poliklinikoilla ja terveyskeskusten avopalveluissa (%)

	Yhdistetyt mielenterveys- ja päihdepalvelut (n=115)	A-klinikat (n=1661)	Psykiatrian poliklinikat (n=636)	Terveyskeskusten avohoito (n=873)
Toimeentuloturva-asian hoitaminen	5	2	6	2
Avustaminen elämänhallintaan liittyvissä ongelmissa	36	15	26	12
Avustaminen muissa sosiaalisissa ongelmissa	15	8	9	3
Somaattinen tutkimus ja hoito	3	2	3	42
Psykiatrinen tutkimus ja hoito	14	2	58	9
Mini-interventio	4	2	4	7
Päihdetilanteen selvittely	36	28	18	22
Terapeuttinen keskustelu	44	30	41	17
Katkaisuhoito	5	5	1	3
Lääkehoito (muu kuin opioidiriippuvuuden korvaushoito)	30	24	22	18
Opioidiriippuvuuden korvaushoito	21	34	13	17
Ohjattu muualle	2	1	4	6

⁴ Taulukossa 2 ilmoitetut prosentiosuudet eivät summaudu sataan, koska tämän kysymyksen kohdalla pyydettiin ilmoittamaan kaikki ne palvelut, joita asiakas oli laskentavuorokauden aikana saanut.

Yllä olevassa taulukossa näkyviä tietoja tulkittaessa on tärkeä huomata, että päihdetapauslaskennassa määriteltyjen palveluiden listaus ei ole hoidon kaikkia yksityiskohtia kattava, koska päihdetapauslaskennassa on mukana hyvin erityyppisiä palveluita ja näin ollen käytössä olevien menetelmien kirjo on melkoinen. Lomakkeessa käytetty palveluiden listaus on monitulkintainen myös siitä syystä, että luokat eivät ole täysin toisiaan poissulkevia, jolloin on vaikea erotella eri palveluiden sisältöjä toisistaan. Listauksessa on käytetty myös hyvin laajoja käsitteitä kuten esimerkiksi ”terapeuttinen keskustelu”, joka eri toimintaympäristöissä saattaa saada hyvinkin erilaisen merkityksen. On myös mahdotonta tietää, missä määrin esimerkiksi vaihtoehto ”somaattinen hoito ja tutkimus” sisältää myös asiakkaalle tai potilaalle annettua lääkehoitoa, jolle listauksessa on myös oma kohtansa. Lisäksi on mahdollista, että eri yksiköiden kirjaamiskäytännöissä on ollut eroja. Saattaa olla, että joissain yksiköissä on kirjattu ainoastaan pääasiallinen palvelu, kun taas toisaalla on saatettu kirjata eri palveluita hyvinkin tarkkaan. Näistä puutteista huolimatta kysymyksen avulla voidaan yleisellä tasolla tarkastella, minkälaisia eri palveluita päihdeasiin liittyvien asiointien yhteydessä toteutettiin laskentapäivänä nyt tarkastelun kohteena olevissa toimintayksiköissä.

Yhdistetyissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa erilaisia palveluita oli käytetty vaihtelevasti ja monimuotoisesti ja palveluissa näyttäisivät korostuvan erilaiset psykososiaaliset palvelukokonaisuudet. Terapeuttiset keskustelut (44 %) olivat laskentavuorokauden aikana yleisin palvelu, jota päihdeasiakkaalle annettiin yhdistetyissä palveluissa. Yleinen päihdeilanteen selvittely (36 %) sekä avustaminen erilaisissa elämänhallintaan liittyvissä ongelmissa (36 %) olivat niin ikään usein annettuja palveluita. Lääkehoitoa oli annettu 30 prosentille yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdepalveluiden päihdeasiakkaista ja viidesosa (21 %) niiden asiakkaista oli opioidiriippuvuuden korvaushoidossa.

A-klinikoilla annetut palvelut olivat samankaltaisia kuin yhdistetyissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa. A-klinikoilla kolmannes (34 %) asiakkaista sai laskentavuorokauden aikana opioidiriippuvuuden korvaushoitoa. Terapeuttiset keskustelut sekä yleisen päihdeilanteen selvittely olivat myös palveluita, joita A-klinikoilla annettiin. Muuta kuin opioidiriippuvuuden korvaushoitoon liittyvää lääkitystä sai neljäsosa laskennassa mukana olleista A-klinikoiden asiakkaista.

Psykiatrian poliklinikoilla annetut palvelut liittyivät odotetusti psykiatriseen tutkimukseen ja hoitoon. Lähes 60 prosentille psykiatrian poliklinikoiden päihdeasiakkaista oli annettu nimenomaan psykiatrista palvelua. Terapeuttisia keskusteluja oli käyty reilun 40 prosentin kanssa ja neljäsosaa oli autettu erilaisissa elämänhallintaan liittyvissä ongelmissa. Lääkehoitoa oli saanut reilu viidennes psykiatrian poliklinikalla laskentapäivänä asioineista päihdeasiakkaista.

Terveyskeskuksissa laskentapäivänä tapahtuneissa päihde-ehdoisissa asioinneissa annettujen palveluiden painopiste oli selkeästi somaattisessa tutkimuksessa ja hoidossa. Päihdeilanteen selvittely ja muu kuin opioidikorvaushoidon lääkehoito olivat niin ikään usein annettuja palveluita. Terveyskeskusten avopalveluissa 17 prosentissa päihde-ehdoiseen asiointiin liittyi opioidiriippuvuuden korvaushoito. Kun terveyskeskusten avopalveluissa annettuja palveluita verrataan yhdistetyissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa annettuihin palveluihin, voidaan todeta, että niissä on eroja. Terveyskeskuksissa palvelut painottuvat selvästi somaattiseen hoitoon ja lääkehoitoon kun taas yhdistetyissä palveluissa käytetään enemmän psykososiaalisia palveluita.

Johtopäätökset

Stenius ja kumppanit (2012) toteavat, että integraation käsite on moniulotteinen ja vaikeasti rajattavissa. Päihdetapauslaskennan aineisto ei anna mahdollisuutta arvioida sitä, minkälaisesta integraatiosta tutkimuksessa mukana olevissa peruspalveluiden tasolla toimivissa yhdistetyissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa oli kysymys. On oletettavaa, että mukana aineistossa oli sekä yksiköitä, joissa toteutettiin palveluintegraatiota, että yksiköitä joissa integraatio toteutui järjestelmätasolla (käsitteistä tarkemmin Stenius ym. 2012; Tammi 2013 tässä julkaisussa). Aineisto tarjoaa kuitenkin viitteitä siitä, että kyseessä on epämääräinen käsite ja oman toiminnan asemoiminen ”yhdistettyihin päihde- ja mielenterveyspalveluihin” on ollut vastaajille haasteellista. Aineistosta nousi selvästi esiin se, että yhdistetyt päihde- ja mielenterveyspalvelut on kenttäväen keskuudessa tulkittu varsin monenlaisiksi toiminnaksi. Vastaaajien lavean ymmärryksen voikin

tulkita viittaavan siihen, että poliittis-hallinnollinen puhe on otettu vakavasti, mutta käytännön tasolla toiminnan orientaatiot ovat muuttuneet vain vähän.

Tässä artikkelissa tarkasteltiin peruspalveluiden toimintaympäristön yhteyteen syntyneiden yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokonaisuuksia. Tällaisia yksiköitä oli kuitenkin vain vähän, ja niissä tapahtuneiden päihde-ehtoisten asiointien osuus kaikesta päihde-ehtoisesta asioinnista oli hyvin pieni. Peruspalveluiden toimintaympäristössä olevien yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdepalvelujen mielenterveys- ja päihdetyön yksiköiden erityisosaamistaso oli myös vaihteleva. Artikkelissa raportoidut tiedot ovat siis ainoastaan suuntaa antavia, eikä tuloksia ei voi yleistää laajemmin. Aineiston reunaehdot huomioiden artikkeli tarjoaa kuitenkin mahdollisuuden tarkastella peruspalveluiden toimintaympäristön yhteydessä toimivia yhdistettyjä mielenterveys- ja päihdepalveluita nyt ensimmäistä kertaa hieman tarkemmin ja selvittää näiden palveluiden luonnetta sekä niissä tehtyjen päihde-ehtoisten asiointien taustatekijöitä verrattuna vakiintuneisiin päihde- ja mielenterveyspalveluiden järjestämistapoihin.

Suuri osa päihde-ehtoisista asioinneista tapahtui Etelä-Suomen suuralueella, siis siellä, minne väestö ja palvelut ovat kasaantuneet. Itä-Suomen suuralueella päihde-ehtoiset asioinnit kohdistuivat yhdistettyihin palveluihin useammin kuin muihin tämän tarkastelun kohteena oleviin palvelutyyppeihin. Alueellisen tarkastelun lisäksi selvitimme, kohdistuivatko päihde-ehtoiset asioinnit erikokoisissa kunnissa eri palveluihin. Pienissä, alle 20 000 asukkaan kunnissa päihdeasiointiin liittyviä asiointeja tehtiin useammin yhdistettyihin mielenterveys- ja päihdepalveluihin ja terveyskeskuksiin. Suurissa yli 100 000 asukkaan kunnissa päihde-ehtoisia asiointeja tehtiin puolestaan A-klinikoille ja psykiatrian poliklinikoille.

Asiakkaiden sosiodemografiset tiedot olivat aika lailla toistensa kaltaisia kaikissa toimintayksikkötyypissä. Joitain eroja kuitenkin löytyi. Yhdistettyihin mielenterveys- ja päihdepalveluihin sekä psykiatrian poliklinikoille tehdyissä päihde-ehtoisissa asioinneissa naisten osuus oli suurempi kuin A-klinikoilla ja koko aineistossa. Eläkkeellä olevien osuus korostui yhdistettyihin palveluihin ja psykiatrian poliklinikoille tehdyissä asioinneissa. Tämä havainto ilmentää sitä, että mielenterveyteen liittyvät syyt ovat tällä hetkellä yleisin eläköitymiseen johtava tekijä. A-klinikoiden päihde-ehtoisissa asioinneissa korostui sen sijaan työttömien osuus.

Näyttäisi siltä, että asiakkaat ohjautuvat erityyppisiin palveluihin, jos katsotaan käytettyjä päihdeitä ja mielenterveyteen liittyviä häiriötä. Jos asiakkaalla oli ollut laittomien huumeiden käyttöä viimeisten 12 kuukauden aikana tai elämän aikaista huumeiden pistoskäyttöä, niin hän oli useammin hoidossa A-klinikalla kuin yhdistetyissä palveluissa, psykiatrian poliklinikoilla tai terveyskeskusten avohoidossa. Jos taas asiakkaalla oli päihdehäiriön lisäksi jokin muu mielenterveyden häiriö, hän oli useammin hoidossa psykiatrian poliklinikoilla tai yhdistetyissä palveluissa kuin A-klinikoilla tai terveyskeskuksissa. Mielenterveys- ja päihdeongelmia hoidetaan kuitenkin kaikissa näissä hoitoyksikkötyypeissä myös ristiin.

Erilaisesta ohjautuvuudesta kertoi myös palveluiden käytön ensisijainen syy. Yhdistettyihin mielenterveys- ja päihdepalveluihin oli hakeuduttu sekä päihde- että mielenterveysongelmien takia, kun taas A-klinikoille hakeutumisen ensisijaisena syynä korostuivat päihdeongelmat ja psykiatristen poliklinikoiden osalta psyykkiset syyt. Terveyskeskuksiin päihdeasiakkaat hakeutuivat erilaisten somaattisten syiden takia.

Yhdistetyissä mielenterveys- ja päihdeyksiköissä annettujen palveluiden kirjo oli laaja ja moniulotteinen. Se muistutti kuitenkin profiililtaan enemmän psykiatrian poliklinikoiden kuin A-klinikoiden palvelukirjoa. Tässä tutkimuksessa A-klinikoiden antamat palvelut olivat yllättävän selvästi painottuneita opioidiriippuvuuden korvaushoitoon. Tämä havainto saattaa kertoa siitä, että korvaushoitopotilaiden hoidon organisoiminen osaksi esimerkiksi perusterveydenhuollon toimintaa on yhä haasteellista ja näin ollen suuri osa korvaushoitopotilaista ohjautuu edelleen päihdehuollon erityispalveluiden asiakkaiksi. Toisaalta on tärkeä huomata, että menetelmänä päihdetapauskasvattaminen saattaa jossain määrin korostaa korvaushoidossa olevien asiakkaiden osuutta, koska suurin osa korvaushoidossa olevista asiakkaista hakee lääkkeensä toimintayksiköstä päivittäin. Esimerkiksi terapia-asiakkaiden kohdalla tapaamisia on luultavasti huomattavasti harvemmin.

Yhden oven periaatteella peruspalveluiden toimintaympäristössä toimivia yhdistettyjä mielenterveys- ja päihdepalveluja on siis syntynyt, mutta vähäisessä määrin. Yhdistetyistä perustason palveluista tulleet tiedot saatiin useammin alle 20 000 asukkaan kunnista kuin suurista yli 100 000 asukkaan kunnista. Alle 20 000 asukkaan kunnissa taustalla voi olla käytännön arki – pienillä resursseilla on pystyttävä hoitamaan niin

päihde- kuin mielenterveysongelmia samanaikaisesti. Suurissa kunnissa ja laajemmilla väestöpohjilla voidaan helpommin erikoistua erityyppisille asiakasryhmille tuotettaviin palveluihin.

Meneillään oleva kunta- ja palvelurakenteen uudistaminen luo mahdollisuuksia muuttaa palvelujärjestelmää palveluita käyttävän kuntalaisen tarpeisiin paremmin vastaaviksi. Perustason toimintaympäristössä toimivat yhdistetyt mielenterveys- ja päihdepalvelut saattavat olla esimerkiksi päihteitä käyttäville naisille houkuttelevampia kuin nykyiset A-klinikat. Yhdistetyissä palveluissa näytettiin myös tunnistettavan ja hoidettavan A-klinikoita enemmän mielenterveyshäiriöitä. Päihdetilanteen selvittelyn yleisyys saattaa viitata siihen, että niissä asioi akuutisti päihteitä käyttäviä, kun taas A-klinikoilla hoidossa olevilla riippuvuusongelmaisilla saattaa olla pidempiä hoitosuhteita, joissa ei samassa määrin tarvitse keskittyä akuutin päihdetilanteen selvittelyihin. A-klinikat näyttäytyivät tässä hoitoyksikköinä, joissa on yhdistettyjä palveluita enemmän huumeisiin ja erityisesti opioidiriippuvuuden lääkkeelliseen korvaushoitoon liittyvää asiointia. Psykiatristen poliklinikoiden palveluissa korostui puolestaan psykiatrinen tutkimus ja hoito sekä terapeutin keskustelu enemmän kuin yhdistetyissä palveluissa.

On tärkeää varmistaa palvelujärjestelmän kehittämisessä se, että palveluihin pääsy on helppoa niin päihdeongelmaisille, mielenterveysongelmaisille kuin myös samanaikaisesti näistä molemmista ongelmista kärsiville, ja että he kaikki saavat tarpeisiinsa vastaavaa, osaavaa apua, tukea, hoitoa ja kuntoutusta. Palvelurakennemuutoksessa pyritään vahvistamaan peruspalveluja erityisosaamisen tuella. Peruspalveluiden toimintaympäristössä toimivat matalakynnyksiset mielenterveys- ja päihdepalvelut saattavat houkutella joitakin uusia asiakasryhmiä. On kuitenkin myös huolehdittava siitä, ettei yhdistäminen samalla sulje pois osaa palveluita tarvitsevista ihmisistä.

Lähteet

- Kuussaari, Kristiina & Ronkainen, Jenni-Emilia & Partanen, Airi & Kaukonen, Olavi & Vormaa, Helena: Kuntoutuksesta katkaisuun. Päihdetapauslaskenta palvelujärjestelmän kuvaajana. *Yhteiskuntapolitiikka* 77(2012):6, 640–655.
- Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi & Stenius, Kerstin: Päihdeasiakas sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. 2013 (tulossa).
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24.
- Stenius, Kerstin & Kekki, Tuula & Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi: Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 77(2012):2, 167–175.

1.2 Voiko integraatiota mitata?

Tammi Tuukka

Maaailma ei ole mustavalkoinen, eikä päihdepalvelujärjestelmä kaksijakoinen. Näistä totuuksista jälkimmäinen selvisi tutkimusryhmällemme pian sen jälkeen kun olimme ottaneet tutkittavaksi kahdeksan suomalaisen kunnan päihdehoitojärjestelmät. Alkuperäinen tarkoituksemme Päihteet mielessä -tutkimushankkeessa oli vertailla kahta paikallista mallia: sellaista, jossa päihde- ja mielenterveyspalvelut on integroitu, ja sellaista, jossa ne on toteutettu erillispalveluina. Integroitua mallia edustivat kolme kaupunkia (Espoo, Imatra ja Jyväskylä), jotka olivat itse määritelleet palveluidensa olevan integroituneita, ja erillispalvelumallia loput tutkimuskuntamme: Hämeenlinna, Kotka, Lahti, Vaasa ja Vantaa.

Tutkimuksen aluksi, vuonna 2012, teimme kuntakerroksen, jossa teemahaastatteluiden avulla pyrimme ymmärtämään, miten kunkin kunnan palvelujärjestelmä tarkemmin ottaen toimii ja mitkä ovat päihde- ja mielenterveystyöyhteydet. Haastattelukierros mutkisti tutkimuksemme (kenties jo alun alkaen naiivia) lähtökohtaa: oletusta, että palvelujärjestelmät jakautuisivat selkeästi integroituihin ja ei-integroituihin järjestelmiin. Kävi ilmi, että järjestelmävariaatioita on yhtä monta kuin tutkittavia kuntia – siis kahdeksan. Se, että jossakin ilmoitetaan integroidun tai ei-integroidun, ei kerro vielä paljoa. (ks. myös Stenius ym. 2012.)

Kaksinapaisen mallin sijasta integraatiota on hedelmällisempää kuvata jatkumona, jonka ääripäissä ovat päihde- ja mielenterveystyöyhteyden täysi erillisuus tai täysi yhteisyys. Käytännössä paikalliset järjestelmät sijoittuvat jonnekin muualle kuin ääriäidoille – mutta minne, sen kuvaamiseksi totesimme tarvitsevämme uusia menetelmiä. Nyt olemme testaamassa, miten Yhdysvalloissa kehitetty DDCAT-mittari (Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment) soveltuu Suomeen ja paikallisten järjestelmien integraation – tai kirjaimellisemmin ”yhteissairastavuuden hoitokyvyn” – arviointiin.

Tässä artikkelissa raportoimme ensimmäisiä havaintojamme tämän mittarin antamista tuloksista viidessä tutkimuskunnassamme: auttaako DDCAT-mittari jäsentämään paikallisten järjestelmien välisiä eroja ja paikkaa integraation jatkumolla?

Artikkeli etenee seuraavasti: ensin esittelen Päihteet Mielessä -tutkimushankkeen perusidean ja tavoitteet; sitten puran integraation käsitettä pienempiin osiin ja tätä myötä kuvaan, millaisia kriteerejä on kehitetty päihdehoidon ”kaksoisdiagnoosikyvykkyyden” määrittämiseksi. Esittelen näiden kriteerien pohjalta kehitettyä DDCAT-mittaria ja sen antamia tuloksia tutkimuskunnissamme sekä pohdin lopuksi, mistä mittari lopulta kertoo ja miten sitä kannattaisi jatkossa hyödyntää ja kehittää Suomessa.

Päihteet Mielessä -tutkimushanke

Päihteet Mielessä -tutkimushanke on Suomen Akatemian ja THL:n rahoittama vertaileva tutkimus päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraation vaikutuksista. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa siitä, miten integraation eri muodot ja aste vaikuttavat erityisesti päihdeongelmien määrittelyyn sekä hoidon laatuun, saatavuuteen ja kustannuksiin.

Päihde- ja mielenterveyspalveluita on viime vuosina yhdistetty vauhdilla Suomessa. Monissa Suomen kunnissa yhdistämistä on jo tapahtunut, joissakin kunnissa integroimista suunnitellaan ja lopuissakin asiaan joudutaan ottamaan kantaa. Taustalla on sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2009 julkaisema Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Mieli). Suunnitelma korosti mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämistä yhdessä: tavoitteeksi asetettiin joustava pääsy mielenterveys- ja päihdepalveluihin yhden oven periaatteella sekä erikoistason mielenterveys- ja päihdepalveluiden avohoidon yhdistäminen. Ehdotusten perusteluna oli, että mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikainen esiintyvyys on lisääntynyt, ja että hajanainen palvelujärjestelmä vaikeuttaa palveluihin pääsyä ja hoidon jatkuvuutta. Palvelujärjestelmän tulisi pystyä vastaamaan asiakkaiden moniulotteiseen palvelutarpeeseen aikaisempaa tehokkaammin. Yhdistettyinä palveluiden oletetaan pystyvän tähän paremmin.

Päihteet Mielessä -tutkimukseen on valittu kahdeksan kuntaa, joista osassa päihdepalvelut oli vuosina 2008–2010 organisoitu läheisesti mielenterveyspalveluiden kanssa, ja osassa palveluiden integraatiota ei ollut havaittavissa. Tutkimuskunnat ovat Espoo, Hämeenlinna, Imatra, Jyväskylä, Kotka, Lahti, Vaasa ja Vantaa. Analyysissa hyödynnetään rekisteri-, asiakirja- ja haastatteluaineistoja. Hanke käynnistyi syksyllä 2011 ja päättyy vuoden 2014 lopussa.

Tutkimuksen alkuvaiheen tavoitteena on kuvata hoitopolitiikan tasolla miten päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio tarkemmin ottaen syntyy: mistä aloite on tullut ja miten se integraatio on toteutettu. Toisen vaiheen tavoitteena on selvittää, eroavatko integroidut ja ei-integroidut järjestelmät niiden kyvyssä tunnistaa erilaisia päihdeongelmia. Vastaavatko integroidut järjestelmät päihdeongelmista aiheutuvaan palveluntarpeeseen asiakaslähtöisesti ja kokonaisvaltaisesti? Tutkimuksella pyritään siis saamaan vastauksia siihen, toimivatko integroidut palvelut tasa-arvoisemmin, taloudellisemmin ja tehokkaammin kuin ei-integroidut palvelut – Mieli-suunnitelman olettamalla tavalla.

Integraatio, kaksoisdiagnoosi ja kyky hoitaa

Palveluiden integraatio on käsitteenä moniulotteinen, vaikeasti rajattavissa ja sen päällimmäinen tulkinta riippuu paikallisen palvelujärjestelmän historiasta. Esimerkiksi Yhdysvalloissa integraation käsitettä on käytetty puhuttaessa päihdepalveluiden yhteyksistä ennen muuta terveydenhuoltoon, mutta myös mielenterveys- ja sosiaalipalveluihin.

Selkeyttävä on integraation jako palvelu- ja järjestelmäintegraatioon. Järjestelmäintegraatiolla tarkoitetaan sitä, että yksilön pääsy palveluihin taataan esimerkiksi vahvistamalla päihde- ja mielenterveyspalvelujen yhteistä hoitopolitiikkaa, ohjaamalla resursseja, sekä seuraamalla aktiivisesti toimintaa ja sen vaikutuksia. Järjestelmätason integraation sisällä on variaatiota ja sen tavoitteet ja tarkoitus saattavat vaihdella. Kustannustehokkuus, suunnitelmallisuus ja laatutakuu ovat kuitenkin elementtejä, jotka usein löytyvät järjestelmätason integraation taustalta.

Palveluintegraatio tarkoittaa puolestaan sitä, että asiakas saa samanaikaisesti tai vaiheistetusti hoitoa sekä päihde- että mielenterveysongelmiinsa. Palveluintegraatio on siis ennen kaikkea tarkoitettu moniongelmaisille, kuten kaksoisdiagnoosiasiakkaille. Hoito toteutetaan yleensä tiimissä, jolla on yhteinen hoitofilosofia. Palveluintegraatio ei kuitenkaan välttämättä edellytä yhteistä järjestelmää. Se voi olla järjestelmien yhteistyön tulosta, mutta konkreettinen toiminta saattaa tapahtua fyysisesti eri paikoissa.

Jaksottaisen tai rinnakkaisen hoidon mallit ovat olleet Suomessa vallitsevia: hoidetaan ensin toista ongelmaa (esim. päihdeongelmaa A-klinikalla) ja kun hoidossa on päästy riittävän hyvään hoitotulokseen, aloitetaan toisen ongelman hoito (esim. masennusta psykiatrian poliklinikalla). Rinnakkaisen hoidon mallissa sen sijaan hoidetaan samanaikaisesti molempia ongelmia, mutta kummallekin häiriölle on oma erillinen hoitotaho. Kliinisesti integroidussa hoidossa sama taho hoitaa molempia ongelmia; on esitetty, että tämä vaihtoehto on hoidollisesti tehokkain (Mueser ym. 2003). (Aalto 2007.)

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan yleensä sitä, että päihdeongelmaisella lisäksi päihteiden välittömistä vaikutuksista riippumaton psykiatrinen häiriö. Esimerkiksi alkoholi aiheuttaa masennusta ja ahdistusta, mutta tällöin kyse ei ole kaksoisdiagnoosista vaan oireista, jotka katoavat kun juominen loppuu tai vähenee (Aalto 2007). Kaksoisdiagnoosi-käsitettä on toisaalta kritisoitu sen epäselvyydestä: päihteitä ja päihdeongelmia on monenlaisia ja -tasoisia kuten myös psykiatrisia häiriöitä, ja kokonaisuutena niiden yhdistelmistä ja oletetuista syy-seuraussuhteista muodostuu jokseenkin sekava käsitteellinen vyyhti (ks. Saunder 2003).

Yhdysvalloissa käytiin 1990-luvulla päihdepsykiatrian piirissä vilkas keskustelu siitä, millaiset päihdehoitopalvelut kykenevät vastaamaan myös kaksoisdiagnoosipotilaiden tarpeisiin. Konsensusprojektissa määriteltiin kriteerit, jotka sisällytettiin Amerikan päihdelääketieteen potilasohjauksen ohjeisiin (ASAM PPC-2; patient placement criteria). Kriteeristön kehittämisessä päädyttiin sittemmin kahteen termiin: päihdehoito-ohjelma voi olla ”kykenevä kaksoisdiagnoosihoitoon” (dual diagnosis capable; lyh. DDC) tai ”erikoistunut kaksoisdiagnoosihoitoon” (dual diagnosis enhanced; lyh. DDE). (Minkoff 2008.)

Sittemmin, osana samaa jatkumoa, on pyritty kehittämään mittareita, joilla yksittäisen hoito-ohjelman tai -yksikön kykyä psykiatristen häiriöiden hoitoon voitaisiin arvioida. Esittelemme näistä kysymyssarjoista seuraavaksi yhden tunnetuimmista, DDCAT-mittarin (McGovern ym. 2007), ja sitten tarkastelemme, mil-

laisen kuvan se tuottaa suomalaisen päihdehuollon kyvystä hoitaa niin kutsuttuja kaksoisdiagnoosipotilaita. DDCAT on lyhenne sanoista Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment: kyseessä on siis nimenomaan päihdehoitoa arvioimaan kehitetty mittari.

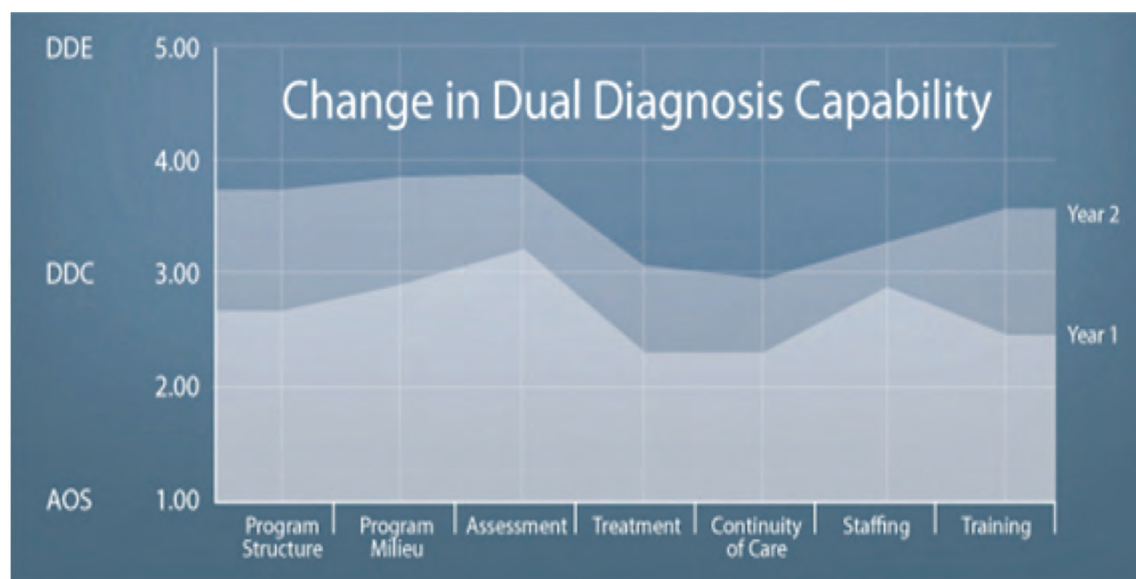
DDCAT-mittari

Dual diagnosis capability in addiction treatment -mittari (DDCAT) kehitettiin Yhdysvaltojen kongressin alaisessa Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) -organisaatiossa 2000-luvun alussa. DDCAT:lla on nettisivut, jossa mittaria ja sen taustoja on kuvattu seikkaperäisesti (<http://www.samhsa.gov/co-occurring/ddcat/>).

DDCAT sisältää 35 kysymystä yhteensä seitsemältä eri aihealueelta. Ensimmäinen aihealue koskee hoitoyksikön virallista tehtävää, asemaa ja taloudellista ohjausta, ja toisen aihealue yleisesti yksikön toimintaa: näiltä kahdelta ensimmäiseltä osioltä on yhteensä kuusi kysymystä. Laajimmin DDCAT-mittarissa arvioidaan klinisiä hoitokäytäntöjä: kolmannessa osiossa hoidon tarpeen arviointia (assessment), neljännessä itse hoitoa (treatment) ja viidennessä hoidon jatkuvuutta (continuity of care) jatkumo. Nämä kolme osiota sisältävät yhteensä 22 kysymystä eli valtaosan DDCAT:sta. Kaksi viimeistä osiota ovat henkilökuntaa ja koulutusta arvioivia (yhteensä seitsemän kysymystä, joista yhden olemme hylänneet, koska se liittyy yhdysvaltalaiseen hoitojärjestelmään).

Jokaiseen DDCAT:n kysymykseen vastataan asteikolla 1–5. Mitä korkeammat pisteet, sitä parempi on yksikön kaksoisdiagnoosien hoitokyky; yksi piste tarkoittaa kussakin kysymyksessä, että sen osalta yksikkö hoitaa vain addiktioita, kolme pistettä tarkoittaa, että yksikkö on kykenevä hoitamaan addiktioiden lisäksi myös yhteissairastavuutta, ja viisi pistettä, että yksikkö on erikoistunut yhteissairastavuuden hoitoon. Yksikön vastauksista lasketaan sekä osiokohtaiset että kokonaiskeskiarvot. Näiden mukaan hoitoyksiköt voivat sijoittua johonkin kolmesta pääluokasta –vain addiktiohoitoyksikkö (AOS; 1–1,99 pistettä), kaksoisdiagnoosikykenevä yksikkö (DDC; 3–3,49 pistettä) tai kaksoisdiagnoosihoitoon erikoistunut yksikkö (DDE; 4,5–5,0 pistettä) – tai niiden väliin jääviin luokkiin (AOS/DDC; 2–2,99 pistettä & DDC/DDE 3,5–4,49 pistettä). Luokat pohjautuvat Amerikan päihdelääketieteen yhdistyksen (ASAM) määrittämiin.

DDCAT-mittaria on käytetty myös seurantavälineenä kuvan 1 esittämällä tavalla (ks. myös McGovern ym. 2010).



Kuvio 1. DDCAT seurannan välineenä (lähde: <http://www.samhsa.gov/co-occurring/ddcat/>)

Alustavat tulokset viidestä tutkimuskunnasta

Talven 2012–2013 aikana olemme tehneet DDCAT-haastatteluja viidessä kaupungissa: Espoossa, Imatralla, Jyväskylässä, Kotkassa ja Vantaalla. Kussakin kunnassa DDCAT-kysymyksiin vastattiin kunnan päihdeavohoidon pääyksikköä koskien.⁵

DDCAT on luonteeltaan normatiivinen: se lähtee oletuksesta, että päihdehoidon tulee olla kykenevä hoitamaan myös mielenterveysongelmia. Vaikka haastatteluiden aluksi aina korostimme, ettei kaikkien päihdehuollon yksiköiden tarvitse olla – eivätkä kaikki ehkä resurssisyistä voikaan olla – erikoistuneita yhteissairastavuuden hoitoon, jäi haastatteluista vaikutelma, että vastaajat toistuvasti yrittivät löytää perusteita korkeamman pistetason vastauksille, vaikka alemmat pisteet olisivat ensin vaikuttaneet oikeilta. Tästä näkökulmasta tulosten (keskiarvojen) voi arvella olevan pikemmin ylä- kuin alakanttiin; toisaalta jokaisessa kaupungissa jokaista kysymystä pohdittiin ja vastauksesta neuvoteltiin usean ihmisen voimin ja usein pitkäänkin. Haastattelut kestivät noin kaksi tuntia, osa lähes kolme tuntia. Tietoja henkilökunnan mielenterveysalan koulutukseen liittyen täydennettiin kahdessa tapauksessa jälkikäteen.

On vielä syytä korostaa DDCAT-tiedonkeruun koeluontoisuutta: vastaukset saattavat vielä muuttua jatkopohdinnoissa ja uusien haastateltavien myötä. On myös huomattava, että monessa kunnassa järjestelmä on lähes jatkuvassa muutoksessa, joten pisteytykset ovat siksin vain vastausajankohtaa kuvaavia. Tuloksiin on siis syytä suhtautua lähinnä suuntaa-antavina pysäytyskuvina.

Viiden kunnan DDCAT-luokitukset käyvät ilmi taulukosta 1. Ne on listattu sekä osioittain että kokonaisluokituksina. Kokonaisluokituksista on tarkoituksellisesti jätetty numeraaliset keskiarvot pois, sillä niihin ei mielestämme tule, ainakaan hankkeen tässä vaiheessa, suhtautua täsmällisinä tuloksina, vaan lähinnä suuntaa-antavina keskustelun herättäjinä.

Nostan seuraavaksi esiin joitakin yksityiskohtia: mitkä mittarin osiot ja kysymykset aiheuttavat eroja yksiköiden pisteissä. Valaisevaa on kiinnittää huomiota järjestelmiin, joissa DDCAT-mittarin tuottamat tulokset menevät ikään kuin ”väärin päin”: mitkä tekijät selittävät sen, että erillispalvelu saa korkeamman luokituksen kuin integroitu hoitoyksikkö?

Yleisesti voidaan kuitenkin todeta, että kaikkien yksiköiden kyky hoitaa päihdeasiakkaiden mielenterveysongelmia on hyvä. ”Kykykriteerit” siis pääosin täyttyvät huolimatta siitä, onko yksikkö muodollisesti eli järjestelmätasolla integroitunut vai ei. Korkeimmat pisteet koetäytöissä sai Jyväskylä, joka on myös muodollisesti integroitunut. Jyväskylässä päihdehoidosta vastaa sen ostopalveluna tuottava Sovatek-säätiö, jolle tilaajana toimiva sairaanhoitopiirin aikuispsykiatria on antanut laajat valtuudet hoitaa potilaidensa psykiatrisia häiriöitä. Sovatekin lääkärit (ml. psykiatri) diagnosoivat mielenterveyshäiriöitä ja aloittavat niihin lääkityksiä itsenäisesti. Henkilökunta on terveydenhuollollisesti painottunut. Niin kutsuttuja vertaisia ja kokemusasiantuntijoita on Sovatekissa mukana sekä hallinnossa että toiminnassa; DDCATissa on useita tähän liittyviä kysymyksiä, joita tuottivat yksikölle kykypisteitä.

¹ DDCAT-koetäytöt: ajankohdat, haastatellut ja arvioidut yksiköt

Haastatteluajankohdat: Jyväskylä 12.11.2012, Vantaa 17.12.2012, Espoo 17.12.2012, Kotka 1.2.2013, Imatra 1.3.2013.

Haastatellut:

Jyväskylä: johtaja Jussi Suojarvi (Sovatek-säätiö) & erikoislääkäri Soili Lamminen (Sovatek).

Vantaa: päihdepalvelupäällikkö Hilka Vihavainen, ylilääkäri Martta Palttila-Pulli & psykiatrin erikoissairaanhoitaja Raili Alatalo.

Espoo: vs. palvelupäällikkö Marja Vuorinen, Empun avokuntoutusyksikön vs. johtaja Eila Lappalainen & palvelupäällikkö Tiina Ahonen.

Kotka: sosiaalitoimen johtaja Anna Liakka (Kotkan kaupunki), avohoidon yksikköjohtaja Mari Nilsen (A-klinikkasäätiö, Kymi), palvelu-

aluejohtaja Heli Kainulainen (A-klinikkasäätiö, Itä-Suomen palvelualue), kehitysjohtaja Jari Peltola (A-klinikkasäätiö, Kymi), ylilääkäri

Tarja Hietala (A-klinikkasäätiö, Kymi).

Imatra: Sirpa Roslakka (yksikön päällikkö), Paavo Eloranta (sairaanhoitaja), Tiina Isoaho (sairaanhoitaja).

Yksiköt, joita koskien vastattiin:

Jyväskylä: Sovatekin avohoito

Vantaa: Tikkurilan ja Myyrmäen A-klinikat (yhdessä)

Espoo: Empun avokuntoutusyksikkö

Kotka: Karhulan A-klinikka ja Kotkansaaren päihdekliniikka (yhdessä)

Imatra: Päihdepoliikklinikka.

Melkein yhtä korkeat pisteet kuin Jyväskylä sai toisaalta Vantaa, joka hallinnollisesti edustaa erillispalvelujärjestelmää. Vantaan kaupungissa ei ole omaa mielenterveystointia, vaan psykiatrisesta hoidosta vastaa sairaanhoitopiirin psykiatria. Kunnan päihdehuollon ja HUSin psykiatrian välillä on kuitenkin toimivat yhteistyökäytännöt: työntekijät ovat suoraan yhteydessä toisiinsa, ja sopivat siitä, kuka hoitaa kaksoisdiagnoosipotilaat ja missä järjestyksessä heidät hoidetaan. Päihdehuollon avoyksikössä myös tehdään mielen-terveyden häiriöiden diagnooseja ja aloitetaan lääkityksiä. Tämän mahdollistavat päihdehuollossa hyvät lääkäriresurssit: yhteensä viisi lääkäriä, joista ylilääkäri on myös psykiatri.

Vantaan kanssa lähes yhtä korkeisiin pisteisiin ylsivät erillisjärjestelmä Kotka ja integroitunut Imatra. Kotkassa on pyritty suunnitelmallisesti kehittämään päihdehuollon omaa psykiatrista osaamista. Sairaanhoitopiiri lähettää kaksoisdiagnoosiasiakkaita A-klinikalle ja mielenterveysosaamisen tarvetta on lisännyt osaltaan se, että kunnan oma mielenterveystoimisto on kärsinyt resurssipulasta/lääkäreiden rekrytointivaikeuksista.

Pienimmille DDCAT-pisteille jäi koetäyttökierroksella hieman yllättäen Espoon avohoitoyksikkö Empu, jossa päihde- ja mielenterveyspalvelut on integroitu sekä järjestelmä- että palvelutasolla: sille kuuluvat päihdeongelmien lisäksi lievien ja keskivaikeiden mielenterveysongelmien hoito, joten potilaskunnassa on myös ei-päihdeongelmaisia mielenterveysasiakkaita. Keskeinen selitys sille, miksi Espoo jäi DDCAT-pisteissä muita matalammalle tasolle, on se, että haastatteluajankohtana Empussa ei työskennellyt yhtään lääkäriä: DDCATissa on useita diagnostiikkaan, lääkityksen määräämiseen ja psykiatrian erityisosaamiseen liittyviä kysymyksiä, joista pisteet jäivät vääjäämättä alhaisiksi, jos yksikössä ei työskentele lääkäriä.

Taulukko 1. Viiden tutkimuskunnan DDCAT-luokitukset

OSIO	JYVÄSKYLÄ (I)	VANTAA (E)	ESPOO (I)	KOTKA (E)	IMATRA (I)
1. Yksikön tehtävämäärittäminen	3,75	4	4-4,5	3,25	2,5
2. Yksikön toiminta-alue	4,5	3-3,5	4	3,5	3-3,5
3. Hoito: arviointivaihe	4	3,4	2,9-3	3-3,4	3-3,3
4. Hoito: toteutus	3,7-3,9	3,1-3,3	2,6	3,1-3,3	3,4-3,7
5. Hoito: jatkuvuus	3,4	3,8-4,2	3,2-3,4	3,4-3,6	3,8-4,2
6. Henkilöstö	4,5	4,25	2,5	3,5-4	3,75-5
7. Koulutus	3,5	2,5	1,5	2-2,5	2-2,5
KOKONAISLUOKITUS (KAKSOIS-DIAGNOOSIKYKY; DUAL DIAGNOSIS CAPABILITY)	DDC/DDE (3,5-4,49)	DDC/DDE (3,5-4,49)	AOS/DDC (2-2,99)	DDC (3-3,49)	DDC (3-3,49)

I=integroitu, E=ei integroitu

AOS=addiction only services eli ”vain addiktiohoitopalvelu”

DDC=dual diagnosis capable eli ”kykenevä kaksoisdiagnoosihoitoon”

DDE=dual diagnosis enhanced eli ”erikoistunut kaksoisdiagnoosihoitoon”

Pohdinta

Tämän lyhyen artikkelin tarkoituksena oli tarkastella yhdysvaltalaisen DDCAT-mittarin käyttökelpoisuutta arvioitaessa suomalaisten päihdehuollon avohoitoyksiköiden kykyä hoitaa asiakkaidensa yhteissairastavuutta, siis niin kutsuttuja kaksoisdiagnoosipotilaita. Mittaria testattiin viidessä kaupungissa.

Yleisesti ottaen kaikkien viiden päihdehuollon yksikön kyky hoitaa päihdeasiakkaiden mielenterveysongelmia on melko hyvä tai hyvä. Suomalainen päihdehoito on luultavasti yleisesti ottaen ammatillisempi ja terveydenhuollollisemmin painottunut kuin yhdysvaltalainen päihdehoitojärjestelmä, jota vasten tuloksia on syytä peilata. DDCATissa on myös muutamia kysymyksiä, jotka eivät ole kovin relevantteja Suomessa.

Merkityksellisenä havaintona voidaan pitää sitä, että viiden kaupungin avohoitoyksiköiden kyky vastata kaksoisdiagnoosipotilaiden tarpeisiin ei riippunut siitä, oliko yksikkö järjestelmätasolla integroitunut tai ei. DDCAT-mittarissa painottuvat tietyt seikat: saadakseen ”riittävät” pisteet päihdehuollon yksiköllä on oltava käytössään psykiatri (kysymykset psykiatrisesta erityisasiantuntijuudesta, diagnostiikasta ja vaativien mielenterveyshäiriöiden hoidosta) tai muuta lääkäri työvoimaa (kysymykset psykiatrisen määräämisestä ja seurannasta yksikössä); myös mielenterveyteen liittyvän kokemusasiantuntijatoiminnan rooli painottuu mittarissa. Lisäksi auttaa, jos mielenterveyshoidon osuus toiminnassa on riittävästi dokumentoitu – hyvätkään dokumentoimattomat käytännöt eivät ”riitä”.

Taustaksi on tärkeää todeta, että haastatteluiden perusteella missään tutkimuskaupungissa päihde- ja mielenterveysongelmien limittymistä ei kyseenalaistettu: yhteissairastavuuden yleisyydestä (epidemiologinen argumentti) oltiin kaikkialla yhtä mieltä, mutta silti kliinistä integraatiota (kliininen argumentti) ei erillisjärjestelmissä pidetty välttämättömänä: katsottiin, että mielenterveysongelmia voidaan hoitaa myös erillisjärjestelmissä. Tässä raportoitujen tulosten perusteella näin näyttäisi myös olevan: DDCAT-mittarin antamat tulokset viittaavat siihen, että päihdeasiakkaiden mielenterveysongelmia voidaan hoitaa monenlaisin järjestelyin. Sekä jaksottainen että kliinisesti integroitu malli voi toimia; toisaalta nämäkin saattavat limittyä. Tutkimuskäytössä DDCAT:iin on suhtauduttava ei-eksaktina välineenä. Monet vastauksista ovat varsin neuvottelunvaraisia ja vaihtelevat vastaajasta riippuen. Mittarin tutkimuksellista käyttöä merkittävämpää saattaa olla sen hyödyntäminen hoitojärjestelmän kehittämisessä: mittari koettiin kunnissa mielekkääksi kehittämisen välineeksi.

DDCAT-mittarin pohjalta voitaisiin kehittää myös muita ”kykymittareita”: olisi syytä voida esimerkiksi arvioida, millainen kyky päihde- ja mielenterveysongelmia hoitavilla yksiköillä on huomioida ja hoitaa potilaiden fyysiseen terveyteen liittyviä ongelmia (”somaattikan hoitokyky”), ja potilaiden/asiakkaiden sosiaaliseen elinympäristöön liittyviä ongelmia (”sosiaalipalvelukyky”). Näihin asioihin liittyviä lisäkysymyksiä olemme jo luonnostelleetkin DDCATin suomalaisen version yhteyteen.

Lähteet

- Aalto, Mauri (2007). Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö - kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 123, 11, 1293–8.
- McGovern, Mark P., Aurora L. Matzkin & Julienne Giard (2007). Assessing the Dual Diagnosis Capability of Addiction Treatment Services: The Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (DDCAT) Index. *Journal of Dual Diagnosis*, 3, 2, 111–123.
- McGovern, Mark P., Chantal Lambert-Harris, Gregory J. McHugo, Julienne Giard & Laurel Mangrum (2010). Improving the Dual Diagnosis Capability of Addiction and Mental Health Treatment Services: Implementation Factors Associated with Program Level Changes. *Journal of Dual Diagnosis*, 6, 3–4, 237–250.
- Minkoff, Kenneth (2008). Dual Diagnosis Enhanced Programs. *Journal of Dual Diagnosis*, 4, 3, 320–325.
- Saunders, Lorna L. (2003). An Audit of Interventions for Dual Diagnosis in a Psychiatric Unit. *Nursing Times*, 99, 27: 34–36.
- Stenius, Kerstin & Tuula Kekki & Kristiina Kuussaari & Airi Partanen (2012). Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 77, 2, 167–175. [Luettavissa osoitteessa <http://www.thl.fi/attachments/yp/2012/2/stenius.pdf>]

1.3 Pääsy sosiaalihuollon päihdepalveluihin

Arajärvi Pentti

Perustuslain (731/1999) 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet sekä edistettävä väestön terveyttä. Säännöksen katsotaan sen julkista valtaa velvoittavasta luonteesta huolimatta sisältävän yksilön oikeuden palvelujen saamiseen. Palvelujen saamisen ja sisällön tarkempi sääntely on kuitenkin jätetty tavallisella lailla tarkennettavaksi. Tässä artikkelissa tarkastellaan vain sosiaalihuoltona annettavia päihdepalveluja ja erityisesti huoltoon pääsyä sekä arvioidaan lainsäädäntötilannetta.

Sosiaalihuollon talvet on sosiaalihuoltolailla (710/1982) säädetty lähes kaikilta osiltaan kunnan tehtäväksi. Tämä ei vapauta valtiota vastuusta, vaan viime kädessä valtio vastaa perusoikeuksien ja kansainvälisesti ihmisoikeuksien toteutumisesta. Kunnille annettujen tehtävien osalta valtiolla on myös vastuu siitä, että kunnat selviävät niille annetuista tehtävistä⁶.

Päihdepalvelut

Palvelujen järjestämisvelvollisuus

Sosiaalipalvelujen osalta keskeinen laki on sosiaalihuoltolaki. Sen 17.2 §:n mukaan kunnan on huolehdittava muun muassa päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huoltoon kuuluvien palveluiden järjestämisestä sen mukaan kuin niistä erikseen säädetään. Päihdehuollosta säädetään päihdehuoltolaissa (41/1986). Lain 1 §:n mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Päihteen määritelmä on avoin, lain 2 §:n mukaan päihteellä tarkoitetaan alkoholijuomaa sekä muuta päihtymistarkoituksessa käytettävää ainetta. Samoin palveluun oikeutettujen piiriin määritelmä on laaja, kun lain 1 ja 6–8 §:n mukaan lain soveltamisalaan kuuluvat ja palveluihin ovat oikeutettuja myös päihteiden ongelmakäyttäjän perheenjäsenet ja läheiset. Tämä vaatimus myös laajentaa kunnan palvelujen järjestämisvelvollisuuden piirissä olevien palvelujen kirjoa.

Kun perustuslaki edellyttää järjestettäväksi riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon talvet, on kriittinen kysymys riittävyys. Perusoikeuksien lainvalmisteluasiakirjoissa riittävyyttä on luonnehdittu edellytysten luomisena täysivaltaiseen yhteiskunnan jäsenyyteen.⁷ Perustuslain säännös jättää asian tavallisen lain varaan – sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään. Päihdehuoltolaissa on kunnan palvelujen järjestämisvelvollisuus ilmaistu tavalla, joka on tyypillinen sosiaali- ja terveystoimen palvelujen määrän ja laadun asettamisessa. Päihdehuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisältönsä ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää.

Kunnalla on yleinen palvelujen järjestämisvelvollisuus. Järjestämisvelvollisuudesta erotetaan palvelun tuottamisvelvollisuus, joka kuntalain (365/1995) 2 §:n nojalla voidaan täyttää kunnan omana toimintana tai siirtää muulle kunnalle, kuntayhtymälle tai yksityiselle palveluntuottajalle, järjestölle tai yritykselle. Yksityiselle antamisen on perustuslain 124 §:n mukaan oltava tarpeen tehtävän tarkoituksenmukaiseksi järjestämiseksi ja järjestelyn on turvattava perusoikeudet, oikeusturva ja muut hyvän hallinnon vaatimukset. Yksityinen ympärivuorokautista palvelua tuottava sosiaalialan toimintayksikkö tarvitsee yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain (922/2011) mukaan aluehallintoviraston tai eräissä tapauksissa Sosiaali- ja terveystalalan valvontaviraston luvan ja muun toimintayksikön on tehtävä ilmoitus toiminnastaan.

⁶ Niin sanotusta rahoitusperiaatteesta ks. PeVM 25/1994 vp, s. 3.

⁷ HE 309/1993 vp, s. 71.

Kunta voi käyttää myös palvelusetelijärjestelmää. Tällöin kunta hyväksyy palveluntuottajat, ja myöntää palvelun käyttäjälle palvelusetelin. Palveluseteli voi olla kiinteähintainen tai käyttäjän tuloihin sidottu. Palvelun käyttäjä valitsee palvelun tuottajan ja ostaa palvelun käyttämällä palveluseteliä ja maksamalla setelin arvon ylittävän osan maksusta itse. Setelistä voi kieltäytyä, jolloin kunnan on järjestettävä palvelu muulla tavalla. Palvelusetelijärjestelmä eroaa myös oikeusturvajärjestelyiltään kunnan tuottamasta tai yksityiseltä ostamasta palvelusta.⁸

Kunnan velvollisuus palvelun järjestämiseen eroaa eri palveluissa suhteessa palvelun käyttäjään. Kunnalliset palvelut voidaan jakaa kolmeen ryhmään: subjektiiviseen oikeuteen perustuvat palvelut, määrärahasidonnaiseen velvollisuuteen perustuvat palvelut ja kunnan vapaaehtoisesti järjestämät palvelut.

Subjektiiviset palvelut ilmenevät lainsäädännössä tavallisimmin siten, että niistä säädetään palvelun toteuttamiseen veloitettuun nähden käskyllä; ”on järjestettävä”, ”on tehtävä” tai vastaavalla muodolla. Määrärahasidonnaiset palveluvelvoitteet puolestaan velvoittavat kuntaa tai muuta toimijaa muodolla ”kunta järjestää”, ”palvelu järjestetään” tai muulla sellaisella sanamuodolla. Näiden järjestämisperusteiden tärkein ero on, että subjektiiviseen oikeuteen perustuva palvelu on kunnan kaikissa olosuhteissa järjestettävä, kun määrärahasidonnaisessa palvelussa palvelun tarve tyydytetään kunnassa esiintyvän tarpeen arvioinnin perustalta. Tarvetta ei kuitenkaan saa arvioida tietoisesti liian alhaiseksi. Palvelu voi muuntua subjektiiviseen oikeuteen perustuvaksi silloin, jos kyse on perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaisesta välttämättömän huolenpidon tilanteesta.⁹

Päihdehuoltolain tavoitteena on vaikuttaminen elinolosuhteisiin ja elämäntapoihin. Tämän ehkäisevän lähtökohdan mukaisesti kunnan on ehkäistävä alkoholin ja muiden päihteiden ongelmakäyttöä yleisesti lisäävien olosuhteiden ja elämäntapojen syntymistä. Ajatus on päihteiden ongelmakäytön kannalta yllättävän passiivinen, suoranaisesti ei edellytetä olosuhteiden muuttamista ongelmakäyttöä vähentäväksi, vaan kehoitetaan huolehtimaan siitä, ettei ongelmakäyttö lisääny. Asetelma on raittiustyön perinteen mukainen, eikä yleisenä yhteiskuntapoliittisena tavoitteena aseteta pyrkimystä myös päihteiden saatavuuden arviointiin tai päihdepalvelujen korostamiseen. Kunnan on myös seurattava päihteiden ongelmakäyttöä kunnassa ja välitettävä tietoa ongelmakäytön syntyyn, ehkäisyyn ja hoidettavuuteen liittyvistä tekijöistä sekä annettava asiantuntija-apua muille viranomaisille samoin kuin kunnan asukkaille ja kunnassa toimiville yhteisöille. Tässäkin suhteessa asetelma sallii suhteellisen passiivisen toiminnan.

Päihdehuollon palvelujen järjestämisen tapaa koskeva kunnan velvollisuus vastaa yleistä sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämisen menetelmää. Palveluja on järjestettävä yleisinä palveluina ja erityisinä päihdehuollon palveluina. Yleisten palvelujen on oltava sellaisia, että niiden piirissä pystytään riittävästi hoitamaan päihteiden ongelmakäyttäjiä sekä tarvittaessa ohjaamaan avun ja tuen tarpeessa oleva henkilö erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettujen palvelujen piiriin. Avohuollon palvelut ovat ensisijaisia. Päihdehuoltoasetuksen (653/1986) mukaan palveluja on oltava saatavilla niinä vuorokauden aikoina, joina niitä tarvitaan. Säännös on tulkittavissa ympärivuorokautisesti velvoittavaksi ainakin osassa päihdehuollon palveluja.

Laissa ei ole erityisesti määritelty päihdehuollon palveluja. Käytettävissä ovat periaatteessa kaikki sosiaalihuollon palvelut, joilla on merkitystä päihdehuollossa, sekä terveydenhuollon palvelut. Päihdehuoltolaki koskee sekä alkoholin että huumeiden käyttäjiä, joten tämäkin laajentaa palvelujen kirjoa.

Sosiaalihuollon palvelujen kehittäminen?

Sosiaalipalveluiden tulevaisuuden turvaamiseksi on taloudellisten arvojen värittämään keskusteluun pyritty nostamaan myös hyvän elämän arvoja, kuten itsemääräämisoikeutta, oikeudenmukaisuutta ja osallisuutta. Palveluiden oikeudenmukainen kohdentaminen edellyttää tosiasiallisen yhdenvertaisuuden turvaavaa palvelutarpeen arviointia. Tosiasiallisen yhdenvertaisuuden pyrkimys edellyttää irtautumista muodollisesta

⁸ Ks. Arajärvi 2011, s. 37–38.

⁹ Ks. esim. Rakenteet, avuttomuus ja lainsäädäntö 2009, s. 101–105.

yhdenvertaisuudesta, jokaisen periaatteellisesta mahdollisuudesta, kohti tilannetta, jossa jokainen pääsee oikeuksiinsa. Tämä ei kuitenkaan ole vain lainsäädännöllinen kysymys, vaan enemmänkin tosiasiallisen toiminnan ja rahoitusjärjestelyjen kautta palveluihin saatava ulottuvuus.

Uuden sosiaalihuoltolain¹⁰ ehdotuksessa pyritään tietoon pohjautuvien palvelujen idean toteuttamiseen, jolloin toiminta perustuu tutkittuun tietoon. Laatimisen yhtenä lähtökohtana näyttää olevan kirjoittaa laki yksilön ja perheen tarpeista lähteväksi. Tarpeista lähteminen johtaa eräisiin ongelmiin. Lain aineellinen rakenne muodostuu varsin monipolviseksi ja -mutkaiseksi. Kun ensin määritellään eri tilanteisiin liittyviä tarpeita, sitten kyseisten tarpeiden tyydyttämiseksi tarpeellisia palveluja ja tukitoimia varsin yleisellä tasolla ja sitten näiden toimien ja asiakassuunnitelman yhdistämistä päätöksentekoon ja muutoksenhakuun, tulee lainsäädännöstä raskas. Aina ei ole mitenkään helposti pääteltävissä, minkä säännöksen perusteella palvelun tarvitsijalle tulisi järjestää palveluja vai onko esimerkiksi jokin nykyinen palvelu tarkoitettu katoavaksi.

Lakiehdotus ei anna vahvaa ja selkeää perustaa marginaalisten, monista samanaikaisista ja vaikeista ongelmista kärsivien henkilöryhmien ongelmien kokonaisuudessaan koordinoitusti järjestetyille palveluille. Ehdotetut käytännön tuki- ja muutostoimet ovat sellaisia, että ne kohdistuvat pääosin palvelun tarpeessa olevaan yksilöön, hänen perheeseensä ja lähipiiriinsä. Yksilökeskeisyys näkyy erityisesti ehkäisevien toimien ja työelämäosallisuutta tukevan toimien kohdalla.

Vakavasti onkin asetettava kysymys onko tarpeellista ja mielekästä laissa määritellä ihmisten tarpeet näin tarkkaan. Tarpeet ovat usein kovin hajautuneita. Vaarana on myös, että tarpeita jää määrittelyn ulkopuolelle. Henkilö ei ehkä saa tai hän saa väärää palvelua, jos hänellä ei ole tarveluetteloon sopivaa tarvetta. Lakiehdotus perustuu ajatukselle, että lisäksi tarvitaan erityislainsäädäntöä erityistä tukea tarvitsevien ryhmien palvelujen ja tukitoimien määrittämiseksi.

Palvelujen piiriin pääseminen

Päihdepalvelut

Päihdehuollon palveluihin on oikeutettu lain mukaan henkilö, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia. Palveluja on annettava myös hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Avun, tuen ja hoidon tarve on niin ongelmakäyttäjän kuin muidenkin palveluihin oikeutettujen palvelujen saamisen arviointiperusteena. Huomiota kiinnittää ilmaisu ”on annettava”, jota lainopillisessa tutkimuksessa pidetään suhteellisen vakiintuneesti niin sanottua subjektiivista oikeutta osoittavana ilmaisuna. Asiasta voi lisäksi mahdollisen oikeuspäätöksen jälkeen valittaa hallinto-oikeuteen. Samalla päihdehuoltolain 3 § säättää kunnan velvollisuudeksi järjestää palveluja kunnassa esiintyvän tarpeen edellyttämässä määrin.

Subjektiivisen oikeuden ja kunnan yleiseen järjestämisvelvollisuuteen liittyvän määrärahasidonnaisen oikeuden ero on aina väistämättä liukuva. Subjektiivisen oikeuden luovat määritteet ovat lähes poikkeuksetta sellaisia, ettei niistä ilman tulkintaa voi päätellä oikeuden syntymistä. Toisaalta määrärahasidonnaisetkin oikeudet syntyvät laillisuusharkinnan perusteella, jolloin kunnassa esiintyvän tarpeen ja palvelun käyttäjien yhdenvertaisen kohtelun kautta syntyy tilanne, jossa yleisen järjestämisvelvollisuuden kannalta puutteellinen varautuminen luo määrärahasta riippumattoman oikeuden palvelun saamiseen.¹¹

Edellä kuvattu tilanne on erityisesti läsnä päihdehuollon palveluissa. Niissä kunnan velvollisuus on kuvattu yleiseen järjestämisvelvollisuuteen liittyvän kunnassa esiintyvän tarpeen avulla ja yksilön oikeus mukaan lukien perheen ja muiden läheisten oikeus subjektiiviseen oikeuteen vertautuvan käskymuodon kautta. Kun päihdehuollon palvelujen sisältöä ei ole erityisesti määriteltä, ei säännöksen nojalla synny oikeutta tiettyyn palveluun, vaan yleisesti oikeus päihdehuoltoon. Erillinen tilanne on vielä perustuslain 19 §:n 1 momentin mukainen välttämätön huolenpito.¹²

¹⁰ Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen.

¹¹ Tuori – Kotkas 2008, s. 246–250.

¹² Avuttomuus lainsäädännössä 2008, s. 51–55.

Päihdehuollon palvelujen piiriin voi henkilö yleisten sosiaali- ja terveystoimen säännösten mukaisesti hakeutua itse. Palvelut on järjestettävä tätä tukeviksi. Nimenomaisella säännöksellä edellytetään luottamuksellisuutta sekä henkilön ja hänen perheensä ja läheistensä edun toteuttamista. Henkilön omatoimisuuden tukemista edistää myös vaatimus muiden ongelmien (toimeentulo, asuminen, työ) ratkaisemisen auttamisesta sekä laaja viranomaisyhteistyön vaatimus.

Exkursio: tahdosta riippumattomat toimet

Henkilö voidaan myös määrätä hoitoon tai huoltoon tahdosta riippumatta. Päihdehuoltolain 10 §:n mukaan tällainen hoitoon määrääminen voi tapahtua terveysvaaran tai väkivaltaisuuden perusteella. Tahdosta riippumattomaan hoitoon ja huoltoon nähden ensisijaista on aina vapaaehtoisuuteen perustuva hoito ja huolto. Tahdosta riippumattomassa hoidossa on aina kyse yksilön itsemääräämisoikeuteen puuttumisesta, toisin sanoen hänen perusoikeuksiensa rajoittamisesta. Samalla esimerkiksi vapaaehtoisen hoidon puutteen, kuten pitkän jonotuksen, ei tule olla tekijä, joka johtaa tahdosta riippumattomaan hoitoon. Vapaaehtoisen hoitoon pääsyn mahdollisuuksien tulee olla todelliset.

Hoitoon tai huoltoon määräämisen perusteet vastaavat pääpiirteissään tahdosta riippumattoman hoidon ja huollon yleisiä edellytyksiä, so. optimaalisen, positiivisen ja negatiivisen edellytyksen olemassaoloa. Kaikkien hoidon edellytysten on oltava olemassa.¹³ Kun hoitoon määrääminen kuuluu lääkäreille terveysvaaran ja sosiaalitoimen viranhaltijoille väkivaltaisuuden perusteella, osoittaa tämä väkivaltaisuusperusteen kuuluvan ensisijaisesti sosiaalihuollon tehtäviin.

Hoitoon määräämisen optimaalinen edellytys, yleisesti ilmaisten se seikka, että hoito on paras ja lievin toimiva vaihtoehto, ilmenee lain 10 §:n 1 momentin johdantolauseesta: hoidon ja huollon järjestämisessä vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut eivät ole mahdollisia tai ne ovat osoittautuneet riittämättömiksi. Arviointiperusta on objektiivinen. Hoitoon määräämisen yhteydessä on käytävä ilmi, miksi vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut eivät ole mahdollisia tai miten ne ovat osoittautuneet riittämättömiksi.

Hoitoon määräämisen negatiiviset ja positiiviset perusteet ovat kietoutuneet yhteen lain 10.1 §:n 1 ja 2 kohdassa. Positiivisella edellytyksellä ymmärretään sitä, että kyse on henkilön aseman parantamisesta, vaurioiden torjumisesta tai muusta henkilön kannalta myönteisestä seikasta ja pyrkimyksestä. Negatiivinen edellytys puolestaan edellyttää arviota siitä, että henkilön asema on objektiivisesti arvioiden siten vaikea tai kielteinen, että tahdosta riippumaton puuttuminen on perusteltua.

Terveysvaaraa koskevan 1 kohdan mukaan henkilö on ilman päihteiden käytön keskeyttämistä ja asianmukaista hoitoa hänellä olevan tai hänelle päihteiden käytöstä välittömästi aiheutumassa olevan sairauden tai vamman johdosta välittömässä hengenvaarassa tai saamassa vakavan, kiireellistä hoitoa vaativan terveydellisen vaurion. Päihteiden käytön tulee siis olla luonteeltaan sellaista, että hoito on perusteltua ja henkilölle aiheutuva vaara ilmeinen.

Väkivaltaisuusperuste tahdosta riippumattomaan hoitoon on lain 10.1 §:n 2 kohdassa. Sen mukaan huollon edellytyksenä on, että henkilö päihteiden käytön vuoksi väkivaltaisella tavalla vakavasti vaarantaa perheensä jäsenen tai muun henkilön terveyttä, turvallisuutta tai henkistä kehitystä. Päihteiden käytön tulee tässäkin tapauksessa olla sellaista, että se perustelee tahdosta riippumattoman hoidon antamisen ja väkivaltaisuuden tulee olla vakavasti vaarantavaa. Alaikäiseen voidaan väkivaltaisuusperustetta soveltaa vain erityisestä syystä. Yleensäkin päihdehuollon tahdosta riippumatonta hoitoa ei alaikäiselle anneta, vaan hänen kohdallaan sovelletaan lastensuojelulain tai mielenterveyslain säännöksiä.

Tahdosta riippumattoman hoidon erityisen ja paljon keskustellun kysymyksen muodostavat niin sanotut päihdeäidit. Äidin raskaudenaikaisen alkoholinkäytön seurauksena saattaa lapselle syntyä pysyviä keskushermostohäiriöitä, jotka aiheuttavat eriasteisia toimintahäiriöitä. Äidin alkoholinkäytön ehkäisyn keskustelussa vastakkain ovat äidin itsemääräämisoikeus ja henkilökohtainen vapaus ja koskemattomuus ja sikiön (lapsen) oikeudet. Tahdosta riippumattomalla hoidolla voitaisiin ehkäistä syntyvän lapsen vaurioita,

¹³ Arajärvi 2011, s. 93–94.

mutta toisaalta tällaisen hoidon uhka saattaa johtaa siihen, ettei äiti hakeudu äitiyspalvelujen piiriin, ja tuloksena on vielä vaikeampi lapsen toimintahäiriö.

Hoidon tahdosta riippumattomuus voi tapahtua myös henkilön tahdon mukaisesti. Tästä huolimatta on hoidon yleisten edellytysten täytyttävä. Suostumuksella voi olla merkitystä hoitoon määräämisessä, mutta se ei voi olla ratkaiseva tekijä. Henkilö ei voi luopua pätevästi perusoikeuksistaan millaisessa tilanteessa hyvänsä. Suostumus on annettava vapaaehtoisesti vapaana painostuksesta, henkilön on oltava kykenevä arviomaan suostumuksen merkitystä, ja suostumuksen voi aina peruuttaa. Kun henkilön perusoikeuksia rajoitetaan, on henkilön suostumuksella merkitystä asian valtiosääntöoikeudellisessa arvioinnissa. Oleellista on, mitä voidaan pitää oikeudellisesti relevanttina suostumuksena tietyssä tilanteessa.¹⁴

Perustuslakivaliokunta edellyttää perusoikeussuojaan suostumuksenvaraisesti puuttuvalta lailta muun muassa tarkkuutta ja täsmällisyyttä, säännöksiä suostumuksen antamisen ja peruuttamisen tavasta, suostumuksen aitouden ja vapaaseen tahtoon perustuvuuden varmistamista sekä sääntelyn välttämättömyyttä.¹⁵

Tahdosta riippumatta hoitoon määräämistä koskeva päätös koskee vain hoitoon määräämistä. Henkilöllä säilyvät kaikki hänen perusoikeutensa hoidon aikana. Niinpä hoidon aikana toteutettavat tahdosta riippumattomat toimenpiteet, kuten eristäminen tai omaisuuden haltuunotto, voi tapahtua vain lailla luotujen edellytysten vallitessa. Suomessa on luovuttu ns. laitovallasta, mikä tarkoittaa sitä, että henkilön oleskelusta laitoksessa ei voida johtaa laitokselle toimivaltaa määrätä henkilön itsemääräämisoikeutta rajoittavista toimista. Rajoittamisesta säädetään päihdehuoltolaissa, mutta asian kannalta relevantteja säännöksiä on myös muussa lainsäädännössä. Perusoikeusperustaisesti esimerkiksi oikeus henkilökohtaiseen turvallisuuteen saattaa perustella henkilön muun oikeuden rajoittamisen tilannekohtaisesti. Niin sanotusta pakkotilasta säädetään rikoslaissa. Pakkotila on akuuttiin tilanteeseen liittyvä etujen punninta, jossa arvokkaampana pidettävän oikeudellisen etuuden suojaaminen puolustettavissa olevin keinoin syrjäyttää muun etuuden.

Päihdehuoltolaki sisältää säännöksiä hoidon kestosta, hoitoon määrätyn kuulemisesta ja muutoksenhastusta sekä väkivaltaperusteisen hoitoon määräämistä koskevan päätöksen alistamisesta hallinto-oikeudelle, hoidon tarpeen selvittämisestä ja hoidon pidentämisen vaatimasta lääkärinlausunnosta. Säännöksiä on myös hoitoa koskevan päätöksen toimeenpanosta, hoidettavan osallistumisesta hoitoon ja hoidettavan huollossa olevan lapsen aseman turvaamisesta. Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevaan henkilöön voidaan kohdistaa eräitä pakkotoimia. Tahdosta riippumaton hoito on lopetettava heti, kun lain tarkoittamia hoidon edellytyksiä ei enää ole.

Palveluihin pääsyn tulevaisuus?

Sosiaalihuoltolakiehdotuksessa määritellään ne yksilön ja perheen tuen tarpeet, joihin on tarkoitus vastata. Tämä on selkeä parannus suhteessa voimassa olevaan sosiaalihuoltolakiin, joka säättää kyllä siitä, että kunnan on järjestettävä palvelut kunnassa esiintyvän tarpeen mukaan, mutta ei määrittele, mihin tarpeisiin palveluilla pitäisi vastata. Käytännössä tilanne voi kuitenkin muodostua käänteisesti ongelmalliseksi erityisesti oikeusturvan kannalta, kun kunnille jää runsaahkosti arviointi- ja liikkumavaraa sen suhteen, mitä palveluita asukkaille tarjotaan. Varsinaisen hoitoon ja huoltoon oikeutetun perheenjäsenten ja muiden läheisten osalta palvelutarpeen arviointi muodostuu varsin tulkintaan perustuvaksi ja siksi epävarmaksi.

Väärä tai väärin painottuva arviointi palvelutarpeesta saattaa olla yksilön kannalta suuri ongelma palveluun pääsyn kannalta. Tarvepohjainen tarkastelu ei myöskään ole paras menettely preventiivistä toimintaa ajatellen. Jo palvelutarpeen uhan pitäisi monissa tapauksissa johtaa toimintaan sekä yksilötasolla että rakenteellisella tasolla. Esimerkiksi päihdetyö on sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnalla, ja vaatii usein eri lainsäädäntöjen samanaikaista hyödyntämistä.

Tarpeisiin vastaavia palveluita määritellään lakiehdotuksessa myös viittaamalla erityislainsäädäntöön mukaan lukien päihdehuoltolaki. Tämän enempiä ei asiallisesti ottaen tarkenneta lakien välisiä suhteita,

¹⁴ PeVL 4/2013 vp, s. 4.

¹⁵ PeVL 4/2013 vp, s. 4.

vaikka sitä voisi pitää sängen tarpeellisenä. Asumisen järjestämisen osalta edellytetään sosiaalihuollon kannalta ensin muita tuen tarpeita ja vasta sitten ryhdytään tukemaan (asuntoviranomaisille kuuluvaa) asumisen järjestämistä. Asumisongelma saattaa kuitenkin olla primaari ongelma ja synnyttää muita ongelmia, jolloin valittu menettely perustuu ongelman pahenemisen odotteluun. Säännösten nojalla on joskus vaikea päätellä, millä palveluilla on tarkoitus vastata mihinkin tarpeisiin. Säännösten velvoittavuus mitä ilmeisimmin kärsii tästä. Jos tarve ei löydy laista, kunnan järjestämisvelvoitteen toteaminen on vaikeaa, eikä yksilön oikeuksiakaan voi helposti havaita. Oikeus saada palveluja näyttää häviävän.

Menettelyyn sisältyy myös sisäänrakennettu ristiriita silloin, kun palvelun käyttäjän ja tuottajan välillä on erimielisyys palvelun tarpeesta. Vaikka ristiriita kirjataan eri asiakirjoihin, johtaa menettely väistämättä vahvemman, viranomaisen käsityksen ylivaltaan. Varsinkin avuton tai epävarma palvelunkäyttäjä tuskin haastaa viranomaisen käsityksen palvelun tarpeesta tai edes kirjauttaa erimielisyyttä asiakirjoihin

Johtopäätöksiä

Päihdehuoltolaki on päässyt pahasti vanhenemaan. Lakia on huollettu vain vähäisessä määrin ja tällöinkin lähinnä viranomaisten nimien osalta. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämistä koskevat säännökset vastaavat pääpiirteissään perus- ja ihmisoikeuksien vaatimuksia, mutta hoidon aikana henkilöön sovellettavat tahdosta riippumattomat toimet eivät vastaa modernin oikeuden vaatimuksia. Myös muutoksenhakua koskevaa sääntelyä olisi syytä tarkastaa oikeusturvan varmistamiseksi. Näissä suhteissa on syytä panna tyytyväisyydellä merkille sosiaali- ja terveysministeriön Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeustyöryhmä¹⁶. Työryhmän tehtävänä on koota potilaan ja sosiaalihuollon käyttäjän itsemääräämisoikeutta koskeva lainsäädäntö ajan tasalle ja mahdollisuuksien mukaan samaan säädökseen. Yhtenä erityiskysymyksenä on niin sanottuja päihdeäitejä koskevat ongelmat. Työryhmän itsemääräämistä koskevan toimeksiannon johdosta työ painottuu tahdosta riippumattomiin palveluihin.

Päihdeiden käytön ehkäisyä koskevat lain tavoitteet ovat vanhentuneet. Laki on syytä koordinoida terveydenhuoltolain ja uudistettavana oleva sosiaalihuoltolain kanssa. Lain kunnalle asettamat velvoitteet on syytä selkeyttää. Mielensterveys- ja päihdesuunnitelmassa asetetaan 18 päihdehuoltoon liittyvää tavoitetta, jotka kaikki koordinoidaan mielensterveystyön kanssa. Yhtenä tavoitteena on, että sosiaali- ja terveysministeriö päivittää mielensterveyslain, päihdehuoltolain ja raittiustyölain sekä selvittää mahdollisuutta yhdistää mielensterveys- ja päihdehuoltolait. Aikataulu on vuoteen 2015.¹⁷ Kun sosiaalihuoltoa koskevassa lakiehdotuksessa korostetaan tarvesidonnaisuutta ja kunnan järjestämisvastuuta sen sijaan, että lähtökohtana olisivat palvelun käyttäjän oikeudet, on päihdeiden käyttöä koskevien palvelujen lainsäädännössä painavasti otettava huomioon palvelujen käyttäjien asema ja oikeudet, jotta ei synnytetä kasvavaa eriarvoisuutta eri kuntien asukkaiden välillä.

Lainsäädännön uudistaminen antaa mahdollisuuden selkeyttää päihdehuollon palvelujen käyttäjän oikeutta päästä palveluihin sekä sitä, mitä palveluja ja tukitoimia hän on oikeutettu saamaan. Myös sosiaalihuoltolaissa olisi syytä ottaa selkeästi esille perheenjäseniin ja muihin läheisiin kohdistuvat tukitoimet ja oikeus niihin. Yhteyden luomista mielensterveyspalveluihin on syytä korostaa. Näillä kahdella (ehkä yhdellä?) palvelulla on todennäköisesti myös oman elämän hallinnan ja työllistymisen kannalta vähintään yhtä merkittävä vaikutus kuin työvoimapalveluilla.

¹⁶ Itsemääräämisoikeustyöryhmä.

¹⁷ Mielensterveys- ja päihdesuunnitelma.

Lähteet:

- Arajärvi, Pentti: Johdatus sosiaalioikeuteen. Helsinki: Talentum 2011.
- Avuttomuus lainsäädännössä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti I. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Raportteja 14/2008.
- Itsemääräämisoikeustyöryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeustyöryhmä.
<http://www.stm.fi/vireilla/tyoryhmat/itsemaaramisoikeus>
- HE 309/1993 vp. Hallituksen esitys perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103109/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1>
- PeVL 4/2013 vp. Perustuslakivaliokunnan lausunto 4/2013 vp. Hallituksen esitys 140/2012 vp valvottua koevapautta koskevaksi lainsäädännöksi.
- PeVM 25/1994 vp. Perustuslakivaliokunnan mietintö n:o 25 hallituksen esityksestä perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta.
- Rakenteet, avuttomuus ja lainsäädäntö. Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti II. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 14/2009.
- Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:21.
- Tuori, Kaarlo – Kotkas, Toomas: Sosiaalioikeus. Helsinki: WSOY-pro 2008.

1.4 Mielekästä elämää Pirkanmaalla

Stengård Eija, Lehtinen Klaus, Ahonen Juha

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (2009, 2012) suositusten mukaan kuntien tulee sisällyttää mielenterveys- ja päihdetyön strategia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitelmaan osana kuntastrategiaa. Pirkanmaalla kaikki kunnat laativat ensimmäisen mielenterveystyön kokonaissuunnitelmansa jo 2000 -luvun alkupuolella. Näiden lisäksi laadittiin seudullisia suunnitelmia sekä Pirkanmaan mielenterveystyön strategia 2005–2012. Suunnitelmien laatimista tuki Pirkanmaan mielenterveystyön hanke. Hankkeen päätymisen jälkeen toiminta vakiinnutettiin perustamalla Taysin psykiatrian toimialueelle Pirkanmaan mielenterveystyön kehittämissyksikkö (PMT). Kehittämissyksikön tehtäväksi määriteltiin mielenterveystyön suunnitelmallisen kehittämisen tukeminen ja koordinointi alueella.

Loppuvuodesta 2011 tuli ajankohtaiseksi alueellisen strategian päivittäminen. Samaan aikaan käynnistyi Välittäjä 2013 Pirkanmaan osahanke, jonka keskeisimpänä tavoitteena oli alueellisten hoito-ohjelmien laatiminen. Alusta alkaen tuntui luontevalta kyteä alueella tehtävä suunnittelutyö kokonaisuudeksi ja toteuttaa se hanketyön ja perustyön tiiviissä yhteistyössä. Hanketyö ja strategian päivittäminen aloitettiin syksyllä 2011 kuntakierroksella, jonka aikana vierailtiin yhtä kuntaa lukuun ottamatta kaikissa Pirkanmaan kunnissa. Kuntakierroksen tavoitteena oli kartoittaa kuntien sosiaali- ja terveystoimen avainhenkilöiden toiveita ja näkemyksiä uuden strategian perustaksi sekä informoida heitä alkavasta hoito-ohjelmatyöstä.

Kuntakäynnillä tavattujen avainhenkilöiden mielestä strategian päivittäminen oli tarpeen. Syntyi myös yksimielisyys siitä, että strategia päivitetään mielenterveys- ja päihdestrategiaksi. Strategian toivottiin olevan konkreettinen ja tarjoavan suuntaviivoja kuntien mielenterveys- ja päihdesuunnitelmien päivittämistä varten. Koska kunta- ja palvelurakennemuutosten lopputuloksesta ei vielä tuolloin ollut tietoja, päädyttiin tekemään strategia vain tulevalle neljälle vuodelle. Pirkanmaalla käynnistyi samaan aikaan myös Terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatiminen. Järjestämissuunnitelman valmisteluprosessissa nostettiin esille useita rakenteellisia kysymyksiä. Näin ollen päädyttiin siihen, että mielenterveys- ja päihdestrategiasa keskitytään toiminnan sisällölliseen kehittämiseen. Kuntavierailujen yhteydessä keskusteltiin myös kuntien mielenterveystyön kokonaissuunnitelmien päivittämistarpeesta ja lähes kaikki kunnat päättivätkin päivittää myös kuntakohtaiset suunnitelmat sen jälkeen, kun alueellinen strategia on saatu valmiiksi.

Kuntakierroksen jälkeen perustettiin alueellinen, moniammatillinen työryhmä valmistelemaan strategiaa. Työryhmä kokoontui toukokuun 2012 ja maaliskuun 2013 välisenä aikana yhteensä yhdeksän kertaa. Kokouksissa sovittiin strategian keskeisistä sisällöistä kuten visiosta, painopistealueista, toimenpiteistä sekä arvioinnista ja seurannasta. Loppuvuodesta 2012 strategialuonnoksesta pyydettiin asiantuntijakommentteja kuntien sosiaali- ja terveystoimesta, koulutoimesta ja vanhustenhuollosta. Palautetta pyydettiin myös Pirkanmaalla toimivilta mielenterveys- ja päihdejärjestöiltä. Lisäksi kaikilla pirkanmaalaisilla oli mahdollisuus kommentoida strategialuonnosta internetkyselyn kautta vuoden vaihteessa 2012–2013. Kyselyyn saatiin 85 vastausta 11 eri kunnasta ja luonnosta muokattiin annetun palautteen perusteella.

Strategian arvoiksi valittiin työryhmän pohdinnan ja kuntakyselyn tulosten perusteella ihmisten kunnioittaminen, tasa-arvoisuus, asiakaslähtöisyys ja osallisuus. Näistä osallisuuden määrittely osoittautui erityisen haastavaksi. Pohdinnan jälkeen päädyttiin laajaan määritelmään: osallisuus kuvaa yhteisöön ja yhteiskuntaan kiinnittymistä. Se syntyy sosiaalisen kanssakäymisen, työn, harrastusten, kansalaistoiminnan tai muun vaikuttamisen kautta. Osallisuus toimii vastavoimana syrjäytymiselle. Yksi keino lisätä osallisuutta on palveluiden käyttäjien kokemusasiantuntijuuden huomioiminen ja hyödyntäminen palvelujen suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa.

Elämän tähden

Pirkanmaan mielenterveys- ja päihdestrategia

Mielekästä elämää

Ihmisten kunnioittaminen
Kaiken työskentelyn lähtökohta on toisen ihmisen arvostaminen ja toisista välittäminen

Tasa-arvoisuus
Palvelujen käyttäjille ja heidän läheisilleen turvataan oikeus hyvään hoitoon ja palveluun asuinpaikasta riippumatta

Asiakaslähtöisyys
Toiminta lähtee palvelujen käyttäjän ja hänen läheistensä tarpeista. Asiakas on palveluihin osallistuva aktiivinen toimija

Osallisuus
Osallisuus on yhteisöön ja yhteiskuntaan kiinnittymistä. Palvelun käyttäjät osallistuvat palvelujen suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin

Pirkanmaan mielenterveystyön kehittämissyksikkö / PSHP

Kuva 1. Pirkanmaan mielenterveys- ja päihdestrategia

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen on pitkäjänteistä toimintaa ja siitä syystä strategian aiempi visio haluttiin pitää entisellään. Visiota ainoastaan päivitettiin ja sitä kuvaamaan valittiin strategian nimeksikin valittu "Mielekästä elämää":

- Mielenterveyden, päihteettömyyden ja osallisuuden edistäminen on yhteinen asia. Asukkaiden mielen-terveyttä ja hyvinvointia tuetaan kunta- ja aluetason ratkaisuilla kaikilla toimialoilla. Kuntalaisten, palvelujen käyttäjien sekä heidän läheistensä osallisuutta on vahvistettu.
- Peruspalvelujen roolia on vahvistettu mielenterveys- ja päihdepalvelujen toteuttamisessa.
- Ohjausta, hoitoa ja kuntoutusta tarvitsevien kuntalaisten palvelut on järjestetty tarpeenmukaisella ja laadukkaalla tavalla eri tahojen yhteistyönä. Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoito toteutuu alueel-listen hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen mukaisesti.
- Kunta- ja aluetasolla on selkeästi sovittu mielenterveys- ja päihdetyön toteutuksesta, seurannasta ja vastuutahoista sekä yhteisen asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönotosta.
- Mielenterveys- ja päihdeosaaminen on turvattu. Koulutus, tutkimus, kehittäminen sekä käytännön mielenterveys- ja päihdetyö tukevat toisiaan tiiviissä yhteistyössä.

Visiossa kuvatun tavoitetilan saavuttamiseksi strategiaan kirjattiin useita yleisiä linjauksia, joiden mukai- sesti palvelujärjestelmää halutaan kehittää. Keskeisiksi asioiksi nousivat muun muassa mielenterveysasioi- den painoarvon lisääminen ottamalla käyttöön mielenterveysvaikutusten ennakoarviointi sekä seuraamalla hyvinvointikertomuksissa kuntalaisten mielenterveystilannetta ja päihteiden käyttöä. Palvelujen käyttäjien ja heidän läheistensä osallistumista heitä koskevaan päätöksentekoon sekä palvelujen suunnitteluun, toteut- tamiseen ja arviointiin haluttiin lisätä. Tärkeänä linjauksena pidettiin peruspalveluiden resurssien vahvista- mista sekä rakenteiden ja mielenterveys- ja päihdeosaamisen kehittämistä. Myös ongelmien varhaista tun- nistamista haluttiin vahvistaa koko palvelujärjestelmässä sekä painottaa alkoholin kokonaiskulutuksen vähentämistä sekä ylisukupolvisesti siirtyvien ongelmien tunnistamista ja vähentämistä.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen osalta tärkeimmiksi linjauksiksi nousivat palvelujen saatavuuden parantaminen siten, että tarjotaan matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluja, joihin palvelujen käyttäjä pääsee yhden oven periaatteella. Lisäksi haluttiin kehittää perhe- ja verkostokeskeistä toimintata- paa ja parantaa palvelujen asiakaslähtöistä koordinoitua. Mielenterveys- ja päihdepalvelut tulee toteuttaa niin, että ne tukevat myös palvelujen käyttäjien läheisiä ja heidän jaksamistaan. Mielenterveys- ja päihde- palvelut integroidaan siten, että palvelujen kokonaisuus on asiakkaan näkökulmasta helposti saavutettava ja asiakasta hoitavien tai auttavien työntekijöiden yhteistyö ja tiedonkulku voidaan toteuttaa sujuvasti. Strate- giassa myös kuvataan, miten linjausten mukaisen toiminnan tulisi näkyä kuntalaisten arkielämässä.

Jo kuntakierroksen aikana strategian painopistealueet alkoivat hahmottua ja niistä vallitsi varsin suuri yksimielisyys. Strategiakaudelle 2013–2016 valittiin ikäryhmittäin painopistealueet, joiden katsottiin ku- vaavan ikäryhmien ajankohtaisia ja keskeisiä tarpeita. Tulevan nelivuotiskauden aikana kehittämistoimet on tarkoitus keskittää näille painopistealueille. Yksityiskohtaisemmat valinnat kehittämiskohteista ja toi- menpiteistä tehdään kuntien omissa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmissa.

Painopistealueet vuosina 2013–2016 ovat:

- Lasten ja lapsiperheiden hyvinvointi
- Nuorten hyvinvointi ja osallisuus
- Työikäisten mielenterveys- ja päihdeongelmien hoito
- Ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmien varhaistunnistus ja hoito

Mielekästä elämää



Mielekästä elämää -strategia linjaa Pirkanmaalla toteutettavaa mielenterveys- ja päihdetyötä vuosina 2013-2016.

Strategia tarjoaa suuntaviivoja mielenterveys- ja päihdetyön alueelliseen kehittämiseen.

Strategian keskeisiä tavoitteita ovat mielenterveys- ja päihdeongelmien hoito yhtenä kokonaisuutena, asiakkaan aseman ja osallisuuden vahvistaminen, palvelujen saatavuus yhden oven periaatteella sekä ongelmien laaja-alainen ennaltaehkäisy.

Kunnat toteuttavat strategiaa valitsemalla siitä kuntalaisten tarpeisiin pohjautuvat painopistealueet ja toimintamallit.

Pirkanmaan mielenterveystyön kehittämissyksikkö / PSHP

Kuva 2. Mielekästä elämää- strategia linjaus

Painopistealueet ovat laajoja, joten niitä on strategiassa konkretisoitu toimenpide ehdotusten avulla. Kunkin painopisteen kohdalla on mainittu esimerkkejä suositelluista toimenpiteistä, jotka perustuvat tutkimustietoon tai hyvistä käytännöistä saatuun kokemukseen. Kunkin painopistealueen osalta on myös kerätty perusteluja siitä, miksi valittuja painopistealueita ja toimenpiteitä pidettiin tärkeinä ja ajankohtaisina.

Yhdeksi strategian valmistelun haastavimmaksi kohdaksi osoittautui sen seurannan ja arvioinnin suunnittelu. Seurantaindikaattorit valittiin Sotkanetistä sekä kansallisista tilastoista. Näiden lisäksi suunniteltiin kuntakysely, jonka avulla voidaan kerätä tietoa strategiakaudella tehdyistä toimenpiteistä ja muutoksista suoraan kunnilta. Kysely toistetaan strategiakauden päättyttyä. Strategian toteutumisen seuranta- ja arviointivastuu osoitettiin Pirkanmaan mielenterveystyön kehittämissyksikölle (PMT). Strategian väliarviointi ja tarvittava päivitys indikaattoritietojen pohjalta tehdään vuonna 2014.

Strategia päätettiin julkaista kolmella tavalla. Hallinnollista päätöksentekoa varten strategiasta laadittiin perinteinen paperiversio. Strategia julkaistaan myös Pirkanmaan mielenterveystyön kehittämissyksikön internetsivuilla (www.pshp.fi/pmt). Tässä sähköisessä versiossa on ollut mahdollista hyödyntää verkkokirjoittamisen periaatteita ja jäsenellä strategia helposti omaksuttavaan muotoon. Kolmanneksi strategian keskeisestä sisällöstä julkaistaan värikäs esite, joka sopii erityisesti strategian jalkauttamisen välineeksi.

Strategiaa jalkauttaminen käynnistettiin keväällä 2013 järjestämällä alueellisia tilaisuuksia. Kunnat päivittävät omat mielenterveys- ja päihdesuunnitelmansa strategiakaudella ja konkretisoivat strategian tavoitteita kuntalaisten tarpeiden mukaisesti. Strategiasta myös tiedotetaan Pirkanmaan mielenterveystyön kehittämissyksikön julkaisemassa uutiskirjeessä ja muissa tiedotusvälineissä.

Strategian vaikuttavuuden ja merkityksen osoittaa se, miten hyvin sen avulla onnistutaan käynnistämään ja ylläpitämään muutosta toivottuun suuntaan. Hyvä strategia on suunnitelma, joka pääpiirteissään toteutuu.

Jo strategiaprosessin aikana Pirkanmaalla käynnistyi tavoitteiden suuntaista toimintaa. Erilaisissa kuulemis- ja keskustelutilaisuuksissa tuotiin toistuvasti esille, että mielenterveystietämystä ja – osaamista tulisi vahvistaa kaikilla yhteiskunnan tasoilla. Tästä syystä Pirkanmaalla käynnistettiin Mielenterveyden ensiapu – ohjaajien koulutus sekä kurssien järjestäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri lähti mukaan myös SADe-ohjelmasta rahoitettavaan Mielenterveystalo – hankkeeseen, jonka avulla pyritään paitsi lisäämään mielenterveystietämystä myös ohjaamaan palvelujen käyttäjät nopeammin oikeaan palveluun.

Lähteet

- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2012:24. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-24926.pdf
- Pirkanmaan mielenterveystyön strategia 2005–2012. Pirkanmaan-mielenterveystyön hanke. <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=324>

1.5 Mielenterveyden edistämisen käsikirja

Tamminen Nina, Solin Pia

Johdanto

Mielenterveys ja hyvinvointi ymmärretään yhä selkeämmin elinikäisen terveyden tärkeiksi osatekijöiksi. Hyvä terveys ja hyvinvointi mahdollistavat emotionaalisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn. Mielenterveys vaikuttaa yksilön kykyyn ajatella, viestiä, oppia ja kehittyä. Hyvinvoinnin kokemus vahvistaa yksilön sietokykyä ja itsetuntoa. Nämä taas ovat edellytyksenä mielekkäälle osallistumiselle yhteisön ja yhteiskunnan toimintaan, toiminnalle ammatissa, ihmissuhteille ja lasten kasvatukselle.

WHO:n (2001) määritelmän mukaan mielenterveys ei ole vain mielen sairauksien puuttumista, vaan mielen hyvää vointia ja ihmisen kykyä selviytyä arjessa, kykyä luoda ihmissuhteita ja välittää toisista, kykyä tehdä työtä sekä toimia tuottavina ja luovina yhteisön jäseninä. Mielenterveyden edistämisen tavoitteena on tämän positiivisen, hyvän mielenterveyden ja hyvinvoinnin vahvistaminen. (WHO 2004).

Hyvä mielenterveys ja hyvinvointi ovat yhteydessä arkielämän toimintaympäristöihin, joissa elämme ja toimimme. Näitä toimintaympäristöjä ovat koulut, työ- ja asuinpaikat. Arkielämän ympäristöissä on luonnollista ja verraten helppoa edistää mielenterveyttä ja hyvinvointia. Mielenterveyden edistämisen käsikirjat keskittyvät näihin toimintaympäristöihin ja tarjoavat käyttäjille kouluissa, työpaikoilla ja ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa testattuja työkaluja mielenterveyden edistämiseen sekä menetelmiä toteuttaa mielenterveyden edistämisen toimenpiteitä.

Mielenterveyden edistämisen käsikirjat – hanke

Mielenterveyden edistämisen käsikirjat (Mental Health Promotion handbook) –hanke on kansainvälinen yhteistyöhanke, jota tehdään Euroopan Komission terveysohjelman tuella vuosina 2010-2013. Sen tavoitteena on vahvistaa henkilöstön osaamista mielenterveyden edistämässä sekä antaa välineitä mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen organisaatioissa. Se pyrkii tarjoamaan tietoa ja taitoja niille kouluissa, työpaikoilla ja ikääntyneiden toimintaympäristöissä työskenteleville henkilöille, jotka voivat vaikuttaa oppilaiden, työntekijöiden ja ikääntyneiden mielenterveyteen. Hankkeessa painotetaan mielen hyvinvointia, kuten yksilön positiivisia psyykkisiä voimavaroja.

Hankkeen asiantuntijat Euroopan johtavista mielenterveyden edistämisen tutkimuslaitoksista ovat kehittäneet mielenterveyden edistämisen käsikirjat kolmeen eri toimintaympäristöön: koulut ja oppilaitokset, työpaikat sekä ikääntyneiden asumis- ja hoivapalvelut. Käsikirjojen tavoitteena on antaa näiden toimintaympäristöjen ammattilaisille välineitä edistää mielenterveyttä ja hyvinvointia organisaatioissaan. Käsikirjat on suunnattu ihmisille, joilla on työtehtäviä kyseisissä toimintaympäristöissä: esimerkiksi opettajat ja kasvattajat, johtajat ja työturvallisuuden vastuuhenkilöt, sairaanhoitajat ja hoivatyöntekijät. Aikaisempaa tietämystä mielenterveyden edistämisestä ei tarvita – kaikki tarvittava materiaali löytyy käsikirjoista. Käsikirjat on tuotettu usealla kielellä, mm. englanniksi, saksaksi, viroksi ja suomeksi.

Käsikirjoja voidaan hyödyntää mielenterveyttä edistävien toimintojen toteuttamisessa näissä eri toimintaympäristöissä. Jokainen käsikirja sisältää kuhunkin toimintaympäristöön soveltuvaa tietoa mielenterveyden edistämisestä, käytännön harjoituksia ja interventiosuosituksia. Käsikirjat on rakennettu käytännönläheiseksi apuvälineiksi kunkin toimintaympäristön arkeen ja käytäntöön. Käsikirjat tarjoavat vaihtoehtoisia malleja sekä tukea mielenterveyttä edistävien toimintojen ja projektien toteuttamiseen organisaatioissa.

Ikääntyneiden mielenterveys

Vanhuusiän mielenterveys ja hyvinvointi ovat meille jokaiselle tärkeitä ja ne hyödyttävät kaikkia osoittamalla, että jokainen meistä voi elää aktiivista, miellyttävää ja tervettä elämää. Iäkkäiden mielenterveyden edistämisestä auttaa hyödyntämään ikäihmisten alikäytettyjä taitoja ja kokemusta. Terve ja korkealaatuinen elämä vähentää myös vanhuusiän mielenterveyden ongelmista aiheutuvia kuluja. (Lee 2006).

Ikääntyminen on luonnollinen osa elämää, johon vaikuttavat sekä yksilölliset että kulttuurierot. Ikääntyminen ei sinänsä aiheuta mielenterveyden ongelmia, mutta ikääntymiseen liittyvät kysymykset voivat olla haasteellisia. Leskeksi jääminen, läheisten kuolemat, yksinäisyys ja fyysisten sekä älyllisten kykyjen heikkeneminen ovat haastavia ja stressaavia tapahtumia, joiden kanssa useimmat ikääntyvät ihmiset joutuvat tekemisiin. Masennus, ahdistus ja itsemurhat ovat vakavia ongelmia, joiden esiintyvyys vanhuusväestössä on erityisen korkea. (Lang et al. 2010). Eräs mielenterveyden edistämistyön keskeisistä eduista on se, että useimmat toimenpiteet myös ehkäisevät mielenterveyshäiriöitä. (Foresight Mental Capital and Wellbeing Project 2008). Mielenterveyden häiriöt vaikuttavat haitallisesti myös fyysiseen terveyteen ja päinvastoin. (Lang et al. 2010).

Ikääntyneiden mielenterveyden edistäminen

Ikääntyneet muodostavat niin sosiaalisesti kuin myös koulutustasoltaan, taloudelliselta asemaltaan sekä terveydentilaltaan erittäin monimuotoisen väestöryhmän, jonka mielenterveyden edistämistyössä tarvitaan laaja valikoima keinoja ja toimenpiteitä. Yleisesti ottaen ikääntyneet hyötyvät mielenterveyden edistämistyöstä siinä missä muutkin ikäryhmät. On osoitettu, että liikunta, luova toiminta ja hengelliset tapahtumat edistävät mielenterveyttä. Samoin sosiaalinen osallisuus ja tukiverkostoihin osallistuminen sekä sosiaalisten taitojen, selviytymistaitojen tai elämänhallintataitojen vahvistaminen edistävät mielenterveyttä. Lisäksi terveyden edistämiseen tähtäävät toimenpiteet vaikuttavat positiivisesti myös mielenterveyteen.

Ikääntyneet ovat itse nimenneet useita keskeisiä tekijöitä, jotka edistävät mielenterveyttä ja hyvinvointia vanhemmalla iällä. Monille ikääntyneille hyvät perhesuhteet ovat tärkein tällainen tekijä. Positiivisen asenteen ylläpitäminen, elämän arvostaminen, muutosten hyväksyminen ja suvaitseminen sekä halukkuus oppia ovat hyvinvointiin myönteisesti vaikuttavia tekijöitä. Fyysinen, henkinen ja sosiaalinen aktiivisuus sekä vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa katsotaan myös oleelliseksi mielenterveyden ylläpitämisessä. Tärkeitä ovat myös riippumattomuus ja valinnan mahdollisuus mm. eläkkeelle jäämisen ja asumisen suhteen. (Mental health and well-being in later life: older people's perceptions 2004). Ikääntyneillä on kuitenkin myös omat erityiset mielenterveyden riskinsä. Siksi on oltava erityisesti tämän väestöryhmän mielenterveyden edistämiseen tähtäviä toimenpiteitä.

Mielenterveyden edistämisen käsikirja ikääntyneiden asumispalveluita varten

Mielenterveyden edistämisen käsikirja ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluja varten pyrkii edistämään ikääntyneiden hyvinvointia ja vahvistamaan heidän elämänlaatuaan. Se tarjoaa ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa työskenteleville ammattilaisille (hoivatyön tekijät, kotihoitajat, sairaanhoitajat) sekä myös omaishoitajille käytännöllisiä ja tehokkaita välineitä ikääntyneiden mielenterveyden edistämiseksi. Se sisältää lukuisia hyödyllisiä menetelmiä, jotka auttavat ehkäisemään ongelmien syntyä sekä edistämään mielenterveyttä. Ehdotetut mielenterveyden edistämisen toimenpiteet ovat helposti sisällytettävissä arjen rutiineihin. Lisäksi käsikirjan sisältämät harjoitukset ovat käytännöllisiä ja helposti toteutettavia.

Käsikirja koostuu neljästä osasta: lyhyestä johdannosta, mielenterveyden edistämistyön perusasioiden kuvauksesta, mielenterveyden edistämistyön aiheiden, menetelmien ja välineiden kuvauksesta, sekä harjoitustehtävistä. Käsikirjassa käsitellään aiheita, jotka ovat keskeisiä ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa. Nämä aiheet liittyvät elämäntapavalintoihin, fyysiseen aktiivisuuteen, sosiaaliseen kanssakäymiseen, osallistumiseen ja mielekkääseen tekemiseen, omaishoitajien tukemiseen, mielenterveysongelmien varhaiseen tunnistamiseen ja elinolosuhteisiin. Käsiteltäviä aiheita käsikirjassa on yhteensä yhdeksän. Monet aiheet liittyvät toisiinsa, eikä niitä voi tarkastella täysin erillisinä. Jokaisen aiheen merkitys mielenterveyden edistämistyölle selvitetään sekä kuvaillaan, miten tämän aiheen suhteen mielenterveyttä voidaan edistää. Jokaiseen aiheeseen liittyy harjoituksia, apuvälineitä ja työkaluja käyttäjän avuksi sekä esimerkkejä ja kirjallisuutta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos sekä Itävallan Punaisen Ristin tutkimusinstituutti ovat kehittäneet Mielenterveyden edistämisen käsikirjan ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluita varten. Käsikirjaa on testattu alan ammattilaisilla ja siihen on etsitty kommentteja ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa

työskenteleviltä. Myös ikääntyneitä itseään sekä heidän omaishoitajiaan ja läheisiään on haastateltu. Näin on varmistettu käsikirjan keskittyminen niihin asioihin, jotka todella ovat keskeisiä ikääntyneiden mielen-terveyden edistämiseksi.

Käsikirja tuotetaan suomeksi THL:n eli Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuissa alkusyksystä 2013 (www.thl.fi/julkaisut).

Mielenterveyden edistämisen käsikirjat –hankkeen (Mental Health Promotion handbook) verkkosivujen osoite: <http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=handbook>

Lähteet

- Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Final Project report. (2008) The Government Office for Science, London. <http://www.bis.gov.uk/foresight/our-work/projects/current-projects/mental-capital-and-wellbeing>
- Lang, G., Resch, K., Hofer, K. Braddick, F. & Gabilondo, A. (2010) Background document for the Thematic Conference on Mental Health and Well-being among Older People. Luxembourg: European Communities. http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/older_background.pdf
- Lee, M. (2006) Promoting mental health and well-being in later life. Age Concern and Mental Health Foundation. London.
- Mental health and well-being in later life: older people's perceptions (2004) Health Scotland. Edinburgh.
- MHP handbook –hanketuotokset
- WHO (2011) Mental Health: Strengthening Mental Health Promotion. Factsheet No. 220. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- WHO (2004) Prevention of mental disorders. WHO, Geneva. www.mentalhealthpromotion.net <http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=handbook>

2 SUUNNITELMAN MUKAISTA HOITOA

2.1 Johtamisen kokemuksia palvelujärjestelmän muutoksessa

Salmisaari Timo

Eksoten taustaa

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri perustettiin tuottamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja uudella asiakaslähtoisemmällä ja kustannustehokkaammalla tavalla. Se käynnistyi erikoissairaanhoidon osalta 1.6.2009 ja kokonaisuudessaan 1.1.2010. Keskeisinä taustatekijöinä olivat muun muassa vanhusväestön määrän kasvu ja palvelutarpeen lisääntyminen, uhkaava kunnallisen järjestelmän rahoituskriisi sekä työvoiman saatavuuden väheneminen.

Jäsenkuntiamme ovat Lappeenranta, Lemi, Luumäki, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahti, Savitaipale ja Taipalsaari. Nämä ovat ulkoistaneet sosiaali- ja terveydenhuoltonsa ja samalla noin 60 % budjeteistaan meille. Lisäksi tuotamme Imatralla erikoissairaanhoidon palvelut. Budjettisumma on kiinteä – jos ylitämme sen, joudumme periaatteessa itse hankkimaan rahoituksen muuttamalla toimintaamme tai säästämällä.

Organisaationa olemme uudenlainen ja rakenteeltamme ainutlaatuinen. Tämä tarkoittaa, että meillä on vähän valmiita palvelujen toteuttamisen malleja, joten strategia ja toiminta sisältöineen on kehitettävä itse. Meidät on perustettu tekemään asioita uusilla rakenteilla ja tavoilla, vanhan ylläpitäminen ei ole mahdollista. Toimintamme täytyy olla tuloksellista ja kyetä torjumaan uhkaava rahoituskriisi järjestämällä palvelujen tuottaminen nykyistä huomattavasti taloudellisemmalla tavalla. Lähtökohdiltamme olemme siten erittäin suurten haasteiden edessä.

Kunnianhimoisten tavoitteiden toteutumisen mahdollisuutta edistämään luotiin yksijohtajajärjestelmä, jolla pyrittiin mahdollistamaan uudenlainen vahva, määrätietoinen ja tavoitehakuinen johtaminen. Terveyspalveluissa aiemman ylihoitaja-instituution lakkauttaminen herätti runsaasti tunteita.

Keskeisiä strategisia tavoitteitamme ovat asiakaslähtöisyys ja tuloksellisuus. Ne molemmat edellyttävät toiminnan kehittämistä muuten kuin perinteisesti palvelu- tai tulosaluelähtöisesti, mutta lainsäädännön asettamat velvoitteet huomioiden.

Kun muutoksen tarve lähtee korjaamista vaativasta tilanteesta, on tärkeää pyrkiä ymmärtämään, mitä aiemmin ei ole ymmärretty, jotta epätarkoituksenmukainen ja tuottamaton toiminta ei siirtyisi mukaan uuteen toimintatapaan. Erityisesti tämä korostuu kunnallisissa muutoksissa, koska nämä perinteisesti toteutuvat konsulttien ja organisaation aiempien viranhaltijoiden toimesta. Toinen suuri haaste on, kuinka matkalla kohti tuntematonta vältämme tukeutumisen aiempiin, turvallisiin toimintatapoihin. Näihin päätyminen on hyvin luonnollista, sillä uutta etsittäessä koordinaatit ovat väistämättä välillä kadoksissa ja tutut mallit tarjoavat ainakin edes jonkinlaisen ratkaisun. Meille benchmarkingin hyöty on rajallinen, koska olemme taustoitamme kovin erilaisia. Voivatko muualla toteutuneet hyvät ratkaisut elää meillä vai onko niiden kiinnityspinta niin toisenlainen, että tehty työ valuu hukkaan?

Strategiamme merkitsee myös uudistumista ajattelussa, jossa ongelmat ratkaistaan lisäämällä resursseja. Meiltä edellytetään innovatiivisuutta ja uusia ratkaisuja henkilöstön määrän tai muiden resurssien kasvattamisen sijaan. Henkilöstön lisääminen on mahdollista ainoastaan silloin kun tuottavuuden lisääntyminen tai ostopalvelujen tarpeen väheneminen on osoitettavissa.

Uuden taloudenpidon tavoitteisiin sisältyy kustannusten hallinnan ja tuottavuuden lisäämisen ohella kunnille tyypillisen alibudjetoinnin kulttuurista luopuminen. Tälle ominaista on hallinnollisen työn kuormittuminen säästötoimien suunnittelun, loppuvuoden vyön kiristysten ja lisäbudjettien laatimisen myötä – kehittämistyön ja prosessien uudistamisen kustannuksella. Aika tulisi näyttämään, onnistummeko muuttamaan tämän perinteen.

Ajan myötä tulee myös osoittautumaan, ovatko kunnat siirtäneet sopimuksen mukaisesti Eksoteen todelliset sosiaali- ja terveydenhuollon kulunsa vai ainoastaan toimialojen viralliset budjetit. Monen kunnan

taloudenpito on ollut tavallaan joustavaa ja luovaa, mutta ei välttämättä aivan hallittua. Ehkä uuden organisaation käynnistäminen mahdollistaisi houkutuksen taseiden siivoamiseen.

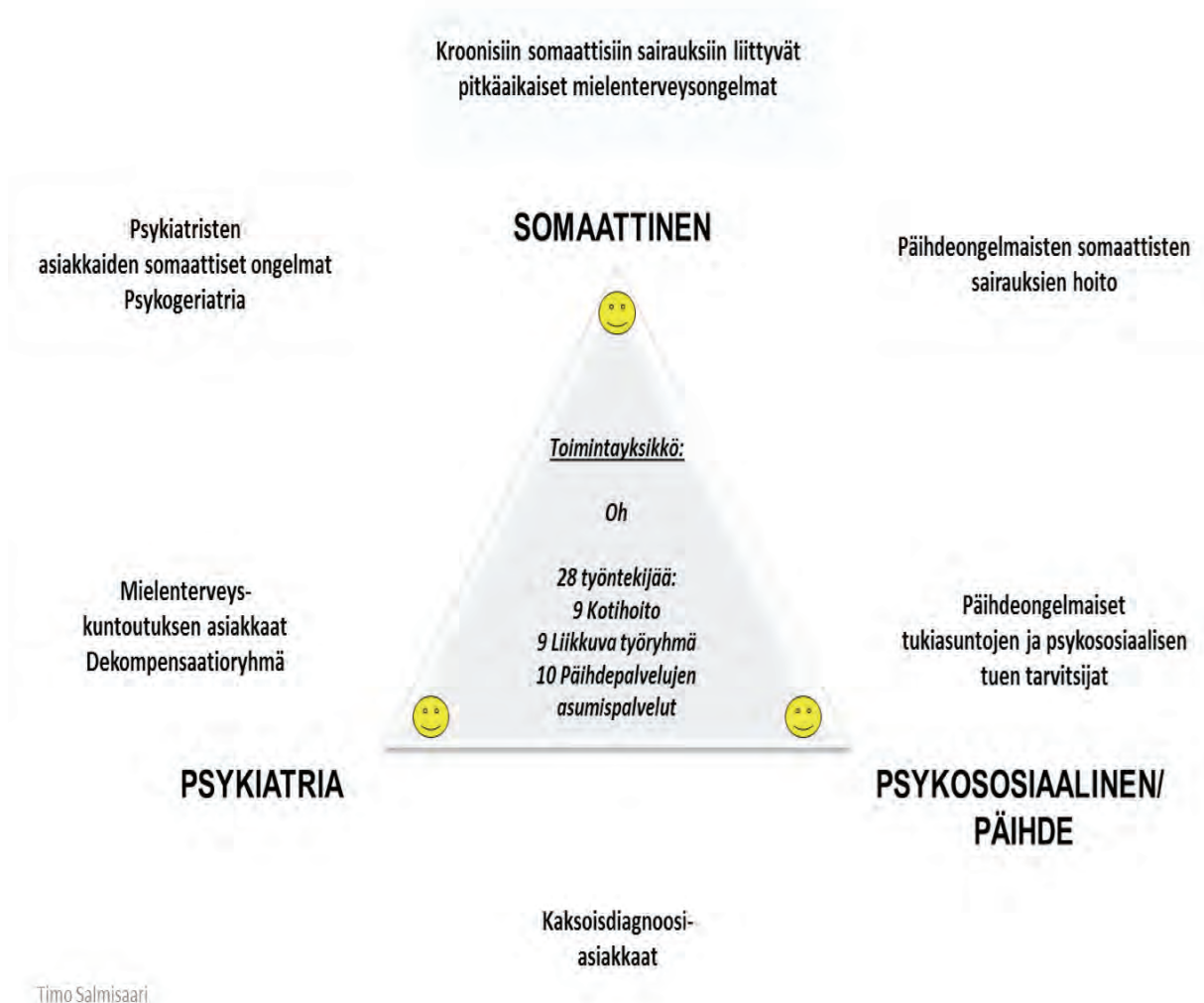
Mielenterveys- ja päihdepalvelujen rakenne ja muutosten tuloksia

Artikkeli kuvaa tapahtumia, muutoksia ja tuotannollisia lukuja vuoden 2012 loppuun. Kirjoitushetkellä moni muutos on käynnissä, mutta ei vielä valmis kuvattavaksi. Eksoten mielenterveys- ja päihdepalvelujen organisaatiossa yhdistettiin jäsenkuntiemme mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä erikoissairaanhoidon psykiatrian tuloksiksi. Perinteisiä termejä käyttäen yhdistimme aikuispsykiatrian osasto- ja avohoidon, lastenpsykiatrian, nuorisopsykiatrian, yleissairaalapyykiatrian ja päihdehuollon. Näistä on muodostettu 5 vastuuyksikköä: aikuispsykiatrisen avohoito, osastopalvelut, mielenterveyskuntoutus, lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Päihdehoito on integroitu näihin yksiköihin.

Tämän kolmen vuoden taipaleen aikana olemme toteuttaneet muun muassa seuraavat muutokset:

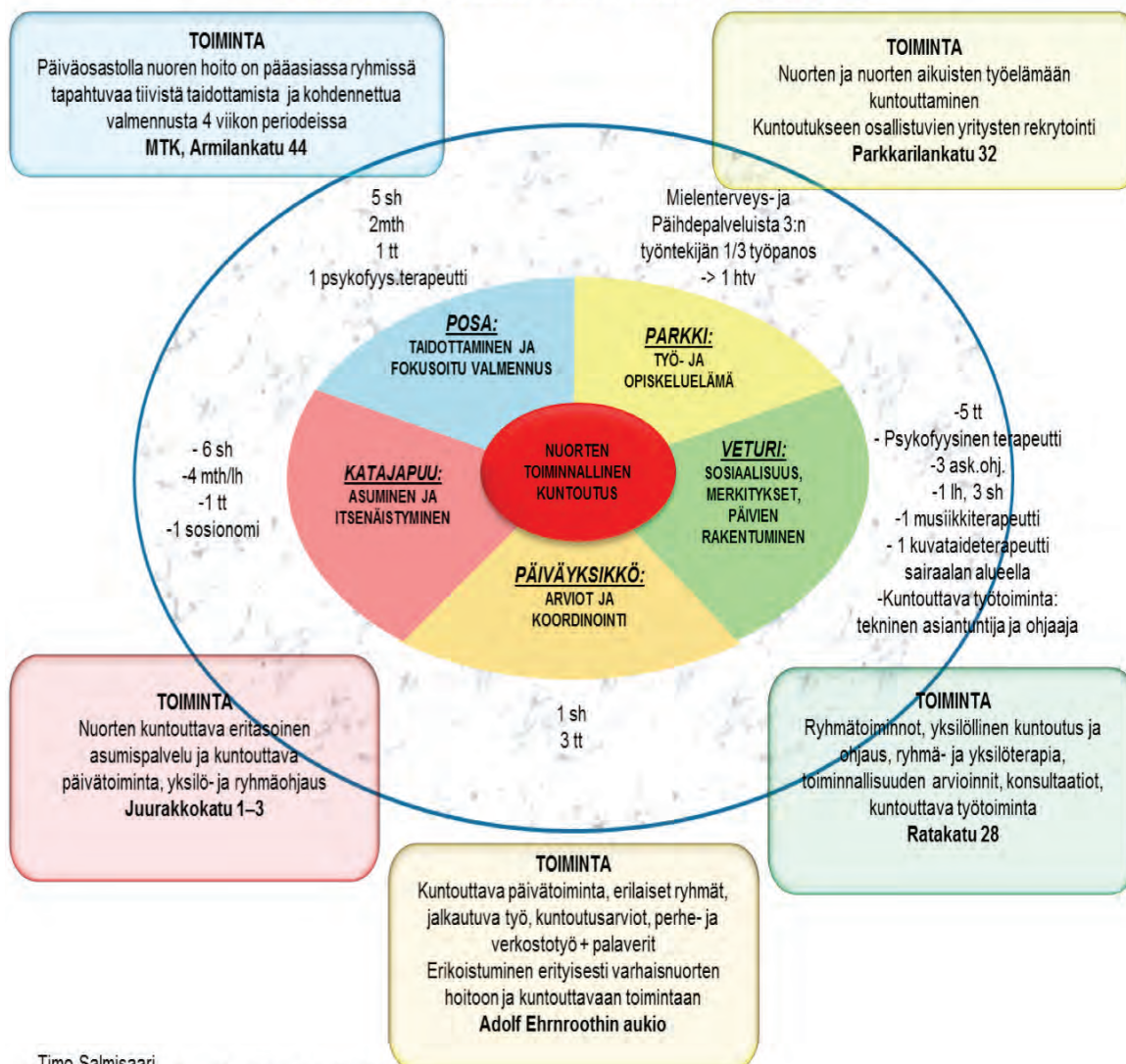
- Eksoten ja mielenterveyspalvelujen perustaminen yhdistivät toimijoita ja poistivat päällekkäisyyksiä, mikä on mahdollistanut aiempaa laajempien kokonaisuuksien hallinnan.
- Mielenterveys- ja päihdepalvelujen integroiminen periaatteella ”päihdehoito kuuluu kaikille”; avo- ja laitoshoidon sekä kuntoutuksen ja asumisen yhdistäminen. Asiakasta hoidetaan sen hetkisten tarpeiden eikä diagnoosin mukaan.
- Mielenterveyspäivystys ja arviointipoliklinikka, sen suunnittelu ja käynnistäminen: kynnyksetön ja lähetteen 24/7 hoitopääsy; akuutti toiminta; laaja tutkimus- ja palveluvalikko; uudet työnkuvat (nuorten päihdetyöntekijä, neuropsykiatrisen hoitaja ynnä muuta) ja uusien tarvittavien prosessien luominen (työhönpaluu- ja poliklinikka, perhetermi, omaisten tuki ynnä muuta).
- Aikuispsykiatrisia sairaansijoja on vähennetty 50 %, nuorisopsykiatrisia 40 % ja lastenpsykiatrisia 50 %. Vapautunut henkilöstö on siirretty avohoitoon ja korvaavia toimintoja on luotu tilalle (muun muassa päiväsaairaala- ja kuntouttavan päivätoiminnan lisääminen).
- Mielenterveystyön terveysasemamallin luominen ja käynnistäminen; etulinjan mielenterveys- ja päihdetyö; varhainen puuttuminen sekä palveluohjaus ja terveyskeskuslääkäreiden työn tukeminen.
- Päihdehoitojen uudistaminen ja palveluvalikon laajentaminen, esimerkiksi opiaattikorvaushoidon vo-lyymin lisääminen, prosessin uudistaminen ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen terveysneuvonta- aseman konsepti (”neulojen vaihtopiste”).
- Mielenterveyskuntoutuksen vastuuyksikön perustaminen, toiminnan käsitteellistäminen ja palvelu- valikon laajentaminen: nuorten päivätoiminnat ja kuntoutus; kotiin tehtävä työ; uudet työnkuvat ja yksikön vo-lyymin lisääminen sekä henkilöstön osalta että uusien toimitilojen myötä. (Ks. kuva: Liikkuvan mielenterveys- ja päihdetyön yksikkö.)
- Lähipalvelujen (maakunnat) lisääminen ja monipuolistaminen.
- Lastenpsykiatrisen kotisairaaloiminnan lisääminen ja yhteisten toimintamuotojen luominen perhe- ja sosiaalipalvelujen kanssa.
- Nuorisopsykiatrian uudet toimintamuodot: Liikkuva työryhmä (Nuoli), Syrjäytymisen ehkäisyyn keskittynyt työpari (Kannatellen-hanke), Nuorten toiminnallisen kuntoutuksen sovittuihin vastuu-jakoihin perustuva prosessikonsepti. (Ks. kuva: Nuorten kuntouttava toiminta.)
- Psykogeriatrisen toimintamallin luominen; osastokonsepti ja kotihoidon mallit (muun muassa psyko- geriatrisen koordinaattori)
- Sähköisten prosessien hallintatyökalujen käyttöönotto.
- Edellä mainitut muutokset ovat sisältäneet suuren määrän logistisia muutoksia ja tilateknisiä ratkaisuja.
- Ostopalveluhenkilökunnasta on luovuttu ja ostopalveluiden määrä on vähentynyt rajusti.

LIKKUVAN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖN YKSIKKÖ (LIITO)



Kuvio 1. Liikkuvan mielenterveys- ja päihdetyön yksikkö

NUORTEN KUNTOUTTAVA TOIMINTA



Timo Salmisaari

Kuvio 2. Nuorten kuntouttava toiminta

Toiminnallis-tuotannollisia lukuja

Edellä kuvatuilla muutoksilla on saatu seuraavanlaisia mitattavia muutoksia (ajanjakso on 2010–2012, mikäli ei toisin ilmoiteta):

- Sairaansijamme ovat vähentyneet aikuisilla 48 % (63 -> 33), nuorilla 40 % (10 -> 6) ja lapsilla 50 % (8 -> 4)
- Osastohoitopäivät ovat vastaavasti vähentyneet aikuisilla 46 %, nuorisolla 24 % ja lapsilla 53 %.
- Osastohoitojaksot ovat aikuisilla pysyneet ennallaan päihdehoitojen uudistamisen ja ostopalvelujen kotiutuksen myötä. Nuorilla jaksot ovat vähentyneet 25 % ja lapsilla 50 %.
- Keskimääräinen hoitoaika on lyhentynyt aikuisilla 45 % (23,8 -> 13,1 vrk), nuorilla 11 % (22,8 -> 20,4 vrk) ja lapsilla 23 % (27 -> 20,8 vrk).

- Laitoshoidon vähentämisen myötä avohoitopotilaiden asiakasmäärä on noussut 12 % (6064 -> 6770) ja kontaktit 16 % (77078 -> 89316); luvuissa on yhteenlaskettuina kaikkien avohoitoyksiköidemme käynnit, myös päihdekliniikka.
- Palveluasumisen muutokset: asiakasmäärä kokonaisuudessaan -6,3 % (575 -> 541), ostopalveluissa -11,8 % ja hoitopäivät -6,8 % (172069 -> 161068 vrk), ostopalveluissa -10,8 %. Huomattavaa on ostopalvelujen määrän väheneminen.
- Päihdepalvelujen ostopalvelut: asiakasmäärä -33 % (104 -> 70), hoitopäivät -25 % (19585 -> 14781), ulkopuolisten kuntoutumisyksiköiden asiakasmäärä -47 % (34 -> 18) ja hoitopäivät -52 % (1551 -> 747).
- Budjettikehitys; Alustavien tulosten mukaan mielenterveys- ja päihdepalvelujen nettomenot alenivat 2,5 % vuonna 2012, kun ne Eksotessa kasvoivat 5,6 % ja terveyspalveluissa 5,3 %.
- Henkilötyövuodet: Muutokset on tehty pääosin entisellä työvoimamäärällä, vähenemistä 2011 -> 2012 oli 2,5 % (293,3 -> 286,2 htv ilman osastonsihteereitä ja laitosapulaisia, joiden määrä on myös vähentynyt).
- Joulukuussa 2012 suoritettua asiakastyytyväisyysmittauksessa (n=256, asteikko 1–4) tyytyväisyys työntekijöiden osaamiseen oli 3,56, kyseiseen käyntiin 3,54 ja saatuun apuun 3,53. Tulos on Eksotessa toteutetuista mittauksista paras.

Muutosten kokonaisuudessa on pyritty toteuttamaan Mieli 2009 ja 2015 -hankkeiden asettamia tavoitteita. Olemme uudistaneet rakenteemme lyhyessä ajassa ilman lisäresursointia ja henkilötyövuosia vähentämällä. Keskeisissä tavoitteissamme olemme onnistuneet, sillä meillä ei ole jonoja missään ja mitattu asiakastyytyväisyys on hyvä. Vuosia jatkunut palvelukotien ostopalvelujen kasvu on kääntynyt laskuun ja päihdepalvelujen ostopalvelujen määrä on vähentynyt alle puoleen entisestään. Talouslukumme ovat muuta Eksoteta selvästi paremmat: kun muualla nettomenot ovat nousseet, niin meillä ne ovat laskeneet. Lastenpsykiatereja lukuun ottamatta työvoimapulamme on poistunut, viime vuonna meiltä kysyi 24 lääkäriä työtä ja viimeisimmässä sairaanhoitajahaussa oli 17 hakijaa. Tämä muutos on tehty kolmessa vuodessa – henkilöstömme on sen tehnyt.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen organisaation peruseriaatteista

Eksoten mielenterveys- ja päihdepalvelujen ideologinen yläkäsite on henkinen pahoinvointi; mielenterveys- ja päihdeongelmat nähdään tämän eri muotoina. Emme siten ole ensisijaisesti lääketieteellinen organisaatio, vaan painotamme voimakkaasti psykososiaalista lähestymistapaa. Olemme käsitteellistäneet tämän termiksi Elämän mukainen hoito, johon palaan myöhemmin. Strategiamme mukaisesti häivyttämme sosiaali- ja terveydenhuollon erilaisia raja-aitoja, kuten perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, päihdehuolto ja niin edelleen. Näiden osalta täytyy kuitenkin lakisääteisten ehtojen ja edellytysten täytyä, mutta tämä ei saisi haitata yksilön hoitoa.

Organisaatiomme tulee tuottaa väestöllemme palvelut viidessä eri yhtäaikaisessa kontekstissa, joissa kaikissa on erilaiset haasteet tavoitteeseen ja Akillen kantapäineen:

Taulukko 1. Terveydenhuolto, ihminen ja kontekstien kirjo

kohde	tavoite	väline/toiminto	kriittiset tekijät
kansalainen	hyvinvointivaltio, perusturva	yhteiskunnan rakenteet keskushallinto	hallittavuus turvallisuus tuottavuus
asiakas	palvelut/ palvelujärjestelmä	saavutettavat ja toimivat palvelut	saatavuus kattavuus joustavuus palvelualltius
potilas	korkeatasoinen lääke- tieteellinen hoito/ terveydenhuolto	oikeaan diagnoosiin perus- tuva vaikuttava hoito	vaikuttavuus
yksilö	yksilöllisyys, räätälöinti kohtaaminen	toivomusten ja odotusten kohtaaminen henkilökohtaisten koke- musten huomioiminen	kokemuksellisuus subjektiivisten merkitys- ten kohtaaminen selviytyvyys tarvitsevuus
lainsäädäntö	lakisääteiset tehtävät, viranomaisfunktio	viranomaisjärjestelmä valvontajärjestelmä	oikeudenmukaisuus uskottavuus tasa-arvoisuus tasavertaisuus

Meidän on huomioitava toiminnassamme väestömme kaikissa näissä positioissa eli tehtävämme on tuottaa kansalaisille hyvinvointivaltion turvarakenteet, jossa he saavat asiakkaina toimivat palvelut, potilaina vaikuttavan hoidon sekä yksilöinä räätälöidyt ja kohtaamiselle rakentuvat toiminnot, jotka vielä kaiken tämän ohella täyttävät lain kirjaimen. Lähtökohtaisesti pelkkä perinteinen lääketieteellinen hoito ei ole maakuntalaistemme kannalta riittävä lähestymistapa.

Keskeisiä toiminnan toteuttamisen periaatteita ovat: ”yksi ovi, kaikki palvelut”, matalan kynnyksen 24/7 -toiminta, palveluohjaus ja ei vielä hoidossa olevien priorisoiminen. Tämän myötä meillä on poistunut jako mielenterveys- ja päihdepotilaisiin ja mottonamme on ”päihdetyö kuuluu kaikille”. Kaikille kuuluvat myös kotiin tehtävä ja liikkuva työ sekä nuorten ja nuorten aikuisten hoito silloin kun se on tarkoituksenmukaista. Organisaatiossamme ei esiinny ”ei kuulu meille” -potilaita, vaan kaikki työntekijät ovat palveluohjauksen periaatteiden mukaisesti velvollisia tapaamaan asiakkaamme ja ohjaamaan heidät tarkoituksenmukaisesti ja sovittujen käytäntöjen mukaan eteenpäin. Näiden uusien toimintaperiaatteiden jalkautta-

minen ei ole mahdollista ilman että luodaan yhtenäisiä prosesseja tai niiden puuttuessa luodaan prosessit sinne missä niitä tarvitaan.

Elämänkaarimalli ja systeeminen ajattelu ohjaavat toimintaamme. Ensin mainittu haastaa meidät tuottamaan palveluja kaikenikäisille ja suunnittelemaan myös yksilöiden hoitoa tulevaisuudessa. Systeemisen ajattelun mukaan jokainen asiakkaamme on ikkuna perheeseen tai yhteisöön, jossa on ilmennyt pahoinvointia. Tällöin on syytä pyrkiä kartoittamaan myös muiden avun tarvetta. Meille hakeutunut ei ole välttämättä yhteisönsä sairain tai tarvitsevin.

Tavoittelemme toimintaa, joka olisi ”kaikille samanlaista, mutta sopivasti erilaista ja yksilöllisesti poikkeavaa” eli tasapainoilemme prosessien yhtenäisyyden ja yksilöllisten räätälöityjen palvelujen välillä tuotavuuden vaatimukset huomioiden. Kaikkien täytyy päästä hoidon tarpeen arvioon ja he itse kertovat ongelmansa, diagnoosi on vain osa kokonaisuutta.

Kivulias alkutaival

Eksoten johtajisto muodostettiin pääosin sisäisillä hakumenettelyillä mukaan tulevien organisaatioiden virkamiesten keskuudesta. Tämä loi oman haasteensa organisaation käynnistymiselle. Seurauksena oli useiden aiempien esimies–alaisuusuhdeiden kääntymisen päinvastaisiksi ja ”mustien hevosten” nostamista johtamisjärjestelmään. Tästä luonnollisena seurauksena oli henkilökohtaisia loukkaantumisia ja henkilöstön lojaalisuudelle rakentuvia systeemisiä ilmiöitä. Aika tulisi näyttämään, miten syrjäytetyt esimiehet kykenevät sitoutumaan uusiin tavoitteisiin.

Uusi, ylevät tavoitteet omaava mielenterveys- ja päihdepalvelujen organisaatio käynnistyi voimakkaan reaktiivisuuden merkeissä. Moni työyksikkö nimesi johtajavalinnan epäreiluksi ja olisi halunnut tehtävään aiemman esimiehensä eikä sen takia suostunut edes keskustelemaan toiminnan kehittämistä. Suhteessa työhön tämä ilmeni pahimmillaan työtehtävistä kieltäytymisinä, allekirjoittaneen paikalle tulon epäämisinä ja yhteistyöstä irtisanoutumisina. Pahimpia manifestaatioita olivat ilmoitukset, että joihinkin työpisteisiin ei ollut turvallista saapua ja jopa suurempina henkilökohtaiseen turvallisuuteen ja koskemattomuuteen kohdistuvina uhkauksina. Oma lukunsa olivat erilaiset kantelut ja perättömät ilmiannot viranomaisille, kunnallisille päättäjille ja lehdistölle.

Alkuvaiheessa oli selkeästi nähtävillä eri yksiköiden toiminnalle tyypillisiä asioita, kuten erilaisten varjo-organisaatioiden näyttäytyminen toimintatapoineen. Järjestelmässä oli totuttu siihen, että eniten huutavat ja epäsovinnaisimmin käyttäytyvät saavat parhaiten tahtonsa läpi. Johdon katsottiin olevan vastuussa jopa kunkin omista acting out -tyyppisistä affektien purkauksista, joita pidettiin luonnollisina ja oikeutettuina reaktioina – ”se on sinun syysi, kun minä käyttäydyn näin”. Tyypillisesti vedottiin myös työssä jaksamattomuuteen, jos töitä ei saa tehdä niin kuin haluaa. Suoritteiden ja tunnuslukujen selvittäminen koettiin kytämisenä ja epäluottamuksen osoituksina. Osassa yksiköissä ei ollut työajan seurantaa tai kulun valvontaa ja näiden luominen meni samaan kategoriaan. Luonnollisesti osa yksiköistä lähti innolla mukaan kehitykseen, mutta nämä viestittivät, että positiivinen suhtautuminen muutokseen on viisainta pitää piilossa ja vaikeneminen on kultaa.

Uudet hallintomallit ja toimintatavat koettiin omaa ammattitaitoa loukkaaviksi ja kokemusta ja osaamista sivuuttaviksi. Omien toimintatapojen tarkastelun ja mukauttamisen sijaan julistauduttiin kaikkietäviksi asiantuntijoiksi. Tällainen narsistisen tematiikan ylilyönti oli nähtävissä, kun muutoksia vastustettiin omien potilaiden edun nimissä. Johtamisen kannalta näissä ilmiöissä huolestuttavinta oli, että samalla ainakin hetkellisesti kadotettiin hoitosuhdetyöhön keskeisesti liittyvät herkkyys, avoimuus ja kohtaamisen kyky.

Tilannetta ei helpottanut lainkaan valinnoissa sivuutettujen esimiesten henkilökohtaisten reaktioiden vastarintaa kiihdyttävä vaikutus. Erityisesti tämä näkyi johtoryhmätyöskentelyssä, jota leimasivat kaiken vastustaminen, puhumattomuus ja käydyn keskustelun kovaäänisyys. Mukana oli myös ylimpään johtoon asti ulottuvaa aiempien henkilökohtaisten suhteiden vuotamista osaksi johtamisjärjestelmämme toimintaa.

Kun affekteille ja oppositiotoiminnalle rakentunut vastarinta ei johtanut tuloksiin, oli seuraavana vuorossa irtisanoutumisella uhkaaminen ja sitten poislähdöt. Näissä korostuivat mielipiteiden ehdottomuus ja orientaation viitekehysten kapeus. Haastavimmat tilanteet liittyivät lääkäreiden ja mielipidejohtajien poislähtöihin, jotka saivat myös julkisuutta osakseen. Tämä oli yksi eniten rohkeutta vaativista muutoksen osa-

prosesseista. Oli uskallettava luottaa omiin havaintoihin siitä, että näillä yksilöillä ei ollut enää todellista muuttumisen potentiaalia. Kysymyksenä oli, voiko luottaa siihen, että poistuvien henkilöiden tilalle saadaan uusia ja omista joukoista kasvaa sekä virallisia että mielipidejohtajia. Toimitusjohtajamme totesi minulle viisaasti: ”Muutoksissa ei voi välttää tappioita, niitä vain tulee”.

Lähdimme liikkeelle luoden strategian mukaisia prosesseja palvelujen saatavuutta ja avohoitoa korostaen. Tällöin jouduimme määrittämään yksiköidemme toimintaa uudelleen, yhtenäistämään toimintatapojamme ja parantamaan palvelujen saatavuutta, minkä johdosta joissakin yksiköissä pitkät hoitosuhteet siirrettiin mielenterveyskuntoutuksen yksikköön. Erilaisten tiimien määrää vähennettiin radikaalisti ja työntekijöille asetettiin päiväkohtainen neljän käyntisuoritteen tavoite. Suoritteista oli vaikea puhua ilman tunnollisten, väärin henkilöiden syylistymistä. Meidän oli kuitenkin puututtava työtapoihin, jotka tuottivat keskimäärin kaksi normaalia vastaanottokäyntiä päivää kohden. Lisäksi päiväosastomme kuuden työntekijän yksikön asiakaskunta oli vuonna 2010 koostunut 15 henkilöstä, jotka kyseessä olevan hoidon lisäksi kävivät samassa talossa vielä avohoitokäynneilläkin. Millään julkishallinnollisella organisaatiolla ei ole varaa tällaiseen.

Organisaation luomisessa etenemisen painopisteiden järjestykseksi asetin jatkumon rakenne-toimintasisältö. Katsoin parhaimmaksi, että teemme strategiamme toteutumista tukevat rakenteelliset muutokset heti aluksi, jotta saisimme tämän eniten kuormittavan ja tunteita herättävän vaiheen tehtyä mahdollisimman nopeasti. Sitten voisimme paremmin keskittyä muihin edellä mainittuihin osa-alueisiin. Rakenteiden pitää tukea toiminnan muutosta, johon sitten sisältöihin liittyvät valinnat ja määritykset tuovat ideologiaamme kytkeytyvän substanssin. Näistä toiminta on kuitenkin priorisoitava tärkeimmäksi, koska vain sillä on merkitystä mikä tuottaa tarkoituksenmukaista toimintaa. Toki rakenteita on muutettava myöhemminkin, mutta näin suurten muutosten tarve on ohitettu – tai ainakin uskon näin.

Muutosten toteuduttua oli turhauttavaa havaita, kuinka asiakkaiden tarpeisiin perustuvia uusia ja aiemmin puuttuneita rakenteita ja toimintoja ei niiden käynnistymisen jälkeen nähtykään tarpeellisina. Esimerkiksi uutta perheteimiä ei haluttu käyttää, koska itse toteutettu omaisten tapaaminen nähtiin riittävänä, aiemmin sitä estänyt resurssipula hävisi äkillisesti. Osastolta ei haluttu ottaa yhteyttä avohoitoon, koska siellä katsottiin hoidon tarpeen tulleen täytetyksi ja omat toimenpiteet riittäviksi. Päihdepuolella helposti saatavan psykiatrisen hoitoyhteyden katsottiin uhkaavan omia resursseja ja lääketieteellistävän toimintaa. Vanhusten palveluissa vastustettiin psykogeriatrinen prosessien luomista, koska pelättiin omien resurssien menettämistä. Avoterveydenhuollon johto pelkäsi psykiatristen sairaanhoitajien tuomisen osaksi arjen työtä johtavan työmäärien nousuun. Uudet hoitojen toteuttamisen vaihtoehdot olivat vaarassa jäädä käyttämättömiksi.

Uusien toimintatapojen myötä vastaanottojen potilasvirroissa tapahtui suuria muutoksia, mutta samalla myös vapautui merkittäviä määriä resursseja. Yllättäen seurauksina oli myös henkilöstön huomattavia jaksamisongelmia ja vakavia psyykkisiä sairastumisia. Näytti siltä, että osalle henkilöstöstä pitkissä hoitosuhteissa olevat tutut asiakkaat ja useita kertoja päivässä kokoontuvat tiimit olivat osa jaksamista ja omaa elämää kannattelevia rakenteita.

Pitkien hoitosuhteiden purkautumisissa henkilöstö monesti koki oman merkityksen kyseenalaistuvan potilaiden elämässä. Koska tämä tuntui olevan erityisen kivulias kokemus, niin esitin usein pohdittavaksi, miksi meille on tärkeää olla tärkeä. Ikään kuin potilaat eivät itse osaisi määrittää omaa tarvitsevuuttaan ja hoitoon hakeutumisen tarvetta. Huomionarvoista tälle ilmiölle oli, että usein näissä pitkissä hoitosuhteissa diagnostisia selvittelyjä ei ollut tehty tai hoitojen pituus ei korreloinut mitenkään häiriöiden vaikeusasteiden kanssa. Hoitosuhteen tärkeys oli siten paljolti työntekijän subjektiivinen kokemus. Olen nimennyt tämän ”suuren sylin syndroomaksi”.

Suhde julkisuuteen oli hyvin kaksiteräinen. Kehittämisen tavoitteista ja sisällöistä puhuminen toi myönteistä palautetta ja kannustusta, ja saimme ulkopuolisten kannatuksesta vetoapua usein juuri silloin kun oli vaikeata. Samanaikaisesti paikallisen lehdistön jo lähtökohtaisesti kielteinen suhtautuminen johti siihen, että katsoin viisaammaksi edetä mahdollisimman matalalla profiililla ja niukalla tiedottamisella. Pahimmillaan tämä vääristynyt ja suodattamaton kirjoittelu tuotti asiakkaillemme turvattomuutta, haittasi hoitojen toteutumista ja loi kuvaa järjestelmän romuttamisesta. Positiivistenkin asioiden esiintuomiset laukaisivat hyvin kielteisiä kommentteja paikallislehden tekstiviestipalstalla. Niiden edessä olimme täysin suojattomia.

Siellä voidaan sanoa mitä vain, ja usein nämä viestit ruokkivat toinen toisiaan – seuraava laittaa aina aiempaa paremmaksi. Tätä lietsontaa johtivat omat työntekijämme; uudet suunnitelmamme tulivat vääristelyinä julkisuuteen heti kun ne oli tuotu keskusteluun. Tähän toimintaan jouduttiin puuttumaan siinä vaiheessa kun ilmeni, että työntekijämme lähettivät näitä herjaavia viestejä työaikanaan, erityisesti yövuoroissa tuntui olevan aikaa muuhunkin kuin työntekoon. Vetosimme henkilöstöön, ettei se itse pilaisi oman työpaikkansa mainetta. Kuka haluaa olla huonossa työpaikassa ja kuinka sitten saisimme tulijoita silloin henkilöstövajauksista kärsivään organisaatioomme?

Surkukupaisimmillaan paikallislehti otsikoi näyttävästi "potilaat joutuvat avohoitoon", kun olimme tilanteessa, jossa aikuispuolen jonot oli saatu poistettua kahden vuodeosaston henkilöstön siirryttyä avohoitoon tuottamaan toimintaa, joka tarjosi sairaalahoidoille vaihtoehtoja. Mitä tähän enää voi sanoa? Meitä mustamaalattiin siitä, että olemme asettaneet tavoitteemme asiakkaidemme toiveiden ja valtakunnallisten linjausten mukaiseksi.

Organisaation luomisen elementtejä ja eteenpäin menon parametreja

Miten mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat sitten selvinneet alkutaipaleemme vaikeasta tilanteesta ja edenneet nykyiseen uudistuneeseen ja strategian mukaisia tavoitteita saavuttaneeseen vaiheeseen? Tämä on perustunut henkilöstömme muutosvalmiuteen, kehittämishalukkuuteen ja vastuullisuuteen. Uudet toimintatavat ovat mahdollistaneet hiljaisten kehittämisideoiden ja aiempien patoutuneiden muutostarpeiden esille tuomisen. Uusi organisaatiomalli on kannustanut tekemään uudenlaista poikkiorganisatorista ja asiakaslähdistä työtä. Muutosprosessin etenemisen myötä uudistajien joukko on lisääntynyt, kun on osoittautunut, että nyt ihan oikeasti pääsee vaikuttamaan. Muutos on lopulta tapahtunut henkilöstön toimesta, johdon tehtävänä on ollut vain saattaa yhteen työ, sen tekijät ja kehittämisen suunta.

Alun haasteena oli määritellä, mistä lähteä liikkeelle, minkä muutosten taakse henkilöstömme lähtisi. Vastarinnan ja vaitonaisuuden kulttuurissa mukanaolijoiden ja etenemisen mahdollisuuksien aistiminen on vaatinut intuitiivisuutta ja omiin vaistoihin luottamista. Myönteisten signaalien niukkuus ja dialogisuuden puute opettivat havainnoimaan erilaisia merkkejä kuten ilmeitä, osallistujamääriä ja negatiivisen palautteen vähenemistä ja tekemään näistä johtopäätöksiä. Matkaan on luonnollisena osana kuulunut hetkiä, jolloin näkyvyys on kuin sumuisella merellä. Eksyksissä olon tunnetta on vain siedettävä, ja suunta voi löytyä hyvinkin hentojen signaalien perusteella.

Asiantuntijaorganisaatioiden johtamisessa on vaikeata välttää professioiden kyseenalaistumisen kokemus, kun niitä määritellään osaksi suurempaa kokonaisuutta ja sidotaan prosesseiksi. Usein asiantuntijuuden taustalla on professionaalista täydellisyyteen pyrkimystä, johon on sisäänrakennettuna kompromissien tekemisen vaikeutta tai jopa toiminnan jäykkyyttä. Tällöin muutokseen sopeutuminen ei perustu pelkästään uusiin sisältöihin, vaan mukaan tulee kokemuksellisia, jopa eksistentiaalisia teemoja. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiota ja prosesseja ei kuitenkaan voida rakentaa pelkästään lääketieteen varaan, vaikka se onkin niissä keskeisessä asemassa. Palvelujärjestelmän haaste on tuottaa toimintaa massoille – jokaiselle riittävästi, mutta kaikki eivät voi saada parasta mahdollista ja lopulta kaikki tehdään yhteisvastuullisesti talkoilla.

Kaikki on ollut sidoksissa johtamiseen eri tasoilla. Kuinka olemassa olevista palasista tehdään uusi kokonaisuus, annetaan johtamisen mahdollisuus sitä osaaville, kuinka hyödynnämme työntekijöidemme vahvuuksia ja erityispiirteitä sekä kannustamme ja motivoimme väkemme mukaan? Organisaatio tehdään niillä ihmisillä, jotka siinä ovat – kunkin vahvuuksia hyödyntäen.

Tärkeimpänä menestystekijänä kokonaisuuden kannalta pidän selkeää, toimivaa ja kattavaa strategiaa sekä ennen kaikkea siihen sitoutumista. Strategian tulee olla sidoksissa yhtäaikaan kunnianhimoisiin tavoitteisiimme, arjen tapahtumiin, asiakkaidemme elämään, palvelujärjestelmän vaatimuksiin ja nykyteknologian hyödyntämiseen. Strategiamme on tarjonnut oivan ponnistusalueen, jonka avulla on ollut sisällöllisesti helppo perustella tehtyjen muutosten toteuttamista. Oleellista on myös, että olemme tehneet itse oman strategiamme emmekä kopioineet sitä muualta. Ylin johtomme on ollut kiitettävästi tukemassa työtämme, tätä ei voi liiaksi korostaa.

Toimintamme keskeinen elementti on kattava ja ymmärrettävä ideologia, jonka sisällöllisinä lähtökohtina ovat subjektiiviset merkitykset, kokemuksellisuus, kohtaamisen mahdollistaminen ja elämän tilanteen huomioiminen. Kun tähän vielä liitetään mahdollisimman korkeatasoinen ja vaikuttava lääketieteellinen hoito, niin tuloksena on ideologinen tavoitteemme Elämän mukainen hoito. Tämän toteutuminen ei ole mahdollista, mikäli palvelut eivät ole ympärivuorokautisesti ja helposti saatavilla. Ideologia tulee priorisoida perinteisen perusterveydenhuolto–erikoissairaanhoidon asetelman yläpuolelle tai oikeammin sen sisälle. Näiden ulkopuolelta tulevat käsitteet tarvitsevuus ja selviytyvyys. Miten autamme mahdollisimman helposti ihmistä, joka kokee tarvitsevansa apua, kun hän kokee jokapäiväisessä selviytymisessään puutteita? Näiden teemojen yhdistäminen yhdeksi kokonaisuudeksi on mahdollistanut perinteisten kädenvääntöjen välttämistä monen teeman osalta, kuten kuntarajat, terveydenhuollon prioriteetit sekä sosiaali- ja terveydenhuollon väliset raja-aidat matkallamme kohti uudenlaista toimintaa.

Muutoksen toteutuksen kannalta tärkeistä asioista keskeisimpänä ovat prosessit. Ne sitovat ideologian, strategian ja senhetkisen toiminnan yhteen. Ilman hallittuja prosesseja toiminta on kokonaisuuden kannalta sattumanvaraista ja liiallisen tilannekohtaisesti määrittävää muistuttaen jalkapallojoukkuetta, jossa taitavat pelaajat eivät osaa pelata yhteen. Strategia määrittelee suunnitelmat, mutta vasta prosessien kautta ne muuttuvat lihaksi ja vereksi. Muutos on muutos vasta silloin kun arjen toiminta muuttuu.

Johtamisen peruseriaatteista

Ajattelen johtamisen perustuvan johtamisjärjestelmään, jonka runkona on organisaatiokaavio. Se on selkäranka, jonka ympärille johtajuus ruumiillistuu. Rangan tulee olla yhtäaikaan sopivan jäykkä ja tukeva sekä taipuisa ja joustava. Se ei saa taipua ennakoimattomasti eikä holtittomasti, mutta se ei myöskään saa murtua tai altistaa itseään sellaiselle, mitä muu keho ei kestä.

Organisaatiokaavioon liittyy neljä keskeistä tekijää:

1. Virallinen organisaatiokaavio:

Tämä määrittelee organisaation rakenteen ja edustaa ”virallista totuutta”. Kaaviota voi päivittää tai muuttaa, mutta se on johtamisen julkisivu joka suuntaan, ja tähän koko johtamisjärjestelmän tulisi sitoutua. Kaavio myös määrittelee päätöksenteon ja tiedottamisen järjestyksen ja portaikon.

2. Toiminnallinen organisaatiokaavio:

Tämä kuvastaa, miten johtaminen todellisuudessa tapahtuu, kuka lopulta tekee päätökset, määrittää etenemissuunnan ja niin edelleen. Luonnollisesti ihannetilanteessa tämä on sama kuin edellinen sallien kuitenkin tarvittaessa tarkoituksenmukaisia joustoja. Toistuvien poikkeamien myötä tulee arvioida virallisen kaavion päivittämisen tarve. Meillä haasteina olivat sekä löysästä johtamisesta seuranneet sattumanvaraiset päätöksenteon mekanismit että vakiintuneet ohjohtamiset sekä ylös- että alaspäin. Kokonaisuus vaikutti kaoottiselta, mutta siihen oli kuitenkin totuttu ja luopuminen tuntui vaikealta – uusi on aina uhka, vaikkei vanhaan oltaisikaan tyytyväisiä.

Poliittinen ohjausjärjestelmä on johtamisessa sangen haasteellisessa asemassa. Sillä on viimeinen valta, mutta milloin on syytä puuttua operatiiviseen toimintaan ja miten? Meillä oli hyvin tiedossa, että aikuispsykiatrisilla osastoilla potilaiden kohtelu ei täytä nykyajan vaatimuksia ja vastentahtoiset toimenpiteet ovat ylimitoitettuja. Tähän puuttuminen oli kuitenkin yrityksistä huolimatta mahdotonta avainhenkilön mielipiteen ja poliittisten yhteyksien takia. Raadollisesti voimmekin sanoa, että lepositeiden käytön valtakunnallisen ykkösasemamme taustalla on poliittinen tahto.

3. Varjo-organisaatiot:

Näillä tarkoitan viralliseen johtamisjärjestelmään kuulumattomia usein hyvin suurtakin valtaa käyttäviä tahoja ilman valtuutusta siihen. Valta voi olla seurausta sukulaisuussuhteista, kunnallispoliittisista kytköksistä tai henkilökohtaisista ominaisuuksista. Tähän kasvottomaan valtaan sisältyvät usein myös

sellaiset vaikuttamisen keinot, jotka virallisessa järjestelmässä ovat mahdottomia, kuten juurujen levittäminen.

Tämä ilmiö on tullut minulle sangen tutuksi. ”Täällä ei mikään sellainen toteudu, jota xx ei hyväksy” tai ”Yy:lla on suora yhteys kaupunginjohtajaan ja tämä puuttuu asioihin heti, jos on tarvis”. Varjoorganisaatiot on lähes mahdotonta saada luopumaan vallasta, sillä kuinka ottaa pois sellaista, mitä ei oikeasti ole?

4. Yhteistyökumppanit:

On kovin tavallista, että organisaatioon kuulumaton läheinen tekijä määrittelee toimintaa ja käyttää valtaa sen sisällä. Meillä merkittäviä tällaisia tahoja ovat ostopalveluja tuottavat palvelukodit. Nämä ovat perheyrityksiä, joiden intresseissä on luonnollisesti mahdollisimman suuri taloudellinen voitto, mikä taas edellyttäisi, että entistä enemmän asiakkaitamme luopuisi omista asunnoistaan ja siirtyisi näihin kodinomaisiin laitososuhteisiin. Osa näistä yrittäjistä vaikuttaa toimintaamme sekä poliittisten toimijoiden että organisaatiossamme työskentelevien läheistensä kautta.

Psykiatriset palvelukodit syntyivät kuntien subventoimana kevyenä ja halpana vaihtoehtona kalliille laitoshoidolle. Yrittäjyyden sijaan näihin muodostui maksullisen kumppanuuden toimintakulttuuri, jossa hinnat nousivat joka vuosi sen verran kuin yritykset pyysivät. Kaiken lisäksi ennen Eksotea osa näistä yrittäjistä valitsi asukkaansa hyvin tarkkaan, ja järjestelmämme oli näin tullut riippuvaiseksi heidän toimistaan. Meille oli muodostunut periaatteessa kaksi pitkäaikaispotilaiden ryhmää: palvelukoteihin laitostuneet ja sinne sopimattomat. Sairaalahoidon tarvitsijoissa korostuivat ne henkilöt, jotka eivät sopineet yritysten toimintaprofiiliin.

Asiakkaiden edun nimissä tämä liikenne tulisi kääntää niin, että jokainen saisi ne palvelut, joita hän tarvitsee matkallaan kohti itsenäistä asumista. Palvelukotien kannalta tämä tarkoittaa tarvetta laajentaa palveluvalikkoa ja tehostaa kuntoutumista omaan asuntoon.

Edellä mainittuun liittyen suuri haasteemme oli luoda tarkoituksenmukainen organisaatiokaavio, johon myös sitoudutaan. Tämä määrittää johtamisjärjestelmän, jonka mukaan asiat etenevät kontrolloidusti ja joka lopettaa ohivirtaukset. Näin kavennetaan varjo-organisaatioiden elintilaa ja ohjataan yhteistyökumppanit asioimaan heille nimettyjen vastuuhenkilöiden kautta strategisten tavoitteiden ja organisaation toimintaperiaatteiden mukaisesti. Tämä perussääntöjen omaksuminen oli hyvin kivulias prosessi ja se tarjosi kiusauksia uusille ulkopuolisille hämmentäjille ja avoimia puukotuksen paikkoja niitä haluaville.

Me kuitenkin selvisimme tästä henkilöstömme kypsyiden ja ammatillisuuden sekä lähiesimiesten taitavuuden ja sitoutumisen avulla.

Johtamisjärjestelmän haasteista

Johtamisen moniulotteisessa maailmassa merkittävä prosessi on johtamisen kollektivisoituminen, hitsautuminen johtamisjärjestelmäksi. Johto on kuin jalkapallojoukkue, joka voittaa tai häviää yhdessä, tappiojoukkueen maalintekijöitä ei muisteta. Tämän ymmärtäminen on keskeistä, sillä erityisesti vaikeina hetkinä ja kielteisen julkisuuden aikana syntyy alttiutta kerätä irtopisteitä kokonaisuutta rikkovilla yksittäisillä toimenpiteillä tai lausunnoilla.

Meillä organisaatiossamme oli totuttu, että kovimmin huutavat ja epäsovinnaisimmin käyttäytyvät saavat parhaiten tahtonsa läpi. Erityisen herkäksi organisaation korva oli virittynyt loukkaantumisen taajuudelle. Moni prosessi kaatui, kun joku ilmoitti tulleensa loukatuksi, tämä oli turvasana, jonka myötä sitten siirryttiin asioiden käsittelystä affektien käsittelyyn. Varsinainen asia saattoi jäädä kesken, kun toiminta suuntautui syyllisten etsimiseen, loukatuksi ilmoittautuneen lepyttelyyn ja tapahtuneen aktivoimien vanhojen kaunojen selvittelyyn. Johtamisen kannalta keskeistä on dialoginen symmetria eli argumentoinnin tulee tapahtua yhteisellä taajuudella; visioon vastataan visiolla, kehittämissuunnitelmaan toisella suunnitelmalla ja niin edelleen. Mikäli vastustus, loukkaantumiset ynnä muut affektipohjaiset perustelut huomioidaan liiaksi, ne särkevät suunnittelun edellytykset ja johtavat prosessien pysähtymiseen. Johtajan täytyy kaiken melskeen keskelläkin nähdä horisontti ja siellä olevat suuntamerkit.

Johtamisjärjestelmä tulee nähdä kokonaisuutena. Organisaatiokaavion eri tasoilla on erilaisia tehtäviä. Ylin johto navigoi laivan kohti strategian mukaisia tavoitteita, kun taas lähiesimiehet kantavat suurimman vastuun operatiivisen toiminnan toteutumisesta. Ilman heidän ihmissuhdetaitojaan, neuvottelevuuttaan, tavoitteidemme ymmärtämistä ja ylöspäin tapahtuvaa tilanneraportointiaan emme voi onnistua. Lisäksi henkilöstöllämme on oikeus hyvään lähijohtamiseen. Tässä onnistuminen on ollut muutostemme avaintekijöitä. Meillä on vastuullisia ja aikaansaavia esimiehiä organisaatiossamme ja he myös ovat uskaltaneet johtaa. Tähän pääsemiseksi meidän on täytynyt olla valmiita uusimaan johtamisjärjestelmäämme henkilömuutoksilla, mikä on perinteisessä virkamieskulttuurissa hieman vierasta. Osastonhoitajatasoissa tehtävissä lähes kaikki ovat vaihtaneet paikkaansa tai heidän tehtäväalueensa ovat muuttuneet merkittävästi.

Uutta toimintatapaa luotaessa systeeminen havainnointi on hyvin välttämätöntä. Yksittäiset purkaukset ja toisaalta myös vaikenemiset on hyvä nähdä laajempaa kokonaisuutta vasten, ne kuuluvat organisaatioon. Affekteissa vellomisen sijaan huomio tulee suunnata taustalla olevaan keskusteluun siitä, kuinka etenimme hallitsemattomasta kiihkeydestä ja intohimoisuudesta huolimatta. Olen korostanut, että reagointi on luonnollista ja affektien erilaiset manifestaatiot eivät ole peruste pysäyttää karavaanin kulkua. Samalla on oleellista osoittaa, että tämä laiva etenee vastarinnasta huolimatta. Jos sen kulkuun haluaa vaikuttaa, niin se tapahtuu keskusteluun osallistumalla ja muiden kanssa samaa kehittämisen kieltä käyttämällä. Vastustamiseen täytyy sisältyä myös vaihtoehto, mutta muutoksen vaihtoehto ei ole muuttumattomuus ja pysäyttäytyminen vanhassa.

Kritiikki kuuluu muutoksiin ja on lähtökohtaisesti myönteinen asia, tarjoaahan se väylän yksilöiden mielipiteille ja keskustelufoorumien tapahtumien vaihtoehtojen pohtimiselle. Kritiikki tuottaa johtamiseen laatua haastaessaan johtajat entistä enemmän ja selkeämmin perustelemaan ratkaisujaan sekä syvemmin pohtimaan ja kartoittamaan vaihtoehtoja. Olen ollut kiitollinen asiallisesta ja sisältöihin kiinnittyvästä kritiikistä, johon luonnollisena osana kuuluvat ajoittainen yliampuutus ja -reagoisuus. Vaikeaksi tämä menee muuntuessaan selän takana toiminnaksi ja henkilökohtaiseen vahingoittamiseen pyrkiväksi. Tällöin myös se muuntuu vaikeasti hallittaviksi systeemisiksi ilmiöiksi, jotka ovat kaikkien kannalta vahingollisia. Kuitenkin erilaiset ryhmäilmiöt ovat myös havainnollisia, sillä ne kertovat yhteisöjen ominaisuuksista ja toimintatavoista. Tämä on hyvin kaksiteräinen miekka; kuinka paljon voi ja on kohtuullista henkilökohtaisesti kestää johtamisen havaintojen kannalta tärkeitä ilmiöitä, jotka voivat vahingoittaa omaa yksityiselämää.

Viittasin aiemmin suuren sylin syndroomaan. Tarkoitan tällä liian pitkälle vietyä ja hallitsemattomuudessaan asiakkaan edun kannalta haitallista loputonta ymmärtämistä ja hoivaamista. Pahimmillaan tällainen on realiteetit kieltävää ja yksilön kannalta tarpeellisten muutosten toteutumista estävää. Sama teema voi johtamisen maailmassa ilmetä liiallisena vastarinnan huomioimisena ja siten kehittämisen pysäyttämisenä. Syndroomaan kuuluvat myös tavoitteiden ja toiminnan fokusten puuttuminen, koska niiden asettaminen koetaan liian ahdistavina. Usein tässä ei myöskään saada resursseja hallintaan, vaan kehittäminen mielletään samaksi kuin resurssien lisääminen. Tyypillisesti kehittäminen on "mutta, kun meillä ei resursseja" -tyyppistä valittamista olemassa olevien olosuhteiden hyödyntämisen sijaan. Lähtökohtaisesti ilmiön muuttaminen on vaikeata, kivuliasta ja väkivaltaiseksi koettua, koska se pohjautuu usein yksittäisten henkilöiden syvällä oleviin uskomuksiin ja vaikeasti tiedostettaviin subjektiivisiin merkityksiin.

Johtamisen tulee kyetä muuttumaan organisaation kehitysvaiheiden mukana. Matkamme alussa sallimme jopa lain rikkomuksia, mutta nyt muutoksen käynnistyttyä edellytämme työyhteisön pelisääntöjen noudattamista ja korostamme työyhteisötaitoja menestystekijöinä. Tämän myötä työpaikoille on tullut ennustettavuutta, turvallisuutta ja oikeudenmukaisuutta, mikä on ollut henkilöstölle vapauttava kokemus.

Toistonkin uhalla totean, että johtamisen onnistumisessa kriittisin kohta on asiakastyötä ohjaavan lähiesimiestyön onnistuminen. Todellinen vaikuttaminen tapahtuu tämän kontaktipinnan myötä, ja ylemmän johdon tulee antaa kaikki tarvittava tuki tälle työlle.

Oman itsen johtamisesta

Olin noin vuosi sitten pitämässä yt-menettelyn mukaista tilaisuutta 50 hengen kuulijajoukolle, kun yksi osallistujista ilmoitti, että tulen jäämään aikakirjoihin ylilääkärinä, joka tappoi nuoria. Onneksi yleisön

adekvaatti reaktio antoi minulle mahdollisuuden siinä tilanteessa riittävän hyvään vastaukseen eli vaikene-
miseen. Mietin kuitenkin jälkeenpäin, millainen olisi ollut oikea vastaus?

Siinä olisi ollut ainakin kolme osaa eli:

1. Informaatio ilman loukkaantumista tai hyökkäystä ("en ole tappamassa ketään, vaan varmistamassa, että jatkossa nuoria syrjäytyy nykyistä vähemmän heidän päästyään hoitoon helpommin").
2. Omien tunteiden hillitseminen absurdista syytöksestä huolimatta.
3. Kommentoijan suojaaminen häpeän tunteeseen altistavalta konfrontoinnilta tai naurunalaiseksi joutumiselta.

Olen pyrkinyt rakentamaan oman muutosjohtamiseni sisällöllisille perusteluille. Kaikkiin muutoksiin pitää löytyä ymmärrettävät perusteet ja aiheeseen liittyville keskusteluille tilaa. Tähän kytkeytyy aiemmin kuvaamani dialoginen symmetria. Sisällöistä ja tunteista on vaikea puhua yhtäikaa tai ainakaan toiseen liittyviä ongelmia ei voi ratkaista toisella. Saamani palautteen mukaan juuri tämä rauhallinen asiaperusteisuus on koettu tärkeäksi ja eteenpäin vieväksi voimaksi.

Tämän saavuttamiseksi on tärkeää päivittää muutosta ohjaavien esitysten asiasisältö, kieli ja perustelut aina kullekin yleisölle, muutoksen vaiheelle ja asetetulle tavoitteelle otollisiksi. Vaihtuvien positioiden aistiminen, tuottaminen ja ymmärtäminen ovat johtamisen kannalta oleellisia asioita. Nämä tilaisuudet ovat kaksisuuntaisia eli miten huomioin tilanteen ja yleisön erityispiirteet sekä kuinka havainnoin usein melko intuitiivisesti syntyneen dialogin, sillä tapahtunut toimii informaation lähteenä myös itselleni. Näin syntyy rakentavaa dialogisuutta, jossa yhteinen ymmärrys lisää muutosten eteenpäin menon mahdollisuuksia.

Johtaminen on dilemmissä elämistä. Kuinka voi olla yhtäikaa jämää ja salliva, määrätietoinen ja luova, tiukka ja neuvotteleva ja niin edelleen? Näille akseleille asettumisen pitää olla joustavaa ja havainnoivaa. Vaikeiden ilmiöiden ja käsitteiden yhteydessä on luotettava myös intuitioon ja omiin tunteisiin sekä siedettävä epävarmuutta ja tietämättömyyttä. Vastakohtaisuuksilla ja vaativilla teemoilla operoimista helpottavat aktiivinen kommunikointi henkilöstön ja erityisesti lähimpien alaisten kanssa. Itse tarvitsen johtamisessa henkilöitä, joiden kanssa olen riittävästi samalla aaltopituudella ja joiden kanssa asiat puhutaan suoraan ja luottamuksellisesti. On tärkeää, että johto voi ventiloida keskenään.

Viime kädessä johtaja on kuitenkin yksin. Hänelle kuuluu psykoterapiastakin tuttu container-funktio eli erilaisten ilmiöiden kestäminen, kyky kantaa sisällään myös vaikeita asioita ja projektoiden kohteena oleminen. Reaktiivisuudelle tulee antaa tilaa ja maltaa odottaa asioiden luonnollista rauhoittumista. Ryhmäilmiöissä on pyrittävä asettumaan niiden yläpuolelle, jotta kokonaisuus ei katoaisi ja suunta muuttuisi. Epäterveisiin ilmiöihin on reagoitava välittömästi sekä käytännön syiden takia että oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvoisuuden periaatteiden toteutumiseksi. Toisaalta ylilyöntien ja mokailujen suhteen tulee olla hyväksyvä ja sallia niitä hetkittäin. Suurista asioista vastuun kantamisessa tulee olla sijaa omille virhearvioille ja epäonnistumiselle sekä ennen kaikkea näiden myöntämiselle. Edellä mainittu ei ole mahdollista ilman omien affektien hallintaa, sillä tunnepurkaukset voivat haitata havainnointikykyä, estää oikeiden johtopäätösten tekemistä ja ohjata väärään suuntaan. Syvimpien tunteiden jakaminen ei ole työyhteisössä mahdollista, niiden kanssa on vain mentävä eteenpäin.

Metakommunikaatio on psykoterapiamaailmassa käytetty menetelmä, jossa terapeutti tutkii itseään lin-
tuperspektiivistä kriittisesti rooliaan tarkastellen mutta samalla ymmärrykseen pyrkien. Itse olen pyrkinyt käymään dialogia itseni ja mielenterveyspalvelujen johtajan välillä tyylillä: "Minä toimin näin, mutta miten tämän organisaation johtajan tulisi toimia?". Erityinen suden kuoppa tulee tähän psykiatrisen työn kautta, jossa potilaiden tuottamat henkilökohtaiset uhkaukset ovat muodostuneet osaksi työn rutiinia, johon on sopeuduttava. Mutta miten toimia silloin, kun sama tämä toteutuu henkilöstön toimesta? Miten silloin asettuu ammattiroolin ja henkilökohtaisen kokemisen välinen suhde? Johtajan roolista on ymmärrettävää, että vastarinnan ilmenemisen henkilökohtaisuus ja vahingoittamisyrittäykset lyövät välillä yli, mutta milloin oma sietokyky lakkaa? Siedänpö henkilökohtaisella tasolla saman kuin mielenterveyspalvelujen johtajana? Potilaalta tullut tappofantasia on eri asia kuin oman työntekijän uhkaus.

Muutosten johtamisen motivaatio on eniten ollut koetuksella silloin kun olen joutunut kotona lapsille selittämään ilkeämielisen kirjoittelun taustoja ja ennalta varoittamaan, että kohta niitä saattaa taas tulla. Asian tekee entistä vaikeammaksi se, että kirjoittelun taustalla on henkilöitä, jotka ovat osa omaa työyhteisöäni – heitä, joita minun tulee tukea ja joihin tukeutua.

Muutosorganisaation johtaminen edellä mainittuine ilmiöineen asettaa oman elämän järjestämiselle vaatimuksia. Tämän myötä elämä ei ole entisellään, vaan sekin on muutostilassa. Työ haastaa omat aiemmat toimintatavat ja persoonan puolet aivan uudella tavalla ja intensiteetillä. Itsenäni en ole entiseni. Tämä matka on opettanut minulle nöyryyttä ja malttia. Aina ei voi pyrkiä parhaaseen, vaan korkeintaan siihen, mikä on mahdollista. Vaikeinta on ollut oikeudenmukaisuuden ja eettisyyden puutteiden hyväksyminen, mutta maailma vain on tällainen, toimintaa ohjaavat päätökset syntyvät viime kädessä poliittisin perustein, jopa moraalin unohtaen.

Ajallisesti johtaminen vie runsaasti, mutta sisällöllisesti antaa paljon ja sellaista, mitä todennäköisesti ei muuten kokisi. Kliseisesti voi todeta, ettei ole kahta samanlaista työpäivää ja viime aikoina hyvien päivien määrä on lisääntynyt. Rehellisesti sanottuna puolitoista ensimmäistä vuotta olivat yhtä helvettä. Ovatko nyt nähtävissä olevat muutokset ja niiden mukanaan tuomat parannukset asiakkaille olleet oman elämän kannalta sen arvoisia?

Kohti tulevaa

Tällä hetkellä Eksoten mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisessä painottuvat tehtyjen muutosten ja uusien toimintamuotojen vakiinnuttaminen: annamme tilanteen rauhoittua, hiemme paloja yhteen, täydennämme luotuja prosesseja ja muokkaamme hoitojen toteutuksia asiakkaiden tarpeiden mukaan. Olemme siirtyneet rakenteellisten muutosten tekemisestä toiminnan ja sisällön painottamiseen, mihin liittyen työskentelemme parhaillaan seuraavien prosessien parissa:

- Sähköiset prosessien hallintatyökalut (katso artikkeli tässä julkaisussa)
- Lasten ja nuorten talo; konsepti, joka uudella tavalla yhdistää sosiaali- ja terveyspalvelujen eri toimijoiden prosessit jakamattoman huolen ja henkisen pahoinvoinnin yksiköksi, mikä myös päivystää. Henkilöstö sijoittuu mallissa hallintorajojen sijan prosessilähtöisesti.
- Alueellinen psykoterapiatoiminto
- Palvelukotien ostopalvelujen kilpailutus ja näiden toiminnan kytkeminen omiin prosesseihimme kumppanuuden kautta
- Mielenterveyskuntoutuksen uusien toimitilojen hyödyntäminen ja niissä tapahtuvan toiminnan integroiminen muihin prosesseihimme
- Psykogeriatrisen avohoitomallin luominen
- Päihdeongelmaisten terveysasema, jossa neulojen vaihtopisteen ympärille rakentuu laaja-alainen palveluvalikko. (Ks. Kuva: Neulojen vaihtopiste.)
- Vaikeahoitoisten ja väkivaltaisten potilaiden yksikkö (vaativan hoidon yksikkö, ”krimitiimi”)
- Mielenterveys- ja päihdeongelmien ennaltaehkäisyn maakunnallinen malli
- Kokemusasiantuntijaneuvosto; teeman monitasoinen määrittäminen ja hyödyntäminen.

Odottelemme parhaillaan myös muiden tulosalueiden muutosten käynnistymistä. Tähän asti olemme saaneet matkata suhteellisen yksin – sekä hyvässä että pahassa. Eksoten kehittämisen yksikkö ei ole osallistunut muutoksiimme millään lailla, vaan vastuuyksikkömme on vastannut siitä itsenäisesti. Luonnollisesti jatkossa päivitämme organisaatiotamme muiden tulosalueiden kehityksen myötä tulevien tarpeiden mukaisesti.

Matkamme on vielä kovin alussa ja meillä ei lopullista päämäärää olekaan, sillä asiakas- ja tuloksellisuuslähtöinen organisaatio muuntuu asiakkaidensa tarpeiden, ajan haasteiden ja yhteiskunnan realiteettien ohjaamana. Mutta Eksoten rakenne, toiminta ja strategia tarjoavat meille hyvin käyttökelpoisilla ominaisuuksilla varustetun kulkuvälineen tulevaisuuden palvelutarpeisiin vastaamisen tiellä.



Kuvio 3. Neulojen vaihtopiste

Mitä kuuluu Eksotellet?

Eksotella on nyt kolme täysinäistä kehittämisen vuotta takanaan, joten meidän on jo mahdollista tarkastella matkamme suuntaa ja vauhtia. Kokonaisuutena olemme mielestäni jäljessä alkuperäisistä tavoitteista ja niiden aikatauluista. Etenemisen kannalta on nähtävissä kolme pullonkaulaa:

Johtamisen haasteet

Meillä vallanjako on vielä avoinna. On epäselvää, kuka lopulta johtaa organisaatiotamme ja missä roolissa tässä kokonaisuudessa ovat Eksoten hallitus, valtuusto, toimitusjohtaja, kunnanjohtajat, kunnanhallitukset, virkamiehet. Mitä tämä epäselvyys kertoo? Johtaminen tuntuu rakentuvan vielä kovin henkilölähtöisesti eikä asia- tai prosessisisältöisesti. On suuri vaara, ettemme vielä ymmärrä niitä seikkoja, joiden takia Eksote päädyttiin perustamaan.

Tällä hetkellä emme organisaationa toteuta strategiaamme, sillä meiltä puuttuu vision toteuttamisen suunnitelma aikataulutuksineen ja askelmerkkeineen. Hyviä ja tarkoituksenmukaisia asioita syntyy, mutta turhan sattumanvaraisesti ja hajallaan.

Tässä epäselvyyden tilassa mielenterveys- ja päihdepalvelut on muutosten tekijänä joutunut olemaan erilaisten intohimojen ja projektioiden kohteina. ”Etujoukot kohtaavat pahimmat esteet ja kiivaimman tulituksen”. Paradoksaalisesti etenemisemme ja tuloksemme ovat lisänneet ylhäältä tulevan arvostelun määrää. Sille olemme täysin suojattomia. Näyttää myös, että aiemmin yhteiseen toimintaan perustuvia muutoksia vastustaneet yhteistyökumppanimme haluavatkin nyt toimintojamme omikseen. Tuloksellinen toimintamme on muuttanut aiempaa vallanjakoa ja näyttää, että nyt kovin moni haluaa ottaa omansa takaisin.

Toimeenpanon puute

Meillä on monenlaisia hyviä suunnitelmia, mutta niitä on laitettu täytäntöön kovin vähän, ainakin mikäli lähtökohtamme on ollut tuottaa rakenteellisia muutoksia. Suunnitelmat eivät sinällään muuta vielä mitään, etenäkään kun niistä puuttuvat aikataulutukset, välitavoitteet ja integrointi muuhun kokonaisuuteen. Alkuperäinen idea asiakaslähtöisyyteen pohjautuvasta integraatiosta tuntuu painuneen taka-alalle, kun uudet tulosalueet ovat aiempien reviirien sijaan perustaneet uusia.

Organisaatiossamme kehittäminen on siiloutunut kolmeksi toisiaan kohtaamattomaksi tasoksi:

1. Meillä on yksikkökohtainen erikoisalalähtöinen kehittäminen, joka on sisältöjen ja toiminnan kannalta välttämätöntä, mutta voisi ottaa integratiiviset tarpeet paremmin huomioon.
2. Tulosaluelähtöisesti esiintyy strategian mukaista kehittämistä, joka yleensä vie asioita eteenpäin vain kyseessä olevalle hallintoalueella ja saattaa jopa muodostaa ongelmia naapurille. Taloudellisinta olisi kehittää samoja asioita samanaikaisesti sairaalapalveluissa, avoterveydenhuollossa ja vanhustenpalveluissa.
3. Kehittämisyksikkömme työ suuntautuu etupäässä vanhusten palveluihin ja hankkeisiin. Hankeveitoisen kehittämisen ongelmina ovat: 1) kehittämisen ulkoistuminen erilliseksi toiminnaksi sekä käytännössä että psykologisesti ja 2) integroitumisen vaikeus osaksi operatiivista toimintaa, koska kehittäjät ovat työyhteisön ulkopuolisia jäseniä, eivätkä tunne toimialuetta tai sen sisältöä.

Toiminnan muuttaminen olisi jo sinällään arvokasta, tällöin eteneminen saisi meidät liikkeeseen ja havaitsemaan uusia asioita. Nyt hyvin käynnistynyttä organisaatiota uhkaa pitkältä paikoillaan olosta seuraava puutuminen. Pienten asioiden kanssa operoidessa on jäänyt huomaamatta, että liike on vaarassa pysähtyä. Meillä muutoksen käsite tunnutaan ymmärtävän ainakin kolmella eri tavalla, ja se asettaa omat haasteensa:

- ”Kylttien vaihto” Osa meistä ymmärtää muutoksen organisaatioon liittyneiden yksiköiden toiminnan yhteensovittamisena. Yhdenmukaistamme yksiköiden nimet, uusimme opasteet, yhdistämme hallinnolliset toiminnot ja niin edelleen. Tällä ei kuitenkaan pyritä prosessien määrittämiseen ja toimintatapojen uudistamiseen. Osa johtajistostamme näkee tämän riittäväksi tavoitteeksi.
- Olemassa olevan toiminnan kehittäminen (horisontaalinen muutos); tällä tasolla pyritään muutoksen avulla viemään jo käynnissä olevaa toimintaa eteenpäin muun muassa synergiaetujen ja toisilta opittujen hyvien käytäntöjen laajentamisella. Näillä ei kuitenkaan pyritä rakenteellisiin muutoksiin tai toimintatapojen uudistamisiin.
- Rakenteelliset muutokset, joissa toiminta järjestetään uudella tavalla (vertikaalinen muutos). Esimerkkinä tästä on edellä kuvattu kahden psykiatrisen osaston lakkauttaminen ja henkilöstön sijoittaminen korvaavia toimintamalleja tukemaan. On mielenkiintoista nähdä, miten parhaillaan suunniteltava Yle-osasto toteutetaan; siirretäänkö sinne terveyskeskusvuodeosastojen toimintatapoja entisellään, luodaanko siellä uusia, aiempaan verrattuna parempia käytäntöjä vai tuleeko siinä näkemään päivänvalon uudenlainen, yhdessä erikoissairaanhoidon kanssa synnyttävä integratiivinen toimintamalli?

Kun organisaatiomme on luotu rakenteellisia uudistuksia varten, on vähintäänkin haasteellista kehittää uutta toimintaa, jos muutos on käsitteellisellä tasolla näin eri tavoin mielletty.

Suurten kokonaisuuksien muodostamisen vaikeus

Teemme yksittäisiä, toisiinsa integroitumattomia ratkaisuja. Kuten edellä totesin, uudistukset tapahtuvat yksikkölähtöisesti sillä seurauksella, että eri yksiköt kehittävät samoja asioita, kuten kotiin tehtävä työ, palvelupuhelinjärjestelmä, kuntouttavaa työtoimintaa ja toimintakyvyn arviointi. Esimerkkinä tästä on viimeksi mainittu: vanhustenpalveluissa siinä käytetään Rava- ja Rai-järjestelmiä, meillä se tapahtuu itse koostamamme sähköisen kuntoutussuunnitelmainstrumentin avulla ja erikoissairaanhoidossa osastokohtaisin menetelmin. Jos vanhus asioi kaikissa näissä yksiköissä, tehdään paitsi päällekkäistä myös toistemme toimintaa häiritsevää työtä – ja pahimmillaan tämä hämmentää asiakasta ja hänen omaisiaan.

Suuri haasteemme on luoda uusi johtamisjärjestelmä ja johtamisen kulttuuri, jotka perustuvat edellä mainituissa kohdassa mainituille teemoille ja jossa kuljemme haasteita kohden yhtenä rintamana toinen toisiimme tukien. Aika näyttää, jääkö Eksote konsulttien käynnistämäksi muutoshankkeeksi, jonka kaari on vanhaan palaava, sulkeutuva ympyrä. Henkilökohtaisesti ajattelen sosiaali- ja terveystieteiden olevan paras malli yritettäessä vastata tulevaisuuden haasteisiin – kävi meille miten tahansa.

Taloudesta ja julkisesta rahasta

Mihin on asettunut ennen Eksotea vallinnut alibudjetoinnin kulttuuri? Kuntien taseet ovat olleet aiempia parempia, mutta Eksoten alijäämä kasvaa koko ajan – nykyisellä vauhdilla olemme Kreikan tiellä. Mittarina käytetään vuosittain määriteltävää jäsenkuntien toivomuksille rakennettua budjettia, ei aiempaa toteumaa, eikä sitä, mitkä kulumme olisivatkaan ilman tähän asti toteutettuja toimenpiteitä tai valtakunnallisia keskiarvoja. Onko meistä tulossa jäsenkuntiemme roskapankki?

Oman kuormansa taloudellemme luovat myös erilaiset mielestäni jopa epärehelliset kulujen kierrättämismekanismit. Kunnat muun muassa ovat meille tiloja vuokratessaan alkaneet periä vuokria jo kiinteistörekistereistä poistetuista, käyttökieltoon asetetuista ja epätarkoituksenmukaisista tiloista. Yhteisesti sovittuja vuokratasojen linjauksia on voitu välttää myös omien kiinteistöyhtiöiden kautta. Lähitulevaisuudessa näemme, miten kunnat hinnoittelevat kiinteistönsä, mikäli nyt suunniteltu yhteinen kiinteistöosakeyhtiö toteutuu. Vaarana on, että kunnat kuittaavat velkojaan ylihinnoitelluilla vanhoilla kiinteistöillä, ja näin joudumme edessä olevien peruskorjausten maksumiehiksi. Joka tapauksessa olemme uudisrakentamisen edessä, sillä saimme perinnöksi paljon huonokuntoisia ja sisäilmaongelmaisia kiinteistöjä, joiden peruskorjauksia oli säästösyistä lykätty.

Tällä matkalla olen pohtinut paljon, mitä on kunnallinen raha, mistä se tulee ja miten sitä pitää käyttää. Olemme paljon vartijoita, kun meille on uskottu käytettäväksi merkittävä osa niistä varoista, jotka jokainen palkansaaja maksaa kaikista ansioistaan. Me ohjailemme rahavirtoja, joilla tuotetaan hyvinvointivaltio rakenteineen ja palveluineen.

Liike-elämässä yritykset vastaavat taloudesta omistajilleen, me veronmaksajille. Yrityksissä talouden raportointi on tarkkaa ja varojen käyttö on perusteltava. Meillä vastaavien periaatteiden toteutuminen on hyvin epäselvää. Rahaa tuntuu edelleen löytyvän aina kun budjetit ylittyvät. Kun julkinen raha on riittoisaa leikkirahaa, niin paineet toimintojen muuttamiseen eivät realisoitu riittävästi ja muutokset tapahtuvat kovin hitaasti.

Olemme monesta syystä matkalla julkisen terveydenhuollon rahoituksen kriisiä, eli raha ei riitä kattamaan nykyisellä tavalla järjestettyjä palveluja enää kauaa. Tarvitsemme siten tuottavuuden merkittävää kasvattamista eli tehokkaampaa ja tarkoituksenmukaisempaa toimintaa. Tämä tarkoittaa muun muassa hukan vähentämistä, yhteisiin prosesseihin sitoutumista ja tehokkaampaa työajan käyttöä. Mikäli sallimme työntekijöiden tehdä liian vähän tai epätarkoituksenmukaisia asioita, väärinkäytämme yhteisiä rahojamme ilman lupaa. Ja mikä pahempaa, näin me välillisesti ylläpidämme aliresursointia monessa tärkeässä toiminnassa, kuten kouluihin suunnatussa mielenterveystyössä. Tätä kokonaisuutta ja siihen liittyvää raadollisuutta ei tunnuta ymmärrettävän. Julkiselle rahalle asetettu panos on suurempi kuin yksityiselle, koska sillä tehdään yhteiskuntamme turvarakenteet.

Epilogi

Vuoden 2012 lopussa mielenterveys- ja päihdepalvelut päätettiin sijoittaa vuonna 2014 hallinnollisesti perhe- ja sosiaalipalveluihin ja samalla pilkkoa. Sekä johtoryhmämme että minä vastustimme muutosta kolmesta syystä. Ensinnäkin henkilöstömme on läpikäynyt edellä kuvatun suuren rakenteellisen muutoksen ja nyt tehtävä muutos tulee kaiken tämän päälle ennen kuin aiempi on ehtinyt vakiintua. Hyvässä vauhdissa ollut toiminnan ja sisällön uudelleen järjestely pysähtyy huomion ja voimien suuntautuessa rakenteellisten muutosten tekemiseen. Toinen vastustamisen syy on muutoksen perustelu. Olemme tähän asti perustelleet kaiken asiakaslähtöisillä ja sisällöllisillä seikoilla. Nyt tehtävän muutoksen taustalla on ilmoitettu olevan suurimman kunnan poliittinen tahto. Lisäksi muutos merkitsee meille elinkaarimalliin ja perhelähtöisyyteen perustuvista toimintatavoista luopumista ja palaamista perinteisempään lääketieteelle rakentuvan psykiatrian maailmaan.

Johtamisessa keskeisintä on pitää huolta ydintehtävästä. Meillä se on avun tuottaminen sitä tarvitseville. Tämä on tehtävä kaikissa mahdollisissa olosuhteissa ja parhaalla mahdollisella tavalla. Se ei saa olla sidoksissa ympäristön tapahtumiin, niihin liittyviin affekteihin tai omiin mielipiteisiin. Perustoiminta ja sitä kautta asiakkaiden etu on suojattava kaikissa olosuhteissa.

Tästä johtamisesta on kyse.

2.2. Sähköiset prosessien hallintatyökalut mielenterveys- ja päihdepalveluissa

Salmisaari Timo, Kemppinen Juha, Viro Ursula

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri käynnistettiin 1.6.2009 tuottamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja uudella, aiempaa asiakaslähtoisemmällä ja kustannustehokkaammalla tavalla. Keskeisiä taustatekijöitä muutokselle olivat vanhusväestön määrän kasvu ja palvelutarpeen lisääntyminen, uhkaava kunnallisen järjestelmän rahoituskriisi sekä työvoiman saatavuuden väheneminen. Aihetta on käsitelty toisaalla tässä julkaisussa.

Strategiamme ohjaa meitä palvelujen toteutusmallimme osalta prosessiorganisaation suuntaan. Kysymyksenasettelussa painottuu aiempaa enemmän miten-tematiikka mitä-ajattelun sijaan. Tavoitteemme on yhdistää organisaatiomme toiminta laajaksi ja hallituksi kokonaisuudeksi, jossa eri toiminnot nivELYTYVÄT toisiinsa ja päällekkäisyydet ovat mahdollisimman vähäisiä. Kustannustehokkuuden toteutuminen edellyttää, että palvelut tuotetaan hallitusti, sovittujen käytäntöjen mukaan ja toteutuksen eteenpäin menoa ja ulostuloa seuraten. Tämän johtaminen vaatii onnistuakseen riittävät ohjaus- ja seurantavälineet, ilman niitä prosessien kulku jää liian sattumanvaraiseksi.

Mikä sähköinen prosessien hallintatyökalu on?

ATK-maailman tulo terveydenhuoltoon on muuttanut laajalti toimintaympäristöämme ja tarjonnut uusia mahdollisuuksia palvelujen toteuttamisessa ja toimintamme ohjaamisessa. Tämä on myös aiheuttanut ongelmia, koska eri järjestelmien myötä maailma on pirstoutunut ja menettänyt ohjattavuutensa. Sähköisen prosessien hallintatyökalujen tarve on siten ainakin kahdenlainen:

a) sen täytyy luoda yhtenäinen ja hallittu prosessien verkko sekä b) määrittää ja ohjata osiensa sisältöjä. Tämän luomisessa yhdistyvät prosessiajattelu, toiminnan tarkoituksenmukaisuuden varmistaminen, laadun hallinta ja teknisten mahdollisuuksien hyödyntäminen. Sähköinen prosessien hallintatyökalu on käsitteen sisältyvien termien summa. Se hyödyntää tietotekniikkaa (sähköinen), edellyttää toiminnan rakentamista prosesseille, jotka ovat määriteltyjä ja hallittuja. Lisäksi se on apuväline (työkalu), joka tekee sen mihin se on suunniteltu ja konstruoitu. Se on talon renki, joka tekee isäntänsä määrittelemiä töitä. Käyttöön ottojen tulee olla suunniteltuja, prosesseja havainnollisia ja jatkuvalla kehittämiselle perustuvia. Hyödyn saaminen edellyttää myös, että käyttöön sitoudutaan organisaatiossa yhteisesti. Muuten tuloksena on sattumanvaraisen toiminnan ja määrittelemättömien prosessien sekoittaminen entisestään, henkilöstön kuormittaminen tarpeettomilla lisätöillä ja rahan haaskaaminen.

Tietojärjestelmämme ovat käytännössä valtava tietovarasto, jossa ”varastomiehet” kokoavat komponenteista erilaisia yhdistelmiä sovitusti ja tuovat ne sitten tilausten mukaisesti ulos varastosta käytettäväksi. Tämä oli keskeinen ajatuksemme, kun lähdimme luomaan sähköisiä prosessien hallintatyökaluja. Meidän on ensin syytä miettiä, minkälaista tietoa tarvitsemme, ja kun keräämme tätä varten yksittäisiä komponentteja, niin samalla mietimme, mitä muuta näistä osista saisi. Kokonaisuuden hallintaa helpottaa, jos meillä on käytössämme monitoimityökalu, joka yksittäisiä osia vaihtamalla taipuu monenlaisiin tehtäviin. Toisaalta valtakunnallisista ongelmista oppineena, kannattaako ottaa käyttöön uusia, aiempaan kokonaisuuteen integroitumattomia järjestelmiä?

Sähköisillä prosessien hallintatyökaluilla pyritään seuraaviin tavoitteisiin:

- Prosessien ja niiden sisältöjen ohjaus
Näiden hallinnan edellytys on, että ensin on määriteltävä prosessit ja niiden sisällöt yhteisesti. Tämä edesauttaa sisältöjen ohjaamista, varmistaa eri vaiheiden etenemisen suunnitellussa järjestyksessä sekä tuo prosessin kaikille näkyväksi.

- Strategian ja muiden yläkäsitteiden toteutumisen varmistaminen
Kyseisten käsitteiden toteutumista voidaan edistää esimerkiksi sairauskertomukseen asetettujen muut-
tujen ja mittareiden avulla. Nämä ohjaavat toimintaa strategian mukaisten tavoitteiden, eettisten arvo-
jen ynnä muiden yläkäsitteiden pohjalta. Tämä voidaan tehdä joko suoralla ohjauksella (esimerkiksi
psykoedukaation edellyttäminen) tai sisällyttämällä eri työkaluihin varmistus- ja muistutusosioita
(esimerkiksi tupakointihistoria, liikuntatottumukset).
- Logistiikan hallinta
Sekä sisäisen että ulkoisen logistiikan hallinta varmistavat hoitoketjujen ja muiden suunnitelmallisten
käytäntöjen konkreettisen etenemisen organisaation sisällä ja rajapinnoilla. Työkalu tukee ulkoista lo-
gistiikkaa siten, että asiakkaan tullessa palveluiden piiriin ennalta määritellyt toimenpiteet on tehty ja
ne esitetään selkeästi ja tarkoituksenmukaisesti. Sisäinen logistiikka ohjaa eri toimenpiteet asianmu-
kaiseen järjestykseen ja sitoo yhteispalaverit sisältöjen toteutukseen. Toimenpiteidemme jälkeen työ-
kalun avulla asiakas ohjataan jatkohoitoon ja kuntoutukseen sovitusti vallitsevien käytäntöjen mukai-
sesti. Rajapinnoilla tapahtuvien siirtymien määrittely luo oivan foorumin yhteistyön kehittämiseksi,
sillä etenemätön prosessi paljastaa katveet ja muut dysfunktionaalisuudet.
- Resurssien hallinta
Työkalut mahdollistavat prosessien hidastumiskohtien ja katkosten havainnoinnin. Näin saadaan nä-
kyviin, missä sovitut hoitoketjut ja -käytännöt eivät toteudu, havaitaan pullonkaulaprosessit ja henki-
löstön resursointi prosessin eri vaiheissa. Viimeksi mainitun avulla pystymme paremmin jakamaan
työtä tarkoituksenmukaisesti ja tasaamaan sen kuormitusta eri pisteissä. Tämä edellyttää prosessien
aikataulujen toteutumisen määrittämistä osaksi toimintaa.
- Mittaaminen ja raportointi
Prosessien kuvaaminen ja seuraaminen sähköisessä muodossa mahdollistavat mittaamisen ja rapor-
toinnin uudella tavalla. Tämä tuottaa monenlaisia n-lukuja, kuten kävijöiden määrän ja suoritteet, mut-
ta myös prosessien haluttuja erityispiirteitä, kuten käytettyjä hoitomuotoja. Samalla mahdollistuvat ai-
van uudenlaiset muuttujien välisten yhteyksien kartoitukset ja määrittelyt.
- Laadun seuranta
Työkalun avulla voidaan asettaa laadunhallintakriteerit järjestelmän toimintaan, luoda eri parametreille
seurantajärjestelmä ja varmistaa asetettujen tavoitteiden toteutuminen. Tähän on mahdollista yhdis-
tää myös erilaisia ohjaus- ja palautejärjestelmiä, jotka voivat palauttaa hoitoprosesseja aiempiin vai-
heisiin ja portaisiin, mikäli ilmenee laadullisia poikkeavuuksia.
- Asiakokonaisuuksien hallinta ja informaation prosessointi
Kyseessä oleva formaatti antaa mahdollisuuden tiivistää tarkoituksenmukainen informaatio halutunlai-
seksi yhdeksi kokonaisuudeksi. Voimme esimerkiksi määrittellä erilaisten lausuntojen rakenteita siten,
että niihin automaattisesti tulostuvat tietyt muuttujat ja/tai poikkeavat arvot, kuten mielialamittausten
tulokset. Näin saadaan tarpeellisia tietoja ja asiayhteyksiä näkyviin halutulla tavalla.
Tällä tavoin poimittu materiaali toimii raakatekstinä, josta lääkärit tai muut työntekijät voivat muokata
lausuntoja pienellä vaivalla. Näin voidaan tuottaa standardityyppisiä, halutun muotoisia dokumentteja,
joita voidaan myöhemmin muokata ja päivittää. Samalla mahdollistuu lausuntojen laatimisen käytän-
töjen määrittely uudella tavalla sekä niihin käytettävän henkilöstöresursoinnin seuranta. Lisäksi aiem-
pi lausunto saadaan päivittymään automaattisesti ja sitä voidaan uudelleen käyttää pienellä muokkaa-
misella seuraavan lausunnon pohjana.
- Potilasinformaation ja psykoedukaation työkalu.
Edellä mainittu etukäteen koottu muuttujakohtainen tuloste voidaan myös muuntaa dokumentiksi, joka
toimii potilaalle henkilökohtaisena informaatiokoosteena, jossa kuvataan ja perustellaan hänen tilansa,
siitä tehdyt johtopäätökset ja toteutetut hoitotoimenpiteet. Näin sitä voidaan käyttää potilasinformaati-
on apuna, ja edelleen prosessoituna psykoedukaation työkaluna. Tällöin tähän liitetään valmiiksi tuo-
tettuja sairaus- ja hoitokohtaisia hoito-ohjeita ja yleistä selviytymistä tukevaa informaatiota, kuten
hyödyllisiä yhteystietoja ja linkkejä.

- Hälytysjärjestelmät

Sairauskertomusjärjestelmään liitettyyn prosessien seurantaan voidaan liittää erilaisia hälytysjärjestelmiä asiakas-, sairaus-, organisaatio- tai prosessikohtaisesti. Tällä pystytään muun muassa nostamaan palvelujen suurkuluttajat automaattisesti esiin järjestelmästä. Voimme seurata yksittäisten asiakkaiden hoitosuunnitelmien kulkuja ja varmistaa sovittujen toimenpiteiden, kuten laboratorioseurannan toteutumisen.

Samoin saamme näkyviin, jos jollakin työntekijällä suoritteet jäävät alhaisiksi tai jossakin yksikössä esiintyy laadun suhteen ongelmia esimerkiksi diagnoosien puuttumisen muodossa. Kukin organisaatio määrittää itse omat muuttujansa, joilla seurataan ja ohjataan prosessien toteutumista. Oleellista on, että saamme automaattisesti riittävän varmuuden suunnitellun toiminnan toteutumisesta – samalla kun ylläpidämme lain edellyttämää sairauskertomusjärjestelmää.

Oleellista on nähdä sähköiset alustat uutena mahdollisuutena ja voimavarana, jotka tarjoavat rajoittamattomasti vaihtoehtoja. Kyse on enemmänkin siitä, miten hyödynnämme tätä tarjolla olevaa maailmaa. Sähköinen sairauskertomus on mitä parhain ja loogisin ovi tähän.

- Nykytilanne

Eksoten mielenterveys- ja päihdepalveluissa on tällä hetkellä jo käytössä kaksi sähköistä prosessien hallintatyökalua. ADHD -työkalu toimii neuropsykiatristen sairauksien hoidon apuvälineenä ja MieSAS -ohjelma pitkäaikaispsykiatristen prosessien hallinnassa. Viimeksi mainittu määrittelee tällä hetkellä palvelukotien käytön logistiikkaa ja resursointia, mutta sitä ollaan lähiaikoina laajentamassa yhtenäisen kuntoutussuunnitelmapohjan, kuntoisuussuunnitelmainstrumentin käyttöön.

Meillä on kehitteillä työkalut seuraaviin prosesseihin:

- nuorten syrjäytymisen ehkäisy
- työkyvyn arvio
- maakunnallinen kuntouttaviin toimintoihin ohjaaminen (myös kolmas sektori ja yksityissektori)
- opiaattikorvaushoito
- psykogeriatriselle osastolle lähettämisen ohjanta
- CRT – eli kognitiivisen remediaation prosessin ohjaus
- psykoedukaatio
- ECT-hoitoprosesi
- mielenterveys- ja päihdetyön kokonaisprosessi

Taulukko 1. Nuorten syrjäytymisen ehkäisyn työkalun käsitteellistäminen

SYRJÄYTYMINEN JA PROSESSIEN OHJAUSTYÖKALU

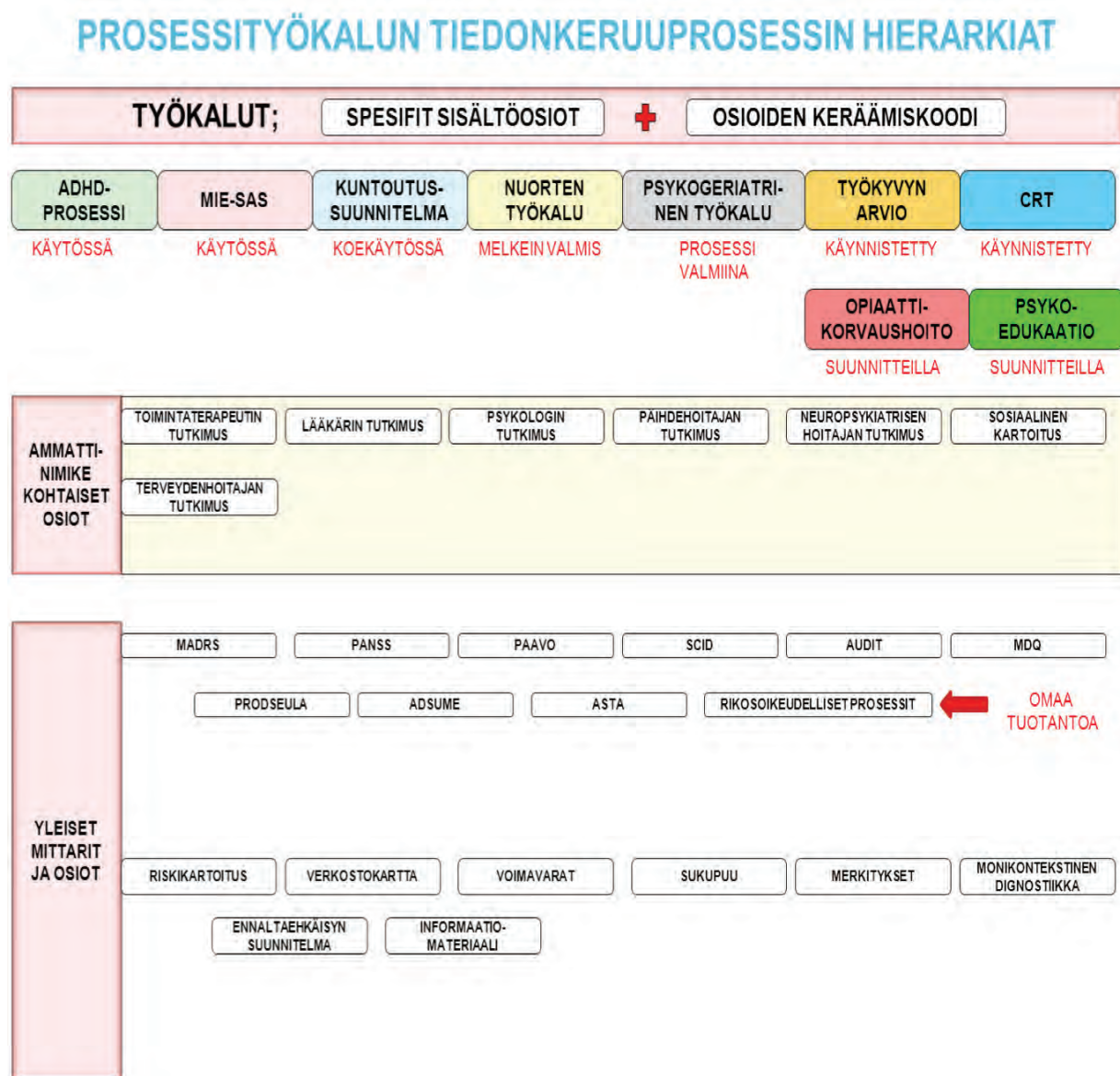
TEEMA	SISÄLTÖ	KANSION NIMI	MITTARISTO	KÄYTÄNNÖN TOIMENPIDE
Taloudellinen syrjäytyminen	Esim. toimeentulotukien varassa eläminen, tulojen muodostus, hyväksikäyttö, velkaantuminen	TALOUS	Kuukausitulot, velkaantuminen, omaisuuden määrä	Sosiaalityöntekijän kartoitus
Sosiaalinen huono-osaisuus	Esim. puutteellinen vanhemmuus, sosiaaliset suhteet, tukiverkoston tila	PERHESUHTEET JA VERKOSTO	Samassa taloudessa asuvat henkilöt, suhde omaisiin, ystävien määrä	Case managerin kartoitus
Vallankäytöstä ja osallistumisesta syrjäytyminen	Esim. huostaanotto, edunvalvonta, poliisiasiat, rikosoikeudelliset prosessit	JURIDISET PROSESSIT	Huostaanotto on/ei, edunvalvonta on/ei, poliisiasiat, rikosrekisteri, rikosnimikkeet ja tuomioiden määrä ja laatu	Sosiaalityöntekijän kartoitus
Huono-osaisuus terveyden suhteen	Esim. fyysinen tai psyykinen sairaus joka vaikeuttaa työntetoa, työllistymistä tai opiskelua	TERVEYDENTILA (Psyykinen ja somaattinen)	Psykiatrin mittaristo, terveydenhoitajan konsultaatio	Psykiatrin arvio, terveydenhoitajan suorittama terveystarkastus
Työmarkkinoilta syrjäytyminen	Esim. pitkäaikaistyöttömyys, työhistoria	TYÖHISTORIA	Työpaikkojen määrä, työsuhteiden keskimääräinen kesto	Typin kartoitus
Asuntomarkkinoilta syrjäytyminen	Esim. ei vakituista asuinpaikkaa, vaikeus saada vuokra-asuntoa, peräkammarius	ASUMINEN	Asumisen status	Sosiaalityöntekijän kartoitus
Koulutuksesta syrjäytyminen	Esim. ei peruskoulun jälkeistä tutkintoa eikä opiskelupaikkaa	KOULUTUS	Peruskoulu suoritettu?, oppimisvaikeudet (HOJKS) jatko-opinnot, mitä? keskeytyneet opinnot	Sosiaalityöntekijän kartoitus

Työkalujen arkkitehtuuri

Kokonaisuuden luomisessa työkalujen arkkitehtuuri on keskeinen osaprosessi. Matkalla kohti laajempaa kokonaisuutta on ratkaisevaa, että aiemmin määritelty tietojen hierarkia tai näkyvyys ei tulevaisuudessa muodostu kehityksen esteeksi, vaan mahdollistaa osioiden hyödyntämisen eri työkaluissa. Jokainen työkalu sisältää osioita, joita voi hyödyntää myös muissa, ja näin näistä muodostuu yksittäisten tutkimusten verkko, jossa osia yhdistelemällä uusien työkalujen luominen on taas entistä helpompaa. Lopulta saamme syntymään näiden palojen kautta informaation avaruuden, josta tietoa olisi ammennettavissa rajattomasti. Kriitti-

nen tekijä tulee olemaan nykyisten tietohallintajärjestelmien (meillä Effica) ja uuden maailman välinen yhteys eli navigaattoripomppu. Minimitilanteessa meidän tulisi pystyä sijoittamaan oma alustamme varastoon nykyisen järjestelmän sisälle, muuten vaarana on kirjaamiseen kuluviin työn ja ajan määrien lisääntyminen. Tämä taas olisi osittain ristiriidassa alkuperäisen, työkalujen kehittämiseen johtaneiden ajatusten kanssa. Optimaalisin ratkaisu olisi saada nämä kaksi järjestelmää toimimaan keskenään.

Uuden järjestelmämme toimittaja on Oy Roce Partners ja se pohjautuu Serena-alustaan. Seuraavassa kuvaamme jo käytössä olevia prosessien hallintatyökaluja.



Kuvio 1. Kuvaa arkkitehtuuria

Aikuisten ADHD-prosessin työkalu

Ensimmäisen käytössämme olevan ADHD-prosessityökalun kehittämisen taustalla oli aikuisten ADHD-prosessin diagnostisen ja logistisen sujuvuuden parantamisen lisäksi tarve kehittää vastamuodostetulle työryhmälle perusteellinen ja tehokas työtap. MTPA:n (mielenterveys- ja päihdepäivystys- ja arviointipolikli-

nikan) perustamisen myötä hoitojärjestelmään alkoi tulla uusia ja aikaisemmin hoitamattomia potilasryhmiä, mm. hyvin nuoret huumeittenkäyttäjät, unettomat ja aikuiset ADHD-potilaat.

Uuden aikuisten ADHD-hoitoprosessin yhteiseksi käsitteellistämiseksi, aikuis-ADHD:n arvioimiseksi, diagnosoimiseksi ja hoitamiseksi kehitettiin kliininen päätöksentekojärjestelmä (CDSS, Clinical Decision Support System). Se on tietokoneavusteinen päätöksentekojärjestelmä, jonka tehtävänä on auttaa kliiniseen päätösprosessiin osallistuvia työntekijöitä. Kliininen päätöksentekojärjestelmä ei tee päätöksiä, vaan sen tekevät klinikot kliinisen asiantuntemuksensa perusteella.

Kliininen päätöksentekojärjestelmä on joustava, käyttäjäystävällinen ja tehokas tietokoneohjelma, joka mahdollistaa monimutkaisen aikuisten ADHD-arviointiprosessin tehokkaan ja logistisesti järkevän toteutuksen. Aikuisten ADHD-arviointi-, diagnosointi- ja hoitoprosessista tulee aidosti moniammatillinen, kun kaikkien työntekijöiden kliininen osaaminen ja tehdyt merkinnät ovat kaikille prosessiin osallistuville näkyvillä reaaliaikaisesti. Jos työntekijä ei ole jostain syystä ehtinyt tehdä omaa osuuttaan, arviointiprosessin potilas ei etene prosessin seuraavaan vaiheeseen. Kliininen päätöksentekojärjestelmä myös ilmoittaa, kun potilas on valmis kunkin työntekijän arvioitavaksi, joten tehottomilta palaveriilta vältytään, koska järjestelmä näyttää, ketä on arvioitu ja ketä ei ole.

Kliininen päätöksentekojärjestelmä mahdollistaa läpimenoaikojen mittaamisen. Se mahdollistaa myös prosessin joustavan parantamisen, koska keskeneräisen potilaan läpimenoaikoja eri työntekijöiden osalta voi mitata ja täten suunnata resursseja työprosesseissa sinne missä niitä todella tarvitaan. ADHD-työkalu otettiin käyttöön 2.1.2012. Käsiteltyjä asiakastapauksia on kertynyt noin 50. Käyttökokemukset ovat voituoluisesti positiivisia, nyt tiedetään, mitä tehdään, ja ohjelma antaa monia mahdollisuuksia. Samalla saamme vähitellen koottua rekisteriä aikuisista ADHD-asiakkaista ja heidän hoitonsa vaiheista. Kielteistä on ollut työkalun tuoma päällekkäiskirjaus, ja nyt suunnittelemme luodun käytännön kevennyksiä tarkoituksenmukaisuuden parantamiseksi.

Aikuisten ADHD valittiin mielenterveyspäivystys- ja arviointiyksikön ensimmäiseksi prosessiksi, koska se vaatii erittäin monimuotoista arviointia ja diagnosointia. Jatkossa muut kliinisiksi päätöksentekoprosessiksi jalostettavat prosessit (työkyvyn arviointi- opiaattikorvaus- ja ECT-hoitoprosessi sekä mielenterveys- ja päihdetyön kokonaisprosessi) ovat siten helpompia sekä kliinisessä työssä että sähköisiksi kliinisen päätöksentekojärjestelmän työkaluiksi kehitettäviä.

MieTe Asiakas MieTe Asiakas - 000009: 111184-991M: XXX, XXX

◆ Toiminnot: [dropdown] [refresh] [print] [mail] [delete] [help]

Muokkaa asiakkuuden tietoja tai poista asiakkuus

Muokkaa asiakkaan tietoja Poista asiakkuus Update Delete

Käynnistä prosesseja

Aloita ADHD-prosessi Aloita Mie-SAS-prosessi Aloita TYKY-prosessi Aloita nuorten työkalu Aloita kuntoutussuunnitelma

Kirjaa uusia tutkimuksia/seuloja:

ADSUME ASRSv1.1 A-osa ASTA AUDIT BPRS GAS Laajennettu SCID MADRS MDQ

mini-PANSS PAAVO PROD Psykologin tutkimus Päihdekartoitus Rikosoikeudellinen arviointi

SDS SOFAS Sosiaalinen kartoitus Toiminnallisuuden tutkimus YMRS

HETU: 111184-991M

Sukunimi: XXX **Ikä:** 27

Etunimi: XXX **Sukupuoli:** Mies

Kotikunta: Lappeenranta

Asiakkaan ADHD-prosessit: 009: ADHD - Valmis tutkimuspalaveriin - 23.01.2013 11:30:10
010: ADHD - Valmis tutkimuspalaveriin - 23.01.2013 11:26:05
038: ADHD - Asiakkuus luotu - 25.01.2013 17:33:46

Asiakkaan Mie-SAS-prosessit: 000015: Mie-SAS - Sijoitettu - 21.09.2012 18:25:16
000329: Mie-SAS - Sijoitus päätynyt - 15.10.2012 14:23:34 (Inactive)

Asiakkaan TYKY-prosessit: (Ei mikään)

Asiakkaan nuorten työkalun prosessit: (Ei mikään)

Asiakkaan kuntoutussuunnitelma: (Ei mikään)

Asiakkuus luotu: 21.09.2012 18:25:16 **Viimeksi muokattu:** 25.01.2013 17:38:13

Asiakkuuden luoja: Ylläpitäjä **Viimeksi muokannut:** miete

Yhteenveto Sosiaalinen kartoitus Psykofyysiset tutkimukset Psykologiset tutkimukset Päihdekartoitus Toimintaterape

SOFAS pisteet: XXX (Kirjannut: Pitkänen Tea 22.9.2012 9:43:04)
SOFAS pisteet: 90/65/90/80 (Kirjannut: Ylläpitäjä 19.12.2012 10:46:01)
SOFAS pisteet: Vapaa-aika: 77 / Työ tai opiskelu: 88 / Perhe-elämä ja ihmissuhteet: 88 / Itsestä huolehtiminen: 55 (Kirjannut: miete 23.1.2013 11:30:23)
AUDIT pisteet: 0/40, alkoholinäytön riskit: Vähäiset (Kirjannut: Ylläpitäjä 22.9.2012 14:20:48)
SDS tulkinta: test:7/15 (Kirjannut: miete 25.1.2013 17:36:26)
DIVA 2.0 tulkinta: ADHD diagnoosi, (None). Vastausten pohjana on henkilön omaisen arvio (Kirjannut: Nykänen Riitta 22.9.2012 9:44:33)
DIVA 2.0 tulkinta: ADHD diagnoosi, (None). Vastausten pohjana on henkilön omaisen arvio (Kirjannut: Ylläpitäjä 22.9.2012 14:15:49)
DIVA 2.0 tulkinta: ADHD diagnoosi, (None). Vastausten pohjana on henkilön oma arvio (Kirjannut: ADHD 24.10.2012 10:49:22)
DIVA 2.0 tulkinta: ADHD diagnoosi, (None). Vastausten pohjana on henkilön oma arvio (Kirjannut: Järjestelmäylläpitäjä 30.11.2012 13:15:24)
ASRS A-osan pisteet: 4/6 (Kirjannut: Nykänen Riitta 22.9.2012 9:45:21)
ASRS A-osan pisteet: 6/6 (Kirjannut: Ylläpitäjä 22.9.2012 14:15:15)
Päihdekartoitus (Kirjannut: ADHD 24.10.2012 10:46:22)
Päihdekartoitus (Kirjannut: ADHD 24.10.2012 10:47:18)
Sosiaalinen kartoitus (Kirjannut: Pitkänen Tea 22.9.2012 9:31:33)
Sosiaalinen kartoitus (Kirjannut: Ylläpitäjä 22.9.2012 14:19:52)
Sosiaalinen kartoitus (Kirjannut: Järjestelmäylläpitäjä 13.12.2012 17:53:56)
Sosiaalinen kartoitus (Kirjannut: miete 23.1.2013 11:29:08)
Psykologin tutkimus (Kirjannut: Järjestelmäylläpitäjä 22.11.2012 11:10:09)
Psykologin tutkimus (Kirjannut: Järjestelmäylläpitäjä 19.12.2012 10:55:12)

Kuvio 2. Sivu asiakasjärjestelmästä (henkilötunnus keksitty)

Mie-SAS

Perustimme Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote) mielenterveys- ja päihdepalveluissa keväällä 2010 oman Mie-SAS (selvitä, arvioi, sijoita) -tiimin, joka ohjaa asiakkaiden asumispalveluiden palveluprosessien kulkua. Tavoitteena oli saada moniammatillisen tiimin myötä sekä asiakaslähtöisemmät prosessit asiakkaan ja hänen omaistensa/läheistensä kannalta että myös saumaton palveluprosessi oman organisaatiomme sisällä ja suhteessa palveluiden tuottajiin ja kolmanteen sektoriin. Tavoitteena oli myös saada palveluista kustannustehokkaampaa, taaten samalla, että jokainen asiakas saa juuri hänen elämäänsä tarkoituksenmukaisimman asumisen ja kuntoutuksen.

Mie-SAS:n sähköinen työkalu otettiin käyttöön keväällä 2012. Se suunniteltiin niin, että jokainen tulosalueemme työntekijä voi syöttää järjestelmään oman asiakkaansa, jos on herännyt huoli asiakkaan pärjäämisestä hänen nykyisessä asumisen muodossaan. Lisäksi tulosalueemme ulkopuolisella taholla on mahdollisuus saada potentiaalinen mielenterveys- tai päihdeasiakas järjestelmäämme Mie-SAS tiimimme kautta.

Aiemmassa toimintakulttuurissamme korostui palvelukoteihin sijoittuminen, sillä se oli luontainen tapa purkaa osastojen kuormitusta ja saada haastavalle asiakkaalle sijoituspaikka nopeasti. Toimintatapa heijasteli myös palvelujärjestelmämme hajanaisuutta, sillä sairaalahoito ja avohoito eivät tavoitaneet toisiaan.

Sähköisessä työkalussa pyydetään työntekijää täyttämään jokaisesta asiakkaasta lyhyt epikriisi, josta ilmenevät asiakkaan tärkeimmät tiedot, lähettämisen syy ja mahdolliset jo tehdyt hoidon ja kuntoutuksen toimenpiteet. Syksyllä 2012 pilotoimme tähän vaiheeseen asiakkaan nykytilaa arvioivat mittarit, joiden tulee olla tehtynä ennen kuin asiakkaan voi syöttää Mie-SAS-järjestelmään. Mietimme erillisessä, yhtenäiseen kuntoutussuunnitelmaan tähtäävässä työryhmässämme, mitkä mittarit kuvaisivat parhaiten asiakkaan nykyistä elämäntilannetta, auttaisivat henkilökuntaamme toimimaan yhä paremmin asiakkaan hyväksi ja minkä avulla asiakkaan jatkokuntoutuminen olisi selkeästi mitattavissa ja arvioitavissa. Mittarit on jaettu pakollisiin ja täydentäviin, ensin mainittuihin päädyimme valitsemaan seuraavat mittarit: Audit/Adsume, Mini-PANSS, MADRS ja Paavo.

Kun asiakas on syötetty sähköiseen järjestelmään, tulee tieto uudesta asiakkaasta koko tiimillemme. Käsittelemme kaikki jonossa ja keskeneräisessä prosessissa olevat asiakkaat tiimissämme kolmen viikon välein ja sovimme, kuka tiimimme jäsenistä ottaa uuden asiakkaan vastuulleen. Kyseessä oleva tiimin jäsen poimii asiakkaan sähköisestä jonosta, ja samalla lähettävä taho saa järjestelmän kautta tiedon siitä, että asiakkaan asiat ovat lähteneet käsittelyyn. Sähköinen järjestelmä huomioi myös, ettei prosessi jää kesken, jos lähettävä työntekijä jää pois työstä hetkellisesti. Tieto prosessin keskeytyksestä menee aina kunkin työntekijän esimiehelle. Näin turvaamme, että joku on aina tietoinen, missä vaiheessa prosessi kulkee. Sähköinen järjestelmä ei koskaan poissulje niin sanottua luonnollista yhteydenpitoa eli Mie-SAS tiimin työntekijä tulee joka tapauksessa ottamaan yhteyttä niin lähettävään tahoon kuin itse asiakkaaseenkin. Tapaamisen järjestämisvastuu kuuluu aina tiimin edustajalle.

Sähköisen järjestelmän avulla näemme, kuinka monta asiakasta on jonossa ja kuinka monta käsitellyssä. Pystymme tämän työkalun avulla myös näkemään, kuinka monta asiakasta on sijoitettu palveluasumiseen; eroteltuna mielenterveys- ja päihdekuntoutujien sijoitukset erikseen. Tosin sijoituksen erottelu ei aina ole niin itsestään selvää asiakaskuntamme moniongelmaisuuksien takia. Emme tarkoituksella tee diagnoosipohjaisia tilastoja, sillä koko mielenterveys- ja päihdepalveluitamme ohjaa niin sanottu elämänmukainen hoito, jossa asiakkaan diagnoosi on vain suuntaa antava psykiatrisen hoidon määrittelmä. Sähköinen järjestelmä antaa myös tilastollisen näkymän kuntoutujien sijoittumiseen kunnittain, palvelukodeittain ja ikä- ja sukupuolijakaumin.

Mie-SAS-tiimi arvioi aina ensisijaisesti, onko omat palveluvalikkomme ja kolmas sektori hyödynnetty ja vasta sen jälkeen arvioimme palveluasumisen tarvetta. Se myös kartoittaa, voiko jo olemassa oleva palveluntuottaja esimerkiksi sisäisillä ratkaisullaan tai mahdollisilla muutostöillä jatkaa asiakkaan kuntouttamista ja asumista nykyisessä paikassa. Sähköinen työkalu mahdollistaa tilastojen seuraamisen myös tästä perspektiivistä. Näemme, kuinka moni asiakas todellisuudessa on sijoitettu palveluasumiseen, onko sijoitus tapahtunut avohoitoon lisätyin resurssein vai onko asiakkaan elämäntilanne

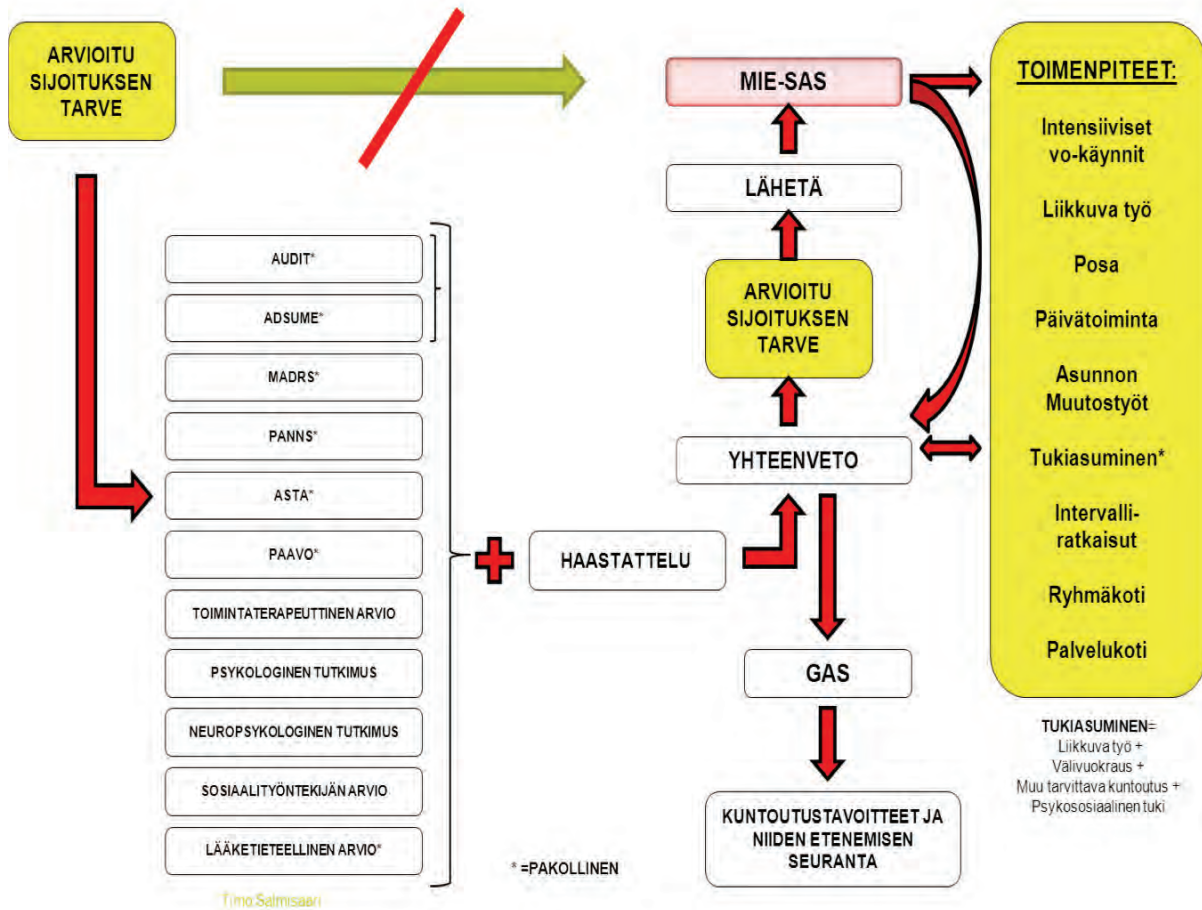
muuttunut prosessin aikana niin, ettei palveluasumisen tarve olekaan enää juuri sillä hetkellä ajankoh-
tainen.

Tämän kaltaisen ajattelutavan muutos on ollut haaste niin omalle henkilökunnallemme kuin itse
palveluntuottajille. Kuten aiemmin todettiin, ennen Eksotea lähettävän tahon yhteydenotto oli pikem-
minkin sanaton sopimus asiakkaan sijoittamisesta palveluasumisen piiriin. Sähköinen työkalu on nyt
”pakottanut” omankin henkilöstömme miettimään asiakkaan tilannetta yhä asiakaslähtöisemmin sekä
haastanut palveluntuottajat miettimään omia sisäisiä ratkaisujaan.

Vajaan vuoden kokemus on osoittanut, että sähköinen järjestelmä on muuttanut Mie-SAS:n
asiakasprosessien hoitamista yhä tehokkaammaksi ja monipuolisemmaksi. Noin 2/3 palveluasumisen
asiakasmäärästä on mielenterveyspalvelujen sijoituksia ja 1/3 päihdepalvelujen sijoituksia. Palvelu-
asumisen asiakasmäärän (omat palvelut + ostopalvelut) muutos vuodesta 2010 vuoteen 2012 oli -6,28
% ja palveluasumisen hoito- ja asumispäivien muutos -6,8 %. Palveluasumisen ja tuetun asumisen
ostopalveluissa toimintamme tehostuminen ja asiakaslähtöisyys näkyvät vielä selkeämmin. Muutos
asiakasmäärässä oli vuodesta 2011 vuoteen 2012 yhteensä -11,8 % (mielenterveyspalvelujen sijoituk-
set -3,4 % ja päihdepalvelujen sijoitukset -28,3 %). Muutos hoitopäivissä vuodesta 2011 vuoteen 2012
oli yhteensä -10,8 % (mielenterveyspalvelujen sijoitukset -5,7 % ja päihdepalvelujen sijoitukset -25
%).

Avohoidon kehittymisen myötä osa palvelukotien asukkaista on pystynyt etenemään kuntoutumi-
sessaan kokonaan avohoitoon tai ainakin itsenäisempään asumisen muotoon. Sähköisten mittareiden
myötä asiakkaiden elämäntilanne tulee kartoitettua aiempaa laajemmin ja eteneminen palveluproses-
sissa on hallitumpaa sähköisen Mie-SAS-ohjelman kautta. Olemme voineet luopua monista erillisistä
tiedostoista yhden sähköisen järjestelmän myötä. Tämä tuo selkeyttä toimintaamme ja sen myötä lisä-
aikaa työntekijöillemme. Järjestelmä antaa myös varmuuden asiakasprosessien etenemisestä samanai-
kaisesti kaikille järjestelmän käyttäjille. Johtamisen näkökulmasta sähköinen työkalu helpottaa proses-
sien ja tilastojen seurantaan sekä auttaa hahmottamaan paremmin mahdolliset prosessien puutteet ja
uudet mahdollisuudet työmenetelmien kehittämiseen yhä asiakaslähtöisemmin.

KUNTOUTUSSUUNNITELMAPROSESSI JA MIE-SAS



Kuvio 3. Kuntoutussuunnitelma-instrumentin nykyvaiheen prosessin kuvaus

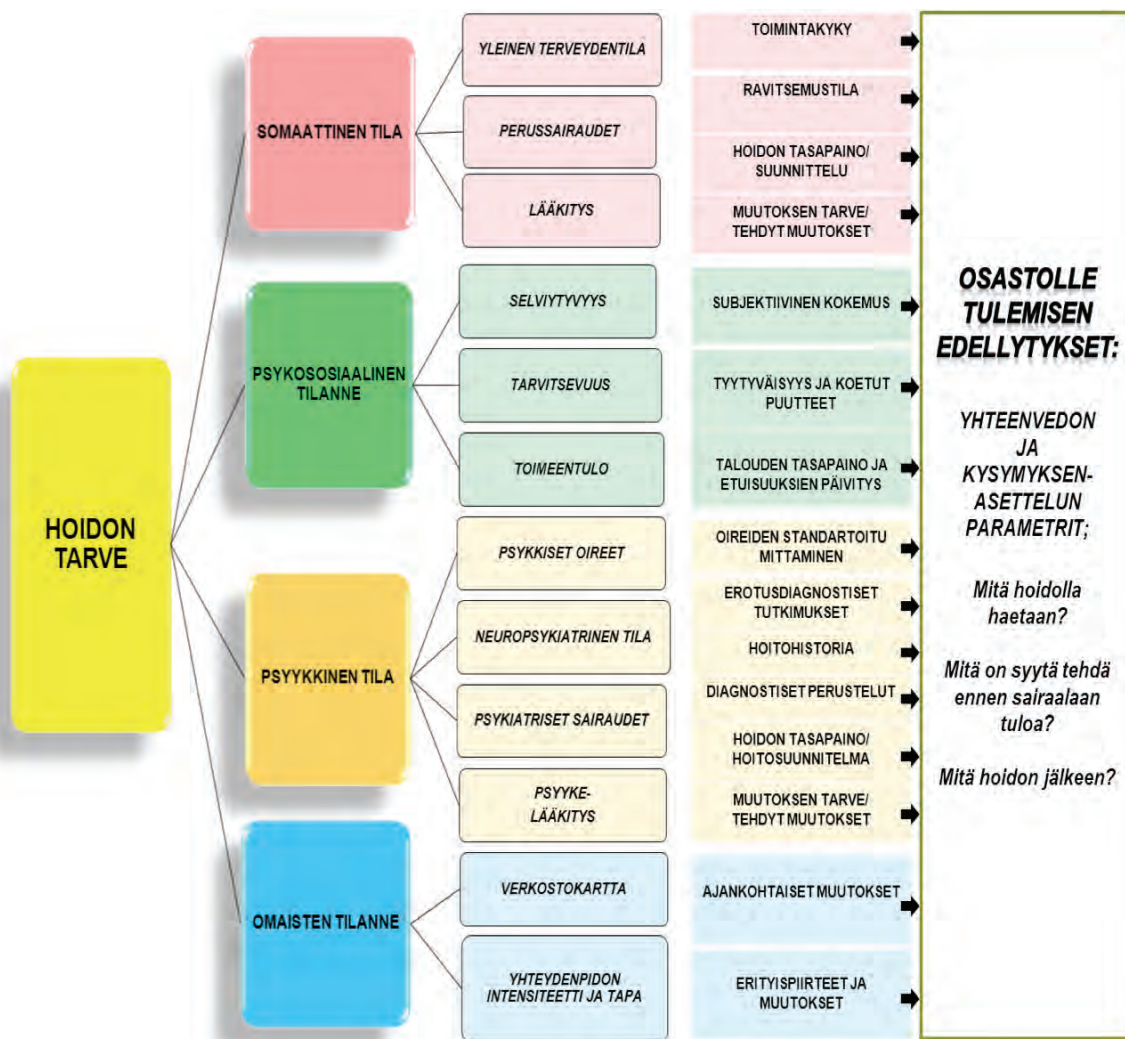
Kuntoutussuunnitelma

Asiakkaan sähköisen kuntoutussuunnitelman luominen on kulkenut Mie-SAS-työkalun rinnalla, jota on suunnitellut erillinen työryhmä kevästä 2012 lähtien. Eksoten mielenterveys- ja päihdepalveluissa on eri yksiköissä käytössä erilaisia hoito- ja kuntoutussuunnitelmia. Ongelmana ei ollut se, ettei asiakkaan kanssa niitä olisi tehty, vaan se, että suunnitelmien kirjo on ollut yksikkökohtainen ja mitään yhtenäistä järjestelmää ei ole ollut. Tällöin riskinä on ollut asiakkaan hoidon laadun epätasalaatuisuus.

Yhtenäisen kuntoutussuunnitelmatyökalun luominen on tämän artikkelin kirjoittamisen hetkellä vielä kesken. Tämän avulla määritellään yhdessä asiakkaan kanssa hänen hoitonsa ja kuntoutumisensa tarve, tavoite, suunnitelma ja arviointi. Kuntoutussuunnitelmassa tulee asiakkaan kanssa käydä läpi samat mittarit kuin Mie-SAS -työkalussa (Audit/Adsume, Mini-PANSS, MADRS, Paavo), jotka osaltaan ohjaavat siihen, että asiakkaamme tulevat huomioon otetuiksi samalla tavoin ja heidän elämäntilanteensa kartoitettua mahdollisimman laaja-alaisesti.

Tähän asti tehdyn työkalun pilotointi on tarkoitus käynnistää keväällä 2013 ja myöhemmin liittää siihen GAS-menetelmä (Goal Attainment Scaling), joka on apuväline asiakkaan hoidon tai kuntoutuksen tavoitteiden laatimiseen ja arviointiin. Myös GAS-menetelmä on lähtökohdiltaan aina asiakaslähtöinen.

Uudeksi tulevaisuuden haasteeksi myös sähköisten työkalujen suhteen muodostuu tuleva asumispalveluiden kilpailutus Eksotessa. Yhtenä kilpailutuksen tavoitteena on sähköisten järjestelmien yhtenäistäminen palveluiden tilaajan ja tuottajan välillä niin, että meillä olisi tulevaisuudessa yksi yhteinen sähköinen kuntoutussuunnitelma mittareineen asiakkaan toimintakyvyn arvioimiseen.



Kuvio 4. Psykogeriatrisen osaston prosessin kuvaus

Lähteet

Juha Kempainen, et al, Clinical Decision Support System for Adult ADHD Diagnostics Process, HICSS-46 Conference, Maui, 10.1.13

2.3 Osallistamista ja riskinottoa: Mieli 2009 -ohjelman toteutumista Itä-Savon sairaanhoitopiirissä 2009–2011

Juvonen Hannu, Uuksulainen Mikko

Johdanto

Itä-Savon sairaanhoitopiiri on Suomen pienin sairaanhoitopiiri, sen väestöpohja on vuoden 2010 alusta ollut noin 46 000 asukasta, kun Parikkala erosi sairaanhoitopiirin jäsenyydestä. Sairaanhoitopiirin psykiatrian erikoisalaa on kehitetty määrätietoisesti 1990-luvun puolivälistä alkaen. Psykiatrisen osastohoito ja päivystys otettiin tällöin omaksi toiminnaksi yleissairaalan yhteyteen ja toimintaa kehitettiin monipuolisesti. Itä-Savon sairaanhoitopiiri muuttui sosiaali- ja terveystieteiksi vuoden 2007 alusta, jolloin perusterveydenhuollon mielenterveystyö, päihdepalvelut ja psykiatrisen erikoissairaanhoito integroitiin yhdeksi kokonaisuudeksi. Psykiatrian henkilökunnan koulutukseen on sijoitettu paljon voimavaroja, ja henkilökunnassa on paljon eri viitekehysten osaamista. Suositusten mukainen depressiohoitajamalli on otettu käyttöön perusterveydenhuoltoa tukevassa mielenterveystyössä, ja yleissairaalapsykiatriaan on myös hyvät resurssit. Hyvin koulutetun hoitohenkilökunnan lisäksi sairaanhoitopiirissä on ollut poikkeuksellisen hyvä lääkäritilanne, kahdeksasta aikuis- ja nuorisopsykiatrian virasta oli vuonna 2010 seitsemän täytettynä kokeneilla erikoislääkäreillä ja yhtä hoiti kokenut erikoistuva lääkäri, kaikki virkasuhteessa.

Keväällä 2009 tehdystä ulkopuolisen arvioitsijan raportissa todettiin kehittämiskohteiksi eri yksiköiden yhteistyö ja avohoidon vähäiset resurssit erityisesti akuuttitoiminnoissa. Raportin perusteella päätettiin käynnistää Mieli 2009 -ohjelman mukainen muutoshanke. Vuonna 2009 oli myös lopetettu muiden kuin oikeuspsykiatristen ja satunnaisten erityisen vaativien vuodeosastopalvelujen osto sairaanhoitopiirin ulkopuolelta.

Psykiatrian erikoissairaanhoidon toimintamenot omassa toiminnassa olivat 5,5 miljoonaa euroa vuonna 2010. Erikoissairaanhoidon toiminnot koostuivat kahdesta vuodeosastosta, joilla oli yhteensä 30 paikkaa, aikuis- ja nuorisopsykiatrian poliklinikasta, yleissairaalapsykiatrian poliklinikasta, päiväosastosta ja kuntoutumiskodista. Perusterveydenhuollossa toimivat psykiatristen sairaanhoitajien ja terveystieteiden psykologin vastaanotot, sairaanhoitopiirin alueella oli yksi A-klinikka ja mielenterveyskuntoutujien arjessa selviytymisen tukemiseksi viisihenkinen jalkautuvaa työtä tekevä tiimi sosiaalitoimeen kuuluvana toimintana. Vuodelle 2010 resursoitiin puoleksi vuodeksi projektityöntekijä, jonka tehtävänä oli tarkentaa vuonna 2009 tehtyä alustavaa muutostarpeen arviota ja koordinoita vuoden 2011 alusta suunniteltua muutoshanketta. Muutoshanke päätettiin toteuttaa omana työnä ilman hankerahoitusta, sen toteutusta ei sidottu mihinkään erityiseen psykiatriseen viitekehukseen ja muutosta tavoiteltiin ilman pysyviä lisäresursseja.

Osallistavan työtavan käyttöönotto

Muutoshankkeen toteutuksessa lähdettiin liikkeelle osallistavalla työtavalla. Koko henkilökunta osallistettiin teemahaastatteluilla, jotka käytiin projektityöntekijän johdolla ryhmissä ja toteutettiin kolmessa kuu-kaudessa IV–VI / 2010. Teemahaastatteluja varten kaikkia työntekijöitä kehoitettiin tutustumaan yksikköihin jaettuun Mieli 2009 -ohjelmaan ja erityisesti hahmottelemaan mielessään ja yksikössä käytävissä keskusteluissa miten Mieli 2009 -ohjelman suosituksia pitäisi ja voisi käytännössä toteuttaa. Teemahaastattelujen merkitystä korostettiin sillä, että ne sidottiin samanaikaisesti tehtävään vuoden 2011 talousarviosuunnitelmaan. Tavoitteena oli nopean ja konkreettisen muutoksen toteuttaminen tavanomaisen talousarviosyklin osana. Teemahaastattelut toteutuivat kaikissa työyksiköissä ja niihin osallistui käytännössä koko henkilökunta.

Haastatteluissa käytiin hyvin yksityiskohtaisella tasolla läpi ehdotuksia psykiatrian toiminnallisen muutoksen mahdollisista sisällöistä. Haastattelujen perusteella muodostui selkeä kuva yksinkertaisesta rakennemuutoksesta, jossa resursseja siirretään osastohoidosta avohoitoon ja kuntouttavan puoliavoimen hoidon resursseja yhdistetään. Samanaikaisesti haastattelujen kanssa psykiatrian esimiehet kävivät tutustumiskäynneillä psykiatrian toimintaa kehittäneissä sairaanhoitopiireissä. Vierailuista saatiin arvokasta lisämateriaalia muutosvalmisteluun. Sairaanhoitopiirin luottamusmiehet sitoutettiin muutokseen kuntayhtymähallituksen

iltakoulussa ja yhteistoimintaneuvottelut henkilökunnan kanssa käytiin hyvässä hengessä. Myös sairaanhoitopiirin ulkopuolisia sidosryhmiä osallistettiin järjestämällä mielenterveysfoorumin kaltaisia avoimia keskustelutilaisuuksia. Kokemusasiantuntijoiden keskeinen toive muutoksesta koski mielenterveyspalvelujen saatavuutta ja matalampaa kynnystä.

Riskinotto muutoksen mahdollistajana

Muutosvalmistelun perusteella päädyttiin yksinkertaiseen rakennemuutokseen psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Psykiatrisia vuodeosastopaikkoja päädyttiin vähentämään 30:stä 23:een ja osastojen määrää kahdesta yhteen. Vuodeosastopaikkojen vähentämisestä vapautuva resurssi päätettiin käyttää avohoidon akuuttityöryhmän perustamiseen. Akuuttityöryhmä suunniteltiin toimimaan arkisin 8–20 ja viikonloppuisin 10–18. Akuuttityöryhmän palvelulupauksena oli 24 tunnin sisällä toteutuva hoitoarvio tarvittaessa jalkautuvana toimintana sekä hoitoarvion perusteella toteutettava intensiivinen lyhyt avohoitojakso tarvittaessa saattaen perusterveydenhuollon mielenterveysvastaanotolle tai psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Akuuttityöryhmän toimintatavaksi valittiin verkostoituva parityöskentely ja hoitajatyöparien tueksi resursoitiin osa-aikainen erikoislääkäri. Akuuttityöryhmään ei edellytetty lähetettä ja ajanvaraus suunniteltiin puhelimesta tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin perustuvaksi, yhteydenottaja voi olla potilas, omainen tai hoitava taho. Resurssisiirto päätettiin toteuttaa niin, että vuodeosastopaikat lopetetaan samanaikaisesti akuuttityöryhmän käynnistymisen kanssa vuodenvaihteessa 2010–2011. Näin muutokseen ei tarvittu lisäresursseja ja vuoden 2011 talousarvion hyväksyminen ei muodostunut ongelmaksi kuntayhtymän hallintoelimityksessä. Osastopaikkojen vähentäminen oli hyvin perusteltu valtakunnallisen informaatio-ohjauksen mukaisena ja meni helposti päätöksenteossa läpi. Riskinotto oli mahdollista, koska koko henkilökunta piti muutosta tarpeellisena ja mielekkäänä ja koska myös ulkopuoliset sidosryhmät oli pidetty tietoisena muutoksesta.

Lisäksi vuodenvaihteessa toteutettiin lukuisia pienempiä muutoksia, mm. A-klinikan siirto somaattisen yhteispäivystyksen lähelle, päiväosaston ja kuntoutumiskodin resurssien uudelleen järjestely sekä A-klinikan ja akuuttityöryhmän yhteistyön aloittaminen korvaushoitojen järjestelyissä. Kaikissa muutoksissa pyrittiin eri yksiköiden yhteistyön tiivistämiseen ja potilaiden hoidon sujuvoittamiseen. Muutoksen yhteydessä käynnistettiin myös kuntouttavien päiväosasto- ja kuntoutumiskotipalveluiden sisällöllinen kehittäminen. Osana muutoshanketta laadittiin vuodenvaihteen toiminnallisia muutoksia koskeva sisäinen ja ulkoinen viestintäsuunnitelma, jossa pyrittiin väestölle ja ulkoisille sidosryhmille kertomaan uudesta palvelurakenteesta ja sisäisille sidosryhmille kuvaamaan mahdollisimman tarkasti potilasohjauksen periaatteet. Akuuttityöryhmän potilasohjauksen onnistumista pidettiin kriittisenä menestystekijänä.

Toimintaluvut yllättivät

Vuodenvaihteessa 2010–2011 toteutettu muutos onnistui suunnitellusti. Henkilöstön siirtyminen uusiin tehtäviin sujui pääosin saumattomasti ja akuuttityöryhmän toimintojen käynnistyminen oli ripeää. Matalalla kynnyksellä toimivan hyvin resursoitun ja osaavan akuuttitoiminnan vaikutus toimintaan oli yllättävän suuri ja laaja-alainen. Kahden vuoden seuranta-aikana muutos on vakiintunut ja osoittaa, miten psykiatrian eri toiminnot ovat toisistaan riippuvaisia. Psykiatrian erikoissairaanhoidon oman toiminnan kulut nousivat kahdessa vuodessa 5,5 miljoonasta eurosta 5,8 miljoonaan euroon, eli 2,7 % vuodessa.

Vuonna 2010 psykiatrian vuodeosastohoitoapäiviä oli 7600, vuosina 2011 ja 2012 vastaavasti 5700 ja 6100, eli vähennys vuodeosastohoitoapäivissä oli noin neljännes. Myös hoitojaksojen ja hoidettujen potilaiden määrä putosi saman verran. M1-lähetteellä saapuneiden potilaiden määrä putosi 65:stä vuonna 2010 lukemiin 41 ja 45 vuosina 2011 ja 2012. Valtakunnallisessa vertailussa Itä-Savon sairaanhoitopiirissä oli vuonna 2011 yli 30 % vähemmän psykiatrisen sairaalahoidon käyttöä kuin keskimäärin, myös pakkotoimien ja lääkkeiden käyttö oli keskimääräistä vähäisempää. Esimerkiksi tahdonvastaisten lähetteen määrä väestöön suhteutettuna oli vuonna 2011 Manner-Suomen pienin.

Vuonna 2011 akuuttityöryhmä hoiti 358 potilasta ja 441 potilasta vuonna 2012, käyntejä oli vastaavasti 1448 ja 1592. Käyntejä potilasta kohti oli keskimäärin 3,6, mikä vastaa asetettua tavoitetta lyhytaikaisesta

hoidosta. Tavoite potilaan saamasta arviosta 24 tunnin sisällä toteutui, ja huolellinen viestintä teki potilasohjauksesta onnistunutta. Akuuttityöryhmälle ohjautui potilaita tasaisesti eri diagnoosiryhmistä, eniten akuutteja kriisejä ilman psykiatrista diagnoosia (Z-koodit), sen jälkeen eniten neuroottisia, stressiin liittyviä ja somatoformisia häiriöitä (F40–F49) ja mielialahäiriöitä (F30–F39), mutta selvästi vähemmän päihdehäiriöitä (F10–F19) sekä skitsofreniaa ja muita psykooseja. (F20–F29)

Odottamattomin muutos tapahtui aikuispsykiatrian poliklinikalla. Kiireettömien avohoidon läheteiden määrä väheni vuoden 2010 luvusta 856 vuosien 2011 ja 2012 lukuihin 621 ja 474, joka vastaa yli 40 %:n vähennystä. Akuuttityön paineen poistuttua psykiatrian poliklinikalta siellä mahdollistui työn tuottavuuden paraneminen käyntimäärien noustessa 15 %:lla 4000:sta 4700:aan. Nuorisopsykiatrian poliklinikan käyntimäärät nousivat kahdessa vuodessa jopa 35 %. Vuoden lopussa tehdyissä hoitotakuuseurannoissa ensimmäistä käyntiä odottavien potilaiden määrä vuonna 2010–2012 45:stä putosi 9:ään eli 80 %, mikä kuvaa avohoidon hoitoprosessien merkittävää paranemista.

Koko psykiatrian yksikkö hoiti 10 % enemmän potilaita vuosina 2011 ja 2012 kuin vuonna 2010.

Yhteenveto ja jatkosuunnitelmat

Itä-Savon sairaanhoitopiirissä tehtiin vuonna 2010 suunniteltu ja vuodenvaihteessa 2010–2011 toteutettu yksinkertainen ja suoraviivainen Mieli 2009 -ohjelman mukainen rakennemuutos. Rakennemuutoksen vaikutukset psykiatrian toimintaan olivat odotettua laaja-alaisemmat ja selvästi positiiviset. Muutoksessa ei paneuduttu juuri lainkaan hoidon sisällön kehittämiseen, vaan rakenteellisella muutoksella pyrittiin käytössä olevien resurssien mielekkäämpään kohdentamiseen. Jatkossa on tarkoitus edelleen kehittää uudessa rakenteessa häiriöryhmäkohtaisia hoitoketjuja, ja toisena tavoitteena on vuodeosastohoidon sisällön kehittäminen mukaan lukien tahdosta riippumaton hoito.

Itä-Savon sairaanhoitopiiri on Suomen pienimpänä sairaanhoitopiirinä muutospaineiden alla sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutoksessa. Onnistunut Mieli 2009 -ohjelman mukaisen muutoksen toteuttaminen sairaanhoitopiirin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja päihdehuollon toimiva yhteistyö osoittavat, että psykiatrian erikoisalalla voi rakentaa toimivan palvelukokonaisuuden varsin pienelläkin väestöpohjalla, mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon laaja-alainen yhteistyö saadaan toimimaan.

Lähteet

- Mikko Uuskulainen: Psykiatrian tulosyksikön kehittämistyö 2010 – Projektiin loppuraportti, julkaisematon
seksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.
- STM 2009: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi
Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2011. THL 2013.

2.4 Menestyvää mielenterveystyötä kunnassa – toimivat ja monipuoliset palvelut Kempeleessä

Saari Kaisa, Muhonen Kristiina

Kempele on turvallinen ja aktiivinen asuinpaikka ihmisille, jotka arvostavat elämänlaatua. Kempeleen kunta tarjoaa laajan palvelukirjon lapsiperheille, aktiivisille aikuisille ja ikääntyville asukkailleen. Asukkaita kunnassa on noin 16 000. Ikäjakauma Kempeleessä painottuu nuoriin ikäluokkiin: alle 15 vuotiaita väestöstä on 25 prosenttia, 15–64-vuotiaita 64 prosenttia ja yli 64 vuotiaita 11 prosenttia. Muuttaminen lähikuntien sisällä on yleistä, joten väestö vaihtuu vuosittain jonkin verran aiheuttaen kuormitusta terveydenhuollossa muun muassa ammattilaisten paneutuessa uusien asiakkaiden aiempaan sairaus- ja hoitohistoriaan. Kempele sijaitsee Pohjois-Pohjanmaalla Oulun eteläisenä naapurina.

Vuonna 2006 Kempele on valittu Suomen luovimmaksi kunnaksi ja vuonna 2008 koko Suomen kattavassa kaupunkien ja kuntien asukastyytyväisyystutkimuksessa Kempele valittiin Suomen parhaaksi.

Terveyskeskus toimii väestövastuuperiaatteella. Odotusaika lääketieteellisesti perusteltuun, ei kiireelliseen hoitoon ja tutkimukseen lääkärin vastaanotolle on noin yksi–kolme viikkoa. Terveyskeskus tekee joustavasti yhteistyötä mielenterveysneuvolan kanssa. Esimerkiksi päivystyskäynnit lääkärillä psykiatrisista syistä toteutuvat usein terveyskeskuksessa, samoin lievien psyykkisten häiriöiden hoito. Äitiys- ja lastenneuvolassa sekä kouluterveydenhuollossa tehdään ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä. Mielenterveyskuntoutujat voivat saada osastohoitoa Kempeleen omassa terveyskeskussairaalassa silloin kun heillä ei ole tarvetta erikoissairaanhoidon palveluille.

Mielenterveyspalvelut kuntalaisille ikään katsomatta annetaan mielenterveysneuvolassa. Mielenterveysneuvolasta kuntalaiset voivat saada ohjausta ja neuvontaa, apua elämänkriiseissä, vanhemmuuden tukikäyntejä, yksilöllistä keskusteluapua, yksilö- ja perheterapiaa, psykologin tutkimuksia ja diagnostisia arvioita. Mielenterveysneuvolan psykologeista kaksi tekee koulupsykologista työtä toimien yhteistyössä peruskoulujen oppilashuollon kanssa.

Mielenterveysneuvolan yhteydessä toimii myös viikoittain kokoontuvia kuntouttavia ryhmiä pitkäaikaiskuntoutujille, kuten päivätoiminta-, liikunta-, elämäntaitojen-, voimavara- ja päihderyhmät. Mielenterveysneuvolan kriisityöhön koulutetuista työntekijöistä on muodostettu kriisir ryhmä, joka tarjoaa kuntalaisille psykososiaalista apua traumaattisten tapahtumien käsittelyssä.

Päihdeiden väärinkäyttäjien ja päihderiippuvaisten asiakkaiden hoito toteutetaan mielenterveysneuvolan ja terveyskeskuksen yhteistyönä. Opiaattiriippuvaisten asiakkaiden arvio tapahtuu mielenterveysneuvolassa, tarvittavat huumeeseulat otetaan terveyskeskuksessa. Opiaattikorvaushoito aloitetaan OYS:n psykiatrian klinikassa, jonka jälkeen psykososiaalinen tuki tulee mielenterveysneuvolasta ja lääkkeiden jako ja huumeeseulat tehdään terveyskeskuksessa. Kempeleen kunnan tekemän ostopalvelusopimuksen mukaan päihdeasiakkaiden laitospääntö tapahtuu Järvenpään sosiaalisairaalassa. Päihdelääketieteen erikoislääkärin konsultaatiot ovat joustavasti käytettävissä.

Työntekijöiden tehtäväkuvaan kuuluu työskentely asiakkaiden psykososiaalisten verkostojen kanssa. Mielenterveysneuvolan työntekijät tekevät laaja-alaista yhteistyötä asiakkaiden perheiden, sekä koulu-, opiskelija- ja työterveyshuollon kanssa. Verkostotyöhön osallistuvat usein asiakkaan kanssa työskentelevät kunnan työntekijät, kuten kotisairaanhoidon, sosiaalitoimen, äitiys- ja lastenneuvolan ja koulujen työntekijät. Yhteistyökumppaneina toimivat myös erikoissairaanhoidon työntekijät. Yhteistyöneuvotteluja järjestetään myös kolmannen sektorin kuten Perheasiainneuvottelukeskukseen ja Nuorten Ystävien kanssa. Erityisesti kuntoutusasioissa yhteistyökumppaneina toimivat myös yksityissektorin palveluorganisaatioiden työntekijät.

Mielenterveysneuvolan työntekijät antavat kunnan muille työntekijöille konsultaatioapua. Esimerkiksi mielenterveysneuvolan psykiatri osallistuu kerran kuukaudessa terveyskeskuslääkärien kokoukseen, jossa terveyskeskuslääkärit voivat saada apua omien potilaidensa hoitamiseen.

Mielenterveyskuntoutujien tukiasumis- ja kuntoutuskotipalvelut hankitaan ostopalveluina. Kuntoutuskodeissa asuvat mielenterveyskuntoutajat käyvät vuosikontrolleissa mielenterveysneuvolan lääkärillä, jolloin myös tarkistetaan hoitosuunnitelma.

Mielenterveysneuvolassa työskentelee psykiatrian erikoislääkäri, yksi psykologi alle kouluikäisten lasten ja äitiysneuvolan asiakkaiden, kaksi psykologia kouluikäisten lasten ja yksi psykologi aikuisten palveluissa. Lisäksi henkilökuntaan kuuluu lasten palveluissa työskentelevä psykiatrinen sairaanhoitaja, kaksi aikuisten palvelujen psykiatrista sairaanhoitajaa sekä kaksi mielenterveystyöhön suuntautunutta lähihoitajaa. Konsultoiva lastenpsykiatrian erikoislääkäri käy kaksi kertaa kuukaudessa ja konsultoiva nuorisopsykiatrian erikoislääkäri noin kolmen viikon välein. Terveyskeskussairaalaossa on mahdollisuus geriatrian erikoislääkärin konsultaatioihin.

Työntekijöillä on omia erityisosaamisalueita. Kolmella työntekijällä on perheterapeutin pätevyys, yhdellä kognitiivisen psykoterapian terapeutin pätevyys ja yksi työntekijä on kouluttautunut traumaterapiaan. Yksi työntekijä on päihdetyön erityiskoulutuksessa ja yksi neuropsykiatrisen valmennuksen koulutuksessa. Lisäksi kaksi lasten kanssa työskentelevää työntekijää on perehtynyt Theraplay-vuorovaikutusmalliin. Mielenterveysneuvolan työntekijät osallistuvat sairaanhoitopiiriin järjestämään säännölliseen sisäiseen koulutukseen.

Hoitoon voi hakeutua joko läheteellä esimerkiksi terveyskeskuksen tai työterveyshuollon kautta. Asiakkaat voivat myös hakeutua hoitoon ilman lähetettä. Mielenterveysneuvolassa ei toimi varsinaista päivystystä, mutta puheluihin vastaa arkipäivisin virastoaikaan lähihoitaja joka tekee hoidon tarpeen arvion asiakkaan antamien tietojen perusteella. Uusien asiakkaiden hoidon tarpeen kiireellisyys käsitellään asiakkaan iän mukaisessa moniammatillisessa tiimissä viikoittain. Kiireellistä hoitoa tarvitsevat asiakkaat voivat päästä mielenterveysneuvolan hoitoon nopeasti ilman asioiden käsittelyä tiimikokouksessa.

Osa yhteyttä ottaneista asiakkaista ohjataan tarvearvion mukaan hakeutumaan muihin palveluihin. Osalle asiakkaista riittää mielenterveyspalveluksi heidän saamansa neuvonta ja ohjaus puhelimesta.

Työntekijä tekee yhteistyössä asiakkaan kanssa hoidon suunnittelua varten arvion, jota varten tarvitaan noin 3–5 käyntikertaa. Asiakkaan hoito toteutetaan hänelle laaditun hoito- ja kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Arvion perusteella osa asiakkaista ohjataan yksityissektorille pitkäaikaiseen psykoterapiaan. Mielenterveysneuvolassa on mahdollista saada lyhytterapiajaksoja, lyhyt- ja pitkäaikaista tukea. Tarvittaessa psykiatrian erikoislääkäri tekee diagnostisen arvion ja arvioi muun muassa lääkityksen ja sairausloman tarvetta.

Kunnassa toimii kaksi etsivää nuorisotyöntekijää. Heidän tavoitteena on löytää 15–29 vuotiaat kempeleläiset nuoret, jotka ovat työn tai koulutuksen ulkopuolella tai vaarassa jäädä niiden ulkopuolelle. Tavoitteena on tehdä näkyväksi erilaiset polut kohti koulutusta, työelämää tai muuta nuoren elämäntilanteeseen sopivaa ratkaisua. Kunnassa on myös nuorille suunnattua työpajatoimintaa. Pirilän tupa on kaikille avoin kohtaamispaikka, vapaaehtoisen vanhustyön keskus. Siellä toimii mm. aistiparkki, ikäihmisten neuvola ja muistiryhmä.

Erityispiirteenä Kempeleen mielenterveystyössä on vähäinen toimipisteiden määrä. Tällöin asiakkaiden kierrätys luukulta toiselle vähenee ja ehkäpä mielenterveydenhäiriöiden ylisukupolvinen siirtyminen on helpompaa havaita ja ehkäistä. Suhteellisen pieni yksikkö on kuitenkin aika haavoittuva esimerkiksi pitkien sairauslomien sattuessa. Väestövastuuperiaate terveyskeskuksessa on koettu hyväksi. Mielenterveysneuvolan ja sosiaalitoimiston työntekijöiden yhteistyötä on sujuvoittanut samoihin tiloihin siirtyminen. Yhteisillä työkokouksilla ja pari- ja verkostotyöskentelymallilla on päällekkäistä työtä vähennetty.

Toistaiseksi Kempele säilyy omana itsenäisenä kuntanaan. Tulevaisuus näyttää sote-uudistuksen mukanaan tuomat uudistukset. Osastohoitopaikat erikoissairaanhoidossa tulevat edelleen vähenemään, mikä tuo avohoitoon entistä haasteellisempia asiakkaita. Mielenterveysneuvolan työtä kehitetään puolivuositain työnsuunnittelupäivässä. Tuolloin olemme usein myös tutustuneet jonkin lähialueen yhteistyökumppanin toimintaan. Mielenterveystyön on koko ajan määriteltävä mikä kuuluu sen toimien piiriin ja mikä ei. Turvajärjestelmänä se kertoo, mikä on kohtuullinen kuorma yksilölle.

2.5 Psykiatrisen päivystyksen kehittäminen

Lapinkangas Pertti, Roisko Riikka, Sankelo Piia, Tervo Arja, Outinen-Härkönen Leena, Mainio Arja

Tiivistelmä

Psykiatrian päivystystoiminta oli aiemmin jaettu kahdelle työryhmälle eri tiloihin. Virka-aikaan päivystys oli poliklinikan toimintaa, päivystysaikaan osaston 78 toimintaa. Järjestely oli potilaan näkökulmasta sekava, siinä oli turvallisuusriskejä ja poikkeustilanteissa (esim. henkilökunnan sairastapauksissa) haavoittuvuutta.

Tavoitteena oli luoda yksi ja yhtenäinen, potilaan näkökulmasta helposti tavoitettava psykiatrisen erikoissairaanhoidon päivystyspiste, jossa on monipuoliset mahdollisuudet päivystykselliseen arviointiin, psyykkiseen ensiapuun ja jatkohoidon suunnitteluun. Aiemman kahden työryhmän mallin sijaan luotiin uusi Päivystysyksikkö 78, joka vastaa sekä ympärivuorokautisesta psykiatrisesta päivystyksestä että 12-paikkaisesta suljetusta vastaanotto-osastosta. Yksikkö aloitti toimintansa vuoden 2010 alussa.

Uusina toimintamuotoina otettiin käyttöön päivystyskäynnin lisäksi pidennetty päivystysarvio ja poliikliniset selvittelykäynnit. Näin voitiin parantaa palvelua tarjoamalla potilaille paremmin sopivia tutkimus- ja hoitomuotoja ja vähennettiin lyhyiden sairaalahoitojen määrää.

Henkilökunnan työnjakoa uudistettiin ja päivystyksen järjestäminen osana suurempaa kokonaisuutta on turvannut toiminnan sujumisen niin, että yllättävistä poissaoloista ja potilasruuhkista huolimatta on aina pystytty turvaamaan sujuva päivystystoiminta.

Ruuhkatilanteissa on pystytty perustamaan toinen päivystystiimi helpottamaan päivystyksen tilannetta. Äkilliset henkilökuntavajaukset on hoidettu muuttamalla työnjakoa. Potilaiden turvatarkastukset otettiin käyttöön ja työskentelyssä muutoinkin kiinnitettiin huomiota uudistettuihin turvaohjeisiin. Päivystyksessä työskentely on koettu turvallisena, ja Päivystysyksikön tiloja ovat turvallisuussyistä myös muiden yksiköiden työntekijät käyttäneet arvaamattomina ja uhkaavina pidettyjen potilaiden tapaamiseen.

Psykiatrian tulostyöyksikön järjestämä psykiatrinen päivystys saatiin uudistusten myötä vakaalle pohjalle. Koulutettiin paljon uusia osaavia työntekijöitä, kehitettiin uusia hoitomuotoja ja tilasuunnittelun avulla saatiin ratkaistua toimintatapojen kehittäminen ja päivystyksen turvallisuusongelmat. Vakaa pohja merkitsee sitä, että toimintaa pystytään vielä kehittämään ja laajentamaan esim. alueen kuntaliitosten myötä esiin nousevien tarpeiden mukaan.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon päivystyksen kehittämistarpeet

OYS:n psykiatrian päivystys oli vuoteen 2010 saakka järjestetty niin, että päivystys oli arkipäivisin klo 8–18 psykiatrian poliklinikan toimintaa erillisessä poliklinikkarakennuksessa ja muina aikoina akuuttiosaston 78 tehtävänä osaston yhteydessä olevissa tiloissa. Kahden erillisen ja eri rakennuksessa sijaitsevan yksikön päivystysjärjestely oli monin tavoin haitallista niin potilaille, työntekijöille kuin mahdollisuudelle kehittää toimintaa.

Päivystyspisteen vaihtuminen oli potilaan ja lähettävien tahojen näkökulmasta sekava järjestely. Tulijoiden oli vaikea hahmottaa, missä päivystys milloinkin on. Palvelun tarvitsijan oli vaikea hahmottaa jaettu kokonaisuus ja löytää yhteystiedot, ja päivystykseen tulijan oli kiusallista etsiä paikkaa, mistä palvelun löytää. Pieni päivystystyöryhmä (lääkäri, hoitaja ja sihteeri) joutui helposti vaikeuksiin jo pienehköissä poikkeustilanteissa. Aggressiivisesti käyttäytyvien ja tahdonvastaisesti osastolle siirrettävien potilaiden kanssa tuli työturvallisuusongelmia. Kuormittavissa tilanteissa, kun vastaanotolle saapui odotettua enemmän potilaita, sekä henkilökunnan sairaustapauksissa tuli välittömästi resurssiongelmaa. Osaavaa työntekijää ei ollut helppoa löytää paikkaamaan resurssivajetta

Psykiatrian sairaalarakennusten remonttien yhteydessä tuli mahdollisuus suunnitella tilat uudentyyppiselle päivystysyksikölle. Osaston 78 työryhmälle annettiin tehtäväksi suunnitella uuden päivystyksen toi-

mintamallit. Luotiin uusi Päivystysyksikkö 78, joka vastaa sekä ympärivuorokautisesta psykiatrisesta päivystyksestä että 12-paikkaisesta suljetusta vastaanotto-osastosta. Yksikkö aloitti toimintansa vuoden 2010 alussa, ja tässä raportissa kuvataan ja arvioidaan psykiatrisen päivystyksen muutosta vuoden 2010 aikana.

Päivystyksen kehittämisen tavoitteet

Päivystyksen kehittämisen yleisenä tavoitteena oli luoda yksi ja yhtenäinen, potilaan näkökulmasta helposti tavoitettava päivystyspiste, jossa on monipuoliset mahdollisuudet päivystykselliseen arviointiin, psykiiseen ensiapuun ja jatkohoidon suunnitteluun.

Tärkeimpinä tavoitteina olivat seuraavat kolme osatavoitetta:

1. Ottaa käyttöön uusina hoitomuotoina pidennetty päivystysarvio ja selvittelykäynnit. Näiden avohoitomuotojen avulla vähennetään osastohoitojen määrää. Ensimmäisen toimintavuoden aikana tavoite oli 50–100 ja jatkossa yli 100 pidennettyä päivystysarviota vuodessa. Selvitteilykäyntien määrällinen tavoite vuodessa oli 300.
2. Kouluttaa lisää päivystystyön ja akuutin avohoitotyön hallitsevia lääkäreitä, hoitajia ja sihteereitä. Ensimmäisen toimintavuoden aikana tavoite oli harjaannuttaa puolet yksikön hoitohenkilökunnasta päivystys- ja avohoitotyöhön ja jatkossa niin että 2/3 hoitohenkilökunnasta hallitsee hyvin päivystävän hoitajan tehtävät ja yksikössä tehtävän avohoitotyön. Osaamisen lisääntymisellä turvataan ammattitaitoisen henkilökunnan saatavuus yllättävissä poissaoloissa ja mahdollistetaan avohoitokäynnit päivystysyksikköön. Päivystyksen liittämällä osaksi suurempaa yksikköä turvataan päivystyksen toimivuus myös ruuhkatilanteissa.
3. Päivystysvastaanotto on turvallinen työpaikka. Toiminnallisin, rakenteellisin ja teknisin muutoksin päivystyksestä tehdään yksikkö, jossa on turvallista työskennellä. Tavoitteena on, että henkilökunnalle ja potilaille ei tule konflikteista johtuvia henkilövahinkoja ja työntekijät kokevat työskentelyn päivystyksessä turvalliseksi.

Päivystyshankkeen toteuttaminen

Päivystyksen suunnittelua varten perustettiin työryhmä, johon kuuluivat os. 78:n apulaisylilääkäri, erikoislääkäri, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja. Poliklinikalta työryhmään kuului erikoislääkäri, osastonhoitaja ja päivystystyötä tekevä sairaanhoitaja. Aikuispsykiatrian hallinnosta olivat mukana vastualueen johtaja ja ylihoitaja. Työryhmä kokoontui säännöllisesti ja oli suunnittelu- ja ohjausryhmänä päivystyksen uudistamistyössä.

Analyysi päivystysjärjestelmästä

Jaetun psykiatrisen päivystyksen toimivuudesta tehtiin analyysi. Jaetussa mallissa nähtiin paljon ongelmia. Keskeisinä ongelmina nähtiin potilaan ja lähettävien tahojen näkökulmasta sekava järjestely, erillisen pienen päiväpäivystystyöryhmän (lääkäri, hoitaja ja sihteeri) resurssi- ja turvallisuusongelmat sekä rajallinen mahdollisuus kehittää hoitomuotoja jaetussa päivystysmallissa. Ratkaisuksi ongelmiin alettiin hahmottaa yhtä ympärivuorokautisesti toimivaa päivystystä.

Potilasanalyysi

Kaikista päivystyksessä vuosina 2005–2008 käyneistä potilaista tehtiin analyysi. Potilaiden hoitoilmoitustiedot poimittiin ja ne analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Potilaista saatiin paljon numeerista tietoa. Toiminnan suunnittelun ja henkilökunnan resursoinnin kannalta oli tärkeä tietää, mihin aikaan potilaat tulevat päivystykseen. Hoidon sisällöllisen kehittämisen kannalta oli hyvä tietää päivystykseen tulon syyt, diagnoosi ja päivystyksessä tehty hoitoratkaisu. Päivystyskävijöiden lisäksi analysoitiin vuodeosastolle otetut potilaat.

Erityisesti haluttiin tietoa lyhyistä sairaalahoidoista. Oletuksena oli, että lyhyiden sairaalahoidojen määrää voidaan vähentää kehittämällä päivystystoimintaa.

Tutustuminen suomalaisiin psykiatrisiin päivystyksiin

Psykiatrisen päivystyksen järjestämisestä on eri malleja. Suunnitteluvaiheessa selvitettiin, millaisia päivystysjärjestelyitä on käytössä Suomen suurimpien kaupunkien psykiatrisissa hoitolaitoksissa. Selvitys osoitti, että monessa paikassa oli käytössä poliklinikan yhteydessä oleva päiväpäivystys ja akuuttiosaston yhteyteen sijoittuva virka-ajan ulkopuolinen päivystys eli malli, jossa oli todettu olevan paljon epäkohtia. Helsingin Auroran psykiatrisen päivystys ja akuuttiosasto muodostavat yhtenäisen yksikön ja tarjosi mahdollisuuden tutustua uudentyypoiseen vaihtoehtoon, niinpä suunnittelutyöryhmä teki tutustumiskäynnin sinne ja perehtyi päivystysyksikkömalliin.

Oman päivystysyksikkömallin hahmottaminen

Selvitystyön pohjalta alettiin työryhmäkokouksissa hahmottaa omaa päivystysmallia. Päivystys haluttiin sijoittaa akuuttiosaston välittömään yhteyteen, niin että ne muodostavat yhden yksikön. Päivystyksellisiä akuuttihoitomahdollisuuksia lisättiin niin, että saadaan mahdollisuus pidennettyyn päivystysarviointiin ja päivystyskäynnin jälkeisiin selvittelykäynteihin. Tiedetään, että monet päivystykseen hakeutuneet potilaat tarvitsevat vain muutaman avohoitokäynnin ja tulevat näin autetuksi.

Tilojen suunnittelu

OYS:n Psykiatrian sairaalarakennusten remonttien yhteydessä tuli mahdollisuus suunnitella tilat uudentyypiselle päivystysyksikölle. Tilaratkaisujen suunnittelussa tehtiin tiivistä yhteistyötä arkkitehdin kanssa. Haasteellinen tilaratkaisu saatiin toimivaksi, kun vuodeosasto sijoitettiin entiselle paikalleen, mutta erilaisin huonejärjestelyin, ja päivystys-, avovastaanotto- ja toimistotiloja sijoitettiin rakennuksen toiseen pätyyn.

Henkilökunnan osallistaminen ja koulutus

Osasto 78:n henkilökunta sai säännöllisin väliajoin tietoa uusista suunnitelmista osaston koulutuspäivien ja osastokokousten kautta. Henkilökunnalla oli mahdollisuus tutustua suunnitelmiin, arvioida niitä ja tehdä korjausehdotuksia ja työryhmissä valmistella tiettyjä käytännönläheisiä osakokonaisuuksia. Uudet asiat käytiin myös koulutuksellisessa tarkoituksessa läpi henkilökunnan kanssa. Kaikista uusista asioista kirjoitettiin laatukäsikirjan ohjeet ja vanhat ohjeet päivitettiin uutta tilannetta vastaaviksi. Ohjeet käytiin läpi yhdessä henkilökunnan kanssa ja konkreettisesti mietittiin mitä ne merkitsevät käytännön työssä.

Kehittämistoimenpiteet

Tilat valmistuivat loppuvuodesta 2009 ja päivystystoiminta siirrettiin 1.1.2010 osaston (os. 78) yhteyteen suunniteltuihin tiloihin. Päivystystyöryhmä ja osaston 78 henkilökunta yhdistyivät yhdeksi työryhmäksi. Henkilökunnan työnjakoa uudistettiin, potilaiden turvatarkastukset otettiin käyttöön ja työskentelyssä muutokin kiinnitettiin huomiota uudistettuihin turvaohjeisiin.

Pidennetty päivystysarvio ja polikliiniset selvittelykäynnit

Pidennetyn päivystysarvion idea on saada lisäaikaa potilaan tutkimiseen ja hyvän hoitoratkaisun tekemiseen. Pidennetyn arvion avulla pystytään vähentämään tarpeettomia osastohoitoon ottoja ja toisaalta lisäämään potilaan (ja omaistenkin) turvallisuuden tunnetta. Usein hoitoratkaisun lykkääminen on järkevää myös siitä syystä, että virka-aikana voidaan ottaa yhteyksiä muihin hoitotahoihin ja saadaan järjestymään potilaalle asianmukainen jatkohoito. Pidennetty päivystysarvio voi enimmillään kestää 24 tuntia ja se soveltuu parhaiten potilaille, jotka eivät alkututkimuksen perusteella ole selkeästi psykiatrisen sairaalahoidon tarpeessa, mutta ovat kuitenkin tutkimuksen tai avun tarpeessa ja välittömällä kotiin lähettämällä olisi haittoja tai riskejä.

Polikliinisilla selvittelykäynneillä tarkoitetaan päivystyskäynnin, polikliinisen seurannan tai osastohoidon jälkeisiä avohoitokäyntejä päivystysyksikköön. Avohoitona toteutettavien selvittelykäyntien avulla pystytään vähentämään sisäänkirjoituksia osastohoitoon ja lyhentämään osastohoidon pituutta jatkamalla

psykiatrasta selvitystä avohoitona. Selvittelykäynnit sovitaan niille potilaille, joiden tilanne vaatii akuuttia hoitoa, seuranta tai tarkempaa hoitoarvion tekemistä, mutta ei edellytä osastohoitoa ja potilaalla ei ole avohoitokontaktia tai sitä ei järjesty viiveettä. Selvittelykäynnit voidaan toteuttaa yksilö-, pari tai verkostoistuntoina. Yksilökäynnit voidaan järjestää päivystysyksikön hoitajalle tai erikoislääkärille. Pari- ja verkostoistuntoihin osallistuu pääsääntöisesti työpari. Avokäynnit sovitaan mielellään sellaiselle työntekijälle, joka on ollut mukana päivystystilanteessa tai tuntee muuten hyvin potilaan tilanteen. Selvittelykäyntien tarkoituksena on lyhyen avun tarjoaminen, ei pitkät terapiasuhteet, ja määrä on rajattu 1–5 käyntiin.

Henkilökunnan työnjako

Päivystyksen kehittäminen toi muutoksia henkilökunnan työnjakoon. Päivystysyksikössä työskentelevien lääkäreiden määrä on yhteensä viisi: yksikön apulaisylilääkäri, erikoislääkäri ja kolme erikoistuvaa lääkäriä. Pääsääntöisesti yksi lääkäri työskentelee päivystyksessä sovitun ohjelman mukaisesti, mutta kuka tahansa voi hoitaa päivystävän lääkärin tehtäviä, mikäli tilanne näin edellyttää. Ruuhkatilanteissa päivystykseen tarvittaessa lisätään lääkäriresursseja.

Hoitohenkilökunnasta päivystävänä hoitajana toimii yksi hoitaja aamu- ja iltavuorosta. Mikäli päivystyksessä on normaalia kiireisempää, voi osaston puolelta hoitaja olla lisäapuna päivystyksessä. Mikäli päivystys on hiljainen, voi päivystävä hoitaja olla mukana osaston toiminnassa. Päivystävän hoitajan tilapäinen poissaolo ei vaikeuta päivystystoimintaa, kun osaston puolelta voidaan aina auttaa. Joustava työnjako mahdollistaa sen, että päivystystyötä tekevät voivat sopia avohoitokäynnin päivystysvuoronsa ajalle. Avohoitona toteutettavat selvittelykäynnit mahdollistuivat uudistuneen työnjaon avulla.

Osastosihteerien työnjakoa uudistettiin pidentämällä päivystyksessä työskentelevän sihteerin työaikaa klo 18:sta klo 20:een. Päivystysyksikössä työskentelee kaksi sihteerä ja näiden lisäksi iltavuoroja alkoi tehdä kaksi muuta sihteerä. Päivystystyön osaavien sihteerien määrää saatiin lisättyä, ja äkillisissä poissaolotilanteissa neljän sihteerin rinki tuuraa toisiaan ja turvaa toiminnan sujumisen

Turvalliset toimintatavat ja -ympäristö

Päivystysmuutoksen yhtenä tavoitteena oli lisätä päivystyksen turvallisuutta. Päivystykseen tulijoille alettiin tehdä systemaattinen turvatarkastus heidän tullessaan sisälle päivystyksen tiloihin. Turvatarkastukseen sisältyy metallinpaljastimella tehtävä henkilötarkastus ja potilaalla mukana olevien tavaroiden tarkastus. Henkilötarkastus tarkoittaa kulkua metallinpaljastimen läpi ja mahdollista lisätarkastusta käsimetallinpaljastimen avulla. Vaikeasti tarkastettavat ja turvallisuusriskiksi arvioidut tavarat otetaan säilytykseen päivystyskäynnin ajaksi.

Päivystyksen sijoittaminen hyvin miehitetyn vuodeosaston yhteyteen mahdollistaa sen, että uhkaa ja turvattomuutta herättävissä tilanteissa on mahdollisuus resursoida lähien henkilökuntaa turvaamaan riskialtista päivystystilannetta. Henkilökunnan tulee työssään pitää hälytintä, jonka avulla voidaan välittää avunpyyntö muille. Konfliktitilanteessa on oman yksikön henkilökunnan lisäksi saatavissa henkilökuntaa lähellä sijaitsevista muista yksiköistä. Lisähenkilökunnan saaminen ja tietoisuus pikaisen avun saamisesta konfliktitilanteeseen riittää usein vähentämään henkilökunnan kokemaa turvattomuuden tunnetta. Myös potilaan uhkaava käytös saattaa rauhoittua, kun henkilökuntaa on enemmän paikalla. Päivystykseen hakeutuneen potilaan uhkaavan ja väkivaltaisen käytöksen ennaltaehkäisyssä käytetään myös tietyissä tilanteissa vartijoita. Paikalla olevat vartijat vähentävät konfliktin uhkaa ja hoitohenkilökunta pääsee paremmin keskittymään potilaan psyykkisen tilanteen arviointiin.

Tilojen suunnittelussa otettiin turvallisuusnäkökohdat huomioon. Rakenteellisilla ratkaisuilla pyrittiin tilojen esteettömään näkemiseen ja havainnoimiseen ja siihen, ettei synny pimeitä ja syrjäisiä paikkoja, missä potilaita tavataan. Vastaanottohuoneisiin laitettiin takaovi, josta on mahdollista perääntyä konfliktitilanteessa. Päivystys- ja odotustiloihin laitettiin kameravalvonta. Tarvittaessa valvontaa voi tehdä ovi-ikkunoiden ja monitorin avulla.

Päivystyksen kehittämisen tulokset

Uusien toimintojen myötä potilaille oli tarkoitus saada lisää sopivia hoitomuotoja ja samanaikaisesti vähentää lyhyitä osastohoitoja. Päivystystoiminta haluttiin saada vakaalle pohjalle niin, etteivät henkilökunnan äkilliset poissaolot tai potilasruuhkat kohtuuttomasti vaikeuta toiminnan sujumista, ja työskentely päivystyksessä haluttiin saada turvallisiksi. Päivystyksen muutoksella oli suotuisia vaikutuksia moniin edellä mainittuihin asioihin ja myös moniin muihin asioihin.

Vaikutus osastohoitoihin

Pidennetyillä päivystysarvioilla ja jatkohoitokäynneillä haluttiin parantaa palvelua tarjoamalla potilaille monipuolisia hoitomuotoja ja vähentämällä lyhyiden sairaalahoitojen määrää. Päivystysyksikön toiminnan aloittamisen jälkeen sairaalahoitoon otettujen potilaiden määrää on pystytty vähentämään aikaisempien vuosien lukemista tehtyjen arviointien perusteella 5–13 %.

Vaikutus toiminnan sujumiseen ja henkilökunnan osaamiseen

Psykiatrisen päivystyksen järjestäminen osana suurempaa kokonaisuutta turvasi toiminnan sujumisen niin, että yllättävistä poissaoloista ja potilasruuhkista riippumatta on aina pystytty turvaamaan sujuva päivystystoiminta. Ruuhkatilanteissa on pystytty perustamaan toinen päivystystiimi ja näin lyhentämään potilaiden jonotusaikaa. Äkilliset henkilökuntavajaukset on hoidettu muuttamalla työnjakoa. Päivystykseen siirtyy aina päivystystyön osaava työntekijä ja vuodeosaston puolelle täydennetään henkilökuntamiehistystä sijaishenkilökunnasta. Itsenäinen päivystystyö edellyttää erityisosaamista, vuodeosaston puolella suuremmassa työryhmässä voi ohjattuna työskennellä kokemattomampikin työntekijä.

Muutoksen myötä henkilöstölle tarjoutui mahdollisuus laajentaa työnkuvaa ja ammatillista osaamistaan. Päivystyskäynnin jälkeiset selvittelykäynnit mahdollistuivat sillä, että yksikössä on useita työntekijöitä, jotka päivystys- tai vuodeosastotyön ohessa tekevät myös avohoitotyötä. Avohoitotyö mahdollistetaan joustavalla ja hyvin suunnitellulla päivittäisellä työnjaolla. Kun päivän avohoitokäyntien aika on tiedossa, nämä otetaan huomioon vuodeosastolla tehtävän työn aikataulutuksessa. Henkilöstön laajentuneen toimenkuvan ja muuttuneen työnjaon johdosta toimintaa on saatu tehostettua.

Päivystysmuutos on turvannut lääkärin työpanoksen saamisen päivystykseen yllättävissäkin tilanteissa. Yleensä erikoistuva lääkäri työskentelee päivystyksessä, mutta tilannekohtaisesti myös erikoislääkäri voi toimia päivystävänä lääkärinä. Järjestely antaa joustavuutta ja mahdollistaa mm. sen, että erikoistuvat voivat käydä heille tarkoitetuissa koulutuksissa ongelmitta. Päivystyksessä työskentelevällä lääkärillä on arkipäivisin mahdollisuus konsultoida erikoislääkäriä henkilökohtaisesti aina kun tarvetta siihen tulee.

Hoitohenkilökunnan katsottiin hallitsevan päivystys- ja avohoitotyön, kun hoitajalla oli vähintään vuoden mittainen terapiakoulutus peruskoulutuksen jälkeen ja kokemusta päivystävän hoitajan tehtävistä ja avohoitopotilaiden hoidosta. Ennen uudistusta yksi hoitaja työskenteli päätoimisesti päivystyksessä ja täytti edellä mainitut kriteerit. Vuoden lopulla kriteerit täyttäviä hoitajia 26 hoitajan joukosta oli 13 eli puolet. Tavoite saavutettiin tältä osin, vaikka hoitajien joukossa oli vaihtuvuutta ja pätevöityneitä hoitajia jäi virkavapaalle ja siirtyi toiseen yksikköön. Myös jatkotavoite, 2/3 hoitajista hallitsee päivystys- ja avohoitotyön, on hyvää vauhtia täyttymässä. Toimenkuvan laajentuminen on selvästi lisännyt henkilökunnan halua ja tarvetta kouluttautua ja kehittää ammatillista osaamistaan.

Päivystysmuutosten seurauksena osastosihteerien työaika muuttui ja päivystysyksikön kahden sihteerin lisäksi päivystyksen iltatyöhön osallistui muita sihteereitä. Näin saatiin yli tuplaten lisää päivystystyön osaavia sihteereitä ja toiminta vakaalle pohjalle sihteerityön osaltakin.

Vaikutus turvallisuuteen

Terveystuon päivystyksissä on raportoitu olevan paljon potilaiden taholta tulevaa uhkailu- ja väkivaltakäytöstä. Uudesta psykiatrisesta päivystyksestä haluttiin paikka, jossa on turvallista työskennellä ja henkilökunnalle ei tule vammoja konfliktitilanteiden seurauksena.

Yleensä ottaen päivystyksessä työskentely on koettu turvallisenä. Päivystysyksikön tiloja ovat turvallisuussyistä myös muiden yksiköiden työntekijät käyttäneet arvaamattomina ja uhkaavina pidettyjen potilaiden tapaamiseen.

Muita vaikutuksia

Päivystykseen tulo on käyttäjän kannalta selkeämpi, kun paikka on aina sama. Aiemmin sairaankuljetuksella ja muillakin tulijoilla oli ajoittain epätietoisuutta, missä päivystys sijaitsee. Enää ei ole ollut päivystystä etsiviä epätietoisia kyselijöitä. Myös aiempi tilanvaihtoon liittynyt katkos toiminnassa jäi pois.

Päivystyksen kehittämisen jatkotoimenpiteet

Psykiatrian tulostyöyksikön järjestämä psykiatrinen päivystys saatiin uudistusten myötä vakaalle pohjalle. Muutoksen aikana on uusia osaavia työntekijöitä koulutettu päivystystyöhön, on kehitetty uusia hoitomuotoja. Yksikön turvallisuutta on parannettu toimintatapojen kehittämisen ja tilasuunnittelun avulla. Vakaa päivystystyön malli merkitsee sitä, että toimintaa pystytään edelleen kehittämään ja laajentamaan. Kehittämisen haasteet ovat jatkossa yhteistyö toisaalta OYS:n yhteispäivystyksen ja toisaalta Oulun kaupungin mielenterveyspalvelujen suuntaan.

Nykyisessä käytännössä oululaiset ohjataan oman organisaation päivystykseen sen aukioloaikana arkipäivisin klo 8–15. Iltaisin ja viikonloppuisin oululaiset käyttävät psykiatrian päivystystä. Koska OYS:ssa on samanaikaisesti ympärivuorokautinen päivystys päivystysyksikössä, alueellamme on psykiatrian erikoissairaanhoidossa päällekkäistä toimintaa. Tämä ei ole taloudellisesti eikä toiminnallisesti tarkoituksenmukaista. Jatkossa OYS:n ja Oulun kaupungin tiiviimpi yhteistyö ja resurssien yhteiskäyttö olisi mielekkäämpää ja taloudellisesti järkevämpää. Tällainen järjestely selkiinnyttäisi päivystysjärjestelyjä psykiatrisen potilaiden kohdalla kaikkina vuorokauden aikoina ja kaikkina viikonpäivinä.

Tällä hetkellä OYS:n somatiikan päivystys on erillään psykiatrisesta päivystyksestä ja sijaitsevat noin 1 km:n etäisyydellä toisistaan. Yhteistyön lisääminen somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon välillä parantaisi päivystyspotilaan arvion laatua ja akuuttihoitoa. Jatkossa myös tätä yhteistyötä on syytä kehittää. Jatkotoimenpiteinä on edelleen myös henkilöstön kouluttaminen, jatkuva arviointi ja palautteen kerääminen ja toiminnan hienosäätö ja kehittäminen saadun arvion ja palautteen pohjalta. Uutena haasteena on myös videovälitteisen yhteistyön hyödyntäminen psykiatrisen potilaan akuuttihoitossa.

2.6 Nuorisopsykiatrisen tehohoitoyksikkö ja STUDY-70; nuorisopsykiatrista hoitoa ja tutkimusta

Anne Herva, Korhonen Jukka, Riala Kaisa

Yksikön perustaminen

Sairaalahoitoa vaativien, vakavien mielenterveyshäiriöiden määrä alaikäisillä nuorilla kasvoi Suomessa voimakkaasti vuosina 1997–2000. Samana ajankohtana Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) psykiatrian klinikan nuorisopsykiatrisilla osastoilla hoidettujen alle 18-vuotiaiden nuorten määrä kasvoi nelinkertaiseksi ja tahdosta riippumattoman hoidon läheteillä tulleiden määrä kasvoi seitsemänkertaiseksi. Tämän vuoksi OYS:n psykiatrian klinikassa avattiin huhtikuussa 2001 uusi nuorisopsykiatrisen akuuttihoito-osasto 70. Samassa yhteydessä käynnistettiin myös tämän osaston toimintaan ja potilaisiin liittyvä tutkimusprojekti nimellä STUDY 70. Osasto 70 kuuluu Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosalueeseen sijaiten Oulun kaupungissa Peltolan alueella noin kahden kilometrin päässä Oulun keskustasta noin puolen kilometrin etäisyydellä OYS:sta.

Henkilökuntarakenne

Osastolla työskentelee kolme lääkäriä, psykologi, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, kolmetoista sairaanhoitajaa, viisi mielisairaanhoitajaa/lähihoitajaa, toimintaterapeutti, osastonsihtööri, sosiaalityöntekijä, ja musiikkiterapeutti. Hoitohenkilökunta työskentelee kolmivuorotyössä. Aamuvuorossa työskentelee keskimäärin kuusi hoitajaa, iltavuorossa neljä hoitajaa ja yövuorossa kolme hoitajaa. Jokaisessa vuorossa on ainakin kaksi miespuolista työntekijää. Viikonloppuisin aamu- ja iltavuoroissa työskentelee yleensä neljä hoitajaa.

Osaston toimintaperiaatteita ja käytäntöjä

Osasto 70 vastaa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin 13–17 vuoden ikäisten nuorten akuutista psykiatrisesta sairaalahoidosta. Alueen väestöpohja on vähän yli 400 000 asukasta, josta tähän ikäluokkaan kuuluu 26 017 nuorta. Osasto on kymmenpaikkainen. Osastolla annetaan ensiapua vaikeisiin psyykkisiin oireisiin sekä toteutetaan alle 18-vuotiaiden psykiatrista tutkimusta ja arviointia. Yksikkö vastaa myös Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin alle 18-vuotiaiden tahdosta riippumattomista hoidoista. Näin ollen alue, jolta tarkkailulähetteenä tulevat nuoret tulevat hoitoon, on hyvin laaja ja etäisyydet pitkiä. Erva-alueen väestöpohja on 750 000 asukasta, joista 13–17 –vuotiaita 45 265. Osasto on toiminut alusta alkaen ilman sulkua.

Osaston toiminta painottuu akuutin tilanteen systemaattiseen arvioon sekä mahdollisimman nopeaan jatkohoidon järjestämiseen. Psykiatrisen tilanteen arvioissa käytetään järjestelmällisesti apuna strukturoituja ja puolistrukturoituja haastatteluja, muun muassa Kiddie-SADS-PL -haastattelua (Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children, Present and Lifetime) (Kaufmann 1997) ja Euro-Adad -haastattelua (aikaisemmin EuropASI) (Fureman ym. 1990, Hendriks ym. 1990), jotka pyritään tekemään kaikille osastolla hoidossa oleville potilaille. Myös psykologin tutkimuksia tehdään osastolla hoidossa oleville potilaille paljon, vuonna 2012 yhteensä 126 psykologista tutkimusta. Toimintaterapeutin arvioissa painopistealueena ovat olleet neuropsykiatrisiin tutkimuksiin liittyvät kartoitukset ja selvittelyt, toiminnanohjauksen taitojen ja tarkkavaisuuden eri komponentteihin liittyvät arvioinnit sekä oppimisen taustalla olevien valmiuksien (hahmottaminen, motoriikka) arvioiminen sekä jatkokuntoutukseen ohjaaminen. Mikäli potilaalle harkitaan jatkohoidoksi musiikkiterapiaa, voidaan osastojaksoon liittää musiikkiterapeutin arvio. Nuoren tilanne huomioiden tehdään tarvittavat somaattiset tutkimukset, joihin voi sisältyä esimerkiksi laboratoriotutkimuksia, EKG ja pituuden ja painon mittaus.

Oulun yliopistollisen sairaalan yksikkönä osasto toimii myös opetusyksikkönä. Osastolla on ollut harjoittelussa sairaanhoitaja-/lähihoitajaopiskelijoita. Lisäksi osastolla on opiskellut amanuensseja sekä lääketieteen opiskelijoita.

Osastohoito prosessi

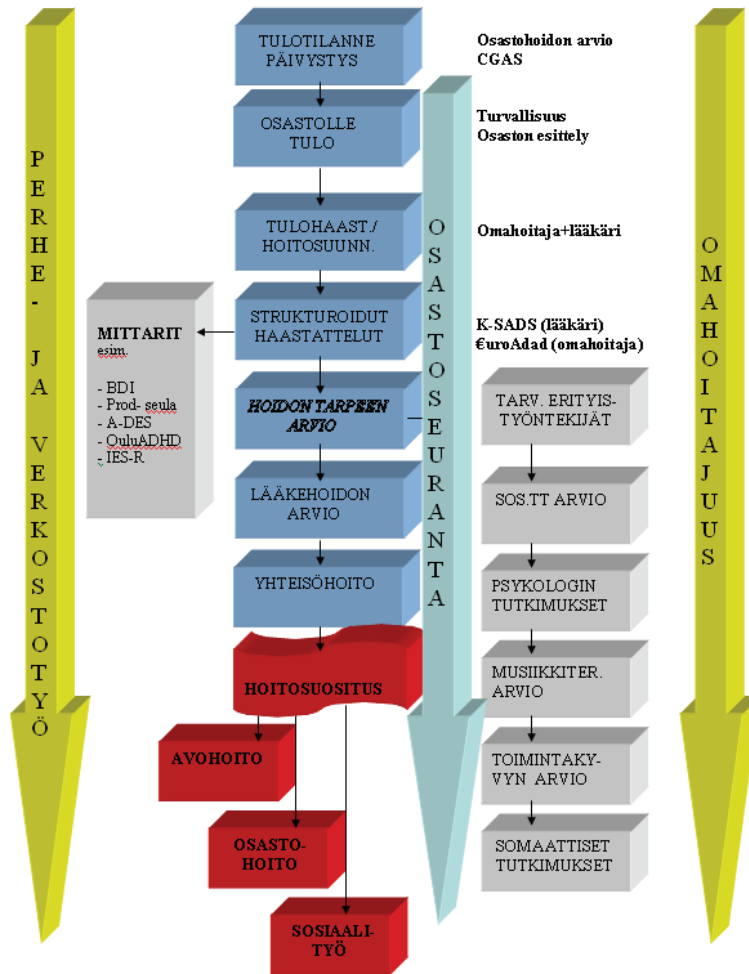
Hoitojaksoa osastolla voidaan kuvata myös prosessinomaisesti (kuva 1). Nuori tulee osastolle yleensä Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian päivystyksen kautta. Päivystystilanteessa on mukana aina hoitaja myös osastolta 70, jolloin heti tulovaiheessa arvioidaan osastohoidon tarvetta ja tavoitteita. Päivystyksessä nuorta vastaanottamassa oleva hoitotyöntekijä on pääsääntöisesti jatkossa myös nuoren omahoitaja. Jokaisella nuorella on omalääkäri sekä kaksi omaa hoitajaa, jotka koordinoivat hoitoa eteenpäin.

Osastolle tuloa seuraavana arkipäivänä osastolla pidetään tulohaastattelu, johon osallistuvat lääkäri, hoitaja, nuori ja usein myös osaston sosiaalityöntekijä. Tulohaastattelussa kartoitetaan nuoren kokemuksia sairaalaan tulon syistä, selvitetään hänen kokemiaan ajankohtaisia huolenaiheita ja ongelmia sekä arvioidaan, millaisia tutkimuksia osastolla tulisi tehdä. Mikäli nuori tulee osastolle viikonlopun aikana, haastattelututkimukset aloitetaan jo viikonlopun kuluessa. Kaikille nuorille pyritään tekemään systemaattisesti omahoitajan tekemä EuroADAD -haastattelu, lääkärin tekemä Kiddie-sads-diagnostinen haastattelu ja BDI-masennusoirekysely sekä tarvittaessa muita strukturoituja haastatteluja tarpeen mukaan.

Muutaman ensimmäisen hoitopäivän aikana pyritään järjestämään perhetapaaminen, jossa tavataan nuoren vanhempia ja/tai lähiverkostoa. Vanhempiin pyritään olemaan yhteydessä myös puhelimitse heti nuoren tultua osastolle, elleivät vanhemmat ole mukana jo tulotilanteessa, kuten usein ovatkin. Usein ensimmäisen hoitoviikon aikana nuorelle tehdään haastattelu- ja kyselytutkimusten lisäksi psykologin tutkimukset ja tarvittaessa toimintaterapeutin arvio. Lääkäri arvioi mahdollisen lääkehoidon tarvetta, lääkityksen aloittamisesta keskustellaan aina sekä nuoren että vanhempien/hoitajien kanssa. Kun tutkimukset on saatu tehtyä, laaditaan hoitosuositus jatkoa varten. Tällöin pidetään laajempi neuvottelu nuoren lähiverkoston, mahdollisen avohoitoyksikön ja usein myös lastensuojelun sosiaalityöntekijän kanssa.

Yhteistyötä lastensuojelun eri tahojen kanssa tehdään paljon. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella sijaitsee useita suuria lastensuojelun yksiköitä, joissa sijoitettuna olevia nuoria tutkitaan ja hoidetaan myös osastolla 70. Jokaiselle osastolta lähtevälle nuorelle pyritään järjestämään asianmukainen jatko-hoito joko psykiatrisena avohoitona, osastohoitona tai sosiaalipuolen tukitoimena. Nuorelle laaditaan myös hoitosuositus, joka ohjaa jatkohoidon järjestelyä. Osastohoitojakson jälkeen laaditaan lääkärin toimesta loppulausunto/epikriisi sekä omahoitajan laatima hoitotyön yhteenveto. Loppulausunto hoitojaksosta lähetetään nuoren luvalla lähettävälle taholle, nuorelle itselleen sekä jatkohoitopaikkaan.

**NUORTEN AKUUTTIPSYKIATRINEN TUTKIMUS,
ARVIINTI JA HOITO OSASTOLLA 70**



Kuvio 1. Osaston 70 osastohoitoprosessi

Osaston vahvuudet ja kehittämisaalueet

Osaston vahvuutena on moniammatillinen tiimi ja tiimityöskentelynä nopean ja kattavan nuorisopsykiatrisen arvioinnin tekeminen lyhyessä ajassa. Henkilökunnan vaihtuvuus on ollut melko vähäistä. Osaston perustamisesta lähtien erilaisten strukturoitujen haastattelumenetelmien ja mittareiden käyttö on ollut keskeistä. Nuoren hoidon vaikuttavuutta voidaan seurata toistamalla tutkimuksia hoidon aikana tai nuoren siirryttyä toiselle osastolle. Arviointi ja hoito ovat tasalaatuisia ja anamneesin kerääminen kattavaa eivätkä yksittäisen työntekijän ominaisuudet vaikuta arvioinnin tulokseen niin paljon kuin käyttämällä pelkästään vapaa- muotoisia haastatteluita.

Osastolla on perustamisesta saakka painotettu työ- ja potilasturvallisuusnäkökohtia. Yksikön fyysinen tila on rakennettu turvallisuutta silmälläpitäen, mutta kuitenkin viihtyisäksi.

Jokainen työntekijä osallistuu säännöllisesti Mapa-koulutuksen (Management of Actual or Potential Aggression) peruskurssiosuuteen sekä säännöllisiin kertauskursseihin. Mapa-koulutuksen tavoite on opettaa haastavan käytöksen ennakointi ja välttäminen hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin. Palo- ja pelastuskoulutus sekä ensiapukoulutus kuuluvat myös säännöllisesti henkilökunnan koulutuksiin.

Osaston toiminnan haasteena on ollut alusta asti potilaiden heterogeisuus sekä erilainen hoidon tarve. Akuuttiosaston luonteesta johtuen osastolla on usein hyvin erilainen joukko nuoria, joiden hoitaminen tiiviissä yhteisössä on haasteellista. Osalla hoito ja arvio kestävät muutaman päivän, osa nuorista voi tarvita

osastohoitoa useita kuukausia. Toiminta on suunniteltu pääsääntöisesti akuuttiin arviointiin, hoitoon ja tutkimukseen, joten pitkäaikaisessa hoidossa olevan potilaan hoidon kulmakivet ryhmähoito ja kuntoutus eivät ole toistaiseksi kuuluneet osaston jokapäiväisiin hoitomenetelmiin, mikä asettaa haasteita osastolla pidempään hoidossa olevien nuorten hoitoon.

Study 70 -tutkimuksen taustaa

Nuoruus on useiden mielenterveydenhäiriöiden tyypillinen alkamisikä. Epidemiologisten tutkimusten mukaan 20–25 prosenttia nuorista kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä ennen aikuisikää (Haarasilta ym. 2000). Yleisimpiä nuorten mielenterveysongelmia ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, käytös- ja päihdehäiriöt (Marttunen ja Rantanen 2001). Nyky-yhteiskuntaa ja sen nuorisopsykiatrista hoitojärjestelmää kuvastavia tutkimuksia nuoruusikäisten psykiatristen potilaiden pitkäaikaisennusteesta on vain niukasti saatavilla. Toisaalta aikaisempien tutkimustulosten puutteena on, että potilaiden psykiatriset diagnoosit eivät ole perustuneet strukturoiduilla haastatteluilla asetettuihin diagnooseihin ja myös se, että tutkimuksissa ei ole huomioitu nuorilla hyvin tavallista psykiatrista samanaikaissairastavuutta. Uutta tietoa tarvitaan siitä, mitkä nuoren psykososiaaliseen ympäristöön, psykiatriseen sairauteen ja sen hoitoon liittyvät tekijät edistävät nuoren kehitystä ja toipumista, tukevat kouluttautumista ja ehkäisevät rikollisuutta ja yhteiskunnasta syrjäytymistä.

Tutkimushankkeen tavoitteet

STUDY 70 -tutkimusprojektin ensimmäisien vaiheen tavoitteita olivat

- nuorten lisääntyneiden mielenterveydenhäiriöiden taustalla olevien syiden selvittäminen
- nuorten itsetuhoisuuden ja itsensä vahingoittamisen riskien tutkiminen alaikäisen nuoren psykiatrisen sairaalahoidon ja myöhemmän psyykkiseen sairastavuuden, kuolleisuuden ja yhteiskunnassa selviytymisen välisten yhteyksien tutkiminen.

Tutkimuksessa on selvitetty nuorten mielenterveyshäiriöiden riskitekijöitä liittyen seuraaviin aiheisiin:

- perhetaustaan liittyvät tekijät (vanhempien koulutus ja työhistoria, perherakenne/ sen muutokset, asuinpaikka/ -paikat, päihteiden käyttö ja väkivalta perheessä, asuinympäristössä ja ystäväpiirissä),
- sosiaaliset suhteet (suhteet lähiomaisiin, ystävyys-suhteet),
- varhainen päihteiden käyttö,
- traumaattiset elämäntapahtumat,
- opiskelutiedot (koulumenestys, oppimisvaikeudet, tukitoimet/ niiden puute) ja
- tupakointi ja nikotiiniriippuvuus.

Itsetuhoisuutta nuorten mielenterveyshäiriöissä on selvitetty tutkimalla

- itsetuhoisuuden riskitekijöitä ja yleisyyttä nuorilla potilailla
- itsetuhoisuutta ja koulumenestystä
- nuorten toistuvaa itseä vahingoittavaa käyttäytymistä (esim. viiltelemällä).

Tällä hetkellä käynnissä on kansallisia rekisteritietoja hyödyntävä jatkotutkimushanke ”Pitkäaikaisennuste ensimmäisen nuorisopsykiatrisen osastohoidon jälkeen: mielenterveyshäiriöiden kehittyminen, kouluttaminen ja yhteiskuntaan sopeutuminen”. Jatkotutkimushankkeessa on tavoitteena saada rekisteritietojen kautta uutta ja ajankohtaista tietoa alaikäisenä psykiatrisessa vuodeosastohoidossa olleiden nuorten myöhemmästä selviytymisestä (psykiatrinen ja somaattinen sairastavuus, koulutukseen hakeutuminen, tutkimuksen suorittaminen, rikollisuus, kuolleisuus, perheen perustaminen, työllistyminen, eläkkeelle siirtyminen).

Aineisto ja tutkimusmenetelmät

STUDY 70 -tutkimusprojektin tutkimusaineiston muodostavat Oulun yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatrisella akuuttihoito-osastolla 70 aikavälillä 4/2001–3/2006 hoidetut ja tieteelliseen tutkimukseen osallistumiseen suostumuksensa antaneet potilaat. Osaston 70 henkilökunta on osallistunut aktiivisesti tutkimusaineiston keruuseen. Osaston hoitohenkilökunta on tehnyt kaikkien tutkittavien EuroPASI-haastattelut (Furman ym. 1990, Hendriks ym. 1990) osana potilaan hoitojaksoa osastolla. Taulukossa 1 esitellään eräitä STUDY 70 -tutkimusaineistoa kuvaavia taustatietoja.

Taulukko 1. Study 70 tutkimusaineiston kuvaus

	Pojat n = 209	Tytöt n = 297
Ikä osastolle tullessa, keskiarvo (std)	15.4 (1.4)	15.5 (1.3)
Kotikunta, n (%)		
Oulun kaupunki	49 (23.6 %)	64 (21.5 %)
Muu Oulun läänin kunta	89 (42.8 %)	157 (52.9 %)
Lapin lääni	41 (19.7 %)	58 (19.5 %)
Muu Suomi	29 (13.9 %)	18 (6.1 %)
Kotiympäristö ennen osastolle tuloa, n (%)		
Kaksi biologista vanhempaa	58 (27.8 %)	130 (43.8 %)
Uusperhe	39 (14.4 %)	28 (9.4 %)
Yksi biologinen vanhempi	41 (19.6 %)	56 (18.9 %)
Kasvatusperhe	19 (9.1 %)	19 (6.4 %)
Lastenkoti	52 (24.9 %)	37 (12.5 %)
Muu	9 (4.3 %)	27 (9.1 %)
Psykiatriset häiriöt, DSM-IV, n (%)		
Päihdehäiriöt	81 (41.1 %)	108 (36.4 %)
Masennushäiriöt	73 (34.9 %)	163 (54.3 %)
Käytöshäiriöt	121 (57.9 %)	104 (35.0 %)
Ahdistushäiriöt	33 (15.8 %)	87 (29.3 %)
Psykoosit	27 (12.9 %)	26 (8.8 %)
Muut	15 (7.2 %)	52 (17.5 %)
Alkoholin käyttö (2 drinkkiä viikossa neljä kertaa tai useammin), n (%)	108 (51.7 %)	160 (53.9 %)
Säännöllinen tupakointi (vähintään 1 savuke/pv), n (%)	146 (69.9 %)	179 (60.3 %)
Huumausaineiden käyttö (stimulantit, kokaiini, opiaatit, PCP, hallusinogeenit), n (%)	19 (9.1 %)	14 (4.7 %)
Kannabiksen käyttö, n (%)	35 (16.7 %)	20 (6.7 %)

Tutkimuksessa on käytetty seuraavia haastattelulomakkeita/arviointiasteikkoja:

- K-SADS-PL-haastattelu (Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children, Present and Lifetime, (Kaufmann 1997). jonka perusteella on asetettu DSM-IV -diagnoosijärjestelmän mukaiset psykiatriset diagnoosit (APA 1994).
- EuropASI -haastattelulomake potilaan päihderiippuvuuden vaikeusasteen, fyysisen terveydentilan, opiskelu- ja toimeentulotilanteen, rikoksien ja tuomioiden sekä perhe- ja ihmissuhteiden arvioimiseksi. EuropASI on modifioitu alkuperäisestä amerikkalaisesta Addiction Severity Index (ASI) -arviointilomakkeesta päihderiippuvuuden vaikeusasteen arviointiin eurooppalaiseen kulttuuriin ja hoitokäytäntöihin sopivaksi (Fureman ym. 1990, Hendriks ym. 1990). Tähän haastatteluun on lisätty tarkentavia kysymyksiä päihteiden käytöstä, hoitoon ohjautumistavasta ja vanhempien sosiaalisesta tilanteesta.
- Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti (modified Fagerström Test for Nicotine Dependence test).
- STAKES:n Huumehoidon hoitotietolomake (ns. Pompidou -lomake).
- CGAS (Children's Global Assessment Scale) -toimintakykynärvio (Shaffer ym. 1983) psykososiaalista toimintakyvyn arvioimiseksi hoidon alussa ja loppuvaiheessa.
- GARF (Global Assessment of Relational Functioning) toimintakyvynärvio perheen toimintakyvyn mittaamiseksi.
- Lisäksi potilaista on koottu tiedonkeruulomakkeelle tiedot osastohoitoa edeltäneestä, hoidon aikana ja jatkohoidoksi sovitusta lääkehoidosta sekä tiedot aiemmista hoidoista.

Kansalliset rekisteritiedot

Tähän mennessä on hankittu potilaista kansallisiin rekistereihin kerättyä tietoa sairaalahoidoista (sairaaloitten hoitoilmoitusrekisteri; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL, ent. Stakes), rikollisuudesta (Oikeusministeriö/rikosrekisteritiedot) ja kuolinsyistä (Tilastokeskus/kuolinsyyrekisteri) ja peruskoulun suorittamisesta ja arvosanoista (Opetushallitus). Lisäksi on hankittu THL:n Syntyneiden lasten rekisteritiedot, joka sisältää kaikki syntymät vuodesta 1987 alkaen. Myöhemmin tullaan hankkimaan tietoa puolustusvoimien kutsunta ja varusmiespalvelun aikaisista testirekistereistä sekä potilaiden eläkkeistä ja erityiskorvattavista lääkkeistä (Eläketurvakeskus, KELA). Rekisteritietojen hankinta ja tietojen tilastollinen käsittely toteutetaan kunkin rekisterinpitäjän tietosuojaojheita noudattaen.

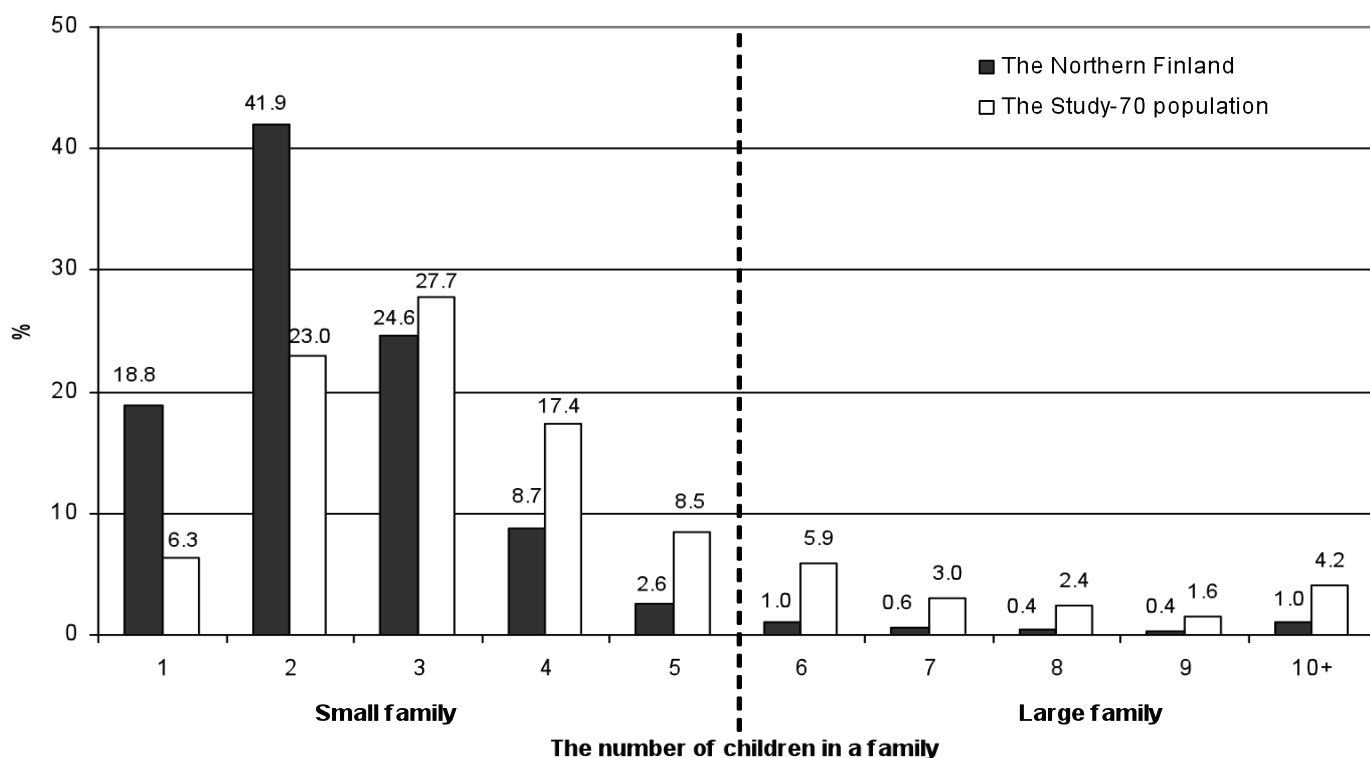
Keskeisiä tuloksia

Tähän mennessä STUDY 70 -aineistosta on valmistunut kolme väitöskirjatyötä. 36 tieteellistä artikkelia on hyväksytty julkaistavaksi.

Anu-Helmi Luukkosen väitöskirjatyössä tutkittiin kiusaamiskäyttäytymisen yhteyttä mielenterveyshäiriöihin, itsetuhoisuuteen ja rikollisuuteen. Väitöskirjatyössä todettiin, että sekä kiusaajilla, kiusatuilla että kiusaaja–kiusatuilla on kohonnut riski vakaviin mielenterveyshäiriöihin. Tutkimus osoitti, että kiusaajilla ja kiusaaja–kiusatuilla on kohonnut riski päihde- ja käytöshäiriöihin. Kiusatuilla pojilla havaittiin lisääntynyt riski masennukseen, psykooseihin ja erityisesti ahdistuneisuushäiriöihin, kuten sosiaalisten tilanteiden pelkoon. Kiusatuksi joutuminen on pojilla yhteydessä myös fyysiseen sairastavuuteen, kuten allergiaan, astmaan ja epilepsiaan. Säännöllinen tupakointi ja alkoholin käyttö ovat molemmilla sukupuolilla yhteydessä toisten kiusaamiseen. Tytöillä, jotka kiusaavat muita, havaittiin lisääntynyt riski myös kannabiksen ja muiden huumeiden käyttöön. Itsemurhayrityksiä tutkittaessa havaittiin, että sekä kiusaavilla että kiusatuilla tytöillä on kohonnut riski vakaviin itsemurhayrityksiin. Lisäksi tutkimus osoitti, että kiusaaminen on yhteydessä väkivaltarikoksiin, mutta tätä selittävät merkittävästi nuorten mielenterveyshäiriöt. (Luukkonen A-H 2010).

Essi Ilomäen väitöskirjatyössä selvitettiin tyttöjen käytöshäiriön erityispiirteitä, erityisesti väkivaltaisuuksia, itsetuhoisuutta ja liitännäissairastavuutta. Tutkimus osoitti, että fyysinen perheväkivalta sekä asuminen erossa vähintään toisesta biologisesta vanhemmasta lisäsi tyttöjen riskiä käytöshäiriöön. Alkoholiriippuvuus lisäsi käytöshäiriöisillä tytöillä riskiä sekä itsemurhan yrittämiseen että itsensä tahalliseen vahingoittamiseen. Käytöshäiriöisillä tytöillä oli enemmän mieliala- ja ahdistushäiriöitä samanaikaisina psykiatrisina häiriöinä kuin pojilla. Käytöshäiriöisillä tytöillä oli myös enemmän allergioita kuin pojilla. Käytöshäiriön oireiden määrä oli yhteydessä sekä tytöillä että pojilla nikotiiniriippuvuuden voimakkuuteen. Tyttöjen ja poikien välillä oli eroa nikotiiniriippuvuuteen korreloivissa oireryhmissä. Käytöshäiriöoireiden faktorianalyysi osoitti, että tytöillä ja pojilla oli eroa oireiden faktorirakenteessa. Vaikka nykyisten diagnostisten kriteereiden perusteella tytöillä käytöshäiriön vaikeusaste oli alhaisempi kuin pojilla ja oireiden määrä vähäisempi, oli tyttöjen toimintakyky silti yhtä huono kuin poikien. (Ilomäki E 2012).

Risto Ilomäen väitöskirjatyössä selvitettiin päihdehäiriöiden komorbiditeettiä, ajallisuutta ja sosiodemografista taustaa. Alkoholi- ja huumeriippuvaisilla nuorilla tavattiin masennusta, käytöshäiriöitä ja pelkähäiriöitä (fobioita) yleisemmin kuin muita psykiatrisia häiriöitä. Huumeriippuvuuden riski alaikäisillä pelkähäiriöisillä tytöillä oli 5-kertainen ja käytöshäiriöisillä tytöillä 18-kertainen verrattuna muihin psykiatrisesti sairaisiin nuoriin.



Kuvio 2. Lasten lukumäärä tutkimusjoukon perheissä ja Pohjois-Suomen yleisväestössä

Pojilla huumeriippuvuuden riski oli 4-kertainen masentuneilla ja 9-kertainen käytöshäiriöisillä. Näistä liitännäissairauksista käytöshäiriöt ja fobiat ilmenivät ajallisesti ennen päihdehäiriön ilmenemistä ja mahdollisesti vaikuttivat päihdehäiriön kehittymiseen. Psykoottiset häiriöt liittyivät nuorilla selkeästi muita osastohoitoa vaativia nuoria harvemmin päihdehäiriöihin – mahdollisesti liittyen psykoottisten nuorten heikompaan sosiaaliseen toimintakykyyn heikentäen päihteiden hankkimisen mahdollisuuksia. Varhaisella iällä (alakouluikässä) alkanut tupakointi ja koulunkäyntiongelmät sekä kotiympäristö liittyivät erityisesti suonen-

sisäiseen huumeidenkäyttöön ja riippuvuuteen. Vaikeimmin päihderiippuvaisten nuorten päihdekokeilut alkoivat usein jo ennen kymmentä ikävuotta. Huumeriippuvaisten nuorten aiempi reseptilääkekäyttö poikkesi selkeästi muista nuorista ja lääketieteellisesti perustelluista käyttöindikaatioista; vaikka nuorisoväestössä bentsodiatsepiinien määräämiseen on niukalti käyttöaiheita, bentsodiatsepiinilääkityshistoria kertyi selkeästi huumeriippuvaisille nuorille. Aiempi lääkärin määräämä bentsodiatsepiinilääkitys liittyi 3-kertaiseen riskiin bentsodiatsepiiniriippuvuuteen. (Ilomäki R 2012).

Tutkimusaineistosta on saatu mielenkiintoinen tutkimuslöydös, jonka mukaan suurista perheistä (6 lasta tai enemmän) lähtöisin tulevat nuoret päätyivät tutkimusajankohtana psykiatriseen osastohoitoon useammin kuin heidän osuutensa pohjoissuomalaisessa väestössä olisi edellyttänyt (Kuva 2). Study 70 -aineiston nuorista 17.0 prosenttia oli lähtöisin suurperheistä, kun vastaava osuus yleisväestössä oli tutkimusaikaan 3.3 prosenttia. Suurperheiden tytöillä esiintyi psykoottisia häiriöitä yleisemmin kuin muilla nuorilla. Suurperheiden pojilla puolestaan oli vähemmän käytöshäiriödiagnooseja verrattuna pienemmistä perheistä lähtöisin oleviin poikiin (Kylmänen ym. 2010).

Tutkimuksen vahvuudet

Aineiston 13–17-vuotiaat nuoruusikäiset potilaat ovat tulleet Oulun- ja Lapin läänin alueilta, joka kattaa maantieteellisesti lähes puolet Suomesta. Tutkimukseen osallistumisessa kato on ollut erittäin pieni: 84 prosenttia kaikista tiedonkeruuvaiheessa osastolle hoitoon saapuneista potilaista on antanut suostumuksensa tutkimukseen osallistumiseen. Kyseessä on laaja, naturalistinen prospektiivinen tutkimus, jossa tulee olemaan pitkä seuranta-aika potilaiden aikuisikään saakka. Vahvuutena on myös huolellisesti tehty pohjatyö tiedonkeruussa sekä tutkimustietojen laajuus. Diagnostinen menettely on luotettava käytettäessä aikaa vievää ja perusteellista puolistrukturoitua diagnostista Kiddie-SADS-PL -haastattelua ja selkeät kriteerit käsittävää DSM-IV -luokitusta. Myös muut tiedonkeruussa käytettävät strukturoidut kysely- ja arviointilomakkeet ovat tieteellisessä työssä jo pitkään käytettyjä ja valideiksi todettuja. Tutkimusdiagnooseissa esiintyneet ristiriitaisuudet on korjattu tiedonkeruun päättymisen jälkeen tapahtuneessa psykiatristen diagnoosien valikointiprosessissa. Rekisteritietoihin pohjautuvassa seurantatutkimusvaiheessa käytettävät kansalliset rekisteritiedot ovat korkeatasoisia ja yleisesti luotettavina pidettyjä.

Lopuksi

Osaston 70 perustamisesta on nyt kulunut 12 vuotta. Kun samaan aikaan osaston perustamisen yhteydessä alettiin kerätä systemaattisesti tietoa STUDY 70 -tutkimusta varten erilaisten strukturoitujen haastattelumenetelmien avulla, tuli systemaattinen nuoren kattava tutkiminen osaksi nuoren tutkimusta ja hoitoa heti osaston avaamisesta lähtien. Tietojen keruu tutkimusta varten lopetettiin viisi vuotta osaston avaamisen jälkeen, kuitenkin strukturoitu arvio on säilynyt osastohoitoprosessissa varsin hyvin. Osaston toiminnassa on huomioitavaa, että tietojen keruu tieteellistä tutkimusta varten on onnistuttu yhdistämään hyvin potilaan kliiniseen tutkimukseen ja arviointiin. Tiedonkeruu tieteellistä tutkimusta varten on antanut osaltaan osastolle hyviä toimintatapoja nuoren tutkimus- ja arvioprosessissa.

Lähteet

Fureman B, Parikh G, Bragg A ym. Addiction Severity Index: A guide to training and supervising ASI interviews based on the past ten years (fifth edition). The University of Pennsylvania/ Veterans Administration, Center for Studies of Addiction, 1990.

Haarasilta L, Aalto-Setälä, T, Pelkonen M, Marttunen M. Nuorten masennus: esiintyvyys, muut mielenterveyden häiriöt ja

terveyspalvelujen käyttö. Suomen Lääkärilehti, 2000:24–26; 2635–2640.

Hendriks VM, Kaplan CD, van Limbeek, Geerlings P. The Addiction Severity Index: Reliability and validity in a Dutch addict population. Journal of Substance Abuse Treatment, 1990:6; 133–141.

Ilomäki Essi: Conduct disorder among girls: violent behaviour, suicidality and comorbidity, A study of adolescent inpatients

- in Northern Finland. *Acta Universitatis Ouluensis Medica: Oulu University press* 2012.
- Ilomäki Risto: Substance use disorders in adolescence: Comorbidity, temporality of onset and socio-demographic background: A study of adolescent psychiatric inpatients in Northern Finland. *Acta Universitatis Ouluensis Medica: Oulu University press* 2012.
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D ym. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997;36; 980–988.
- Kylmänen P, Hakko H, Räsänen P, Riala K, Study-70 workgroup. Is family size related to adolescence mental hospitalization? *Psychiatry Research* 2010: 177; 188-191.
- Luukkonen, Anu-Helmi: Bullying behaviour in relation to psychiatric disorders, suicidality and criminal offences. A study of under-age adolescent inpatients in Northern Finland. *Acta Universitatis Ouluensis Medica: Oulu University press* 2010.
- Marttunen M, Rantanen P. Nuorisopsykiatria. Kirjassa: Lönnqvist J, Heikinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim., Kirjassa: Psykiatria, 2. painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 2001, ss. 518–556.
- Shaffer D, Gould MS, Brasic J ym. A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 1983;40; 1228–1231.

2.7 Kohti käytöshäiriöiden näyttöön perustuvia hoitoja

Santalahti Päivi, Aronen Eeva, Ehrling Leena, Marttunen Mauri

Varhaislapsuudessa on normaalia, että lapsi ratkaisee ristiriitatilanteita suoralla toiminnalla kuten tarttumalla leluun, tönimällä, potkimalla, lyömällä ja puremalla, mutta kehityksen edetessä suotuisasti lapsi oppii sosiaalisia ja emotionaalaisia taitoja ongelmanratkaisun välineiksi. (Tremblay ym. 2004). Käyttäytymisen ja tunteiden säätely kehittyi aivojen kypsyessä vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Monilla lapsilla esiintyy ohimeneviä tai pysyvämpiä käyttäytymisen vaikeuksia, joita ei kuitenkaan voi vielä luokitella häiriöiksi. Varsinaisella käytöshäiriöllä tarkoitetaan lapsuus- tai nuoruusiässä alkavaa ikäkauteen sopimattonta pitkäkestoista ja toistuvaa epäsosiaalista käyttäytymistapaa, joka rikkoo muiden perusoikeuksia ja ikäkauteen kuuluvia sosiaalisia normeja. Käytöshäiriödiagnoosin yleisten kriteereiden mukaan häiriölle on ominaista pitkäkestoinen (6 kk tai enemmän), toistuva tai alituinen asosiaalinen, aggressiivinen tai uhakas käytös. Käytöksen tulee olla poikkeavampaa kuin tavanomainen lapsekas vallattomuus tai nuoruusiän kapinallisuus. Yksi käytöshäiriön alakategoria on pienimmillä lapsilla esiintyvä uhmakkuushäiriö, jossa tyyppillistä on huomattavasti poikkeava, tottelematon ja provokatorinen käytös, johon ei kuitenkaan liity vakavia epäsosiaalisia tai aggressiivisia toimintoja, jotka loukkaisivat lakia tai toisten ihmisten toimintoja. (WHO 2010).

Suomalaisessa tutkimuksessa 8-vuotiaista lapsista 4,7 prosentilla todettiin olevan käytöshäiriö esiintyvyyden ollessa yleisempää pojilla kuin tytöillä (Almqvist ym. 1999). Esiintyvyys on samaa luokkaa kuin muissa maissa, joissa tutkimuksia on tehty. Kun suomalaisen epidemiologisen tutkimuksen mukaan noin 5%:lla lapsista on käytöshäiriö, tarkoittaa se sitä, että keskimäärin jokaisella alakoulun luokalla on yksi lapsi, jolla on käytöshäiriö. Tämän lisäksi luokalla on todennäköisesti muutamia lapsia, joilla on käytöshäiriön oireita, mutta ei niin paljon, vakavia tai pitkäaikaisia, että diagnostiset kriteerit täyttyisivät. On olemassa hyvin vähän tutkimustietoa siitä, miten lastenpsykiatristen häiriöiden ja oireiden määrät ovat muuttuneet vuosikymmeneltä toiselle. Tutkittaessa 8-vuotiaiden lasten oireiden määrää Lounais-Suomessa vuosina 1989, 1999 ja 2005 havaittiin poikien käytöshäiriöiden oireiden määrässä vähäistä laskua vanhempien mutta ei opettajien arvion mukaan (Sourander ym. 2008). Nuorten osalta kouluterveyskysely seuraa mm. masennusoireita ja niiden määrien muuttumista, mutta käytöshäiriöiden osalta nuorten tilanteiden muuttumisesta ei ole tietoa.

Nykytietämyksen mukaan lapsen ja nuoren käytöshäiriön taustalla on monia eri tekijöitä. Häiriön syntyyn vaikuttavat geneettiset ja ympäristötekijät ja niiden vaikutusta on vaikea erottaa toisistaan. Toisilla lapsilla on synnynnäisesti sellainen temperamentti tai ominaisuuksia esimerkiksi impulssikontrollin suhteen, että tunteiden säätely ja sosiaalisten normien oppiminen on keskimääräistä haastavampaa, etenkin jos lapsen ja vanhemman temperamentit sopivat huonosti yhteen. Sikiöaikainen, synnytykseen liittyvä tai myöhempi aivojen kehityksen häiriö altistaa myös käytöshäiriölle. Sosiaalisista ympäristötekijöistä kodin ja muun kasvuympäristön vakava säännöllisyyden puute ja epäohjonmukaisuus odotuksissa ja seuraamuksissa, kyvyttömyys ratkaista ongelmia, riitaisuus ja väkivaltaisuus ovat niin ikään altistavia tekijöitä. Nuoruusikäisillä kodin ja koulun lisäksi toveripiirillä on tärkeä merkitys.

Lapsilla ja nuorilla, joilla on käytöshäiriö, on samanaikaisesti usein myös jokin muu mielenterveyden häiriö. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö lisää merkittävästi käytöshäiriön syntyminen riskiä ja on tavallisin käytöshäiriön kanssa samaan aikaan esiintyvä häiriö. Myös puheen ja kielen kehityksen häiriöt, ahdistuneisuushäiriöt ja mielialahäiriöt sekä nuoruusikäisillä päihdehäiriöt esiintyvät usein samanaikaisesti käytöshäiriön kanssa. (kts Ebeling ym. 2004).

Lapsi ja nuori, jolla on käytöshäiriö, voi omata myös monia vahvuuksia kuten kuka tahansa lapsi ja nuori. Yksi voi olla hyvä matematiikassa, toinen jalkapallossa ja kolmas molemmissa. Lapsi tai nuori, jolla on hyvin suuria vaikeuksia käyttäytymisessä päiväkotiryhmässä, koulussa tai kavereiden ja vanhempien kanssa, voi kahden kesken olla mitä hauskin, ystävällisin ja mukavin kumppani. Monista mahdollisesti myön-

teisistä piirteistä huolimatta niillä lapsilla ja nuorilla, joilla on käytöshäiriö, varsinkin varhain ennen kouluikää alkanut, on kohonnut riski epäsuotuisaan kehitykseen. Heillä on ikätovereihin verrattuna kohonnut riski fyysisiin ja psyykkisiin häiriöihin aikuisiässä, rikollisuuteen, sosiaaliseen huono-osaisuuteen, tapaturmiin ja ennenaikaiseen kuolemaan. Eri tutkimuksissa on esitetty lukuja käytöshäiriön omaavan lapsen ja nuoren epäsuotuisasta ennusteesta. On arvioitu mm. että prosentilla lapsista, joilla on käytöshäiriö on aikuisiällä epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö ja sosiaalisia ongelmia. Eri tutkimusten ja kliinisen kokemuksen mukaan tiedetään selkeästi, että näiden lasten ja nuorten riski aikuisiän häiriöihin ja sosiaaliseen huono-osaisuuteen on varsin korkea ja että muut samanaikaishäiriöt lisäävät tätä riskiä ja että erityisesti jo lapsuudessa alkavan käytöshäiriön ennuste on epäsuotuisa. (kts. Ebeling ym. 2004).

Kun lapsella on varhain alkanut käytöshäiriö on hänen ongelmansa huomattu useimmiten jo päiväkodissa ja viimeistään alakoulussa. Lapsi vaatii erityishuomiota päiväkodissa ja koulussa ja ohjautuu useimmiten perheineen sosiaali- ja terveystieteisiin. On tärkeää, että lapsen ja perheen kokonaistilanne arvioidaan ja huomioidaan mahdolliset samanaikaishäiriöt, kuten puheen ja kielenkehityksen ja aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö neuvolassa, kouluterveydenhuollossa, perheneuvolassa, lastenpsykiatrian tai lastenneurologian yksikössä. Nuoruusikäisellä on erityisen tärkeä arvioida myös mahdollinen päihdehäiriö ja lisäksi molemmissa ikäryhmissä samanaikainen mieliala- tai ahdistuneisuushäiriö. Kaikki nämä mahdolliset samanaikaishäiriöt tulisi hoitaa asianmukaisesti, mutta myös käytöshäiriö sinänsä tulisi hoitaa. Käytöshäiriön tiedetään olevan tavallisempaa perheissä, joissa on taloudellisia ongelmia, epäsuotuisia kasvatuskäytäntöjä ja väkivaltaa, joten myös perheen tilanne tulisi arvioida ja järjestää vanhemmille asianmukainen tuki.

Kokemuksen perusteella tiedetään, että kahdenkeskiseen keskusteluun tai leikkiin perustuvat terapiat eivät ole vaikuttavia käytöshäiriöiden hoidossa. Käytöshäiriöihin ei myöskään ole lääkitystä. Maailmalla on kehitetty sekä lasten että nuorten käytöshäiriöiden hoitoon menetelmiä, jotka perustuvat siihen, että tuetaan lapsen ja nuoren ympäristöä vahvistamaan lapsessa ja nuoressa toivottuja käyttäytymismalleja. Näistä menetelmien vaikuttavuutta on tutkittu koeasetelmissa, joissa on vertailtu kyseisten menetelmien mukaan hoitoa saaneita lapsia ja nuoria tavanomaisen ja 'perinteisen' hoidon piirissä oleviin lapsiin.

Lasten käytöshäiriöiden hoitomenetelmät

Lasten käytösongelmien ja häiriöiden hoitoon on olemassa interventio-hoitomalleja, joiden hyödyistä on kertynyt runsaasti tutkimusnäyttöä viimeisten 10–15 vuoden ajalta. Useimmat näistä malleista kohdentuvat vanhempien ohjaamiseen ja puhutaan vanhemmuustaitojen ohjauksesta (parent management training).

Hoitomuodoissa pyritään lisäämään vanhemman ja lapsen välistä positiivista vuorovaikutusta ja tuetaan vanhemman sellaista toimintaa, mikä lisää lapsen toivottua käytöstä ja vähentää ongelmallista käyttäytymistä. Lapsi, jolla on käytöshäiriö, on usein negatiivisen kierteen kehässä. Lapsen epäsuotuisa käytös saa paljon negatiivista huomiota ja huomion saaminen vahvistaa ongelmallista käyttäytymistä edelleen. Joskus aikuiset päätyvät tehoittamaan rangaistusten kehään. Tutkimuksissa on todettu, että käytöshäiriöstä kärsivä lapsi ei välttämättä ahdistu rangaistuksista ja koe sosiaalista häpeää, jolloin sosiaaliset oppimisvihjeet eivät toimi kuten herkemmillä lapsilla. Heillä on myös taipumus ottaa riskejä odotettavissa olevista pienistä palkkioista ja mahdollisista odotetuista hankaluuksista huolimatta. (Fairchild ym. 2009).

Lasten käytöshäiriöiden tutkimusnäyttöön perustuvat hoidon menetelmät pohjautuvat pääosin kognitiivisbehavioraaliseen, sosiaalisen oppimisen ja kiintymyssuhdeteoriaan ja yhdistävät teemoja eri viitekehystistä. Menetelmät perustuvat siihen, että vanhemmat ja lapsi voivat oppia uusia käyttäytymismalleja, mutta oppiminen vaatii intensiivistä tukea. Vanhempia ohjataan vahvistamaan positiivista suhdetta lapseen ja antamaan myönteistä palautetta toivotusta käytöksestä ja vähentämään negatiivisen käytöksen saamaa huomiota. Tehottomien rangaistusten sijaan vanhempia opetetaan antamaan lapselle jokin iänmukainen ja luonnollinen seuraamus silloin kun se on välttämätöntä. Menetelmät ovat käsikirjoihin perustuvia ja ryhmämuotoisia (vanhempien ryhmät) tai yhteen perheeseen kohdistuvia (Kazdinin malli). Vanhempaan suhtaudutaan enemmän yhteistyökumppanina kuin asiakkaana. Joissakin ohjelmissa on myös osuudet, joissa opetetaan sosiaalisesti suotuisia käyttäytymismalleja suoraan lapselle ja vahvistetaan positiivista käyttäytymismallia koulussa. (Eyberg ym. 2008).

Erityisesti kahdesta lasten käytöshäiriöiden psykososiaalisesta hoitomallista, ”Ihmeelliset vuodet” ja ”Triple P (positive parenting practices)”, on karttunut vakuuttavaa tieteellistä tutkimusnäyttöä. Ihmeelliset vuodet -ohjelma on kehitetty USA:ssa ja ohjelmaperhe sisältää nykyään ryhmämuotoisia ohjelmia alle 13-vuotiaiden lasten vanhemmille, lasten ryhmäohjelman ja lisäksi ohjelman kouluun. Opettajien luokanhallintakoulutuksessa opettajille annetaan keinoja tukea kaikkien lasten tunne- ja vuorovaikutustaitoja ja kohdata lapsi, jolla on käytöshäiriö luokkatilanteessa. Erityisesti vanhempien ohjelman vaikuttavuutta on tutkittu useissa eri maissa, mm. Norjassa ja todettu se vaikuttavaksi (Larsson ym. 2009). Ihmeelliset vuodet -ohjelma on todettu myös kustannusvaikuttavaksi (Edwards ym. 2007, O’Neill ym. 2013). Vanhempien ohjelman vaikuttavuutta on tutkittu myös lapsilla, joilla ei vielä ole käytöshäiriötä, mutta jotka elävät riskiolosuhteissa (Hutchings ym. 2007). Triple P on Australiassa kehitetty ohjelmaperhe, joka sisältää eritasoisia ohjelmia käytöshäiriöiden ehkäisystä hoitoon. Triple P-ohjelmaperheessä on ohjelma sekä koko väestölle että riskiryhmille, ja ohjelman intensiteetti voidaan räätälöidä osallistujien ongelmien vakavuusasteen mukaan. (Sanders 2008). Vakuuttavin vaikuttavuusnäyttö on hoitomenetelmistä, jotka perustuvat pääosin samoihin periaatteisiin kuin useat muut menetelmät, joilla on opetettu vanhempia tukemaan lasten sosiaalisesti suotuisaa käytöstä. Suomessa vastaavia käytössä olevia menetelmiä on ollut esimerkiksi Vahvempaa vanhemmaksi (Tasola 1997) ja Perhekoulu POP aktiivisuus- ja tarkkaavaisuushäiriöisten lasten hoitoon (Sandberg ym. 2008). Ohjelmissa on kuitenkin eroja sen suhteen, miten ja kuinka intensiivisesti vanhempia opetetaan ja tuetaan uusien käytäntöjen omaksumisessa.

Turun yliopiston lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksessa on käynnissä laaja käytöshäiriöiden ehkäisytkimetus, jossa neuvoloista ohjatuille vanhemmille opetetaan internetin välityksellä edellä kuvattujen periaatteiden mukaan lapsen positiivisen käytöksen vahvistamista käytöshäiriöiden ehkäisyksi.

Pohjoismaissa Ihmeelliset vuodet -menetelmää on käytetty ja tutkittu Norjassa, Ruotsissa ja Tanskassa ja tutkimuksia on julkaistu Ruotsista ja Norjasta (esim. Axberg ym. 2007 ja Larsson ym. 2009). Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry järjesti Suomessa ensimmäisen kerran Ihmeelliset vuodet vanhempien ohjelman ryhmänohjaajan koulutuksen vuonna 2006 ja on sen jälkeen kouluttanut projekti-rahituksen turvin yhteensä noin 200 vanhempainryhmän ohjaajaa. Helsingin kaupungin perheneuvola on kouluttanut henkilökuntaansa laajasti Ihmeelliset vuodet -menetelmän käyttöön ja käännättänyt Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry:n ohella materiaaleja suomeksi. Suomen Mielenterveysseura on järjestänyt lasten ryhmän ohjaajakoulutusta ja varta vasten perustettu Ihmeelliset Vuodet ry opettajien koulutusta. Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry on vanhempainryhmäohjaajakoulutusten ja vanhempainryhmätoiminnan lisäksi soveltanut menetelmän kouluosuutta päiväkoteihin.

Systemaattista julkaistua tutkimusnäyttöä menetelmän soveltuvuudesta Suomen olosuhteisiin ei vielä ole, mutta menetelmästä on saatu paljon positiivista palautetta. Menetelmän käyttäminen ei kuitenkaan ole mitenkään helppoa ja kevyttä. Vaikka vanhempia tavataan ryhmässä ja vain noin 12 kertaa muutaman tunnin, vaatii näin intensiivisen hoito-ohjelman toteutus kahdelta ohjaajalta työaikaa paljon enemmän. Jokainen ryhmäkerta on tarkkaan suunniteltu sisältäen osallistujien aivoriihiä, keskusteluja, harjoituksia, ja malliesimerkkien katsomista videoilta ja niiden pohdintaa sekä kotitehtävien antoa ja niiden ja palautteiden purkua. Ryhmänohjaajat myös soittavat joka viikko ryhmäkertojen välillä ryhmäläisille ja keskustelevat uusien toimintatapojen käyttöönoton sujuvuudesta. Ryhmänohjaajilla tulee olla myös valmius olla yhteydessä lapsen ja perheen muihin hoitotahoihin ja päiväkotiin ja kouluun. Ryhmänohjaaja toimii ryhmäläisten kanssa kuten opettaa vanhempia toimimaan lasten kanssa, myönteisyyttä ja osallisuutta tukien. Tämä positiivisuus tarttuu, mahdollisesti myös koko työyhteisöön, ja tuo voimavaroja arjen haasteisiin.

Nuorten käytöshäiriöiden hoitomenetelmät

Vaikeista päihde- ja käytöshäiriöistä kärsivien nuorten kohdalla vahvin tieteellinen näyttö pysyvistä hoitotuloksista on kertynyt erityyppisistä yhdistelmähoitomalleista, joissa työskennellään samaan aikaan nuoren, vanhempien, perheen ja verkostojen kanssa kuten multisysteemisessä terapiassa (MST) ja multidimensionaalisessa perheterapiassa (MDFT) (Baldwin ym. 2012). Yhdistelmähoitomallit ovat teoriataustaltaan hyvin samankaltaisia ja perustuvat systeemiseen ja sosiaaliekologisen viitekehyksen. Myös hoitomallien rakenteet ovat keskenään hyvin samankaltaisia.

Prosessissa yhdistyvät ”case management”, yksi vastuutyöntekijä ja hoito. Hoitoprosessi kestää viidestä seitsemään kuukautta ja tapaamisia on tiheästi, noin 2–4 viikossa. Yhteyttä pidetään myös puhelimitse ja sähköpostitse yms. Vastuutyöntekijä-rakenne tarkoittaa, että MST-työntekijäpari tai MDFT-työntekijä jalkautuu nuoren ja perheen arkeen ja auttaa heitä toimimaan viranomaisverkostossa. Yhdistelmähoidoissa pyritään minimoimaan hankaukset palvelujärjestelmien rajapinnoissa ja siten vahvistamaan avun saantia ja muutoksen syntymistä. Nuoren ja perheen on helpompi asettua työskentelemään ja uskoa muutoksen mahdollisuuteen, kun vastuutyöntekijä pitää yllä kokonaiskuvaa, tarvittavia muutoksia ja verkostotyöskentelyä esimerkiksi erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen ja koulun kanssa.

Yhdistelmähoidoissa on saavutettu hyviä tuloksia. Merkittävää on pieni hoidon keskeyttämisen prosentti: valtaosa nuorista ja heidän perheistään sitoutuu hoitoon (Hendriks ym. 2011). Yksi yhdistelmähoitojen ominaispiirre onkin valtava panostus yhteistyösuhteiden rakentamiseen ja hoitoon sitoutumiseen. Ohjelman tehtävä on mobilisoida nuori ja vanhemmat itse tekemään toisella, toimivammalla tavalla. Esimerkiksi MDFT:ssä varsinainen työ alkaa vasta kun kaikki perheenjäsenet ovat asettaneet itselleen ja perheen yhteistoiminnalle vähintään yhden konkreettisen asian ja tavoitteen, jonka muutoksen kokee helpottavan tilannetta. Juuri tämä oman sisäisen motivaation virittäminen on ratkaiseva ja vaativa vaihe – vain sisäisen motivaation viriämisen kautta asiakkaan sitoutuvat ja muuttuvat toimijoiksi. Toimijuuden vahvistamiseen tarvitaan vahva yhteistyösuhde työntekijän kanssa. Se tarkoittaa käytännössä selkää käsitystä siitä, miten ohjelma etenee, mitä tavoitteita kohden ja mitkä ovat osallistujien roolit ja tehtävät. Nuoren motivaatiota ja sitoutumista tuetaan käytännössä joustavuudella siinä missä ja miten asiakaskontakti toteutuvat. Yhteyttä voidaan pitää esimerkiksi myös tekstiviestein ja tavata voidaan paitsi vastaanotolla, kotona ja koulussa myös kahvilassa tai kävelyllä.

Työskentelyn aluksi perheen tilannetta jäsenetään ja kootaan kokonaisvaltainen ymmärrys siitä, miten ongelmat ovat alkaneet, mitkä asiat, henkilöt ja tilanteet pitävät niitä yllä ja mitkä tekijät estävät muutosta tapahtumasta. Perheestä kokonaisuutena ja nuoresta yksilönä kartoitetaan mahdollisimman monipuolisesti riskit ja voimavarat. Tämän jälkeen työntekijä auttaa perhettä hakemaan vaihtoehtoisia, kokonaistilannetta paremmin palvelevia ratkaisuja. MDFT:n perusoletus on, että asiakkaat tekevät muutoksen itse ja harjoittelevat sitä työntekijän tukiessa prosessia. Hoitoa ei aloiteta, jos nuoren elämässä ei ole vähintään yhtä aikuista, joka on valmis sitoutumaan työskentelyyn. Nuoren omaa motivaatiota ja sitoutumista tuetaan.

Sekä MST että MDFT on kehitetty Yhdysvalloissa. MST:tä on käytetty Norjassa, mutta Ruotsissa ja Tanskassa sen käyttöönottoa vaikeuttivat kalliit lisenssimaksut. Osaksi tämän vuoksi Suomeen on lähdetty tuomaan MDFT:tä, jota käytetään mm. Hollannissa, Saksassa, Sveitsissä ja Ranskassa. Hollannissa sijaitsee eurooppalaisten koulutuksesta vastaava MDFT Academy. Suomen Mielenterveysseura aloitti vuonna 2011 ensimmäisen MDFT-koulutuksen, johon osallistui neljä nuorisopsykiatrian ja sosiaalitoimen tiimiä eri puolilta Suomea. Koulutusvaiheessa tehtyjen havaintojen perusteella näytti siltä, että MDFT olisi siirrettävissä Suomeen ja että sen avulla olisi mahdollista päästä hyviin tuloksiin. Yhdessä tiimissä pystyttiin ensimmäisen 8 kuukauden koulutusjakson aikana purkamaan kolme suunniteltua laitossijoitusta. MDFT vaatii kuitenkin työntekijältä ja hoito-organisaatioilta vanhasta pois oppimista. Kyseessä ei ole mikään helppo pikamenetelmä. Erityisesti istuntojen valmistelutyöt ovat tuntuneet työläiltä.

Lopuksi

Käytöshäiriöt ovat yleisiä, ne tunnistetaan varhain ja niiden tiedetään johtavan usein aikuisiän psykiatrisiin häiriöihin, sosiaalisiin ongelmiin ja syrjäytymiseen, keskimääräistä huonompaan fyysisen terveyteen ja ennenaikaiseen kuolleisuuteen. Käytöshäiriöiset lapset ja nuoret tarvitsevat moniammatillista arviota sekä käytöshäiriön että mahdollisten samanaikaishäiriöiden hoitoa. Erityisesti aktiivisuuden ja tarkkaavuden häiriön hoito parantaa ennustetta. Perhe, jossa on käytöshäiriön omaava lapsi, tarvitsee usein myös sosiaalisen apua, esimerkiksi taloudellista tukea. Käytöshäiriöt eivät hoidu hajanaisella tai intensiiviselläkään hoidolla, jos hoidossa ei fokusoida oikeisiin asioihin toimivilla menetelmillä. Pahimmassa tapauksessa lapsi tai nuori, jolla on käytöshäiriö, lähetetään perheineen auttajataholta toiselle käytöshäiriökierteen vain pahe- tessa ja perheen ja auttajatahon frustroituessa. Viime vuosina Suomessa on tehostettu lasten ja perheiden ongelmien varhaista tunnistamista ja puheeksi ottoa. Lapsia, nuoria ja perheitä, joilla on käytöshäiriö, tun-

nistetaan ja kohdataan paljon kouluissa ja sosiaali- ja terveystalveissa. On mahdollista, että mielenterveyden ja sosiaalisiin ongelmiin liittyvä stigma vain vahvistuu, jos lapsi ja nuori jää ongelman tunnistamisen jälkeen vaille tehokasta hoitoa.

Suomessa on kehitetty ja ollaan kehittämässä menetelmiä ja toimintatapoja lasten ja nuorten tunne- ja vuorovaikutustaitojen tukemiseksi. Suomessa on myös verkostotyön tekemisen perinne. Järjestöt ovat viime vuosina tuoneet ulkomailla kehitettyjä ja hyvän vaikuttavuusnäytön omaavia hoitomenetelmiä Suomeen projektirahoituksen turvin. Tieteellisiä tutkimustuloksia menetelmien soveltuvuudesta Suomeen ei ole, mutta käyttäjät kertovat hyvin positiivisista kokemuksista. Menetelmät fokuoivat ongelmien ratkaisemiseen, voimavarojen tunnistamiseen ja niiden käyttöönottoon. Menetelmien ydin leviää helposti myös työyhteisöön. Ilo, onnistumisen kokemukset ja voimaantuminen vahvistavat myös työyhteisöä.

Jotta laadukkaat menetelmät olisivat saatavilla tasapuolisesti kaikille niistä mahdollisesti hyötyville tulisi jatkossa panostaa kansalliseen koordinaatioon menetelmien kehittämisessä, ylläpitämisessä, levittämisessä ja tutkimisessa. Psykososiaaliset hoitomenetelmät ovat vaativia ja kalliita luoda, ylläpitää ja levittää. Toisaalta kustannukset ovat pieniä verrattuna esimerkiksi laitossijoituksiin. Omien menetelmien kehittäminen kestää vuosia ja edellyttää vahvaa teoreettista osaamista, muiden vastaavien menetelmien tuntemusta, opetusmateriaalien ja koulutusjärjestelmien luomista. Ulkomaisten menetelmien käyttöön otto vaatii mm. materiaalien käännosten tekemistä. Uusimman tiedon ja kokemusten myötä menetelmät myös kehittyvät ja tarkentuvat jatkuvasti. Oma työnsä on seurata ulkomaisten menetelmien kehittymistä tai kehittää omaa menetelmää eteenpäin. Vaikka joidenkin menetelmien vaikuttavuus on todettu useissa eri ympäristöissä ja maissa, tulisi menetelmiä käyttöön otettaessa tehdä tieteellistä tutkimusta myös Suomessa.

Ruotsin Lääketieteellisen teknologian arviointiyksikkö on kartoittanut Ruotsissa käytössä olevia psykososiaalisia menetelmiä lasten ja nuorten mielenterveyden edistämiseksi (SBU 2010) ja kartoituksen jälkeen rahoittanut niitä menetelmiä, joista on ollut vakuuttavaa tutkimusnäyttöä tai jotka ovat vaikuttaneet lupaavilta. Norjan terveysministeriö rahoittaa vuosittain 2,2 miljoonalla eurolla keskusta, jossa koordinoidaan Ihmeelliset vuodet -menetelmän laadukasta implementaatiota 0,5 miljoonan euron ollessa varattu menetelmän tutkimiseen (Morch 2012). Tanskan parlamentti on myöntänyt 1,3 miljoonaa euroa vaikuttavien perheinterventioiden levittämisen tukemiseen (Nylandsted Benediktson 2013). Tanskan Sosiaali- ja integraatioministeriölle tehdyn selvityksen mukaan Tanskassa voitaisiin saavuttaa vuosittain miljoonien eurojen säästöt, mikäli syrjäytymisvaarassa olevien lasten ja nuorten auttamiseksi otettaisiin käyttöön neljä tehokasta menetelmää/toimintatapaa: Ihmeelliset vuodet -menetelmä, MST sekä Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) ja lasten sukulais- ja verkostosijoitukset. (Ramboll 2012).

Lasten ja nuorten psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien ennaltaehkäisy on tärkeää, mutta samaan aikaan tulee myös hoitaa ne lapset ja nuoret, joilla on käytöshäiriö. Lasten ja nuorten käytöshäiriöiden hoito on tärkeää inhimillisen kärsimyksen vähentämiseksi tässä ja nyt, mutta myös tulevien aikuissukupolvien ongelmien vähentämiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Suomessa on käytössä suomalaisia menetelmiä, joissa on samoja periaatteita kuin muualla kehitetyissä useissa tutkimuksissa vaikuttaviksi ja kustannusvaikeiksi todetuissa menetelmissä. Alan järjestöt ovat tuoneet Suomeen muualla kehitettyjä ja vaikuttaviksi todettuja menetelmiä, ja kokemukset niistä ovat olleet myönteisiä. Oletettavasti suuri osa mahdollisesti näistä menetelmistä hyötyvistä lapsista, nuorista ja perheistä ei nykyään ole vaikuttavien hoitojen piirissä. Käytöshäiriöiden hoidon parantaminen on lähivuosien keskeinen tehtävä niin perus- kuin erityistason lasten ja nuorisopsykiatrisille toimijoille, päättäjille, rahoittajille ja tutkijoille.

Lähteet

Almqvist Fredrik, Puura Kaija, Kumpulainen Kirsti, Tuompo-Johansson Erja, Henttonen Irmeli, Huikko Eeva, Linna Sirkka-Liisa, Ikäheimo Kaija, Aronen Eeva, Katainen S, Piha Jorma, Moilanen Irma, Räsänen Eila, Tamminen Tuula. Psychiatric

disorders in 8-9-year-old children based on a diagnostic interview with the parents. *European Child and Adolescent Psychiatry* (1999):8, Suppl 4, 17-27

- Axberg Ulf, Broberg Anders. Evaluation of "The Incredible Years" in Sweden: The transferability of an American parent-training program to Sweden. *Scandinavian Journal of Psychology* (2012): 53(3)224-32.
- Baldwin Scott, Christian Sarah, Berkeljon Arjan, Shadish William, Roy Bean: The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: a meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*. (2012):38(1):281-304
- Ebeling Hanna, Hokkanen Tiina, Tuominen Tiina, Helena Kataja, Antti Henttonen, Mauri Marttunen. Nuorten käytöshäiriöiden arviointi ja hoito. *Duodecim* (2004):120:33-42.
- Edwards Rhiannon, Ceilleachair Alan, Bywater Tracey, Hughes Dyfrig, Hutchings Judy: Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: cost effectiveness analysis. *British Medical Journal* (2007): 31:334
- Eyberg Sheila, Nelson Melanie, Boggs Stephen. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* (2008):37(1):215-37.
- Fairchild Graeme, van Goozen Stephanie, Stollery Sarah, Aitken Michael, Savage Justin, Moore Simon, Goodyer Ian. Decision making and executive function in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder and control subjects. *Biological Psychiatry*. (2009): 15;66(2):162-
- Hendriks Vincent, van der Schee Evelien, Blanken Peter: Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*. (2011): 1;119(1-2):64-71.
- Hutchings J, Gardner F, Bywater T, Daley D, Whitaker C, Jones K, Eames C, Edwards RT. Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: pragmatic randomised controlled trial. *British Medical Journal* (2007):31:334
- Larsson Bo, Fossum Sturla, Clifford Graham, Drugli May Britt, Handegård Bjorn Helge, Morch Willy-Tore: Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children. Results of randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry* (2009): 18;42-52.
- Morch, Willy-Tore: Impelmentation of The Incredible years in Norway. Esitys 5.10. 2012 Omaiset Mielenterveystyön tukena Uudenman yhdistys ry.
- Nylandsted Benediktson Andreas: suullinen tiedonanto,2013
- O'Neill, Donal, McGilloway, Sine'ad, Donnelly, Michael, Bywater, Tracey, Kelly Paul: A cost-effectiveness analysis of the Incredible Years parenting programme in reducing childhood health inequalities. *European Journal of Health Economics* (2013):14:85-99.
- Ramboll: Analyse af de økonomiske konsekvenser på området for udsatte børn og unge. Kööpenhamina, Social – og Integrationsministeriet, 2012.
- Sandberg, Seija, Santanen, Solveig, Jansson, Annina, Lauha-luoma,Hillevi, Rinne, Outi (toim.): PERHEKOULUN käsikirja Opas Helsinki:Tyylipaino Oy, 2008
- SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering): Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturoversikt. Tukholma: SBU, 2010.
- Sourander Andre, Niemelä Solja, Santalahti Päivi, Helenius Hand, Piha Jorma. Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children. A 16-year population-based time-trend study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (2008);47:317-327.
- Tasola, Sirkka: Vanhempana vahvemaksi. Jyväskylä: Sirkka Tasola, 1997.
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Seguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M.: Physical Aggression During Early Childhood: Trajectories and Predictors. *Pediatrics* (2004): 114(1), e43-e50.
- WHO: 2010. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en> [luettu 28.4.2013]

2.8 Milloin masennus on sairaus?

Partonen Timo

Hetkittäin tuntuva masennus on arkipäiväinen tunnetila, sillä se on ihmisen luonnollinen reaktio kokemaansa menetykseen. Masennuksen tunne aiheuttaa kipua, kärsimystä. Koska masennus on myös arkikielen ilmaisu, on tärkeää määritellä, mitä masennuksella kussakin asiayhteydessä tarkoitetaan. Lähes jokaisella on joskus ohimeneviä masennuksen tunteita, mutta suurimmalla osalla tämä ei pahene sairaudeksi asti (Mellartin & Vuorilehto 2009). Masennusta sairautena luonnehtii ihmisen itsensä kokema ja samalla usein myös muille silmin nähtävissä oleva toimintatarmoton tila, jota luonnehtii toivottomuus ja joka häiritsee arkielämää ja ihmissuhteita. Mikäli joko mielialan laskun ja ärtyneisyyden nousun tai mielenkiinnon ja mielihyvän menetyksen ohella esiintyy myös muita näihin liittyviä oireita, on kyseessä hyvin todennäköisesti masennustila.

Masennustilassa masennuksen tunne on vahva ja pitkäkestoinen, jolloin tunnetilan sijaan voidaan puhua mielialasta. Tämä mielialan muutos rajoittaa ihmisen kykyä toimia tavalliseen tapaan niin töissä kuin vapaaajalla sekä häiritsee myös yöunta. Mahdollisen masennustilan tunnistamisen auttamiseksi on käytössä seulontalomakkeita, joista on taulukossa 1 annettu yksi esimerkki. Seulan käyttö ei saa olla vain oireet toteava, vaan lomakkeella saadut vastaukset on arvioitava niitä selventävän keskustelun aikana. Myös masennustilan jaottele vakavuusasteen mukaan on pelkästään suuntaa-antava arvio sairaudesta ja hoidon tarpeesta.

DSM-5 -tautiluokitus haastaa paitsi tutkijoiden, myös vastaanottotyötä tekevien lääkäreiden käsitykset masennuksesta (American Psychiatric Association 2012). Huolta tässä uudessa tautiluokituksessa on herättänyt muun muassa se, että muutokset voivat johtaa entistä useammin masennusdiagnoosiin etenkin silloin kun kyseessä on normaali tunnetila stressaavan elämäntilanteen ja rasittavaksi koetun elämäntapahtuman yhteydessä (Wakefield 2012).

Tällöin virhediagnoosi voi myös johtaa tarpeettomaan hoitoon. Oireperusteisen tautiluokituksen käytön myötä nykyisin jopa 41 prosenttia ihmisistä saa jossakin vaiheessa elämästään masennustilan diagnoosin (Moffitt ym. 2010) ja myös kaavamaisten hoitosuosittelusten yleistyttyä todennäköisesti ainakin lääkehoitoa masennukseensa. Ennen kuin oireperusteinen tautiluokitus julkaistiin vuonna 1980, kliinikot olivat oppineet ja omaksuneet käsityksen, että masennus (so. melankolia) on melko harvinainen mutta taudinkulultaan vakava sairaus, johon elämänsä aikana sairastui 2–3 prosenttia väestöstä (Fink ym. 2007, Wakefield 2012).

Masennusdiagnoosin kriteerien täyttyminen ei kuitenkaan välttämättä tarkoita sitä, että hoidon tarve on olemassa. Hoidon tarvetta arvioitaessa on siten edelleen, kuten aina aiemminkin, käytettävä kliinistä silmää, harkittava ja mietittävä jokaisen potilaan kohdalla, mitä diagnostisten kriteerien täyttyminen tarkoittaa ja tarvitseeko potilas hoitoa (Spitzer 1998, Pincus ym. 1998, Wakefield & Spitzer 2002).

Tautiluokitus ei ole keittokirja; eihän keittiömestariakaan noudata orjallisesti minkään tietyn yleisen keittokirjan ohjeita, vaan säilyttää kaiken oppimansa tietotaidon varassa valmiuden toimia kulloisenkin tilanteen vaatimalla tavalla. Masennusoireiden lukumäärä ja niihin perustuvat luokitukset eivät ole ratkaisevia hoidon tai ennusteen kannalta, vaan käytännössä oireiden kokonaisuus ratkaisee. (Maj 2011).

On esitetty, että diagnoosin merkitystä harkittaessa huomio tulisi kiinnittää nimenomaan toimintakykyyn (Wakefield 2012). Tämä on kuitenkin vain yksi monista käyttökelpoisista lähestymistavoista (Maj 2011, Parker 2011). Lievässä masennustilassa ihminen kokee kärsimystä, mutta hänen toimintakykynsä yleensä säilyy, keskivaikea masennustila tavallisesti heikentää toimintakykyä selvästi, vaikeasta masennustilasta kärsivä tarvitsee usein apua jo päivittäisissä toimissaan, ja psykoottisessa masennustilassa esiintyy masennustilan oireiden lisäksi ajatusharjoja tai aistiharjoja.

Toimintakyvyn arvioinnissa on tärkeää selvittää käytännönläheisesti, mistä toiminnoista hän masentuneena selviytyy ja mitkä toiminnot ovat hänelle masentuneena ylivoimaisia, ja vertailukohtana on tällöin pidettävä sitä tilannetta, jolloin hän ei ollut masentunut (Depressio: Käypä hoito -suositus 2010). Toimintakykyä on myös syytä arvioida monen eri elämänalueen toiminnoista käsin: miten masentunut huolehtii omasta itsestään ja perheestään, miten hän tulee toimeen muissa ihmissuhteissa, miten hän pärjää työelä-

mässä ja miten hän toimii vapaa-aikanaan? Apuna tässä ovat sosiaalista ja ammatillista toimintakykyä mittaavat asteikot, joista on taulukossa 2 annettu yksi esimerkki.

On ehdotettu, että masennusta arvioitaessa on huomioitava erityisesti asiayhteys, jonka vallitessa masennusoireet ilmenivät (Wakefield & Spitzer 2002). Tämä seikka on omalla tavallaan klinikoille itsestäänselvyys, mutta syy-seuraussuhteiden arviointi vaatii aina huolellisuutta, sillä masentuneet pyrkivät usein nimeämään masennukselleen syyn ja siten löytämään olotilalleen tarkoituksen (Maj 2011). On mahdollista, että myös masennus voi johtaa kielteisiin elämäntapahtumiin ja siten siis edeltää niitä. Lisäksi on hyvä muistaa, että suurin osa ihmisistä ei sairastu masennukseen edes kielteisimpien elämäntapahtumien jälkeen (Maj 2011).

Sairausasteisen ja normaalin masennuksen tunteen välillä ei myöskään näyttäisi olevan laadullista eroa, eikä siten tällaisen eron jäljittäminen helpota klinikon työtä. Masennustaan ihmiset tyytyvät omin sanoin kuvaamaan lähinnä toimintatarmottomuutena, ympäristöstään vieraantumiseksi tai fyysisin oirein.

Taulukko 1. Depressioseula (DEPS).

Ohje: Lue alla olevat 10 toteamusta, ja valitse sopivin vastausvaihtoehto sen mukaan, sopiiko toteamus sinuun: ei lainkaan, jonkin verran, melko paljon vai erittäin paljon. Laske saamasi pisteet yhteen.

Viimeksi kuluneen kuukauden aikana	Ei lainkaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
Kärsin unettomuudesta				
Tunsin itseni surumieliseksi				
Minusta tuntui, että kaikki vaati ponnistusta				
Tunsin itseni tarmottomaksi				
Tunsin itseni yksinäiseksi				
Tulevaisuus tuntui toivottomalta				
En nauttinut elämästäni				
Tunsin itseni arvottomaksi				
Tunsin, että kaikki ilo on hävinnyt elämästä				
Minusta tuntui, ettei alakuloisuuteni hellittänyt edes perheeni tai ystäväni avulla				

Arvio: Depressioseulasta vähintään 12 pistettä saaneista 47 henkilöllä 100 henkilöstä on depression todennäköisyys kasvaa pistemäärän kasvaessa. Yleisesti ottaen depression todennäköisyys kasvaa pistemäärän kasvaessa. Tulos on aina pelkästään suuntaa antava, ja seulasta saatu pistemäärä voi vaihdella eri päivien välillä. Mikään depressioseulassa saatu pistemäärä ei välttämättä merkitse, että kärsisit depressiosta. Diagnoosin tekemiseen tarvitaan aina lääkärin tutkimus. Diagnoosia ei voi tehdä pelkästään depressioseulan antaman tuloksen perusteella. Jos arvelet, että sinulla on depression, sinun kannattaa kääntyä omalääkärisi puoleen.

Linkkejä depressioseulaan: <http://www.masennustalkoot.fi/deps.htm>
<http://www.turku.fi/Public/download.aspx?ID=126303&GUID=%7B52C779C7-26B1-42C8-88C3-C08316D80A00%7D>.

Taulukko 2. Sosiaalista ja ammatillista toimintakykyä mittaava asteikko (SOFAS)

Pisteet	Merkitys
91–100	Erinomainen toimintakyky useilla elämänalueilla
81–90	Hyvä toimintakyky kaikilla elämänalueilla; henkilö ammatillisesti ja sosiaalisesti tehokas
71–80	Vain vähäinen heikentyneisyys sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esimerkiksi harvinainen ihmissuhderistiriita tai tilapäinen jälkeen jääminen koulutyössä)
61–70	Lieviä vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä, mutta yleisesti hyvä toimintakyky; joitakin mielekkäitä ihmissuhteita
51–60	Kohtalaisia vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esimerkiksi vain vähän ystäviä tai ristiriitoja ikä- tai työtovereiden kanssa)
41–50	Vakava heikentyneisyys sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esimerkiksi ei ystäviä tai ei pysty säilyttämään työpaikkaa)
31–40	Merkittävä heikentyneisyys useilla elämänalueilla, kuten työssä, koulussa tai perhesuhteissa (esimerkiksi masentunut mies, joka välttelee ystäviään, laiminlyö perhettään eikä pysty työhön tai lapsi, joka pahoinpitelee usein nuorempiaan, on uhmakas kotona eikä menesty koulussa)
21–30	Toimintakyvyttömyys lähes kaikilla elämänalueilla (esimerkiksi pysyttelee vuoteessa koko päivän; ei työpaikkaa, kotia tai ystäviä)
11–20	Laiminlyö ajoittain henkilökohtaisen hygienian vähimmäistason; kyvytön toimimaan itsenäisesti
1–10	Laiminlyö jatkuvasti henkilökohtaisen hygienian vähimmäistason; kyvytön toimimaan vahingoittamatta itseään tai muita taikka ilman huomattavaa ulkopuolista tukea (esimerkiksi hoitoa tai valvontaa)
0	Riittämättömät tiedot

Ohje: Tarkastele sosiaalista ja ammatillista toimintakykyä jatkumona. Ota huomioon ne toimintakyvyn heikentymät, jotka johtuvat fyysisistä tai psyykkisistä rajoitteista. Pelkästään suoraan psyykkisistä tai fyysisistä terveysongelmista johtuvat rajoitteet tulee ottaa huomioon; mahdollisuuksien puutteen ja muiden ympäristöseikkojen aiheuttamia rajoituksia ei oteta huomioon.

Linkkejä asteikkoon:

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/88/>

<http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f452306492/mielialahairiot.pdf>

Lähteet

- American Psychiatric Association: American Psychiatric Association Board of Trustees approves DSM-V. American Psychiatric Association, 2012
<http://www.psychiatry.org/File%20Library/Advocacy%20and%20Newsroom/Press%20Releases/2012%20Releases/12-43-DSM-5-BOT-Vote-News-Release--FINAL--3-.pdf>
- Depressio [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010 [päivitetty 21.10. 2010]
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50023.pdf>
- Fink, Max, Bolwig, Tom G., Parker, Gordon & Shorter, Edward: Melancholia: restoration in psychiatric classification recommended. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 115 (2007): 89–92.
- Maj, Mario: When does depression become a mental disorder? *British Journal of Psychiatry* 199 (2011): 85–86.
- Melartin, Tarja & Vuorilehto, Maria: Masennus. Kirjassa: Mielen-terveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen: opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Opas 5. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2009: 29–34 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee>
- Moffitt, Terrie E., Caspi, Avshalom, Taylor, Alan, Kokaua, Jesse, Milne, Barry J., Polanczyk, Guilherme & Poulton, Richie: How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychological Medicine* 40 (2010): 899–909.
- Parker, Gordon: Classifying clinical depression: an operational proposal. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 123 (2011): 314–316.
- Pincus, Harold Alan, Zarin, Deborah A. & First, Michael: “Clinical significance” and DSM-IV. *Archives of General Psychiatry* 55 (1998): 1145.
- Spitzer, Robert L.: Diagnosis and need for treatment are not the same. *Archives of General Psychiatry* 55 (1998): 120.
- Wakefield, Jerome C.: DSM-5: proposed changes to depressive disorders. *Current Medical Research & Opinion* 28 (2012): 335–343.
- Wakefield, Jerome C. & Spitzer, Robert L.: Lowered estimates – but of what? *Archives of General Psychiatry* 59 (2002): 129–130.

2.9 Internetanvändning som ett verktyg vid främjande av äldres psykiska hälsa och välbefinnande

Forsman Anna K, Nordmyr Johanna

Äldres internetanvändning som ett högprioriterat forskningsområde

Internetanvändningens omfattning samt den kontinuerliga utvecklingen av onlinetjänster och -service ökar intresset för forskning kring internetanvändningens psykologiska och sociala hälsoeffekter i olika åldersgrupper. Detta för att effektivt kunna utnyttja fördelarna, och samtidigt undvika de negativa effekter som den teknologiska utvecklingen kan ha för den psykiska hälsan. Det finns dock en förbisedd folkgrupp med förhållandevis få internetanvändare, bestående av främst äldre personer (Persson Göransson & Vidje, 2012), som inte tillägnats lika mycket uppmärksamhet i detta sammanhang. På grund av den växande andelen äldre i befolkningsstrukturen (Europeiska Kommissionen, 2012), finns ett behov av att utreda hur internet kunde tillämpas i främjande och preventivt arbete, i syfte att öka välbefinnande och minska psykisk ohälsa bland äldre. Eftersom majoriteten av internetanvändarna är personer i medelåldern eller yngre (Seybert, 2012; Finlands officiella statistik, 2012), är forskning gällande internetanvändning i första hand inriktad på dessa åldersgrupper.

Internet kan utgöra ett viktigt verktyg för att begränsa konsekvenserna av reducerad funktionsförmåga samt förebygga social isolering bland äldre (Persson Göransson & Vidje, 2012). Förutom att möjliggöra effektivt informationssökande och underlätta tillgång till olika tjänster, så främjar internet äldres sociala relationer genom ökade kommunikationsmöjligheter. Tidigare forskning har visat att man kan öka livskvalitet och minska depressiva symptom bland socialt isolerade äldre personer genom att erbjuda olika sociala aktiviteter och stödja socialt nätverksskapande (Forsman, Nordmyr & Wahlbeck, 2011). Med tanke på effekten dessa interventioner haft hos äldre i riskzonen för social isolering (Knapp, McDaid & Parsonage, 2011) finns det stor potential för kostnadseffektiva e-baserade och hälsofrämjande interventioner. Det har konstaterats att nätbaserade program för psykisk hälsa inte kommer att ersätta, men troligen komplettera traditionella tjänster i framtiden (Ybarra & Eaton, 2005).

När det gäller äldre och internetanvändning har fokus lagts främst på hälsoinformation på nätet och vårdservice (se till exempel Cresci, Jarosz & Templin, 2010). I det planerade forskningsprojektet @geing online vill man däremot fokusera på hur internet kunde tillämpas i syfte att främja ett hälsosamt åldrande. Resultat från detta projekt ska kunna användas vid tillämpning av informations- och kommunikationsteknologi (IKT) för att bemöta de nya samhällsutmaningarna och folkhälsoproblemen.

I ett större perspektiv får denna forskning stöd i det europeiska styrdokumentet för äldreforskning som lanserades i oktober 2011: FUTURAGE - A Road Map for Ageing Research (Europeiska Kommissionen, 2011), där man framhåller e-resurser och internetanvändning som ett högprioriterat forskningsområde för att minska den digitala exkluderingen bland äldre. Samma rekommendationer för utvecklingen på social- och hälsoområdet framför Nordens Välfärdscenter, underställt Nordiska Ministerrådet, som aktivt arbetar för att bemöta de utmaningar som det nordiska välfärdssamhället står inför (Persson Göransson & Vidje, 2012).

Projektet @geing online - Främjande av ett hälsosamt åldrande genom internetanvändning

Projektet @geing online planeras utföras åren 2014-2016 i samarbete med följande institutioner: Institutet för Hälsa och Välfärd (THL), Vasa enheten, Åbo Akademi i Vasa, och Botnia Welfare Coalition for Research and Knowledge (BOWER) -nätverket i Österbotten. En av projektets grundprinciper är även att inkludera målgruppsrepresentanter, varför samarbete med pensionärsföreningar upprättas. Den finländska arbetsgruppen samarbetar dessutom med Universitetet i Agder, Senter for eHelse og omsorgsteknologi, i Norge. Detta möjliggör jämförelser mellan projektregionerna i Västra Finland och Vest-Agder.

Projektets övergripande syfte är att utreda hur man på bästa sätt kan utnyttja den teknologiska samhällsutvecklingen och använda internet som en resurs vid främjande av äldres (i detta projekt definierat som 60+)

delaktighet i samhället och livsvillkor för ett gott åldrande. Gynnandet av individens kommunikationsmöjligheter, sociala delaktighet och välbefinnande, ökar även förutsättningarna för välfärd i samhället. Projektets fokus ligger således både på mikro(individ)- och makro(samhälls)nivå.

Ett av projektets syften är att skapa en databas med nordiskt komparativdata som ska kunna användas för att belysa styrkor, brister och utmaningar kopplade till samhällsutvecklingen och folkhälsan som är antingen gemensamma eller specifika för de nordiska regionerna. För att åstadkomma detta utförs samma arbetsmoment i regionerna, under ledning av respektive samarbetsinstitution. Projektet har fyra huvudsakliga delstudier och angreppssätt. Befintliga interventionsstudier om internetanvändningens psykosociala effekt bland äldre kartläggs och utvärderas i en översiktsstudie med meta-analys. Nya empiriska data kommer även att insamlas i Västra Finland genom intervjuer och postenkät (i samband med den regionala enkätundersökningen Enkät om Psykisk Hälsa i Västra Finland som utförs följande gång våren 2014). Enligt de sammantagna resultaten i de första arbetshelheterna, planeras och utförs en mindre regional e-intervention för att omsätta projektresultaten i praktiken. Medan översiktsstudien endast genomförs i Finland, planerar man att genomföra enkät-, intervju- samt interventionsstudier i bägge regioner, med regionala sampel i respektive land som målgrupp.

Olika angreppssätt och forskningsmetoder kommer att användas i delstudierna i linje med projektets interdisciplinära och multikontextuella perspektiv. Dataanalysmetoderna innefattar både kvantitativa och kvalitativa analyser. Målgruppen är äldre personer (60+) bosatta i Västra Finland eller Vest-Agder. Man strävar efter att äldre i olika livssituationer ska vara representerade i studierna, eftersom de har olika förutsättningar och behov relaterade till internetanvändning och ett gott åldrande.

Forskningsprojektet har sin teoretiska utgångspunkt i teorier kring hälsopromotion, definierad i Världshälsoorganisationens (WHO's) Ottawa Charter (WHO, 1986) och senare (WHO, 2005). Enligt detta holistiska hälsoperspektiv betraktas hälsa som en resurs som kan främjas och som innefattar fysiska, emotionella & sociala komponenter. Därmed frångår man den reduktionistiska synen på hälsa, och betonar istället subjektiva upplevelser som varierar under livsloppet. Utgående från detta perspektiv är hälsofrämjande en process som ökar individens möjlighet till kontroll över och förbättring av sin hälsa och som bör stödjas med breda tillvägagångssätt både på mikro(individ)- och makro(samhälls)nivå. Detta är möjligt genom att man beaktar hälsans breda spektrum av determinanter i olika kontexter, samt de olika behov och förutsättningar som olika åldersgrupper har. Projektet utgår också ifrån socialt kapital som en teoretisk ansats. Dessa teorier (Bourdieu, 1986; Putnam, 2000) betonar de sociala resurser som görs tillgängliga för samhället och för individen genom sociala nätverk och relationer, i detta sammanhang kopplat till psykisk hälsa och välbefinnande bland äldre (Forsman, 2012).

Samband mellan internetanvändning och psykosociala faktorer bland äldre

Som en del av förarbetet för det planerade forskningsprojektet har man gjort en översikt av internationella vetenskapliga studier, publicerade mellan åren 2007 och 2012, där man analyserat samband mellan internetanvändning och psykosociala faktorer bland personer över 60 års ålder. Studierna extraherades från nio elektroniska databaser och granskades av de två projektforskarna. Översikten inkluderar studier med varierande metodik: både studier där statistiska analysmetoder tillämpats (14 studier) samt studier där man tillämpat kvalitativ metodik (12 intervjustudier) återfinns i översikten. Att kombinera kvantitativ och kvalitativ metodik är fördelaktigt, då den ger en mer nyanserad och fördjupad bild av de samband man vill utreda (Hesse-Biber, 2010). De studerade psykosociala faktorerna kunde utgöras av exempelvis välbefinnande, psykisk hälsa, sociala relationer, depression, ensamhet, aktivitet på fritiden eller socialt stöd.

Överlag återfanns positiva samband mellan internetanvändning och olika psykosociala faktorer bland äldre i översikten. I de statistiska analyserna var sambanden mellan nätanvändning och välbefinnande till internetanvändarnas fördel. I intervjumaterialet (baserat på 198 citat) framkom också positiva samband mellan internetanvändning och psykosociala faktorer, men även olika svårigheter de äldre upplevt i samband med internetanvändning eller negativa aspekter av nätanvändning. Sambanden som beskrevs av intervjudeltagare underlättar förståelsen kring internetanvändningens för- och nackdelar i denna specifika målgrupp. De samlade resultaten i

översikten, baserade på kvantitativa och kvalitativa data, kan grupperas i tre större temaområden: Nya kommunikationsmöjligheter, Ett fönster till omvärlden, samt Bemästring av en ny, relevant, teknologiform.

Nya kommunikationsmöjligheter

Kommunikation var den form av internetanvändning som mest frekvent studerats i enskilda studier där man fokuserat på en viss aspekt av internetanvändning. Intervjudeltagare beskrev hur de använde elektronisk kommunikation i vardagslivet för att nå vänner, familjemedlemmar och andra personer i sitt sociala nätverk, och de strukturella fördelarna med detta medium (gällande kostnader, snabbhet med mera). Den gynnsamma effekten av den elektroniska kommunikationen på kvaliteten av relationerna nämndes: de äldre upplevde i många fall att relationerna blivit rikare och närmare tack vare den förbättrade, mer frekventa kontakten. Denna förbättring i relationer ledde i sin tur enligt de äldre till bland annat ökad livskvalitet och hur nöjd man var med sitt liv. Förutom att förbättra befintliga relationer kunde äldre hitta nya kontakter på internet eller ansluta sig till olika typer av stödgrupper, där de kunde hitta en förståelse eller en gemenskap som de kanske saknade i sitt liv. Internetanvändning var förknippat med färre ensamhetskänslor i översikten, som en naturlig motpol till de förbättringar och positiva effekter internetkommunikationen innebar för den äldre personens sociala relationer och nätverk.

Ett fönster till omvärlden

Den ökade tillgången till resurser så som intressegrupper och information kring olika ämnen som internet erbjuder kan hjälpa till att upprätthålla och öka upplevelsen av självständighet hos äldre personer. Internet erbjuder nya möjligheter att finna nya intressen eller utveckla befintliga hobbyer. Meningsfulla aktiviteter bidrar vidare i hög grad till äldre personers livskvalitet och välbefinnande. Internetanvändning var i översikten associerat med högre aktivitetsnivå på fritiden, på så vis att man hade fler intressen. Dessutom var till exempel engagemanget i olika frivilligorganisationer högre bland äldre internetanvändare. Nätanvändning kan hjälpa äldre personer att bibehålla eller till och med höja sin aktivitetsnivå, och de otaliga onlineresurserna bidrar till en upplevelse av kontroll och bemästring av sitt liv och sin vardag (kan sammanfattas med det engelska begreppet empowerment).

Bemästring av en ny, relevant, teknologiform

Även själva bemästringen av den nya tekniken i sig, och känslan av att hänga med i samhällsutvecklingen bidrar till förbättrat välbefinnande bland äldre internetanvändare. Internetanvändningen upplevdes öka självständigheten på olika sätt och förknippades med lägre förekomst av funktionsnedsättning. De äldre informanterna i studierna ville hålla sig uppdaterade och kände att bemästring av teknologin var en förutsättning för att behålla sin självständighet i framtiden. På detta sätt förekom även ett visst orosmoment, nämligen att man var rädd för det utanförskap ett icke-teknologiskt liv skulle kunna innebära. Äldre människor kan även erfaras att de motarbetar vissa stereotyper gällande åldrande och äldre människors förmåga att ta in nya kunskaper och färdigheter när de lärt sig hantera tekniken.

Medan statistiska samband inte tillåter kausala tolkningar av data, illustrerar många citat hur den äldre personen själv upplevt ett positivt orsakssamband mellan internetanvändningen och olika psykosociala faktorer. De äldre uttrycker en känsla av att internetanvändningen bidragit till deras välbefinnande. Sedan beskrevs svårigheter i samband med nätanvändning av de äldre också, vilket är viktigt att beakta. Olika faktorer relaterade till internetanvändning som kan ses som specifika för denna åldersgrupp omnämndes, till exempel att diverse sensomotoriska nedsättningar kan medföra svårigheter vid praktisk användning av datateknik, eller det faktum att många i vänskapskretsen kanske inte är internetanvändare.

Vikten av att inkludera äldre i det postmoderna informationssamhället

Motarbetande av den digitala exkluderingen är ett led i det övergripande arbetet för att minska ojämlikheter mellan olika samhällsgrupper. Det är viktigt att den äldre åldersgruppen ges de förutsättningar och den

kunskap som förutsätts för att kunna delta i den digitala samhällsutvecklingen. Genom att beakta den enskilda individens intressen, behov och förutsättningar kunde internetanvändning bidra till ett gott åldrande för majoriteten av äldre personer. Flera av de faktorer som är viktiga för den äldre individens upplevelse av en meningsfull vardag och ett gott åldrande kan bevaras eller förbättras med hjälp av internet: till exempel att upprätthålla relationerna inom sitt nätverk av familjemedlemmar och vänner, möjligheten till meningsfulla aktiviteter (där inläring av alla internetrelaterade färdigheter i sig är gynnsamt), samt förstärkning av den äldres självkänsla och självständighet, med mera. Internetanvändning kan vidare på olika sätt motarbeta ensamhet, maktlöshetsupplevelser orsakade av fysiologiska eller funktionella besvär och dylika utmaningar som är specifika för denna målgrupp. Strukturella faktorer förknippade med internet kan ha en mer funktionell, främjande inverkan på de äldres välbefinnande, psykiska hälsa och samhällsinkludering. Detta är alltså en orsak till att stödja en livslång inläring, också när det gäller färdigheter relaterade till internetanvändning hos äldre.

Med hjälp av de sammantagna resultaten av de olika arbetshelheterna i det planerade projektet @geing online ämnar man som sista delmoment implementera alla forskningsfynd i praktiken, genom att utföra en lämplig intervention på mindre skala med äldre personer i Österbotten som målgrupp. I en interventionskontext kunde internet exempelvis användas som ett verktyg för att gynna upprätthållandet av och nybildning i individens nätverk.

Sammantaget får det planerade projektet stöd i tidigare forskning som visar på att nätanvändning på olika sätt kan motarbeta ensamhet, maktlöshetsupplevelser orsakade av fysiologiska eller funktionella besvär samt dylika utmaningar som är specifika för den äldre målgruppen. Med detta som grund utförs de sista förberedelserna inför påbörjande av projektarbetet år 2014.

Internetin käyttö iäkkäiden mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistämässä – tiivistelmä

Forsman Anna K, Nordmyr Johanna

Sitä mukaan kuin yhteiskunta tietoisuu ja teknistyy, lisääntyy myös kiinnostus eri ikäryhmien internetin käytön psykologisten ja sosiaalisten terveysvaikutusten tutkimista kohtaan. Tavoitteena on hyödyntää tehokkaasti teknisen kehityksen hyvinvointia ja mielenterveyttä edistävät vaikutukset ja samalla välttää sen haittapuolet. Ikääntyvien osuus väestörakenteesta kasvaa, joten on tärkeä selvittää, miten internetiä voidaan soveltaa edistävään ja ehkäisevään työhön iäkkäiden hyvinvoinnin lisäämiseksi.

Suunnitteilla olevassa @geing online- tutkimushankkeessa pyritään selvittämään, miten parhaalla tavalla voidaan hyödyntää yhteiskunnan teknistymistä ja käyttää internetiä resurssina iäkkäiden elinehtojen parantamisessa ja hyvän ikääntymisen takaamisessa. Hanke koostuu yhteenvetotutkimuksesta sekä määrällisestä ja laadullisesta yhteistutkimuksesta ja suppeahkosta interventiotutkimuksesta. Hankkeessa painotetaan myös käyttäjien näkökulmaa eli kohderyhmän mukaanottamista kaikkiin hankkeen vaiheisiin.

Hankkeen valmisteluvaiheen tulosten perusteella internetin käytön ja iäkkäiden hyvinvoinnin välillä on myönteinen yhteys. Tilastotiedoista ei voida tulkita syy-yhteyksiä, mutta haastattelujen monet lainaukset kertovat, miten iäkkäät itse ovat kokeneet internetin käytön vaikuttaneen hyvinvointiinsa. Mielekkään arjen kannalta tärkeitä tekijöitä ja hyvää ikääntymistä voidaan ylläpitää tai parantaa internetin avulla: iäkkäät voivat esimerkiksi ylläpitää suhteita sukulaisiin ja ystäviin ja harrastaa mielekästä toimintaa (jossa internetvalmiuksien oppinen jo itsessään on hyväksi).

Lisäksi iäkkään itsetuntoa ja itsenäisyyttä voidaan vahvistaa. Internetin käyttö voi monin tavoin ehkäistä yksinäisyyttä, fysiologisten ja toiminnallisten vaijojen aiheuttamaa voimattomuuden tunnetta ja muita vastaavia ongelmia, jotka ovat tälle kohderyhmälle tyypillisiä. Samalla tulee kiinnittää huomioita ja pyrkiä poistamaan erilaisia internetin käyttöön iäkkäillä liittyviä hankaluuksia. Koko elämän kestävä oppimista tulee tukea - myös silloin, kun on kyse iäkkäistä ja heidän internettaidoistaan.

Referenser

- Bourdieu, Pierre. The forms of social capital. In Richardson, J. (Ed.). *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood, 1986.
- Cresci Mary, Jarosz Patricia & Templin Thomas. Are Health Answers Online for Older Adults? *Gerontologist*, 50 (2010):166-166.
- Europeiska Kommissionen. Key figures on Europe 2012. Europeiska Kommissionen, 2012.
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EI-12-001/EN/KS-EI-12-001-EN.PDF [hämtat 9.4.2013].
- Europeiska Kommissionen. FUTURAGE. Road map for European ageing research. Europeiska Kommissionen, 2011.
<http://www.futurage.group.shef.ac.uk/road-map.html> [läst 5.4.2013].
- Finlands officiella statistik (FOS). Befolkningens användning av informations- och kommunikationsteknik [e-publikation]. Helsingfors: Statistikcentralen, 2012.
http://www.stat.fi/til/sutivi/2012/sutivi_2012_2012-11-07_tie_001_sv.html [hämtat 5.4.2013].
- Forsman, Anna K. The importance of social capital in later life. Mental health promotion and mental disorder prevention among older adults. Doctoral thesis, Nordic School of Public Health NHV, Göteborg, Sverige, 2012.
- Forsman Anna K, Nordmyr Johanna, Wahlbeck Kristian. Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promotion International*; 26 (suppl 1, 2011): i85-i10.
- Hesse-Biber, Sharlene. *Mixed Methods Research: Merging Theory with Practice*. London: The Guilford Press, 2010.
- Knapp, Martin, McDaid, David, & Parsonage, Michael (Red). *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case*. London: Department of Health, 2011.
- Persson-Göransson, Ewa & Vidje, Gerd (Red.). Fokus på äldre i informationsamfunnet. Nordens Välfärdscenter, 2012.
<http://www.nordicwelfare.org/Publications/Temahaften/Fokus-pa-eldre-i-informasjonssamfunnet/> [hämtat 5.4.2013].
- Putnam, Robert. *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster, 2000.
- Seybert, Heidi. Internet use in households and by individuals in 2012. *Statistics in focus*, 50/2012. Eurostat, 2012.
- Ybarra, Michele & Eaton, William. Internet-based mental health interventions. *Mental Health Services Research* (2005), 7: 75-87.
- Världshälsoorganisationen (WHO). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa, Canada. WHO, 1986.
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [hämtat 5.4.2013].
- Världshälsoorganisationen (WHO). *Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva: WHO, 2005.
http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf [hämtat 4.4.2013].

3 PELIT HALTUUN

3.1. Rahapeliongelmien ehkäisyn ja hoidon osaamista vahvistamaan

Tuula-Leena Raiski

Suurin osa sosiaali- ja terveydenhuollossa käytössä olevista menetelmistä on ihmisten tavoitteellista ja systemaattista toimintaa, jossa työntekijä käyttää omaa persoonaansa ja osaamistaan työvälineenä ja samalla soveltaa oppimaansa. Palvelun kehittämisessä tarvitaan hyvän konseptin ja asiasta innostuneiden ammattilaisten lisäksi osaamisen kehittämistä. (Taipale ym. 2007.)

Rahapelihaittojen ehkäisyn ja hoidon kehittäminen on suhteellisen uusi toiminta-alue, joka edellyttää osaamisen systemaattista vahvistamista sekä perus- että erityispalveluissa. Seuraavassa tarkastellaan sitä, miten päihde- ja mielenterveyspalveluissa kohdataan ongelmapelaamista, millaisia osaamistarpeita tähän liittyy ja millaisia koulutautumismahdollisuuksia rahapelihaittojen ehkäisyn ja hoidon alueella on.

Rahapeliongelmat yhteisenä haasteena

Päihde- ja mielenterveyspalveluissa rahapeliongelmien ehkäisyn ja hoidon osaaminen on yhteinen haaste sekä avuntarvitsijan ja hänen läheisensä, työn kohteena olevien ongelmien luonteen että palvelujen kehittämisen näkökulmasta. Vaikka rahapeliongelma on viime vuosina noussut yhteiskunnalliseksi huolenaiheeksi, peliongelma jää edelleen usein tunnistamatta pelaajalta itseltään, hänen läheiseltään ja palveluissa. Kun rahapelihaitat ovat yhä enemmän esillä ja ongelmat tulevat yhä enemmän näkyviin, on oletettavaa, että myös palvelutarve kasvaa. Tämä merkitsee myös henkilöstön osaamistarpeen lisääntymistä.

Ongelmapelaajien hoitoon hakeutuminen on vähäistä, ja mahdollisesti noin kymmenen prosenttia ongelmapelaajista hakee apua hoitojärjestelmän piiristä (Halme ym. 2008). Esteitä avun hakemiselle voivat olla muun muassa henkilökohtaiset esteet, esimerkiksi ongelman kieltäminen, aikaansaamattomuus ja luottamus kykyyn lopettaa pelaaminen itse. Palveluihin liittyviä esteitä voivat olla esimerkiksi se, että palvelua ei löydetä tai peliongelmaa ei huomata tai oteta käsittelyyn. Pelaaja hakee apua usein omassa arjessa ja elämänvaiheessa lähellä olevilta tahoilta ja palveluista, jotka eivät ole ensisijaisesti peliongelman hoitoon tarkoitettuja. Hän ei välttämättä miellä pelaamista ensisijaiseksi ongelmakseen, vaan näkee sen esimerkiksi talousongelmien, ahdistuksen tai masennuksen kautta. (Itäpuisto 2011.) Pajulan mukaan pelaajien läheiset on nähty yleisesti pelaajan tukena ja vaikuttamassa pelaajan palveluihin hakeutumiseen. Läheisiin kohdistuvat vaikutukset voivat johtaa myös läheisten omaan tuen tarpeeseen. Yhden ongelmapelaajan on arvioitu vaikuttavan keskimäärin seitsemään muuhun henkilöön. (Pajula 2007.)

Osaamisen kehittämiseen ja yhteistyöhön haastaa myös se, että päihde-, mielenterveys- ja rahapeliongelmat ovat usein samanaikaisesti tai peräkkäin ilmaantuvia ongelmia (Hakkarainen ym. 2009, Halme ym. 2008, Nuorvala ym. 2009). Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu patologisen pelaamisen ja päihderiippuvuuden samanaikaisuuden olevan yleistä. Samoin patologisen pelaamisen kanssa samanaikaisesti esiintyy mielialahäiriöitä, ahdistus- ja persoonallisuushäiriöitä, impulssikontrollihäiriöitä ja itsemurha-alttiutta. (Halme ym. 2008.)

Vuonna 2011 julkaistussa Australian hoitosuosituksessa esitetään, että mielenterveyden häiriöiden vuoksi arviointiin tai hoitoon hakeutuvat henkilöt olisi syytä seuloa aina myös rahapeliongelman suhteen. Lisäksi suositellaan, että rahapeliongelmaiset ja riskiryhmään kuuluvat henkilöt seulotaan eräiden liitännäisongelmien tunnistamiseksi (mm. ahdistushäiriöt, masennus, persoonallisuushäiriöt, muut impulssikontrollin häiriöt, alkoholiriippuvuus, huumeriippuvuus ja perheväkivalta). (Problem Gambling Research and Treatment Centre 2011.)

Pääkaupunkiseudulla sijaitsevan Peliklinikan toimintaraportin 2012 mukaan on kuitenkin tärkeää huomata, että vaikka monilla Peliklinikan asiakkailta ongelmat ovat kasautuneet, suurella osalla ei ollut mie-

lenterveyden tai päihteiden kanssa ongelmaa. Peliklinikan avohoidossa tällaisia asiakkaita oli 55 prosenttia ja Peli poikki-ohjelmassa 43 prosenttia. (Jaakkola ym. 2012.)



Kuva 1. Esitteestä koulutusta rahapeliongelmiin ehkäisystä ja hoidosta 2012–2013

Kehittämistyöstä huolimatta palvelujärjestelmässä ei vielä huomioida asiaa riittävästi eikä palveluja ole alueellisesti tasa-arvoisesti saatavilla. Rahapeliongelmiin tunnistamisen ja ongelmien auttamisen tulee pääosin löytyä olemassa olevista palveluista, koska erityisiä rahapeliongelmiin auttamiseen tarkoitettuja palveluja ei juuri ole. Ongelmapelaamisen hoito on mielletty yleensä päihde- ja mielenterveyspalvelujen vastuualueeseen. Erityisesti päihdehuollon erityispalveluissa on jo ryhdytty kehittämään tukea ja hoitoa ongelmapelaamiseen, yhdistävänä tekijänä riippuvuusajattelu. Päihde- ja mielenterveyspalveluihin kohdistuu odotuksia ongelmapelaajien hoidon toteuttamisessa kullekin alueelle sopivia ratkaisuja rakentaen.

Ongelmapelaamisen kohtaaminen päihde- ja mielenterveyspalveluissa

Kartoitusten mukaan päihde- ja mielenterveystyössä kohdataan melko usein sekä ongelmapelaajia että heidän läheisiään. Valtakunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon ja nuorisotyön henkilöstön osaamistarvekartoituksessa päihde- että mielenterveystyön vastaajista noin neljännes ilmoitti kohtaavansa vähintään 2–3 kertaa kuukaudessa asiakkaita, joilla on rahapeliongelmiä. Lähes puolet mielenterveystyön vastaajista kohtasi ongelmapelaajien läheisiä vähintään kerran kuukaudessa ja päihdetyön vastaajistakin runsas neljännes. (Raiki 2011.)

Psykologiliiton jäsenille toteutetussa kyselyssä rahapeliongelmiin näkymisestä psykologien työssä kyselyyn vastanneista psykologeista 42 prosenttia kertoi kohdanneensa rahapeliongelmiin kärsiviä pelaajia viimeisen vuoden aikana. Myös ongelmapelaajien läheisiä kohdataan silloin tällöin. (Castren ym. 2012.)

Kuntien käytäntöjä ja tiedon tasoa joitakin vuosia sitten selvittäneen tutkimuksen mukaan peliongelmaisia kohtasivat selvästi keskimääräistä useammin A-klinikoita edustavat vastaajat. Heistä 25 prosenttia kohtasi rahapeliongelmaisia kerran viikossa tai useammin ja 42 prosenttia 2–3 kertaa kuukaudessa. (Turja 2006.)

Osaamistarve rahapeliongelmiin ehkäisyssä ja hoidossa

Päihde- ja mielenterveystyön henkilöstölle on jo kertynyt kokemusta rahapeliongelmiin käsittelystä ja jo käytössä olevalla osaamisella voidaan aikaansaada paljon. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja nuorisotyön henkilöstölle eri puolilla Suomea tehdyssä osaamistarvekartoituksessa tuli selkeästi esiin, että mitä useammin asiakastyössä kohdattiin ongelmapelaajia ja heidän läheisiään, sitä hyödyllisemmäksi aihepiiri koettiin työssä ja sitä halukkaampia oltiin kehittämään omaa osaamista tällä osaamisalueella. Myös osaaminen rahapeliongelmiin ehkäisyssä ja hoidossa koettiin sitä vahvempana, mitä useammin asiakastyössä kohdattiin ongelmapelaajia. (Raiski 2011.)

Nykyisen osaamisensa arvioinnissa päihdetyön vastaajista 82 prosenttia ilmoitti tietävänsä vähintään perusteet rahapeliongelmiin ehkäisystä ja hoidosta ja omaavansa asiassa perusosaamisen; mielenterveystyön vastaajilla vastaava luku oli noin 40 prosenttia. Päihdetyön vastaajista noin kolme neljäsosaa ja mielenterveystyön vastaajista kolmasosa koki rahapeliongelmiin ehkäisyn ja hoidon osaamisen vähintäänkin selvästi hyödylliseksi useissa yhteyksissä työssään. Osaamistarpeita selvitettyä päihde- ja mielenterveyspalvelujen henkilöstö toi esiin osaamisen päivittämisen tarvetta. (Raiski 2011.)

Sekä päihdetyön että mielenterveystyön vastaajat halusivat kehittää osaamistaan eniten seuraavilla osaamisalueilla:

- rahapeliongelmiin syntyä ja seurauksia koskevassa tiedossa
- rahapeliongelmiin tunnistamisessa ja niihin puuttumisessa sekä asiakkaan varhaisessa tukemisessa
- rahapeliongelmiin palveluiden tuntemisessa
- muiden peliongelmiin kuin rahapeliongelmiin osaamisessa
- (Raiski 2011.)

Yksi ongelmiin syntyyn ja seurauksiin liittyvä osaamistarve ja lisätutkimusta kaipaava aihe päihde- ja mielenterveyspalveluissa on samanaikaisongelmiin liittyvä osaaminen, kun päihde- tai mielenterveysongelmaan liittyy rahapeliongelma. Lisää tietoa tarvitaan siitä, miten päällekkäisongelmat ovat kehittyneet ja millä tavoin samanaikais- tai päällekkäisongelmat ovat yhteydessä elämäntilanteen taloudellisiin ja sosiaalisiin ongelmiin. (Hakkarainen ym. 2010.)

Psykologeille 2012 toteutetun kyselyn tavoitteena oli kartoittaa psykologien valmiuksia rahapeliongelmaisen ja/tai hänen läheistensä kohtaamiseen. Lähes puolet (46 %) vastaajista arvioi valmiutensa rahapeliongelmiin kohtaamiseen melko riittämättömiksi ja lähes samansuuruinen osa (44 %) arvioi tietonsa rahapeliongelmiin kohtaamiseen melko riittämättömiksi. Psykologit kokivat erittäin tärkeänä, että tulevaisuudessa kiinnitetään enemmän huomiota rahapelaamisen ja psyykkisen terveyden ja hyvinvoinnin välisiin yhteyksiin. (Castren ym. 2012.)

Koulutusta peliongelmiin ehkäisyyn ja hoitoon

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on tuottanut viisi eri laajuista (1 op–6 op) peruskoulutusta verkkooppimisympäristöön, näiden koulutusten valtakunnallisen järjestämismallin ja monipuolisia aineistoja Pelihaitat-verkkosivuille (www.thl.fi/pelihaitat). Tavoitteena on, että eri alojen osaavien työntekijöiden avulla, eri puolella Suomea, pelaajat ja heidän läheisensä saavat asiantuntevaa apua rahapeliongelmiin. Osaamisen kehittäminen on osa laajempaa THL:n kehittämis- ja tutkimuskokonaisuutta pelihaittojen ehkäisyssä ja hoidossa. Osaamisen kehittämistyö tapahtuu yhteistyössä eri toimijoiden kanssa, ja sitä koordinoidaan Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksesta käsin THL:n toimeksiannosta.

Seuraavaan taulukkoon on kuvattu tuotetut tai vielä työn alla olevat verkkokurssit tavoitteineen ja kohderyhmineen.

Taulukko 1. THL:n tuottamat pelihaittojen ehkäisyä ja hoitoa käsittelevät verkkokurssit

Vuosi	Verkkokurssi	Kohderyhmä	Tavoite
2009	Rahapeliongelmi- en ehkäisy ja hoito (5 op/6 op)	Kuntien perus- ja erityispalvelu- jen, kolmannen sektorin, seura- kuntien ym. rahapeliongelmiä kohtaavalle henkilöstölle, eri alojen opetushenkilöstölle ja opiskelijoille sekä soveltuvin osin rahapeliyhteisöjen henkilöstölle	Osallistujalla on perusosaami- nen rahapeliongelmi- en ehkäisyssä, tunnistamisessa, arvi- oinnissa, hoito- ja kuntoutus- menetelmissä sekä pelaajien läheisten huomioon ottamises- sa.
2010	Prevention och behandling av penningspelsproble- m (6 sp)	Personal inom de kommunala bästjänsterna, den specialiserade vården, tredje sektorn och för- samlingarna som i sitt klientarbete möter problemspelare samt till undervisningspersonal och studenter. Materialet kan utnyttjas inom penningspelssamman- slutningarnas personalutbildning.	Målet är att ge deltagarna goda baskunskaper i att förebygga, identifiera och bedöma spel- problem, behandlings- och rehabiliteringsmetoder samt i att ta hänsyn till anhöriga.
2012	Netti- ja peliongel- mat ja opiskelukyky (1 op/2 op)¹⁸	Opiskelijoita työssään kohtaava sosiaali- ja terveysalan, opetuk- sen, ohjauksen ja muiden alojen henkilöstö sekä opiskelijajärjestö- jen hyvinvointi- ja sosiaalivastaa- vat	Osallistujalla on perustietoa internetin käytön sekä raha- ja digitaalisen pelaamisen on- gelmistä, ongelmien ehkäisyssä, tunnistamisesta, arvioinnista, hoidosta ja palveluista. Hän osaa tunnistaa ja ottaa puheek- si näitä ongelmia sekä ohjata tarvittaessa muihin palveluihin ja antaa varhaisvaiheen tukea.
2013	Pelihaittojen ehkäi- sy (2 op)	Sosiaali-, terveys- ja kasva- tusalan sekä nuorisotyön henki- löstö, jonka työssä painottuu haittojen ehkäisy ja varhaisvai- heen auttaminen, näiden työalo- jen koordinointi-, kehittämis- ja suunnittelutehtävissä toimivat sekä kaikki pelihaittojen ehkäi- systä kiinnostuneet.	Osallistujalla on perustietoa raha- ja digitaalisesta pelaami- sesta ja pelihaitoista sekä työ- välineitä pelihaittojen ehkäi- syyn yksilö- ja yhteisö-tasolla, pelihaittojen tunnistamiseen, arviointiin, varhaiseen tukeen ja palveluihin ohjaamiseen peliongelmissa.
2014	Peliongelmat mielenterveystyössä (2 op)	Mielenterveystyössä toimivat	Kurssi valmistuu myöhem- min.
2014	Peliongelmat työter- veyshuollossa (2 op)	Työterveyshuollossa toimivat	Kurssi valmistuu myöhem- min.

¹⁸ YTHS:n ja THL:n yhteistyössä tuottama

Kurssien tuottamista ovat johtaneet monikäyttöisyyden ja laadun varmistamisen ajatukset. Koulutukset soveltuvat eri ammatti- ja koulutusaloille, eri koulutusasteisiin sekä eri koulutusmuotoihin, kuten täydennys- ja henkilöstökoulutuksiin sekä tutkintokoulutusten osaksi. Moduulipohjaisia koulutuksia voi hyödyntää joustavasti valiten joko kurssin tai sen osia. Sisällöissä keskitytään rahapelaamiseen, minkä ohella joissakin kursseissa käsitellään myös digitaalista pelaamista ja internetin käyttöä. Teksti- ja videoaineistojen lisäksi kursseihin sisältyy oppimistehtäviä ja lähiopetuspäiviä. Lähiopetuspäiviä on kahden opintopisteen kursseissa yksi ja laajemmassa kurssissa yksi kussakin kahden opintopisteen moduulissa.

Verkkokursseja voi hyödyntää:

- peliongelmiin ehkäisyssä
- peliongelmiin tunnistamisessa ja arvioinnissa
- neuvonnassa ja ohjauksessa palveluihin
- hoidossa ja kuntoutuksessa
- oman peliasiantuntemuksen kasvattamisessa.



Kuva 2. Esitteestä Pelihaittojen ehkäisy-verkkokurssi 2013

Ammatillisten oppilaitosten, ammattikorkeakoulujen, yliopistojen ja THL:n yhteistyössä toteuttamat Rahapeliongelmiin ehkäisy ja hoito -verkkokurssit aloitettiin täydennyskoulutuksina, joiden rinnalla kurseja on alettu hyödyntää tutkintokoulutuksessa. Vuosien 2009–2012 aikana kurseille on osallistunut noin 350 henkilöä. Osallistujia on ollut eri puolilta Suomea, pohjoisimmat heistä Rovaniemeltä. Eniten osallistujia on ollut Etelä- ja Länsi-Suomesta. Työaloittain tarkasteltuna eniten osallistujia on ollut sosiaalialalta ja yksittäisiä ammattialoja tarkastellen eniten päihdetyöstä.

Kursseista kootaan anonymina annettavaa palautetta, joka on ollut pääosin myönteistä. Palautteiden koonnissa oppimisasiaineiston taso ja koulutuksen hyöty omassa työssä ovat saaneet erityisen hyviä arviointia. Kurssien lähipäivien kohdalla palautteissa on ollut eniten hajontaa.

”Mielestäni kurssi toimii verkkokurssina vallan mainiosti. Itselleni konkreettisimmat hyödyt olivat kurssin mukanaan tuoma laaja tietopaketti, jonka tulostin itselleni kansioon, jotta voin siihen myöhemmin palata tarpeen vaatiessa ja kysymysten noustessa työn myötä. Toinen tärkeä vaikutus oli näillä tehtävillä, jotka lyhykäisyydestään huolimatta saattoivat moneen kertaan kevään aikaan pohtimaan peliongelman liittyviä kysymyksiä ja mikä tärkeintä tuota omaa työtapaa ja sen toimivuutta tavoitteisiin (riippuvuudesta vapautumiseen) nähden”. (Sosiaaliterapeutti, A-klinikka)

Netti- ja peliongelmat ja opiskelukyky -verkkokursseja on alettu järjestää vuoden 2013 alusta ensin Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) ja THL:n yhteistyönä YTHS:n toimipisteissä. Pelihaittojen ehkäisy -kurseja järjestetään vuoden 2013 syksystä lähtien.

Miten pääsen koulutuksiin tai löydän tietoa peliongelmistä?

Verkkokursseista saa tietoa pääsääntöisesti kahta reittiä. THL:n Pelihaitat - verkkosivuille osoitteeseen www.thl.fi/pelihaitat/koulutus pyritään saamaan mahdollisimman ajankohtainen tieto markkinoinnissa olevista täydennyskoulutuksista. Koulutusorganisaatiot alueillaan ilmoittavat myös koulutustarjonnastaan. Mikäli omalla alueella ei toivottua kurssia ole tarjolla, koulutustarpeesta voidaan viestittää alueen koulu-

tusorganisaatioille tai tämän artikkelin kirjoittajalle sähköpostiosoitteeseen tuula-leena.raiski(at)koske.fi. THL maksaa toistaiseksi osan täydennyskoulutuksena toteutettavien kurssien kustannuksista vuosittain sovittavan määrärahan puitteissa, jotta osallistumismaksut eivät muodostuisi liian korkeiksi. Pelihaitat-verkkosivuilta löydät tietoa myös yksittäisistä koulutuspäivistä ja seminaareista. Verkkosivuilta löydät myös julkaisuja ja tietoa omaehtoiseen osaamiseen kehittämiseen sekä tukiaineistoja ja oppaita.

Lähteet

- Castren, Sari & Lahti, Tuuli: Rahapelaaminen on yhteydessä hyvinvointiin. *Psykologi* 03 (2012): 19–20.
- Hakkarainen, Pekka & Järvinen-Tassopoulos, Johanna & Metso, Leena: Miten alkoholinkäyttö, rahapelaaminen ja huumeidenkäyttö kytkeytyvät toisiinsa? Teoksessa Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer (toim.): *Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010, 264–279.
- Halme, Jukka T. & Tammi, Tuukka: Katsaus ongelmapelaamisen ja patologisen pelaamisen hoitoa koskevaan vaikuttavuustutkimukseen: tutkimus on vähäistä ja tulokset epävarmoja. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45 (2008): 301–313.
- Itäpuisto, Maritta: Peliongelmaisen hoitoon hakeutumisen esteet. *Yhteiskuntapolitiikka* 3 (2011): 309–319.
- Jaakkola, Tapio, Murto, Antti & Pajula, Mari: *Peliklinikan toimintakatsaus 2012 ja Peluurin puolivuosisiraportti 2012*. Peliklinikka 2012.
- Nuorvala, Yrjö & Järvinen-Tassopoulos, Johanna & Huhtanen, Petri: Mielenterveyden häiriöt yleisiä peliongelmaisilla päihdepalvelujen käyttäjillä. *Tiimi* 2 (2009): 9–11.
- Pelihaitat-verkkosivusto www.thl.fi/pelihaitat [25.2.2013]
- Problem Gambling Research and Treatment Centre (PGRTC): *Guideline for screening, assesment and treatment in problem gambling*. Clayton: Monash University 2011. <http://www.med.monash.edu.au/assets/docs/sphc/pgrtc/guideline/problem-gambling-guidelines-web.pdf> [26.2.2013]
- Raiski, Tuula-Leena: Osaamistarve rahapeliongelmiensa ehkäisyssä ja hoidossa. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos Raportti* 3/2011.
- Taipale, Vappu & Hämäläinen, Hannu: *Kertomuksia sosiaalisista innovaatioista*. Helsinki: Stakes, 2007.
- Turja, Tuomo: *Kuntien käytännöt ja tiedon taso rahapeliongelmaisten hoidossa*. Sosiaali- ja terveysministeriö 9/2006.

3.2. Rahapelit poikki virtuaalisesti – työntekijöiden kokemuksia uuden ajan asiakastyöstä

Sjöholm Markus, Castrén Sari, Lahti Tuuli

Peli poikki on vuonna 2007 Suomessa aloitettu kahdeksan viikon mittainen ohjelma, jossa rahapeliongelmaiset pyrkivät saamaan pelaamiseensa hallintaan terapeutin tuella – häntä kuitenkaan tapaamatta. Peluurin palvelukokonaisuuden tarjoama virtuaaliterapia on asiakkaille kätevää eikä terapeuteillakaan näytä olevan kaipuuta menneeseen: kun alun arasteluista ja pienistä vaikeuksista on selvitty, on rahapeliongelmaisten kohtaaminen terapeutin mielestä virtuaalisesti, puhelimen ja internetin välityksellä monessa mielessä jopa helpompaa kuin kasvokkain.

Virtuaaliterapiaa, virtuaalitukea vai oma-apua – mistä Peli poikki -ohjelmassa on kyse?

Kansainvälisissä ja kotimaisissa tutkimuksissa tätä kahdeksan viikon mittaista ohjelmaa nimitetään virtuaalipohjaiseksi kognitiivis-behavioraaliseksi terapiaksi tai kognitiiviseksi käyttäytymisteriaksi, ja Peli poikki -ohjelman nettisivuilla sen sijaan puhutaan oma-apuohjelmasta. Mistä on oikein kyse? ”Jossain tosiaan puhutaan hoidosta ja terapiasta, toisaalla taas oma-avusta tai itsehoito-ohjelmasta. Jos ihminen kokee pelaamisen olevan sairaus, niin sitten tämä on terapiaa, emme lähde väittelemään. Ja lukeehan ovesammekin verkkoterapeutti. Käytännön asiakastyöntekijöinä emme ole kuitenkaan kauheasti jaksaneet miettiä määritelmiä, vaan koitamme keskittyä olennaiseen: tukemaan asiakasta saamaan pelaamisensa ja elämänsä parempaan hallintaan”, toteaa ohjelmassa alusta asti mukana ollut verkkoterapeutti Timo Alihan-ka.

Myös tutkimusnäytön perusteella Peli poikki -ohjelma on tehokas tapa vähentää pelaamista ja lisätä elämänhallintaa: Ruotsissa samaisen ohjelman vaikuttavuustutkimukset ovat osoittaneet, että osallistujien rahapeliongelma, ahdistuneisuus ja masennus vähenivät, ja samalla osallistujien elämänlaatu parani (Carlbring ja Smit 2008; Carlbring ym. 2012). Suomen Peli poikki -ohjelman vaikuttavuusarvioissa huomiot olivat samansuuntaisia (Huotari ja Pitkänen 2009; Castrén ym. 2013).

Maksuttomaan Peli poikki -ohjelmaan ilmoittautui heinäkuun 2011 ja kesäkuun 2012 välisenä aikana 205 henkilöä, joista 140 sai ohjelman kaikki osa-alueet suoritettua (Jaakkola ym. 2012). Asiakasmäärän kasvua edellisen vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna oli 18 prosenttia.

Asiakkaat tekevät viikoittain netin välityksellä tehtäviä, joissa he pohtivat monipuolisesti omaa ongelmalista pelaamistaan ja sen taustatekijöitä. Tehtävät koostuvat monivalintakysymyksistä sekä avoimista vastauskentistä. Tehtävien avulla asiakas pohtii tilanteita, jotka pelaamiseen ajavat; ajatuksia, jotka heräävät ennen pelaamista, sen aikana ja sen jälkeen; voimavaroja, tuki- ja apukeinoja, joita hänellä on arjessaan jo käytössä, sekä muita apukeinoja, joita hän voisi jatkossa hyödyntää saadakseen pelaamisensa hallintaan. Myös taloudenhallinta on yksi tärkeä osuus, samoin kuin toimintasuunnitelmien teko mahdollisten retkahdusten varalle.

Verkkoterapeutti näkee omalta päätteeltään asiakkaan vastaukset tehtäviin. Hän valmistautuu viikoittain käytävään puolen tunnin pituiseen tukipuheluun katsomalla asiakkaan vastaukset, käymällä läpi edellisen puhelun muistiinpanot sekä tarvittaessa hänen taustatietonsa. Asiakasta vastuutetaan – kuten kasvokkain tapahtuvassa asiakastyössäkin – oman ongelmakäyttäytymisensä muuttamisesta. Tämä tarkoittaa sitä, että käyttäytymismuutos on ohjelmassa aina tavoitteena, mutta tavoitteen tarkemmasta sisällöstä päättää asiakas itse. ”Noin puolella asiakkaista on tavoitteena saada rahapelaaminen kokonaan loppumaan. Toisella puolella vain haitoiksi koetut, usein niin sanotut nopeatempoiset pelit halutaan kuriin. Tavoitteisiin liittyy oleellisesti myös muu elämänhallinta, kuten ihmissuhteet, taloudenhoito ja mielenterveys. Me keskustelemme tavoitteista yhdessä ja joskus asiakas myös haluaa muuttaa niitä kesken ohjelman kun hänelle paljastuu karu fakta – muutkaan pelit eivät ole hallinnassa. Niinpä hän sitten haluaakin lopettaa pelaamisensa kokonaan”, kertoo ohjelman toinen verkkoterapeutti Petri Behm.

Asiakas hakeutuu netin kautta mukaan ohjelmaan täyttämällä yhteystietonsa sekä seulontakyselyn. Pian tämän jälkeen hänelle lähetetään sähköpostia arvioidusta jonotusajasta. Kun paikka vapautuu, asiakkaalle lähetetään uudelleen sähköpostia ja häntä pyydetään rekisteröitymään ohjelmaan kahden viikon sisällä ohjelman nettisivuilla. Muutama muistutusviesti lähtee tarvittaessa jonkun ajan kuluttua perään. Jos asiakas ei rekisteröidy kahden viikon sisällä, katsotaan paikka luovutetuksi ja kutsu lähtee seuraavalle jonossa olijalle. ”Kaikki hakeneet eivät aloita ohjelmaa. Hakeminen on ensimmäinen askel, seuraava on itse aloittaminen. Tämän välissä on ehtinyt sattua paljonkin. He ovat ehkä hakeneet mukaan aamuyön pimeinä tunteita hävityn pelisession jälkeen, mutta seuraavana päivänä kaikki näyttääkin jo paremmalta. Tai voi myös olla, että he hakevat jotain muuta apua”, pohtii Behm.

Ensimmäisessä puhelussa käydään läpi asiakkaan nykytilanne, taustat, odotukset ja tavoitteet. Lisäksi kerrataan ohjelman sisältö ja varmistetaan, että asiakas on valmis sitoutumaan siihen. Ensimmäinen puhelu (kesto noin 60 minuuttia) on verkkoterapeuttien mukaan erityisen tärkeä, sillä siinä ihminen joko kiinnittyy tai ei kiinnity ohjelmaan. Peli poikki -ohjelmaan kuuluu myös aktiivisessa käytössä oleva keskustelufoorumi. Foorumin vertaistuki sekä toisten jakamat kokemukset ja vinkit ovat monelle tärkeitä. Monesti ohjelman jo läpikäyneet asiakkaat vierailevat seurantakyselyjä täyttäessään foorumilla kertomassa tilanteestaan ja kannustamassa ongelmansa kanssa kamppailevia jatkamaan taisteluaan. Aiheet tehtävissä vaihtuvat viikoittain. Jos tehtävät eivät ole tehtyinä soittoaikaan, puhelua siirretään. Keskimääräinen suoritus aika on noin 10 viikkoa, joten monilla suoritus aika hieman pitkittyy. Jos tehtävät ovat toistuvasti tekemättä, terapeutti haastaa asiakasta miettimään, onko hän kyllin sitoutunut ohjelmaan.

Alle 18-vuotiaita ei oteta mukaan ohjelmaan. Ikä onkin ainoa poissulkeva kriteeri. Myös tietokone- tai konsolipeleihin koukussa olevia on käynyt ohjelman läpi ja tehtävät ovat palautteen perusteella toimineet hyvin heilläkin. Osa asiakkaista on kertonut ohjelman jälkeen tehtävissä seurantapuheluissa käyneensä tehtävät läpi myös tupakointinsa ja alkoholinkäyttönsä kannalta ja saaneensa tukea näihin ongelmiin. Sovellusmahdollisuuksia siis muihinkin riippuvuusongelmiin näyttäisi tässä ohjelmassa olevan olemassa.

Virtuaalisen ja kasvokkain tapahtuvan asiakastyön erot ja samankaltaisuudet

Se tiedetään, että virtuaaliterapioista on ollut monelle asiakkaalle hyötyä ja monet myös pitävät näistä terapiamuodoista, jopa kasvokkain tapahtuvia enemmän. Rahapeliongelmiin lisäksi näiden terapioiden tehosta löytyy jonkun verran tutkimusnäyttöä myös muiden riippuvuusongelmien hoidossa kuten Gainsburyn ja Blaszczynskin (2011) meta-analyysi osoittaa. Peli poikki -ohjelman kaltaiset strukturoidut kognitiivis-behavioraaliset terapiat, joissa keskitytään riskialttiiden tilanteiden, ajatusten ja käyttäytymisen tunnistamiseen sekä sen kontrollointiin ja muuttamiseen, näyttävät olevan muita lähestymistapoja tehokkaampia riippuvuusongelmien hoidossa (Problem Gambling Research Center (PGRTC) 2011; Gainsbury ja Blaszczynski 2011).

Mutta entä työtä tekevät verkkoterapeutit? Miten he työnsä kokevat? Mikä on vaikeampaa, mikä helpompaa? Mikä tuottaa ongelmia, mikä on taas kätevämpää? Miten työ eroaa kasvokkain tapahtuvasta asiakastyöstä?

Peli poikki -ohjelmassa jo vuosia työskennelleet verkkoterapeutit Alihanka ja Behm tietävät, sillä molemmilla on runsaasti aiemman työkokemuksen suoma vertailunäkökulmaa myös kasvokkain tehdystä työstä. Alihanka myöntää, että hänelle oli aivan alussa hieman totuttelemista siihen, ettei nähnyt asiakasta. Hän oli myös tottunut tekemään työtä tiimissä, mutta uudessa Peli Poikki -ohjelmassa hän oli aluksi yksin. Kun Behm tuli mukaan hankkeeseen reilun vuoden päästä aloituksesta, menetelmiä ja omaa työskentelytapaa saatiin kehitettyä eteenpäin. ”Timo oli tehnyt hyvää työtä, minun oli helppo tulla mukaan. Ei minulla kyllä ollut mitään ongelmia siirtyä kasvokkain tehtävästä terapiasta tähän puhelin- ja nettivälitteiseen”, Behm muistelee alkuaikojaan. Hän arvelee mukaantulon helppouden johtuvan osittain siitä, että hän kuuluu sukupolveen, joille tietokoneet ovat olleet pienestä pitäen osana elämää. ”Tietokoneen on toki syytä olla työntekijälle tuttu väline. Se voi asettaa joillekin vähän haasteita, mutta ei tässä mikään guru sentään tarvitse olla. Ainakin tämä meidän ohjelma on helppokäyttöinen”, komppaa kollega Alihanka vieressä.

”Mutta ei tässä silti kaikki virtuaalista ole”, jatkaa Behm. ”Esimerkiksi työnohjukset käydään kasvokkain, aivan kuten heilläkin, jotka tekevät kasvokkaista asiakastyötä. Tapaamme myös Kuopiossa työskente-

leviä kolmea kollegaamme silloin tällöin.” Alihanka lisää ”livityökokemuksen” näkyvän myös siinä, että terapeutit ovat tuoneet kaikki siinä hyväksi havaitsemansa opit mukanaan. Myöskään käytössä oleva metodi, motivoiva haastattelu, ei lähestymistapana juuri eroa, teki sitä kasvokkain tai puhelimesta. Teknisesti motivoivan haastattelun käyttö vaatii hienovaraisuutta ja herkkyyttä, kertoo Behm. ”Kysymme siis aina tähän tyyliin: 'saanko kertoa mielipiteeni' tai 'käsitinkö oikein'. Suora konfrontointi ei kuulu asiaan, mutta voimakas kyseenalaistaminen kyllä välillä. Elämme joustavasti tilanteessa. Pitää reagoida siihen, mitä asiakas sanoo.”

Molemmat vakuuttavat, että asiakkaan kanssa keskustelu puhelimitse ei ole yhtään sen vaikeampaa tai vähempiarvoista kuin kasvokkain. ”Ei minulla ainakaan ole mitään eroa, juttelenko ihmisen kanssa puhelimitse vai kasvokkain. Kun aloitin, ajattelin ehkä eri tavalla. Puhelimesta puhuminen on jopa rennompaa ja tarjoaa työergonomian kannalta paljon liikkumavaraa. Kuulokset päässä voin kävellä ympäri huonetta samalla kun keskustelen, tai voin nostaa välillä vaikka jalat pöydälle. Tätä ei tietenkään voisi tehdä, jos asiakas olisi paikan päällä”, hymyilee Behm ja jatkaa: ”Puhelun rajaaminen on tässä myös tärkeää, koska puheluiden välissä pitää ehtiä hetki latautua, eli vähän jaloitella, hakea kuppi kahvia ja perehtyä seuraavaan soittoon.” Mutta eikö edes empatiaa ole vaikeampaa osoittaa, kun ei näe toista? ”Ei”, vastaa Alihanka. ”Kun et näe ihmistä, niin ei se hirveästi estä empatian osoittamista, koska kuitenkin kuulet, ehkä jopa herkemällä korvalla, mitä ja kuinka ihminen puhuu. Eli se kuuntelukanava kyllä herkistyy ihan eri tavalla tässä työssä.”

Kaikki asiakkaat ovat erilaisia

Asiakkaat eroavat toisistaan monin tavoin: he ovat muun muassa eri-ikäisiä ja tulevat eri tuloluokista, he pelaavat eri pelejä ja heidän peliongelmiensa vakavuus ja liitännäisoireet vaihtelevat. Yhteistäkin on. Alihanka kertoo, että esimerkiksi se, että monelle asiakkaalle ongelman käsittely on puhelimesta helpompaa kuin kasvokkain, sujuvoittaa keskustelua. ”Asiakas on kotonaan, piilossa ja turvassa, joskus kyllä esimerkiksi työpaikan vessassakin. Joillekin voi olla mahdotonta käydä esimerkiksi pikkupaikkakunnan A-klinikalla, koska siellä on tuttuja töissä. Osa ei halua kertoa kenellekään pelaamisestaan ja asiakkaan tahtoa meidän tulee tässäkin tilanteessa kunnioittaa, vaikka puhuminen toisille monesti kyllä auttaisi. Näin puhelimen välityksellä ongelma pysyy siis asiakkaan niin halutessa varmasti muilta piilossa.” Behm kertoo, että asiakkaat käyttävät ohjelmaa monella eri tavalla. Osalle ohjelma täydentää muualta saatua hoitoa, toisille se on pääasiainen hoitokeino, kolmannet käyttävät sitä akuuttiin hätään, neljännet jälkihoitoon ja lopuille ohjelma on sekoitus kaikista edellä luetelluista.

Asiakkailla on myös eriäviä haluja, vaatimuksia ja pyrkimyksiä: ”Asiakkaissa on perheellisiä, joille on tulossa lapsia, on eläkeläisiä, nuoria työttömiä, tai menestyviä yritysjohtajia, ihan keitä tahansa. Ei tyypillistä pelaajaa olekaan. Ainoat asiat, jotka meidän asiakkaita lähes järjestään yhdistävät, ovat se, että kaikki haluavat muutosta, ja se, että lähes kaikki ovat hyvin avoimia omasta tilanteestaan. Jos siis kysyy jostain vaikeammasta, useimmiten ihmiset kyllä vastaavat.” Alihanka kertoo asiakkaiden puhuvan monenlaisista huolistaan: talous- ja ihmissuhdeongelmistaan, sydämentykytyksistään, ahdistuksestaan, unettomuudestaan, peloistaan ja vieroitusoireistaan, oikeastaan mistä tahansa.

Noin puolella ohjelmassa mukana olevilla on peliongelman lisäksi muitakin ongelmia: osalla on ongelmia päihteiden kanssa, monilla on ihmissuhdeongelmia, eräillä esiintyy mielenterveysongelmia ja etenkin masennus on melko tyypillistä. Peliklinikan vuosiraportin (Jaakkola ym. 2012) mukaan moni ohjelmassa mukana oleva on varastanut läheiseltään tai työpaikaltaan pelaamistaan varten. Pelaamisesta valehtelu ja sen peittäminen on vielä tyypillisempää. Tämä petosten vyyhti aiheuttaa monelle ahdistusta. ”Myös muut ongelmat painavat asiakasta ja me käymme niitä ohjelmassa läpi kokonaisvaltaisesti. Emme poissulje mitään siksi, ettei se kuuluisi osana ongelmapelaamisen vyyhtiin. Joitain ongelmia on toki hyödyllisempää käsitellä muualla, esimerkiksi velkaneuvontaa tarvitsevat ohjaamme tämän alan asiantuntijoiden pariin.”

Asiakkaiden monipuolisuus näkyy myös esimerkiksi siinä, miten he vastaavat tehtäviin. Osa vastaa pitkästi pohtien, toiset taas vain parilla sanalla. ”Monet kirjoittavat vähän mutta täydentävät vastaustaan myöhemmin puhelimesta. Kyllä niistä lyhyistä avainsanoistakin aina hyvää keskustelua saadaan aikaan”, toteaa Behm. Muutokset asiakkaiden arjessa näkyvät hänen mukaansa silti selvemmin toiminnassa kuin puheissa

tai kirjoituksissa. ”On mielenkiintoista kuulla, miten ihmisen arki on mennyt. Aina voi miettiä ja puhua, mutta jos ne ajatukset eivät siirry sinne toimintaan, niin ei se arki kummasti muutu.” Monet mukana olevista haluavat ottaa myös läheisensä mukaan prosessiin, eikä tämä nettimuotoinen palvelu sitä estä. Päinvas-
toin, ohjelmassa tuetaan asiakasta ottamaan pelaaminen puheeksi myös läheistensä kanssa, mikäli eivät sitä vielä ole tehneet. ”Koko ajan puhumme myös läheisten ajatuksista ja suhtautumisesta pelaamiseen sekä aktivoimme asiakkaita kaikenlaisten tukipylyväiden käyttöön. Osa sitten täyttee tehtävätkin läheistensä kanssa. Se on hyvä juttu, läheiset on hyvä saada mukaan prosessiin.”

Ongelmia ja niiden ratkaisukeinoja

Peli poikki -ohjelmassa on vuosien saatossa tullut vastaan myös muutamia ongelmia: alkuvaiheessa jonotusajat olivat pitkiä, mutta ne on tähän päivään mennessä saatu kohtuullistettua, ja toisinaan tekniset ongelmat ovat haitanneet työskentelyä. ”Kun olin aluksi yksin, jonot olivat ihan järjettömiä, kohtuuttomia. 140 ihmistä oli pahimmillaan jonossa ja kun kerralla yksi työntekijä voi hoitaa 20 henkilöä, jonot venyivät lähemmäs vuoteen. Eihän siinä ollut mitään järkeä. Silloin piti vaan hyväksyä, että teki töitä minkä ehti ja niin laadukkaasti kuin pystyi ja se jono eli sitten omaa elämäänsä. Ei suurin osa tietenkään noin kauaa jaksanut jonottaa vaan he alkoivat tehdä omia ratkaisujaan, siirtyivät hakemaan apua muualta. Kun jono venyi näin pitkäksi, se laitettiin kiinni 10 kuukaudeksi. Sen jälkeen jonoa ei ole tarvinnut enää sulkea.” Vuodesta 2010 tähän hetkeen [haastattelujankokhta tammikuu 2013] jono on ollut koko ajan kohtuullinen: se on vaihdellut kolmesta viikosta seitsemään viikkoon. Jonon lyhentämiseen on auttanut se, että kahden kokopäiväisen työntekijän ohella Peli poikki -ohjelmassa työskentelee nyt myös neljä osapäiväistä verkkoterapeuttia. Heistä yksi on Peluurista ja kolme muuta Kuopion kriisikeskuksesta.

Peli poikki -ohjelman omistaa ruotsalainen SiLabs Ab. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella (THL) on ohjelman käyttöoikeudet Suomessa. Tämä tarkoittaa, että THL rahoittaa ohjelman toteutuksen osana ongelmapelaajien hoidon kehittämistyötä, mutta on tehnyt sopimuksen Peluurin kanssa ohjelman tämän hetkestä toimeenpanosta. THL on yhdessä Peli poikki -terapeuttien kanssa ollut kehittämässä ohjelman nyky-
muotoista versiota niin sisällöllisesti kuin teknisestikin vuosina 2010–2011. Nyt kehitystyön seurauksena tekniikka toimii varmemmin, kun aiemmin teknisten ongelmien selvittelyyn kului turhaa aikaa. Tämän vuoden teemana onkin hioa tekstejä ja monipuolistaa sisältöjä. Tekstipohjaiseen ohjelmaan onkin viime aikoina lisätty jo muutamia videonpätkiä. Myös soittotilanteissa esiintyy toisinaan pieniä ongelmia, jonka seurauksena puheluita joudutaan siirtämään ja samalla ohjelman suoritus aika venyy. Soittoaikaa siirretään, mikäli asiakas on päihtynyt tai auton ratissa. ”En todellakaan halua kuulla puhelun päättyvän kolariin.” Usein myös kentät katkeavat tai asiakas ei muuten pysty keskittymään, kun tekee samalla toista keskittymistä vaativaa hommaa”, Alihanka sanoo. Peliklinikan vuosiraportin (Jaakkola ym. 2012) mukaan Peli poikki -ohjelman asiakkaita ylikorostuu korkeakoulutettujen sekä naisten osuus, kun asiakkaita verrataan väestökyselyssä (Turja ym. 2012) saatuihin taustatietoihin suomalaisista ongelmapelaajista. Ikääntyneitä ja maahanmuuttajia, jotka tosin muutenkin hakevat apua harvoin, on asiakkaita myös keskiarvoa vähemmän. Suosiiko Peli poikki -ohjelma siis tiettytyypisiä asiakkaita? ”Mukana on kyllä monipuolisesti kaikenlaista porukkaa, ikääntyneitäkin”, vakuuttavat terapeutit. He epäilevät, että atk-valmiudet saattavat karsia osan vanhemmista ihmisistä pois. Iäkkäämmät henkilöt ovat myös usein hieman skeptisempiä ohjelmasta – tai terapeuteista: ”Osa iäkkäämmistä varmistaa verkkoterapeutin iän heti ensimmäiseksi. He haluavat jutella ihmisen kanssa, jolla on elämäkokemusta, eivätkä suostu keskustelemaan ”kloppien kanssa”.

Maahanmuuttajien keskiarvoa pienemmälle esiintymiselle löytyy niin ikään muutama selitys. ”Puutteellisella kielitaidolla monimutkaisen asian hoitaminen puhelimesta on vaikeaa. Tehtävät ovat suomeksi, joten riittävä kielitaito tunneilmaisuuksiin on oltava.” Alihanka on tosin ruotsinkielentaitoisena käynyt ohjelman muutaman kanssa myös ruotsiksi. Äidinkielenään venäjää puhuvia on myös ollut vuosien saatossa jonkun verran mukana, mutta he kaikki ovat osanneet riittävästi suomea.

Avointa mieltä verkkovälitteiseen asiakastyöhön ja peliongelman kohtaamiseen

Alihangan ja Behmin mielestä verkkoterapiaa tekevän tärkein työkalu netin ja puhelimen lisäksi on avoin mieli. ”Kenties monet sosiaali- ja terveysalan ihmiset kohtaavat ongelmapelaajia ja kokevat etteivät osaa toimia heidän kanssaan. Jos näin on, niin ehkä se on vähän turhaa arkuutta, sillä nämä ihmiset ovat vuosikymmeniä kohdanneet ihmisiä perinteisemmissä ongelmissa ja perinteisimmillä keinoilla. Ei se loppujen lopuksi sen kummallisempaa ole työskennellä ihmisten ja heidän ongelmiensa kanssa, oli aihe mikä tahansa. Jos jotain uusien pelien erikoisuuksia ei satu tietämään, niin siinä se asiakkaan kanssa sitten selvitetään. Pelimarkkinat muuttuvat nopeasti ja asiakkaat kyllä kertovat ja kuvailevat tarkkaankin, miten nuo uudet pelit heitä koukuttavat. Sen epävarmuuden yli kannattaa päästä. Samoin sen, että tässä on joku outo netti työkalu. Se on ainoastaan työkalu, ei se ole uhka millekään”, vastaavat he toisiaan täydentäen.

Avoin mieli on tärkeää myös rahapeliongelman luonteen ymmärtämisessä. Terapeuttien mukaan monilla on usein tietty teoria siitä, miten rahapeliongelma pääsee eroon, mutta käytännön asiakastyökokemus osoittaa, että eri ihmisille näyttää toimivan erilaiset jutut: ”On monia erilaisia polkuja toipumiseen ja asiakkaita pitää kunnioittaa heidän tarpeissaan ja haluissaan.” Juuri näiden erilaisten ihmisten kohtaaminen päivittäin tekee verkkoterapeuttien mielestä työstä mielekäästä. Myös se lisää työntekijöiden motivaatiota, että asiakkaat tuntuvat aidosti arvostavan heidän tekemäänsä työtä.

Peli Poikki on muutokseen motivoiva tehokas apukeino

Behmin mielestä olisi hieman naiivia ajatella, että peliongelma katoaisi kokonaan tämän ohjelman aikana ja pelkästään sen ansiosta. Monet asiakkaat käyvät samaan aikaan myös muussa terapiassa ja hoidossa. ”Tämä ohjelma on toki erittäin hyvä alku ja pelaamattomuuteen kyllä kykenee tämän avulla pääsemään, mutta niitä arkipäivän valintoja pitää sitten osata tehdä kahdeksan viikon jälkeenkin. Ei tämä ohjelma, kuten ei mikään muukaan terapia, ole ylhäältä tuleva ihme, jonka jälkeen asiakkaan ei itse tarvitsisi enää ponnistella. Suurin työ asiakkaan täytyy tehdä itse, me olemme vain työkaluja hänelle ja toki häntä ponnisteluissaan kannustamme. Asiakas käyttää silti puheluita lopulta sillä tavalla kuin itse haluaa.”

Myös omaan rooliinsa hänellä on varsin vaatimaton näkemys: ”Verkkoterapeuttien osuus tässä ohjelmassa on sinänsä aika pieni, vaikka me olisimme kuinka taitavia tahansa. Asiakas on itse muutoksensa ylin agentti, joka vastaa omista valinnoistaan. Mutta toki me kyllä ohjelmassa haastamme hänen valintojaan ja arkeaan parhaamme mukaan. Sieltä ne lääkkeet siihen pelaamattomuuteen lopulta löytyvät.”

Molempien terapeuttien mielestä virtuaaliterapiaa voi soveltaa hyvin rahapeli riippuvuuden lisäksi ainakin joihinkin muihin ihmisten kohtaamiin ongelmiin. ”Jos joku ihminen haluaa mieltä esimerkiksi masentuneisuuttaan tai pelkojaan, niin netin välityksellä tarjottava oma-apupainotteinen ohjelma voisi sopia tähän tarkoitukseen oikein hyvin”, pohtii Behm. Alihanka nyökkää ja täydentää: ”En näe syytä, miksei tällaista voisi enenevässä määrin kehittää. Pienessä mittakaavassa sitä kai jo onkin. Ihmisillä on monesti suuri kynnys lähteä hakemaan kasvokkain tapahtuvaa hoitoa tai tukea. Juuri matalakynnyksisyys on tämän nettiterapiaohjelman suurimpia arvoja.”

Lisätietoa nettisivuilta:

www.pelipoikki.fi

www.peluuri.fi

www.thl.fi/pelihaitat

Verkkoterapiaa tarjolla myös muihin ongelmiin

Peluurin lisäksi netistä löytyy myös muita verkkoterapiaa tarjoavia suomalaistoimijoita. Kuten Peli poikki -ohjelma, myös useimmat muut verkkoterapiat ovat strukturoituja eli tietyn viikoittaisen ohjelman mukaan eteneviä. Erityisen hyvin verkkoympäristöön soveltuvat kognitiivis-behavioraaliseen menetelmään nojaavat terapiat, joissa asiakas tekee itsenäisesti tehtäviä terapiaistuntojen välissä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) on lähiaikoina aloittamassa omia verkkoterapioitaan. ”Kansalaisten käyttöön

olemme aloittamassa masennuksen nettiterapiaa aivan lähiaikoina. Pilotoimme sen pikapuoliin. Myöhemmin verkkoterapiaa on tulossa myös muihin häiriöihin, muun muassa paniikkihäiriöön ja sosiaaliseen fobiaan”, kertoo psykologi ja kognitiivisen käyttäytymisterapian psykoterapeutti, Salla Saiho HUS:sta, joka on ollut mukana verkkoterapioiden kehitystyössä.

Kuten Peli Poikki -ohjelmassa, myös HUS:n verkkoterapioissa asiakas saa käyttäjätunnukset nettisivustolle. Verkkoterapiaohjelmissa on niin ikään suojattu keskustelualue, mutta se ei ole Peli Poikki -ohjelman tapaan vertaistukeen perustuva, vaan asiakas voi lähettää sinne tarvittaessa kysymyksiä, joihin verkkoterapeutit vastaavat. HUS:n ohjelmissa ei käydä tukipuheluita, mutta verkkoterapeutti antaa kirjallista palautetta asiakkaan tekemistä tehtävistä. Asiakkaan eteneminen on HUS:n ohjelmissa itsenäisempää kuin Peli Poikki -ohjelmassa: esimerkiksi masennuksen verkkoterapiaohjelmassa on seitsemän istuntoa, jotka asiakas tekee omassa tahdissaan. Istunnot koostuvat kyseistä ongelmaa/oiretta käsittelevistä teksteistä, videoista ja tehtävistä, jotka auttavat ongelman jäsentämisessä. Istuntojen välillä asiakas tekee oireeseensa liittyviä tehtäviä. Verkkoterapeutti antaa pariin kertaan ohjelman aikana tiivistetysti palautetta sekä kirjoittaa asiakkaalle loppuyhteenvedon. Verkkoterapeutti on myös kaiken aikaa tavoitettavissa keskustelualueen kautta, jos kysymyksiä tai ongelmia ohjelman aikana ilmenee. HUS:n verkkoterapioihin tarvitaan hoitotaho, joka arvioi asiakkaan sopivuuden hoito-ohjelmaan. ”Esimerkiksi masennuksen verkkoterapian alkuvaiheessa hoitava taho käy läpi masennuksen diagnostiset kriteerit. Poissulkukriteereinä ovat psykoottisuus, vakava masennus ja vakava itsetuhoisuus”, Saiho kertoo. ”Jos terapia ei toimi tai se ei riitä asiakkaalle, verkkoterapeutti ohjaa asiakkaan eteenpäin muihin hoitovaihtoehtoihin.”

Työntekijän näkökulmasta verkkoterapia ”tarjoaa mahdollisuuden hoitaa useampia potilaita samaan aikaan, se on sisällöltään strukturoitua sekä auttaa asiakasta selviämään ongelmansa kanssa uutta teknologiaa hyödyntäen.” Asiakkaan näkökulmasta verkkoterapian etuja ovat matalakynnyksisyys ja hoitovalikoiman monipuolistuminen, kertoo Saiho. ”Esimerkiksi sosiaalisesta fobiasta kärsivien joukossa voi olla runsaasti henkilöitä, jotka eivät edes haluaisi kasvokkain tapahtuvaa terapiaa ja ilman verkkoterapiaa he eivät kenties hakeutuisi hoitoon lainkaan.” Verkkoterapiassa on Saihon mukaan muutamia haittapuoliakin: ”Asiakasterapeuttituhde jää pinnallisemmaksi, ongelmien laajempi käsittely ei ole mahdollista, koska käsitellään vain hoidettavaa oiretta eikä terapiasuhteen vaikuttavuus ole sama kuin kasvokkain tapahtuvassa terapiasa.” Verkkoterapian käyttö on hänestä mielekästä silloin, kun hoidetaan rajattua ongelmaa. ”Mielestäni tämä on hyvä apuväline ja lisämahdollisuus, jolla kasvatetaan eri hoitomuotojen saatavuutta. Verkkoterapia ei kuitenkaan sovi kaikille eikä korvaa muuta hoitoa. Odottelemme innostunein mielin ohjelmien laajempaa käyttöönottoa. Käyttäjäkokemukset ovat tähän mennessä olleet positiivisia.”

Lähteet

- Castrén Sari, Pankakoski Maiju, Tamminen Manu, Lipsanen Jari, Ladouceur Robert, Lahti Tuuli. Internet-based CBT intervention for gamblers in Finland: experiences from the field. *Scandinavian Journal of Psychology*; 2013; DOI: 10.1111/sjop.12034.
- Carlbring Per, Degerman Nicklas, Jonsson Jakob, & Andersson Gerhard. Internet-based treatment of pathological gambling with a three-year follow-up. *Cognitive Behaviour Therapy* 2012; 1-14.
- Carlbring Per, Smit Filip. Randomized trial of internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008; 76: 1090-1094.
- Gainsbury Sally, Blaszczynski Alex. A systematic review of internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clinical Psychology Review* 2011(a): 31: 490-498.
- Huotari Kari, Pitkänen Sari. ”Pahimmasta on päästy” – arviointi Peli poikki -ohjelmasta ongelmapelaajien tukena. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 2009.
- Jaakkola Tapio, Murto Antti, Pajula Mari. Peliklinikan toimintakatsaus 2012 & Peluurin puolivuotisraportti 2012. Helsinki: Peliklinikka & Peluuri, 2012.
- Problem Gambling Research and Treatment Center (PGRTC). Guideline for screening, assessment and treatment in problem gambling. Clayton: Monash University, 2011.
- Turja Tuomo, Halme Jukka, Mervola Markus, Järvinen-Tassopoulos Johanna, Ronkainen Jenni-Emilia. Suomalaisten rahapelaaminen 2011. (Tilastoraportti, 2. tarkistettu painos). Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 2011.

4 VERTAISTOIMINTAA, KOKEMUS- ASIAANTUNTIJOITA JA OMAISIA

4.1 Asema 78 – päihteetön kohtaamispaikka korvaushoidossa oleville huume- kuntoutujille Jyväskylässä

Mättö, Marko & Juntunen, Marko¹⁹

Keväällä 2012 Jyväskylässä käynnistyi RAY:n rahoittama kehittämisprojekti korvaushoidossa olevien huume-kuntoutujien vertaistoimintakeskuksen perustamiseksi. Hanke toteutetaan Sovatek-säätiön hallinnoimana. Toiminnalla pyritään tukemaan korvaushoitoasiakkaita päihteettömän elämäntavan omaksumisessa sekä tarjoamaan heille päihteetön kohtaamispaikka kodin ulkopuolella.

Asiakkaat ovat olleet projektissa mukana alusta saakka, ja itse asiassa koko toimintakeskuksen perustamisidea on lähtenyt asiakkaiden aloitteesta ja tarpeesta. Projektissa työskentelevät projektityöntekijät Marko Mättö ja Marko ”Andy” Juntunen. Mättö on koulutukseltaan nuoriso- ja vapaa-ajanohjaaja sekä sosiologi. Ennen projektiin mukaantuloa hän työskenteli Rikosseuraamuslaitoksella. Andy toimi ennen hanketta Sovatek-säätiön Huume-kuntoutus- ja korvaushoitoyksikössä.

Kesällä 2010 maleksimme veljeni Anen kanssa Jyväskylän keskustassa, etsien paikkaa mihin mennä ja viettää aikaa kaikessa rauhassa, ilman juopuneita tai muuten kamoissaan olevia. Siinä paikkaa etsiessämme eksyimme Coffee Houseen, pulla ja kahvi 5€, ja seurana vain toisemme. Tästä suivaantuneina, otimme yhteyttä päihdehuoltoon toteuttavaan tahoon ja vaatimattomaan tyyliimme toimitusjohtajaan. Näin tämä homma lähti alkuun. Toimitusjohtaja Jussi Suojasalmella oli kovasti kiireitä, hän kehotti meitä varaamaan ajan ja ottamaan mukaan järjestölähtöisen toiminnan esimiehen Eero Pirttijärven. Ajat varattiin, kokousta pidettiin, suunnitelmia hiottiin. Jo alkuvaiheessa tiesimme omat vahvuutemme ja vajavaisuutemme, joista mainittakoon onnettomat, lähes olemattomat rahankäyttö”taidot”. Jo alussa otimme mukaan Jyväseudulla mm. päihdepalveluita tuottavan tahon Sovatekin. Pidettiin kehityskokouksia hankkeen ympärillä, laitettiin muille asiakkaille kyselyitä, tyyliin ”mitä juuri sinä haluaisit”. Yllättävän paljon vastauksia tulikin.

Kyselyvastauksien innoittamana tehtiin tutustumisretki Hämeenlinnan Living Roomiin ja Helsingin kaupungin korvaushoidon aloittaneiden tukipisteeseen. Näistä poimimme parhaat palat, ja näin alkuun toimimme vain korvaushoidossa olevien kesken. Alkuvuonna 2011 Jussi ja Eero rupesivat tekemään hankemuksia ja kun ammattilaiset laittaa asialle niin rahat toimintaan myönnettiin.

”Korvaushoitolaiset ovat kokeneet, että heille ei ole päiväkeskuspaikkaa, johon heidät hyväksyttäisiin. Esimerkiksi NA:ssa ja vastaavissa paikoissa ei välttämättä ajatella, että he olisivat selvin päin tai kuivilla, koska ovat korvaushoidossa eli lääkityksellä. ”Oman paikan” puutteesta tarve ja idea hankkeelle on lähtenyt”, Andy kertoo. Ihmisillä on käsitys että olemme päihtyneitä ja saamme ns. ilmaisen huumeen joka päivä. Asia ei todellakaan ole niin. Elämme normaalia elämää, useat potilaat käyvät töissä, saamme ajaa autolla, jos vaan ajokortti löytyy. Ennakkokäsitysten takia meille sanotaan usein, että ”ei voi tulla”, joten nämä kaksi potilasta kävivät korkeamman tahon puheilla ja niin asiat lähti käyntiin. Asiat etenivät hitaasti, mutta potilaat olivat alusta asti suunnittelemassa paikkaa. Projektin alkumetreit kuluivat tiloja etsiskellessä, toimintakeskuksen tarpeiston hankinnoissa sekä tietysti itse toiminnan suunnittelussa. Viime keväänä saimme vihdoin tilat. Paikka on mahtava.

”Heti alussa kutsuimme asiakkaita mahdollisimman paljon yhteisiin tapaamisiin, joissa pohdittiin, mikä tilan tulisi olla, mitä siellä olisi mahdollista tehdä, missä olisi hyvä sijainti jne. Kaikilla korvaushoidossa olevilla oli mahdollisuus tulla juttelemaan asiasta, ja he saivat vaikuttaa toiminnan sisältöön”,

¹⁹ Asema 78 asiakkaita on osallistunut artikkelin kirjoitukseen, mutta henkilöt tahtovat pysytellä nimettöinä.

Mättö kertoo. Alusta asti suunnittelu on ollut korvaushoitopotilaiden käsissä, siis jo ennen paikan avaamista. Tarkoituksena on tehdä päiväkeskus Asema 78:sta asiakkaidensa näköinen ja tarpeita vastaava.

Kesäkuun alussa toimintakeskus sai tilat Nisulankatu 78:sta. Totta kai tällainen paikka nostaa vuokranantajien kynnyistä tilojen vuokraamiseen. Mutta hyvä niin, saimme tilat noin kilometrin päästä Jyväskylän keskustasta. Tilat saimme kiinteistöstä missä on kaiuttimien valmistusta, suunnittelutoimisto, autojen vuokrausta ja sosiaalitoimen kotipalvelu. Saimme talon toisesta päästä todella upeat tilat. Hankimme tänne paljon kalusteita Sovatek-säätiön muista toimipisteistä. Lahjoituksia vastaanotimme myös yksityishenkilöiltä ja yrityksiltä. ”Heti kun täällä oli vähän jotain mille istahtaa, alkoi asiakkaita tulla käymään”, Mättö kertoo.

”Mun mielestä on hyvä tulla lääkkeen jälkeen tänne, paljon parempi kuin lähteä kotia. Ja kun esimerkiksi itse olen kehittämässä suunnitelmia työelämään, esimerkiksi jotain kuntouttavaa työtoimintaa, niin tämä on tosi hyvä porras ennen semmoista. Varsinkin kun tätä päihteetöntä elämää elää, niin pitää olla jotain, ettei jää tyhjän päälle”, pohdiskelee yksi asiakkaista. Meillä on tarkoitus kehittää ja tehdä yhteistyötä juuri esimerkiksi kuntouttavan työtoiminnan, Kelan ja sosiaalitoimen kanssa siten, että täältä saisi helpommin informaatiota eri asioista. Esimerkiksi edellä mainituilta tahoilta käytäisiin täällä puhumassa asiakkaiden kannalta tärkeistä kysymyksistä. Asiakkaillamme on toisaalta paljon tietoa ja sitä kautta myös annettavaa näille organisaatioille sekä järjestöille ja oppilaitoksille. ”Kokemusasiantuntijuutta olisi hyvä viedä opinahjoihin päin ja muun muassa sellaista yhteistyötä tässä suunnitellaankin”, Mättö ja Andy korostavat. Päivittäinen toiminta Asema 78:ssa koostuu juttuhetkestä, ruoanlaitosta ja yhdessäolosta. Aikaa voi viettää myös ihan omassa rauhassa vaikka lueskellen tai muuten vain oleillen.

”Ruokailu on semmoinen pääasia. Kotona yksin en varmasti tekisi mitään, vaan söisin jotain roiskeläpiä. En tykkää ruoanlaitosta, mutta täällä se on erilaista ja ihan hauskaa. Se, että tehdään yhdessä, motivoi sitä ruokailua. Biljardia pelataan, jotkut lukevat lehtiä, on pingispöytä ja sitten voi vaan hengata porukoiden kanssa. Lääkkeen haun jälkeen tullaan tänne viettämään aikaa muutamaksi tunniksi. Meillä on joka päivä yhteinen palaveri, missä keskustellaan ja sovitaan mitä ruokaa syödään ja kuka kokkaa mitään”, asiakas kertoo. Asiakkaat saavat halutessaan myös korva-akupunktiota. Andy laittaa korvien akupisteisiin neulat, magneetit tai kuulat. Sitten sammutetaan valot, laitetaan rentouttavaa musiikkia soimaan ja lepäillään.

Toiminnan taustalla on pyrkimys tukea asiakkaita pitkäjänteiseen ja säännönmukaiseen elämäntapaan. Käytännön tasolla tämä tarkoittaa vastuunottamisen ja kantamisen opettelua omista sekä yhteisistä asioista. Asiakkaat ovat todenneet, että vertaistoimintakeskus ei ole päätepiste elämässä, vaan ”vahvistin”, joka edesauttaa siirtymistä omista tavoitteista eteenpäin. Monet asiakkaat kokevat ilmaisen ruokailun todella hyödylliseksi ja siinä voi oppia taitoja myös kotiin ruoantekoon. Useat asiakkaat ovat sosiaalituella ja tästä syystä ruokaan menevä raha pienenee. Asemalla oppii myös ruokailun jälkeen tilojen siivoamista ja yleisistä tiloista huolehtimisen.

Päivän aikana on mahdollista pelata biljardia ja pingistä, lukea ja keskustella yleisistä asioista. Tämä vähentää monilla yksinoloa ja päihteidenkäyttöä. Kun on tekemistä niin ei tule mieleen päihteiden haku. Monet asiakkaat ilmaisevat huomaavansa asemalla käynnin vähentävän aineiden himoa ja käyttöä. Monilla korvaushoitoa haittaava käyttö on jopa loppunut kokonaan aseman ansiosta. Päiväkeskus, siis Asema 78 on auttanut minua saamaan raittiita päiviä esimerkiksi kannabiksen käyttö ja myös alkoholin käyttö on vähentynyt ja välillä on täysin raittiita päiviä. Asemalla käydessä saa myös lämpimän aterian, joka voi olla joillekin ainut ruoka minkä saa päivässä. Asema 78:lla on myös mukava juoda vaikka kahvit ja pelata biljardia sekä pingistä. Aseman niin sanotut ”ohjaajat” siis Markot (Mättö ja Juntunen) ovat myös valmiita neuvomaan arjen asioissa. Asemalla saa myös vertaistukea muilta asiakailta. Asemalla on yleensä positiivinen ilmapiiri. Jos erimielisyyksiä tai riitoja tulee, niin tilanteeseen voi pyytää ohjaajia.

Asema 78:n avajaiset pidettiin 19.10.2012. Paikalle saapui paljon kutsuvieraita eri sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioista sekä kolmannen sektorin järjestökentältä. Vertaistoimintakeskus herätti laajalti kiinnostusta myös paikallisessa mediassa. Asema 78:n asiakkaita sekä työntekijöitä haastateltiin paikallislehteen sekä Yle:n radio- ja televisiuutisiin. Asiakkaat kokivat avajaiset erittäin merkittäväksi tapahtumaksi ja he halusivat olla tiiviisti mukana tilaisuuden järjestämisessä sekä vieraiden vastaanottamisessa. Kun asiakkaita ei ole paikalla, Markot Mättö ja Juntunen keskittyvät juoksevien asioiden hoitoon, kuten

ruokaostoksiin sekä kalusteiden ja tarvikkeiden hankintaan. Keskeisintä on kuitenkin sidosryhmäyhteistyön suunnittelu ja kehittäminen. Mietimme hankkeen tavoitteita ja miten voimme kehittää toimintaa eteenpäin. Varsinkin nyt alkuvaiheessa yhteistyön rakentaminen eri organisaatioihin on tärkeää.

”Olemme aloittaneet yhteistyön kaupungin seurakunnan Heini Lekanderin ja Juha Lapin kanssa muun muassa leiri- ja retkitoiminnan sekä liikuntaharrastusten toteuttamiseksi. Ensimmäinen yhteinen leiri toteutui marraskuussa 2012 Rautalammilla, jolloin ohjelmassa oli kalastusta, ulkoilua ja ratsastusta. Retkitoiminta jatkuu aktiivisena vuoden 2013 aikana. Toiminnan tarkoituksena on osaltaan syventää vertaisryhmän yhteishenkeä ja parantaa toimintamahdollisuuksia arjessa. Edellä mainitun lisäksi Asema 78 on aloittanut asiakkaiden tukemisen liikunnallisiin harrastuksiin muun muassa varaamalla salivuoron Huhtasuon seurakuntakeskuksesta”, Mättö ja Andy kertovat. Helmikuussa 2013 Asema 78 aloitti yhteistyön Äänekosken Humanistisen ammattikorkeakoulun kanssa tarjoten kahdelle yhteisöpedagogi opiskelijalle harjoittelupaikan käytännön opinnäytetyön suorittamiseksi. Opiskelijat vastaavat kolmikuukautisessa harjoittelussaan asiakkaille ohjatuista liikuntahetkistä sekä muista aktiviteeteista. Ammattikorkeakoulun kanssa tehtävä yhteistyö käsittää myös korvaushoidossa olevien asiakkaiden vierailut kokemusasiantuntijuuden hyödyntämiseksi osana opintokokonaisuutta.

”Asema 78 on ollut mahtava juttu. Asema on ollut usein päivän pelastus, varsinkin jos on ollut rahat tiukalla, on saanut syödä. Myös silloin kun on ollut masentunut ja miettinyt mitä tehdä; on ollut paikka mihin mennä ja saanut seuraa ja vertaistukea. Varsinkin kun elämä heiteltyt suuntaan jos toiseen, tämä on ollut paikka missä on saanut tasapainoa elämään. Myös asemalla saatu korva-akupunktio on ollut mahtava juttu, se on auttanut vieroitusoireisiin ja rentoutumiseen. Vaikka olenkin ollut metadonikorvaushoidossa jo neljä vuotta, on minulla ollut välillä kausia, jolloin olen polttanut pilveä. Asema 78 on antanut paljon apua siihen, että on pystynyt olemaan polttamatta. Juuri siihen akupunktio auttaa paljon, sekä se, että on ollut paikka mihin on voinut mennä viettämään aikaa, pelaamaan biljardia, pingistä sekä useita lautapelejä. Meillä on käytössä netti ja virastopuhelut saa myös täältä soittaa, mikä auttaa asioiden hoidossa. Sekä videotytki, eli melkein sama kuin olisi leffateatterissa”.

”Paikan hyvä yhteishenki on pysynyt ja kasvanut vaan. Täällä ei riidellä, eikä selvitetä mitään käyttöaikeisiin liittyviä velkoja tai erimielisyyksiä. Toki meillä on ryhmä, jossa ei ole paikan valvojat mukana, missä voimme asiakkaiden kesken puhua luottamuksella kokemuksistamme, lähinnä niistä huonoista, niitä kun jokaisella on. Asema 78 on paikka mihin tullaan selvin päin ja ei puhuta päihteistä hehkuttamalla eli ns. kuivanappailu ei ole suotavaa. Meillä on suunnitteilla yön yli reissuja johonkin seurakunnan leirikeskukseen ja jos se menee hyvin lähemme syksyllä pidemmälle reissulle Lappiin vaeltamaan, kalastamaan ja viettämään aikaa ulkoilmassa. Tähän mennessä meillä on ollut yksi parin päivän reissu, johon en itse osallistunut, silloisen pilvenpoltto-ongelmani takia. On myös erilaisia teemapäiviä, kuten kesällä rantapäivä ja ulkopelejä ollaan pelattu. Nyt kevättalven puolella on suunnitelmissa retkiluistelua ja laskettelua. Kerran viikossa katsomme videotykillä leffan heijastettuna isolle seinälle, tunnelma on mahtava”.

”Mutta palaan vielä tähän pilvenpoltteluongelmaani, jonka olen voittanut. Olin ensin kolme viikkoa huumevieroitusosastolla, sieltä sain alkupotkun asialle. Jos Asemaa ei olisi, olisi polttamattomuuteni ollut paljon hankalampaa. Asema 78 on tuonut sitä tasapainoa elämään mitä on kaivannut vuosia. Akupunktio ja se, että on tekemistä ja samassa tilanteessa olevia ihmisiä, on auttanut minua huomattavasti, enkä ole ratkennut uudestaan polttamaan. Ja sen linjan aion pitää”.

Yhteinen ruoanlaitto, pöydän kattaminen ja siivoaminen luonnistuu porukalta hyvin. Pidämme joka päivä kokouksen, jossa sovimme ketkä ovat ruokavuorossa, kuka kattaa pöydän ja kuka siivoaa sen jälkeen. Yhteishenki pelaa näissä asioissa todella hyvin. Palaverissa saa puheenvuoron viitaten, jotta kaikki eivät puhuisi päällekkäin, ja se on toiminut hyvin. Nyt on ollut puheena, että palaverihin otettaisiin puheenjohtaja ja sihteeri, joka kirjaisi pääasiat ylös. Pääsemme myös vaikuttamaan mitä ruokaa laitamme, päätämme kaksi kertaa viikossa seuraavan viikon menun sekä mitä aktiviteetteja haluamme jatkossa.

Suunnitelmia varmasti on vielä paljon joita porukka haluaisi toteuttaa, esimerkiksi soittovehkeitä on toivottu. Pidämme isomman suunnittelukokouksen, jossa ideoimme kevään ja loppuvuoden tapahtumia sekä kehitämme Asema 78:aa asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Paljon olemme jo saaneet tänne aktiviteette-

ja, kuten biljardi- ja pingispöydän, leffatykin sekä ompelukoneen. Unohtamatta laajaa lautapelivalikoimaa sekä päivän lehtiä ja isoa taulutv:tä.

Meillä käy täällä asemalla erilaisia vieraita, esimerkiksi diakoni Juha Lappi käy kerran kuussa, jonka kautta pääsemme käyttämään seurakunnan leirikeskusten palveluita esimerkiksi paikan pihatöitä ja polttopuunhakkuuta vastaan. Korvaushoitosairaanhoidaja käy kolmen viikon välein paikalla. Häneltä voi kysyä hoitoon liittyviä asioita yleisesti, mutta omista tai muiden lääketoimista ei puhuta Asemalla. Niitä varten on omahoitajat Sovatekillä. Nyt meillä on seurana kaksi HUMAK:n sosiaalialan opiskelijaa, jotka vetävät meille erilaisia toiminnallisia ryhmiä seuraavan kahden kuukauden ajan. He ovat paikalla kolmesti viikossa, josta osan aikaa hengailtavat meidän kanssamme ja suunnittelemme yhdessä mitä toimintaa/liikuntaa teemme. Tarkoituksena on kaksi kertaa viikossa pitää kyseinen ryhmä. Nyt on jo toteutunut sauvakävelyä ja lumikenkäilyä. Opiskelijat lähtevät myös mukaamme maaliskuussa Sarpattiin, joka on seurakunnan leirikeskus. Olemme siellä kaksi yötä ja kolme päivää. Opiskelijat huolehtivat päivien aktiviteettien järjestämisestä ja varustusten hommaamisesta. Suunnittelemme toiminnan yhdessä.

Asema 78 on ainutlaatuinen mahdollisuus meille Jyväskylän korvaushoitopotilaille. Se että yhteistyökumppanit ovat pistäneet itsensä likoon meidän puolestamme on hienoa. Ja toivottavasti jatkossa tätä paikkaa pidetään tärkeänä ja jatkon kannalta hyödyllisenä. Meidän kokemuksemme ”assasta” on positiivinen, mutta myös haastava. Se, että tänne voi kokoontua päihteettömään ympäristöön, poistaa ennakkoluulot paikasta ja sen asiakkaista hyvin nopeasti.

Ennakkoluuloja korvaushoito-potilaiden keskuudessa on muun muassa, että täällä käyvien ihmisten keskinäiset välit tekevät Assasta paikan, jonne ei voi mennä. Myös huhuja päihteiden käytöstä ja myynnistä ja niin edelleen on ollut liikkeellä. On voitoteltu, ettei voi mennä sinne, koska siellä on ”se” ja ”se”, ja paisuteltu muutenkin väärää käsityksiä. Kaikki tuo on aikuisten ihmisten kesken naurettavaa. Varsinkin kun ennakkoluulot pyörivät sellaisten henkilöiden keskuudessa, jotka eivät ole käyneet kertaakaan paikalla. Tai ovat käyneet kerran ja sitten levittävät huhuja, että siellä on ollut väkeä sekaisin! ”Minä aloin käydä Assalla ”avajaisten” jälkeen marraskuussa, kun toiminta oli ollut käynnissä kesästä asti. Muistan silloisen tunnelman. Kannoin mukani huhuttuja ennakkoluuloja, mutta olin itse ennakkoluuloton. Ja kun jatkoin käymisiä ymmärsin monia asioita paremmin. Minun oma ”strategiani” on pitää suhtautumiseni monissa asioissa totaalisen objektiivisena, ja keskittyä vain omiin asioihin ja paikassa hyväksi kokemiini asioihin. Ja tällä asenteella voin sanoa, että ei ole minkäänlaista ongelmaa käydä täällä, olla tekemisissä eri ihmisten kanssa, pelätä päihteiden ilmaantumista lähipiiriin. Se kaikki on täysin turhaa, sillä yhteisönä täällä käsitellään kaikki askarruttavat ja muutkin mielenkiintoiset asiat. Huhut, polemiikit ja niin edelleen otetaan käsittelyyn heti kun ne ilmaantuvat, eikä väärille käsityksille jää sijaa. Se että Markot ovat täällä, tekee paikasta myös ”demokraattisesti” turvallisen ja kehityskelpoisen. Näen tässä paikassa itse paljon potentiaalia, haasteita ja kehitettävää. Yhteisissä asioissa, jotka koskevat toiminnan rutiineja on kehittämisen varaa. Yhteisö alkaa olemaan jo melkein ”kypsä” uusien toimintaa parantavien sääntöjen luomiseen”.

Vastuu ja tasapuolisuus tehtävissä alkaa saada uutta nostetta, kun tehtävät eivät ole tasapuolisesti jaettu. Meidän harteillamme on vastuu omien toiveidemme tavoittelun eteen tehtävästä työstä. Arkiset työt, rutiinit toimipaikan hoitamisen suhteen ovat nyt haasteena. Loppujen lopuksi toimitilat ovat meidän vastuullamme. Tasapaino päiväkeskuksessa hengailun ja arkirutiinien välillä etsii nyt paikkaansa. Asian voi tulkita niinkin, että yhteisö on kehittynyt. Mielipiteeni on kaikesta huolimatta pelkästään positiivinen. Hankkeen on määrä päättyä vuoden 2015 lopussa. Tavoitteena kuitenkin on, että toiminta voisi jatkua sen jälkeenkin. Jyväskylän huume kuntoutujien vertaistukikeskuksen käynnistäminen on saanut Diakonia-idea 2012 kilpailussa kunniakirjan. ”Olis kamala tilanne, jos 2015 jälkeen ovet menis kiinni eikä mitään vastaavaa tulisi tilalle. Tämä on tosi hyvä juttu, kun tää vie tosiaan pois sieltä kadulta. Nappailu on jäänyt pois ihan kokonaan. Sitä oikeen aina odottaa, että tämä paikka aukee”, asiakas kertoo.

4.2 Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä -projektin (2010–2014) väliarviointi Tampereella ja Etelä-Pohjanmaalla

Paattimäki, Harriet, Miettinen, Sari & Huhtala, Oili

Johdanto

Psykiatrisessa hoitojärjestelmässä on tapahtunut suuria muutoksia viimeksi kuluneiden vuosikymmenten aikana. Sairaalaapaikkojen suunnitelmallinen vähentäminen alkoi 1980-luvulla ja samalla oli tarkoitus kehittää psykiatrista avohoitoa, joka kuitenkin jäi toteutumatta 1990-luvun taloudellisen laman myötä. Nyt ollaan jälleen vastaavanlaisessa tilanteessa, sillä kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa pääteemana on avohoidon kehittäminen ja sen myötä laitospaikkojen vähentäminen entisestään.

Psykiatrisen hoitojärjestelmän muutos on merkinnyt huomattavaa omaisen vastuun kasvamista psyykkisesti sairastuneesta läheisestään ja tämän arjen sujumisesta (sairastuneen psyykkisen sairauden aiheuttamien elämäntilanteiden hallintaan liittyvien taitojen puutteellisuuden vuoksi). Nykysuunnitelmien mukainen psykiatrisen hoidon painopisteen siirtäminen yhä enemmän avohoitoon kasvattaa omaisten vastuuta entisestään. Myös sairastuneen hoitoon pääsy voi olla pitkä prosessi omaisen kantaessa huolta sairastuneesta läheisestään. Palvelujärjestelmän erilaisten resurssien niukkuus sekä mielenterveyshäiriöille ominainen sairautentunnottomuus pitkittää hoitoon pääsyn prosessia. Tutkimusten mukaan päihde- ja mielenterveyshäiriötä sairastavien omaiset ovat kuormittuneita ja kuuluvat itsekin mielenterveyshäiriöiden riskiryhmään (Nyman & Stengård 2001, 2005).

Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry perustettiin vuonna 1988 ja Omaiset mielenterveystyön tukena Etelä-Pohjanmaa ry vuonna 2001 tukemaan omaisia, joiden läheinen oireilee psyykkisesti. Yhdistykset aloittivat yhteistyössä Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä - projektin (2010–2014) RAY:n myöntämällä rahoituksella varhaisvaiheen omaistyön kehittämiseksi. Tässä artikkelissa kuvataan projektin puolivälissä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemää väliarvioinnin tuloksia.

Projektin tavoitteet ja väliarviointi

Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä -projektin tavoitteena on kehittää yhtenäisiä varhaisvaiheen omaistyön hyviä käytäntöjä mielenterveys- ja päihdepalvelujen ammattilaisille (Paattimäki, Aamunkajo & Huhtala 2012). Tampereella omaistyötä kehitetään tiiviissä yhteistyössä Tampereen kaupungin avomielen-terveyspalveluiden ja perusterveydenhuollon kanssa. Etelä-Pohjanmaa ry puolestaan tekee yhteistyötä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin avomielen-terveyspalveluiden sekä kuntien perusterveydenhuollon kanssa.

Projektissa on kyse jalkautuvasta omaistyöstä eli omaisia kohdataan siellä, missä sairastunutta läheistä hoidetaan. Projektissa korostuvat ennaltaehkäisevä mielenterveystyö, matalan kynnyksen palvelut, yhteistyö muun palveluverkoston kanssa sekä siihen liittyvä palveluohjaus. Tarkoituksena on saada omaistyö implementoitua siten, että omaisneuvojat ja omaisneuvontapistet ovat osa mielenterveys- ja päihdetyötä.

Projektin kehittämistavoitteita ovat:

- omaistyön mallin kehittäminen osaksi Väli-Suomen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa
- omaisten osallisuuden lisääntyminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä niiden kehittämisessä ja arvioinnissa
- mielenterveys- ja päihdepalveluissa toimivien ammattilaisten omaistyön osaamisen vahvistuminen
- omaisten palveluverkkojen ja -polkujen luominen sekä omaistyön roolien selkeyttäminen julkisen sektorin ja omaisjärjestöjen kesken
- alueellisten omaistyön suunnitelmien laatiminen yhdessä kuntien kanssa
- projektissa kehitetyn omaistyön mallin arviointi yhteistyössä julkisen sektorin mielenterveys- ja päihdetyön toimijoiden sekä palveluja käyttäneiden omaisten kanssa
- ”hyvä omaistyö julkisella sektorilla” -suositusten vieminen sähköiseen muotoon ja valtakunnalliseen käyttöön

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän väliarvioinnin avulla arvioitiin projektin tavoitteiden toteutumista vuoteen 2012 mennessä suhteessa projektin työmenetelmiin. Väliarvioinnin aineisto koostui omaisille tehdystä kyselytutkimuksesta, työntekijöiden itsearvioinneista sekä yhteistyötahoille suunnatuista kyselyistä. (Nordling 2012.)

Projektin työmenetelmät

Vuonna 2010 projektin työntekijät aloittivat yhteistyön ja omaisneuvonnan Tampereella silloin toimineella Kriisipsykiatrian poliklinikalla sekä Etelä-Pohjanmaalla Seinäjoen mielenterveystoimiston yhteydessä. Vuonna 2012 omaisneuvontaa toteutettiin Tampereen kaupungin yhdeksällä aikuispsykiatrian poliklinikalla, Akuuttipsykiatrian poliklinikalla sekä Pyyntin terveysasemalla. Etelä-Pohjanmaalla omaisneuvontaa toteutettiin sairaanhoitopiirin tiloissa, mistä tarvittaessa jalkauduttiin kuntiin. Näiden sovittujen paikkojen lisäksi saattoi omainen sopia omaistyön koordinaattorin kanssa itselleen sopivan ajan ja paikan neuvonnalle. (Paattimäki, Aamunkajo & Huhtala 2012.)

Pääyhteistyökumppaneiden kanssa sovittiin projektin toiminta-alueilla yhteistyöpalavereita projektista tiedottamiseen sekä hyvien omaistyön käytäntöjen kehittämiseksi ja juurruttamiseksi. Yhteistyöverkostoa koottiin ja ammattilaisille järjestettiin koulutuksia omaistyön osaamisen vahvistamiseksi. Tampereella koulutettiin tukihenkilöitä ja Etelä-Pohjanmaalla kokemusasiantuntijoita, joita hyödynnettiin muun muassa projektin kehittämisessä, toteutuksessa ja arvioinnissa.

Projektityöntekijät olivat osallisina alueellisessa strategiatyöskentelyssä muun muassa osallistumalla erilaisiin suunnitteluvaiheen työpajoihin sekä kommentoimalla muun muassa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueellista psykoosien hoito-ohjelmaa, Pirkanmaan mielenterveys- ja päihdestrategiaa vuosille 2013–2016 sekä Tampereen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa vuosille 2013–2016.

Tavoitteiden mukaisesti projektissa järjestettiin vertaistukiryhmiä riskiryhmille omaisten uupumisen ja masennuksen ennaltaehkäisemiseksi yhteistyökumppaneiden kanssa. Yhteistyössä kokemusasiantuntijoiden sekä päihde- ja mielenterveystyön yhteistyökumppaneiden kanssa kehitettiin Huomioi omaiset - malli, joka on neljän kysymyksen mini-interventio ammattilaisen avuksi omaisen tuen tarpeen arviointiin.

Projektissa tehtiin kyselytutkimuksia omaisille avun ja tuen tarpeesta sekä suhteesta palvelujärjestelmään. Lisäksi tehtiin kyselyitä avomielenterveyspalveluiden ammattilaisille omaistyön osaamisesta yhteistyössä Tampereen yliopiston ja Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa.

Kyselytutkimus omaisille

Vuoden 2010 lopussa tehtiin laaja kyselytutkimus jo yhdistyksen jäsenenä oleville päihde- ja mielenterveyskuntoutujien omaisille Pirkanmaan alueella. Kyselyllä selvitettiin omaisten taustatietojen lisäksi muun muassa sairastuneisiin läheisiin liittyvää huolenpitoa, läheisten palveluiden käyttöä ja omaisten tyytyväisyyttä hoitoon ja tukeen. Lisäksi kysyttiin palvelujärjestelmän laatua omaisten kannalta, omaisten tiedon ja tuen tarvetta, omaisten huomioimista ja kuulemista läheisen hoidon suhteen, omaisten hyvinvointia ja jakamista auttavia keinoja sekä osallistumista omaisyhdistystoimintaan. Kyselyyn vastasi 219 omaista. Aineiston analysoivat Tampereen yliopiston opiskelijat.

Kyselytutkimukseen vastanneista omaisista 89 prosenttia oli naisia. Suurimpia omaisryhmiä olivat vanhemmat ja puoliset. Sairastuneista 59 prosenttia oli miehiä ja yli puolet sairasti diagnoosien mukaan skitsofreniaa tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Vaikka neljännes omaisista asui yhdessä läheisensä kanssa, 13 prosenttia omaisista ei kuitenkaan tiennyt läheisensä diagnoosia. Sairastuneista 59 prosenttia oli avohoidon asiakkaina ja suurin osa heidän omaisistaan piti läheisensä saamaa hoitoa riittämättömänä. Palvelujärjestelmän laatua pidettiin yleisesti keskinkertaisena tai huonona sekä tiedon saannissa ja omaisten huomioimisessa läheisen sairastumisen jälkeen arvioitiin yleisesti olevan paljon puutteita. 79 prosenttia omaisista koki, ettei tullut kuulluksi läheisensä hoidon suhteen. (Nordling 2012.)

Tulosten perusteella omaiset olivat läheisessä yhteydessä sairastuneisiin läheisiinsä viikoittain tai useamman kerran viikossa ja tukivat heitä eniten rahan käytössä, sosiaalisissa suhteissa, kodinhoidossa, ostok-

silla käynnissä ja lääkkeitä huolehtimisessa. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että sairastunut läheinen ei selviäisi ilman omaisen apua. (Nordling 2012.)

Omaisista 48 prosenttia koki psyykkistä pahoinvointia (GHQ 12-mittarilla mitattuna) ja masentuneita omaisista oli 48 prosenttia (DEPS-seulan mukaan). Omaisista 72 prosenttia koki psykosomaattisia oireita, kuten ruokahaluttomuutta, univaikeuksia, päänsärkyä sekä ärtyneisyyttä (Seppo Aron stressioiremittarilla mitattuna). Eniten myönteisellä tavalla omaisen omaan jaksamiseen ja hyvinvointiin vaikuttivat ystäviltä ja perheeltä saatu sosiaalinen tuki, harrastukset sekä vertaistuki. (Nordling 2012.) Kyselytutkimuksen perusteella omaisten tuen tarve on moninainen. He kaipaavat tukea sekä sairastuneelle läheiselleen että itselleen. Erityisesti huoli läheisestä, tunteiden jakaminen ja yksinäisyys sekä taloudelliset paineet mainittiin. Omaishoidon tuen hakeminen sekä sen saaminen oli harvinaista. (Nordling 2012.)

Työntekijöiden itsearviointi

Jokaisesta omaisneuvontaan tulleesta tai puhelimitse toteutetusta omaisneuvonnasta täytettiin työntekijän itsearviointilomake. Syksyn 2010 aikana Tampereella oli 47 ja Etelä-Pohjanmaalla 17 omaisneuvontatapahtumaa. Vuoden 2011 aikana Tampereella kirjattiin 200 ja Etelä-Pohjanmaalla 61 omaisneuvontatapahtumaa. (Nordling 2012.)

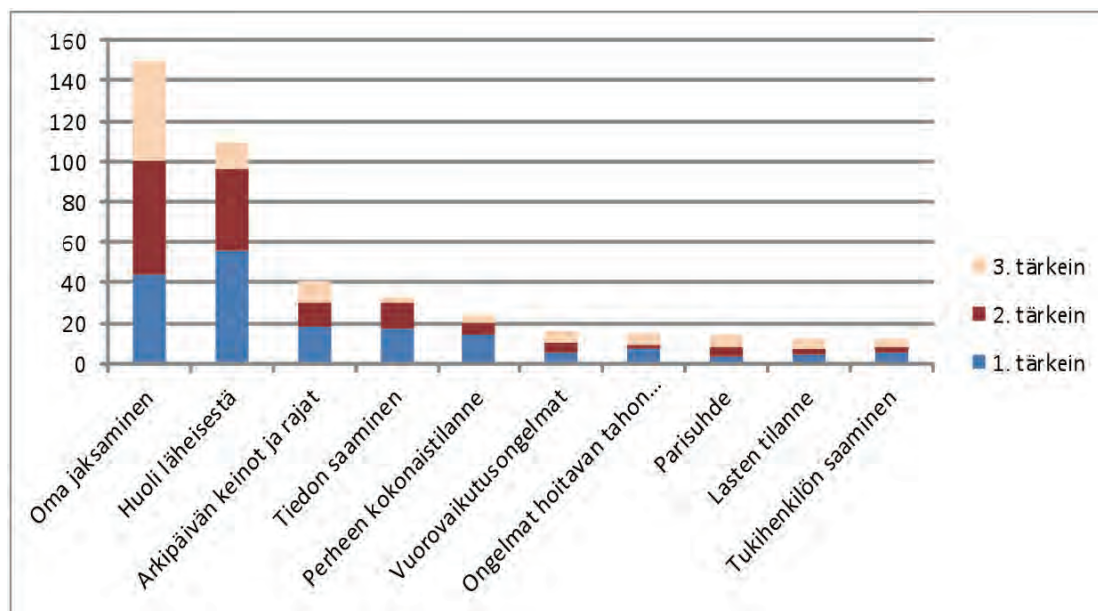
Omaisneuvonta tapahtui pääsääntöisesti työntekijän ja yksittäisen asiakkaan välillä ilman muuta perhettä (90 %). Tiedon neuvonnan mahdollisuudesta asiakas sai Tampereella yleisimmin internetin välityksellä tai omaisyhdistykseltä. Tiedonsaanti psykiatriselta osastolta oli harvinaista. Sen sijaan Etelä-Pohjanmaalla asiakas sai tiedon omaisneuvonnan mahdollisuudesta useimmiten nimenomaan psykiatriselta sairaalaosastolta, (ks. Taulukko 1). Ero tiedonsaannin suhteen selittyyne omaisneuvontapaikan fyysisellä sijainnilla. Etelä-Pohjanmaalla omaistyön koordinaattorin työtilat ovat sairaala-alueella. Tampereella omaisneuvontaa annetaan psykiatrian poliklinikoilla ja terveysasemilla. Tästä mahdollisuudesta on tiedotettu myös kaupungin Internet-sivuilla kyseisten terveyspalveluiden kohdalla. (Nordling 2012.)

Taulukko 1. Mistä omaisen oli saanut tiedon omaisneuvonnasta: prosenttijakaumat vuoden 2011 osalta Tampereella ja Etelä-Pohjanmaalla

	Tampere N=200	Etelä- Pohjanmaa N=62
Internet	19,0	4,8
Omaisyhdistys	18,5	22,6
Psykiatrian pkl	12,0	8,1
Vanha asiakkuus	10,5	9,7
Sukulainen / ystävä	4,5	6,5
Lastenpsykiatrian pkl	3,0	0,0
Terveysasema / -keskus	3,0	4,8
Lehtiartikkeli / -ilmoitus	1,5	0,0
Päihdehoitopaikka	3,0	4,8
Toimintakalenteri	2,5	0,0
Psykiatrinen sairaalaosasto	1,5	24,2
Esitteet	1,5	0,0
Omaisen oma lääkäri	1,0	0,0
Työterveyshuolto	1,0	0,0
Erilaiset tapahtumat	1,0	0,0
Psykologi	0,0	4,8
Muu hoitopaikka	3,5	0,0
Jokin muu taho	3,5	6,5
Ei tietoa	9,5	3,2
Yhteensä	100,0	100,0

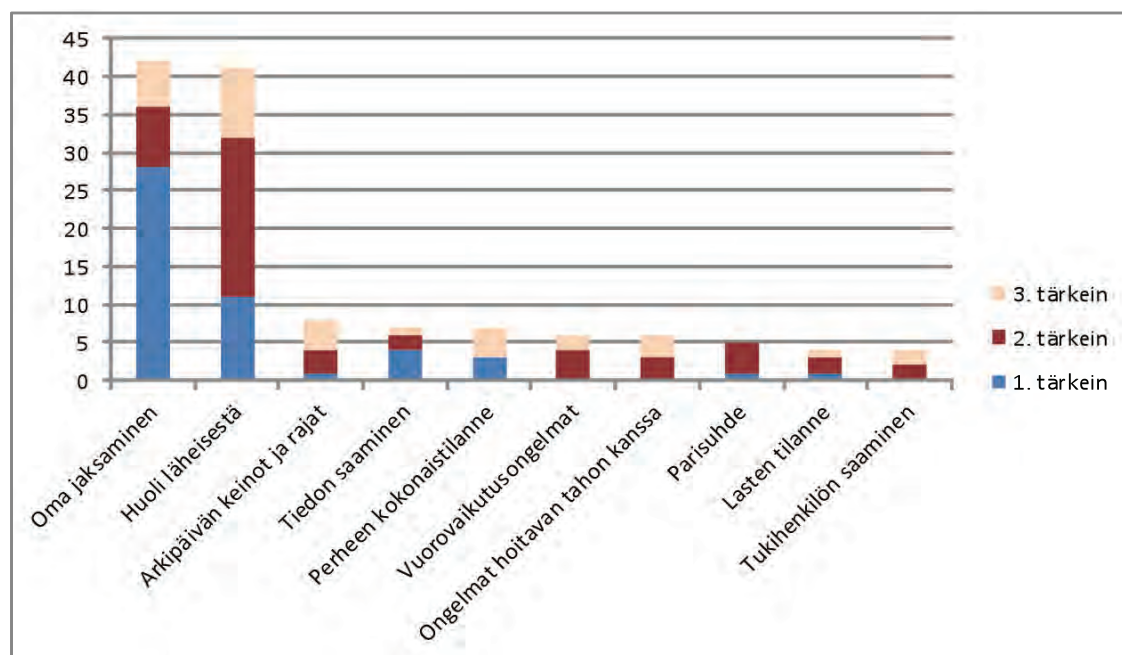
Tampereella tärkeimpiä omaisneuvonnassa käsiteltyjä asioita olivat omaisen oma jaksaminen, huoli läheisestä ja arkipäivän keinot ja rajat. Myös tiedon saanti koettiin tärkeänä. (Ks. kuvio 1.)

Kuvio 1. Tärkeimmät Tampereen omaisneuvonnassa käsitellyt asiat.



Etelä-Pohjanmaalla tärkeimpiä omaisneuvonnassa käsiteltyjä asioita olivat oma jaksaminen ja huoli läheisestä. (kuvio 2)

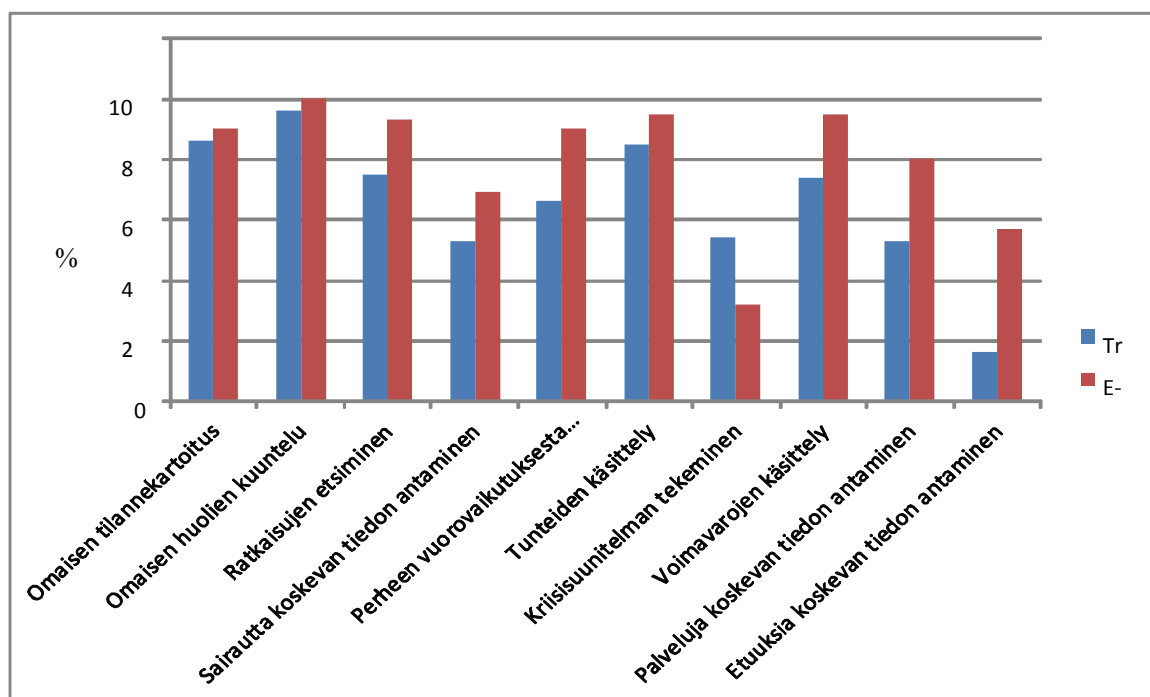
Kuvio 2. Tärkeimmät Etelä-Pohjanmaan omaisneuvonnassa käsitellyt asiat.



Yhteenvedon voidaan sanoa, että sekä Tampereella että Etelä-Pohjanmaalla useimmiten tärkeimmät omaisneuvonnassa käsitellyt asiat olivat huoli läheisestä ja oma jaksaminen.

Yleisintä omaisneuvonnassa oli omaisen huolien kuuntelu sekä Tampereella että Etelä-Pohjanmaalla (kuvio 3). Merkittävin ero käsitellyissä asioissa oli etuuksia koskevan tiedon antamisessa, joka oli Tampereella harvinaisempaa kuin Etelä-Pohjanmaalla. Tampereella sen sijaan tehdään asiakkaan kanssa kriisisuunnitelma huomattavasti useammin kuin Etelä-Pohjanmaalla. (Nordling 2012.)

Kuvio 3. Omaisneuvonnassa toteutuneet asiat (%)



Jatkosuunnitelmiin kirjattiin Tampereella 172 asiaa. Useimmiten suunnitelmiin kuului omaisneuvonnan jatkuminen (38 % kaikista asiakkaista). Muita olivat ryhmätoimintoihin osallistuminen (9 %), omaisyhdistyksen toimintaan ohjaaminen (7 %), muut perheessä tapahtuvat toimenpiteet (5 %) ja tukihenkilön tai vertaistuen hankkiminen (4 %). Etelä-Pohjanmaalla puolestaan jatkosuunnitelmat liittyivät lähes 70 prosenttisesti omaisyhdistyksen toimintaan ohjaamiseen. (Nordling 2012.)

Omaisneuvonnan lopuksi työntekijät kysyivät asiakkaan kokema hyötyä neuvonnasta. Tampereella lähes kaikki asiakkaat antoivat palautetta. Tampereen asiakkaista 98 prosenttia koki hyötynsä omaisneuvonnasta. Yksi asiakkaista (0,5 %) ei kokenut hyötynsä tapaamisesta ja kolme (1,5 %) ei osannut arvioida mahdollista hyötyä. Omaisista 45 prosenttia kuvasi omista tai lähimmäisen asioista puhumisen hyödylliseksi. Muita hyödylliseksi koettuja asioita olivat tiedon saaminen (15 %), avun ja tuen saaminen (11 %), vinkit, neuvot ja uudet oivallukset (8 %) sekä suuri joukko muita yksittäisiä, hyödyllisenä pidettyjä asioita. Etelä-Pohjanmaan omaisneuvonnassa käydyistä asiakkaista vain runsas kolmasosa kuvasi saamaansa hyötyä. (Nordling 2012.)

Yhteistyötahojen näkemykset

Keväällä 2012 lähetettiin Tampereen kaupungin avomielenterveyspalveluiden psykiatrian poliklinikoille ja perusterveydenhuollon yksikköön sekä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian yksiköille ja perusterveydenhuollon avomielenterveysyksiköille kysely, jossa henkilöstöä pyydettiin ottamaan kantaa seuraaviin kysymyksiin:

1. Onko työyksikössä kirjattu toimintaohje siitä, miten mielenterveysasiakkaiden omaiset otetaan hoitossa huomioon?
2. Mitä eri keinoja olette ottaneet käyttöön omaisten kohtaamisessa ja huomioimisessa projektin aikana?
3. Mitä lisäarvoa omaisten mukaan saaminen on tuonut asiakkaan hoitoon?
4. Miten omaistyö sopii työnkuvaan ja vaikuttaa asenteisiin ja tapaan työskennellä?
5. Miten projekti voi jatkossa paremmin tukea omaisten kanssa tapahtuvaa työtä?

Kyselyyn vastasi 17 yksikköä, joista viisi oli Tampereelta ja 12 Etelä-Pohjanmaalta. Ensimmäisen kysymyksen osalta, joka koski kirjattua ohjetta omaisten mukaan ottamisesta hoitoprosessiin, 11 hoitotahoa ilmoitti toimintaohjeen olemassaolosta, neljältä se puuttui ja kahdesta yksiköstä ei tietoa saatu. Omaisten huomioiminen riippui hoitoa antavan yksikön tehtävästä. Psykiatrisissa yksiköissä yhteistyö omaisten kanssa pyrittiin aloittamaan heti, kun läheisen hoitosuhde käynnistyi. Osassa näistä yksiköistä yhteistyötä rakennettiin koko hoitoprosessin ajan. Omaisten tapaaminen ei kuitenkaan kuulunut vakiintuneisiin toimintamalleihin, vaan tapaaminen edellytti aina läheisen antamaa lupaa. Terveysasemilla puolestaan pyrittiin jakamaan tietoa omaisille yhdistyksen tukimuodoista.

Omaisten kohtaamiseen ja huomioimiseen käytettävänä keinoina yhteistyötahot luettelivat muun muassa tiedottamisen omaisyhdistyksestä ja varhaisen tuen mahdollisuudesta, kotikäynnit, perhetapaamiset ja kertomisen Huomioi lapset -poliklinikan toiminnasta Etelä-Pohjanmaalla.

Kysyttäessä omaisten hoitoon osallistumisen tuomasta lisäarvosta, nähtiin omaiset kokonaisvaltaisen näkemyksen ja lisätiedon antajina läheisensä tilanteesta. Useassa vastauksessa tuotiin esiin myös tiedon-saanti muiden perheenjäsenten oireilusta. Lisäksi omaisten mukanaolo nähtiin hoitoon sitouttavana ja stigman kokemisen vähentäjänä.

Kysyttäessä omaistyön vaikutuksista omaan työnkuvaan, tapaan työskennellä sekä asenteisiin koki yli puolet hoitotahoista omaistyön olevan olennainen osa työtään. Asenteiden nähtiin muuttuneen myönteiseen suuntaan sekä omaistyön juurtuneen paremmin osaksi työnkuvaa.

Jatkossa projektilta odotettiin lisää tietoa ja tunnetuksi tekemistä. Toivottiin yhteistyötä arkityössä muun muassa paritapaamisten ja perheneuvotteluiden merkeissä sekä omaistyöhön liittyvän koulutuksen järjestämistä. (Nordling 201.)

Johtopäätökset ja jatkosuunnitelma

Psykiatrisen palvelujärjestelmän painopisteen suunnitelmallinen siirtäminen avohoitoon on lisännyt omaisten hoito- ja huolenpitovastuuta sairastuneista läheisistään. Yli puolet omaisista kokee, ettei sairastunut läheinen selviä arjesta ilman heidän apuaan. Läheisen psyykinen oireilu, siihen liittyvä problematiikka sekä vastuu arjen sujumisesta kuormittavat omaisia vaikeuttaen heidän omaa jaksamista ja hyvinvointiaan. Väliarvioinnin omaiskyselyn tulokset vahvistavat aiempien tutkimusten tuloksia siitä, että päihde- ja mielenterveysomaiset ovat kuormittuneita ja masentuneita. Tulokset omaisten masentuneisuuden, psyykkisen pahoinvoinnin ja psykososiaalisen oireilun yleisyydestä ovat huolestuttavia ja vahvistavat omaisten kuuluvan mielenterveyshäiriöihin sairastumisen riskiryhmään. Palvelujärjestelmä ei kuitenkaan näytä pystyvän vastaamaan sairastuneiden eikä heidän omaistensa yksilöllisiin tarpeisiin. Omaisilla on suuri huoli sairastuneista läheistään. He kokevat ulkopuolisuutta läheisensä hoitoon ja hoitopäätöksiin liittyen sekä kokevat, etteivät tule riittävästi kuulluksi omaisina.

Väliarvioinnin tulosten perusteella omaiset eivät niinkään kaipaa tietoa sairauksista ja diagnooseista vaan siitä, miten sairaus vaikuttaa arjen elämään. Omaiset tarvitsevat konkreettista tietoa muun muassa

siitä, miten tulla arjessa toimeen sairastuneen kanssa, millaisia kuntoutumismahdollisuuksia sairastuneella on, minkälaisia sosiaalietuuksia on mahdollista hakea ja miten huolehtia myös omasta jaksamisestaan.

Väliarvioinnin tulosten perusteella terveydenhuollon ammattilaiset kokevat omaisten olevan olennainen osa potilaan hoitoa. Omaisten kokemukset osallisuudesta ja kuulluksi tulemisesta kuitenkin poikkeavat ammattilaisten näkemyksestä. Tämä ristiriitaisuus selittyy sillä, että ammattilaiset kokevat omaiset nimenomaan osana potilaan hoitoa, eivätkä kohtaa omaista omana itsenään. Mielenterveystyössä tarvitaan lisää omaistyön koulutusta omaisnäkökulman avaamiseksi irralleen perhetyöstä, jonka tavoitteena on nimenomaisen potilaan hyvinvoinnin tukeminen ja lisääminen.

Omaisneuvontaan pääseminen vaatii väliarvioinnin perusteella omaiselta omaa aktiivisuutta ja voimia avun etsimiseen, erityisesti Tampereella. Vain joka neljäs omaisen saa Tampereella tiedon omaisneuvonnasta terveydenhuollon kautta. Loput lähes 75 prosenttia omaisneuvonnan asiakkaista ohjautuu internetin avulla, omaisyhdistyksen muun toiminnan kautta, tuttaviltaan saadun tiedon perusteella tai lehti-ilmoitusten sekä esitteiden perusteella. Etelä-Pohjanmaalla 42 prosenttia omaisneuvonnan asiakkaista ohjautuu terveydenhuollosta.

Omaisista 98 prosenttia Tampereella kokee saaneensa apua ja hyötyvänsä omaisneuvonnasta. Omaisneuvonnan toimintamallin vakiinnuttamista voidaankin suositella tämän väliarvioinnin keskeisimmän tuloksen perusteella. Jotta omaistyö ja omaisneuvonta saadaan osaksi päihde- ja mielenterveyspalveluita, tarvitaan yhtenäiset näyttöön perustuvat omaistyön ohjeet mielenterveys- ja päihdepalveluissa työskenteleville. Näiden lisäksi tarvitaan myös yksikkökohtaiset ohjeet ja toimintamallit (sairaanhoitopiirit, kunnat, järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat). Huomioitavaa on myös, että ennaltaehkäisevän työn näkökulmasta omaiset tulee ottaa huomioon mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Omaisten osallisuus ja osallistumismahdollisuudet ovat lisääntyneet projektin tavoitteiden mukaisesti. Projektin ja myös muiden Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:n työntekijöiden sekä kokemusasiantuntijoiden asiantuntemusta on hyödynnetty Pirkanmaan alueella valmisteilla olevissa Pirkanmaan mielenterveys- ja päihdestrategiassa, Tampereen kaupungin mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin psykoosien hoito-ohjelmassa. Näihin suunnitelmiin on kirjattu omaisen avun ja tuen tarve.

Väliarvioinnin tulosten perusteella projekti etenee kohti tavoitteitaan ja päätavoite yhtenäisten varhaisvaiheen omaistyön hyvien käytäntöjen kehittämisestä mielenterveys- ja päihdepalvelujen ammattilaisille näyttää toteutuvan. Omaisneuvonta näyttää osoittautuvan hyväksi käytännöksi. Jatkossa tarvitaan vielä oppilaitosyhteistyötä omaisnäkökulman lisäämiseksi osaksi ammatillisen koulutuksen perhehoitotyötä. Yhteistyö julkisen sektorin kanssa, tiedottaminen, kouluttaminen ja strateginen suunnittelu ovat välttämättömiä toimenpiteitä omaistyön implementoimiseksi osaksi mielenterveys- ja päihdetyötä.

Lähteet

- Nordling, Esa: Varhaistuen mallinen kehittäminen omaistyössä – projekti 2010–2014. Väliarvioinnin tuloksia. THL, 2012.
- Nyman, Markku & Stengård, Eija: Mielenterveyspotilaan omaisten hyvinvointi. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry, 2001.
- Nyman, Markku & Stengård, Eija: Hiljaiset vastuunkantajat. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry, 2005.
- Paattimäki, Harriet, Aamunkajo, Katariina, Huhtala, Oili: Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä -projekti (2010–2014) Tampereella ja Etelä-Pohjanmaalla. Teoksessa Morig, Juha & Martins, Anne & Partanen, Airi & Nordling, Esa & Bergman, Viveca (toim.): Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015, - Kehittyviä käytäntöjä 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 46/2012. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.
- Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä -projekti (2010–2014) Tampereella ja Etelä-Pohjanmaalla. Projektisuunnitelma 2010.

4.3 Käyttäjien ja läheisten reseptit kehittämiseen

Haikola, Pirkko

Sosiaali- ja terveyspalveluita on pitkään kehitetty asiantuntijoiden ehdoilla, ja palveluiden käyttäjät ja omaiset on järjestelmällisesti sivuutettu. Vuosien mittaan kymmenissä eri projekteissa on kehitetty toimivia ja tulokselliseksi todettuja hyviä käytäntöjä, joita ei ole saatu juurtumaan, ei ole osattu hyödyntää tai joista ei edes tiedetä. Tämän artikkelin tarkoitus on tuoda esille mielenterveysomaisten ja -kuntoutujien näkökulmaan ja kokemusasiantuntijuuteen perustuvaa kokemustietoa ammatillisen tiedon rinnalle mielenterveystyön kehittämiseen.

Psyykkisesti sairastuminen tuo mukanaan monia ongelmia, jotka koskettavat syvästi sekä henkilöä itseään että hänen läheisiään. Omainen kulkee sairastuneen läheisensä rinnalla monissa tilanteissa sairauden eri vaiheissa, myös kuntoutumisvaiheessa. Näistä mukanaoloista syntyy arvokasta sairastuneen ja hänen läheistensä arjen kokemustietoa, jota ei mistään muualta voi saada. Kehittämisessä tulee kiinnittää huomiota palvelujärjestelmien rakenteisiin sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten ja muiden alan palvelujen tarjoajien keskuudessa asiakaslähtöiseen hoitoon ja toimintaan, asenteisiin ja arvostavaan kohtaamiseen psyykkisesti sairastuneita ja omaisia kohtaan.

Kirjoittajan kokemusasiantuntijuus perustuu kahden mielenterveydeltään vakavasti sairastuneen nuoren omaisena useiden vuosien kokemukseen psykiatrisen avo- ja sairaalahoidon ja mielenterveyskuntoutujien palvelujen toimivuudesta, riittävydestä ja laadusta. Artikkelissa kuvaamani tapausesimerkit ovat henkilökohtaisia kokemuksiani omaisena, mutta vertaisohjaajana tiedän, että kokemukseni eivät ole ainutkertaisia. Kokemustietoa on tullut lisää mielenterveysomaisten järjestössä useita vuosia mukana olleena aktiivisena vapaaehtoisena ja kokemuskouluttajana sekä mielenterveyskuntoutujien klubitaloitoinnin tukea ja neuvoo-antavan johtokunnan jäsenenä. Artikkelissa on mukana myös mielenterveyskuntoutujan kokemuskirjoitus hoidosta psykiatrisessa sairaalassa.

Mielenterveystyön merkitys

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielensairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Kun joku sairastuu äkillisesti tai käyttäytyy huolestuttavasti, kehoitetaan apua hakemaan mahdollisimman nopeasti. Psyykkinen sairaus tulee kuitenkin yllättäen ja pyytämättä. Harvemmin läheisillä/omaisilla on tietoa saati kokemusta mielensairauksista. Vasta diagnoosin määrittely ja sairaudesta riittävän tiedon saamisen jälkeen omaiset ymmärtävät ennako-oireiden merkkejä olleen usein vuosia ennen varsinaista sairauden tunnistamista. Esimerkiksi nuoren sairastuminen on vaikea tunnistaa, koska hankala ja outo käyttäytyminen kytketään liian usein ammattilaistenkin taholta murrosiän ongelmiin. Mahdollisimman ajoissa tarpeelliseen hoitoon ohjaaminen edellyttää vähintään perustietoa mielensairauksista.

STM:n Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksissa (2001) määritellään keskeisimmät rakenteelliset ja toiminnalliset seikat, joista laadukas mielenterveystyö käytännön kokemuksen mukaan riippuu: ”Mielenterveys on hyvinvoinnin, työ- ja toimintakyvyn sekä selviytymisen edellytys ja osatekijä. Suosituksen taustalla on ajatus mielenterveysongelmien kehittymisestä prosessina, ja mielenterveystyön palveluja tulisi olla saatavilla prosessin kaikissa vaiheissa: resursseja ja osaamista tulisi suunnata elämisen ja selviytymisen voimavarojen vahvistamiseen, psykososiaalisten ongelmien selvittelyyn ja tukemiseen, mielenterveyshäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen sekä tehokkaaseen hoitoon ja monipuoliseen kuntoutukseen.”

THL:n (Laajasalo & Pirkola 2012) julkaiseman raportin mukaan:

”Inhimillisen kärsimyksen lisäksi häiriöt aiheuttavat merkittävän yhteiskunnallisen rasitteen: Suomessa lähes 120 000 suomalaista saa vuosittain työkyvyttömyyseläkettä mielenterveyden häiriön takia. Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden kokonaiskustannukset ovat miljardeja euroja vuosittain. THL:n Terveys 2000-tutkimuksen mukaan 20–25 prosentilla Suomen väestöstä on

psykkisiä oireita. Maailmanlaajuisesti mielenterveydenhäiriöiden aiheuttaman tautitaakan on ennustettu nousevan 2000-luvun aikana häiriöryhmien vertailussa kaikkein merkittävimäksi."

Noin neljäsosa suomalaisista kärsii haittaavista psyykkisistä oireista. Suomen väestöstä noin 1 % sairastaa skitsofreniaa. (Terveys 2000 -tutkimus.) Kun huomioidaan kaikki muut psyykkiset sairaudet ja mielen-terveysongelmat, niin sairastuneiden määrä kasvaa. Mielenterveydellisesti sairastuneilla on omaisia ja läheisiä, joiden elämään sairaus vaikuttaa monin tavoin ja heidän riskinsä sairastua itse on suuri. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointia selvittäneessä tutkimuksessa (Nyman & Stengård 2001) kävi ilmi, että mielenterveyspotilaiden omaisista jopa 38 prosenttia sairastuu itse masennukseen. Seurantatutkimuksessa kolmen vuoden jälkeen selvisi, että ne omaiset, joiden läheisten asiat saatiin järjestymään, toipuivat myös omasta masennuksestaan nopeammin.

Hoitotyön haasteet koskevat monia elämänsäaloja ja ovat terveydenhuollon lisäksi monien muidenkin alojen toimintaa. Tarvitaan enemmän omaisten ja kuntoutujien kokemusasiatuntijuuden hyödyntämistä. Tiedon jakamisessa tulisi kansalaisille olla mahdollisuus myös Mielenterveyden ensiapu® -koulutukseen (Suomen mielenterveysseura), jota voisi käyttää koulutuksissa muun muassa yritysten työntekijöille, oppilaitoksissa, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle ja alan opiskelijoille sekä kansalaisjärjestöissä. Mielenterveyden ensiapukurssien tavoitteena on tarjota apua, jolla voidaan ennaltaehkäistä mielenterveysongelmien kehittyminen vakavammaksi, edistää hyvän mielenterveyden saavuttamista sekä tukea yksilön omia voimavaroja ja ohjata tarvittaessa hakemaan apua.

Käypä hoito -suositukset käytännössä

Skitsofreniaa sairastavien potilaiden sairaalahoiton, myös avohoidon, tavoitteena on poistaa tai lievittää potilaan oireita, estää uusien psykoosien kehittyminen sekä parantaa potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. Käytännössä näyttää siltä, että kaikilta osin hoitojärjestelmät eivät ole pystyneet vastaamaan asetettuihin tavoitteisiin, saati tarjoamaan tähän vaikeaan mielenterveydenhäiriöön sairastuneille potilaille käypä hoito -suosituksissa esiin nostettuja vaikuttavia hoitomuotoja.

Masennus on toimintakykyä heikentävää. Oma kokemukseni on, että lääkärit eivät ole tarttuneet läheisten huomioihin skitsofrenikon masennuksesta, joka on pitkään jatkuessa johtanut sairastuneen psykoosinomaiseen tilaan ja pahimmassa tapauksessa useamman kerran asiakkaan itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Avohoidossa on annettu ymmärtää, että skitsofreniassa terapiosta ei olisi hyötyä. Muun riittävän hoidon rinnalla sopivaa terapiaa pitäisi kuitenkin olla saatavilla, koska se tukisi skitsofreniaa sairastavan kuntoutumista. Käypä hoito -suosituksessa ”Myös mielialalääkkeiden käyttö on aiheellista skitsofreniapotilaan masennuksen hoidossa. Masentunut skitsofreniapotilas tarvitsee myös psykoterapeuttista tukea.” (Duodecim 2013.)

Psykiatrisessa hoidossa yksi perin olennainen tekijä on yksilöllinen, riittävän usein tarkistettava hoitosuunnitelma, jonka laatimisessa on aktiivisesti kuultu omaisia. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmien ja palvelujen käytännön toteutus on selvästi vielä tavoitteiltaan kirjavaa. Hyvin laadittu hoitosuunnitelma on kuitenkin ehdoton perusta hyvin toimivaan pitkäjänteiseen hoitosuhteeseen. Kuntoutussuunnitelman tarkoitus on helpottaa sairastuneen henkilön asioiden kokonaisuuden hahmottamista.

Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksessa mainitaan: ”Skitsofrenian hoito perustuu pitkäjänteiseen, luottamukselliseen hoitosuhteeseen sekä yksilölliseen, potilaan ja hänen lähiomaisensa tarpeet huomioon otta-vaan, säännöllisesti tarkistettavaan hoitosuunnitelmaan.” Hoito- ja kuntoutussuunnitelmat on kirjattava sellaisessa muodossa, että ne ovat helposti tarkistettavissa. Usein edes asiakas itse ei ole tietoinen näistä suunnitelmista. Suunnitelmat, jotka ovat vain hoitotahoja edustavien henkilöiden ”omassa päässä”, on arkipäivää avopuolen hoitojärjestelmissä. Tällainen toimintatapa ei voi olla hyvää ja tavoitteellista yhteistyötä kuntoutujan ja omaisten kanssa. Mitä vaikeammista oireista sairaudessa on kyse, sen tärkeämmiksi suunnitelman seuranta ja tarkistaminen muodostuvat. Tärkeä osa laadukasta hoitoa ja luottamuksellista vuorovai-kutusta on hoitoneuvotteluissa sairastuneen / kuntoutujan ja omaisten arvostava ja ymmärtävä kohtaami-nen. Kokemukseni mukaan omaisten omia tarpeita, heidän resurssejaan, jaksamistaan ja vastuunottamista omaishoitajina avohoidossa ei oteta riittävästi huomioon hoidon eri vaiheissa.

Skitsofrenia-suositus on päivitetty (Duodecim 14.3.2013): ”Tutkimusnäyttöä psykoosin ennakko-oireiden aktiivisesta hoidosta on tullut sekä lääkehoidon että psykososiaalisten hoitomenetelmien osalta. Skitsofreniapotilaiden masennuksen hyvään hoitoon on edelleen kiinnitettävä huomiota. Metabolinen oireyhtymä on yleinen skitsofreniapotilailla, lisäksi osa sekä perinteisistä että uudemmissa psykoosilääkkeistä aiheuttaa painon nousua. Myös skitsofreniapotilaan läheiset on tärkeä huomioida.”

Terapian hyödyntäminen psykoosisairauksissa

Kokemukseni mukaan skitsofreniaa sairastavan traumaperäisiin kokemuksiin ei hoidossa kiinnitetä riittävästi huomiota. Julkisissa psykiatrian palvelu- ja hoitojärjestelmissä ei saa tasa-arvoisesti psykoterapiaa. Sairastuneella ei useimmiten ole taloudellisia mahdollisuuksia yksityiseen terapiaan. Sinikka Luhtasaari toteaa artikkelissaan *Traumaterapia*: ”Aikaisemman elämän ja erityisesti lapsuuden aikaiset erilaiset traumaattiset kokemukset ovat työstämättöminä usein depression, kroonisen depressiivisyyden ja monien muiden psykiatristen oireiden taustalla. Traumasta muistuttavien tapahtumien ja ärsykkeiden välttäminen vie ihmiseltä runsaasti psyykkistä energiaa ja voi vaikeuttaa monin tavoin ihmissuhteita. Traumaterapian päämääränä on saada kosketus masennusta ylläpitäviin traumaattisiin tunnemuistoihin ja vähentää asteittain niiden vaikutusta nykyelämän pelkoihin ja ihmissuhteisiin.” (Duodecim, Terveyskirjasto)

Esimerkiksi lapsuuden trauma voi aiheuttaa elimellisoireisia psyykkisiä häiriöitä. Psykiatrian erikoislääkäri Matti Huttunen kirjoittaa: ”Elimellisoireisilla eli somatoformisilla psykiatrisilla häiriöillä tarkoitetaan sellaisia psyykkisiä häiriöitä, joiden oirekuvaa hallitsee jokin ruumiillinen oire tai elimelliseen sairauteen viittaava oire. Mikään tunnettu ruumiillinen sairaus ei kuitenkaan aina selitä näitä oireita tai niiden voimakkuutta. Elimellisoireiset psykiatriset häiriöt ovat varsin yleisiä. Elimellisoireisten häiriöiden tausta ja syyt ovat osin tuntemattomia ja eri henkilöillä mitä ilmeisemmin myös erilaisia. Osa elimellisperäisistä psykiatrisista häiriöistä ovat olemukseltaan selvästi psyykkisperäisiä. Erilaiset ahdistavat ja pelottavat mielikuvat ja traumaattiset muistot muuttavat autonomisen hermoston toimintaa tai hormonien erityistä aiheuttaen siten erilaisia ruumiillisia oireita, jotka muistuttavat olemukseltaan selvästi fyysisiä sairauksia. Mikäli oireiden taustalla on erilaisia psyykkisiä ongelmia tai oireita ylläpitäviä traumaattisia muistoja, voi asianmukainen psyko-, pari- tai traumaterapia lievittää olennaisesti oireita.” (Huttunen 2013.)

On epäinhimillistä, että vasta nuorena aikuisena tietoisuuteen tullut lapsuuden kokemuksista syntynyt trauma ja sen aiheuttamat mahdolliset elimellisperäiset oireet on jätetty hoitosuunnitelmissa huomiotta. Samoin vuosia elämää jatkuvasti hallitseva masennus, ahdistus, psykoosit ja useat itsetuhoyritykset eivät ole saaneet aikaan korjaavaa liikettä hoitosuunnitelmissa. Koko perheen elämä on jatkuvaa vuoristorataa. Kun tilanne jatkuu vuosia, hoitotahon siihen puuttumatta, alkaa myös omaisten jaksaminen ja psyykkinen energia loppua.

Pudotus avohoitoon

Hoidon eri suunnitteluvaiheissa kaikkia oireita, mukaan lukien fyysisiä, ei huomioida riittävällä vakavuudella. Se edistää sairauden pahenemista, kuntoutumisvaiheen tavoitteeseen pääsy pitkittyy, vaikeutuu ja edistää psyykkisen sairauden kroonistumista. Psykiatrinen sairaala ”hoitaa psykoosin pois” ja kirjoittaa potilaan ulos ja ohjaa avosairaanhoidon piiriin. Yksilöllisen hoidon epäonnistuminen johtaa riittämättömien hoitosuunnitelmien ja taustatietojen puuttumisen vuoksi siihen että sairastunut putoaa järjestelmästä tai jää osittain ”heitteille” avosairaanhoidossa. Yleensäkin tiedon kulku ei aina toimi riittävällä tasolla sairaalan ja avohoidon järjestelmien välillä. Ehdottomasti pitäisi olla parempi ja riittävä niin sanottu ”saattaen vaihto” sairaalasta kotiin ja kuntoutukseen. Inhimillisesti ja taloudellisestikin tarkastellen on järkevää panostaa tähän välivaiheeseen. Omaisten kokemuksena on hoitotahojen melko yleinen, mahdollisesti tiedostamatonkin asenne, ”kyllä omaiset välittävät ja huolehtivat”.

Avohoidossa lääkärit ja hoitohenkilöstö eivät usein edes tunne potilasta tai tapaavat kuntoutujaa henkilökohtaisesti harvoin. Miten voidaan arvioida tapaamisen yhteydessä kuntoutujan kokonaistilanne realistisesti, kun hän ei itse ehkä muista tai pysty kertomaan tilastaan päiviä, jopa viikkoja taakse päin? Skitsofreniadiagnoosin tunnistamiseen on lääketieteelliset kriteerit. Skitsofrenia on kuitenkin hyvin monimuotoinen

sairaus ja näyttäytyy elämänvaiheissa hyvinkin eri tavoin eri ihmisillä. Psykoosin uusiutumisen ennakoimisessa ja tunnistamisessa omaisten kokemustieto on erittäin olennaista ja tärkeää. Jotta hoito alkaisi heti ja jatkuisi mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti taustat tietäen, niin miksi ei oteta yhteyttä omaisiin? Ei vaikka potilas hyväksyy tietojen antamisen ja yhteydenoton.

Omaisien näkökulmasta avohoidon moniammatillinen työryhmä tai tiimi on hyvä, kun se on toimivaa yhteistyötä asiakkaan hyvän hoidon toteutumiseksi. Toiminta ei saisi jäädä liikaa vain hoitoneuvottelukokous tasolle, vaan olisi oltava hyvän ja laadukkaan yksilöllisen hoidon kannalta vuorovaikutuksellisesti jatkuvaa ja tehokasta sekä tarpeellinen riittävä tiedonkulku osapuolten kesken katkeamatonta. Psykkisesti sairastunut, jolla on usein monia fyysisiä terveydellisiä ongelmia, ei aina kykene itse huolehtimaan esimerkiksi terveellisestä ravinnosta ja riittävästä liikunnasta. Vakavia ongelmia ovat korkea kolesteroliarvo, sydänoireet, ylipaino ja diabetes. Avohoidossa verikokein seurataan arvoja, mutta riittävää apua ja tukea ongelmissa ei tunnu olevan saatavissa. Avohoidon työryhmiin omaiset on otettava mukaan ja hyväksyttävä tasavertaisina kokemuksellisen tiedon tuottajina ammattilaisten tiedon rinnalle. Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksessa määritellään: ”Pitkäaikaishoidossa tärkeitä seikkoja ovat joustavat palvelut kriisitilanteissa, uusien sairausjaksojen ehkäisy”. (Duodecim 2013).

Sairaalasta avohoitoon kirjatessa, itsetuhoajatusten vuoksi sairaalahoidossa ollut yksinasuva potilas, lääkärin edessä ”romahti” ja oli epävarma pärjäämisestään. Lääkäri päätti kuitenkin kotiuttaa ja ohjeisti: ”lupaathan, ettet tee sitten itsellesi mitään” ja ”kun tulee itsetuhoajatuksia, niin soita sairausauto ja mene päivystykseen”. Avointa lähetettä ei ehdotettu eli mahdollisuutta palata tietyn ajan kuluessa suoraan sairaalaan ilman lähetettä. Omaisia ei informoitu tilanteesta. Käytännössä vastuu siirtyi kuntoutujalle ja omaisille. Muutaman viikon päästä oltiin taas menossa itsetuhoajatusten saattelemana hakemaan päivystyksestä lähetettä takaisin sairaalaan. Osastolta myönnettiin myöhemmin, että potilas oli kotiutettu liian aikaisin.

Varsinaista kriisisuunnitelmaa en ole koskaan nähnyt, enkä ole omaisena sellaisesta tietoinen. Avohoidossa kuntoutuja on suullisesti saanut hoitotahoilta kriisitilanteeseen ohjeen, ”menet sitten hakemaan lähteen sairaalaan päivystyksestä ja jos et muuten kykene menemään, niin soita sairausauto”. Joskus on asiakkaan luona kotikäynnillä havaittu sairaalaan pääsy tarpeelliseksi, ja pyydetty asiakasta soittamaan omaisille sairaalahoidon järjestämiseksi. Onko tämä omaisten tehtävä, jos ammattilaiset ovat paikalla?

Mielenterveyshäiriöistä kärsivillä on usein fyysisiä sairauksia, joita ei ole hoidettu riittävästi. Ne jäävät tutkimatta, kun fyysiset oireet tulkitaan usein psyykkisperäisiksi tai lääkkeiden haittavaikutuksiksi. Kotityöryhmän käynti kuntoutujan kotona on hyvä sinällään, mutta jos käynti on keskimäärin puoli tuntia kerran viikossa, niin ei siinä ajassa välttämättä saa käsitystä miten koko edellinen viikko on mennyt. Juuri käyntihetkellä olotila voi olla suhteellisen hyvä. Omaisten huomiot kuntoutujan masentuneisuudesta torjutaan, koska kotityöryhmä ei tulkitse sitä kliiniseksi masennukseksi. Useampia psykooseja sairastanut ei useinkaan kykene muistamaan välttämättä kovin hyvin edes edellistä päivää, mitä ongelmia on ollut tai miten päivät ovat menneet. Omaiset usein tietävät.

Kun saatavilla olevista tarpeellisista olemassa olevista tuista ei kuntoutuja ole saanut hoitotahoilta riittävästi tietoa, niin omaisen joutuu olemaan huolehtija, kodinhoitaja, keittiöpsykologi, seuralainen sekä vahti, joka valvoo, että sairastunut pääsee tarvittaessa sairaalaan. Joskus kuntoutuja itse on saanut vinkin esimerkiksi kotikuntoutuksesta ja lähtenyt omatoimisesti selvittämään asiaa, niin kuntoutus on järjestynyt. Omaisena mietin, kuuluuko tämä kuntoutujan tai omaisen vastuulle?

Hoitokulttuurit ja hyvät käytännöt omaisen kokemana

Tutustuin tarkemmin THL:n Sosiaaliportti.fi -hankesivustoon, josta löytyy paljon hyvää tietoa. Muun muassa siihen mikä on hyvä tapa toimia osastolla levottoman potilaan kanssa. Vierihoidon aikuisten psykiatrisella osastolla kuuluu hoidon perustason toimintaan. ”Vierihoidon aikuisten psykiatrisella osastolla on henkilökunnan tiivistä läsnäoloa levottoman potilaan kanssa. Hoitaja antaa potilaalle vierihoidon, kun katsoo sen olevan potilaan voimien kannalta tarpeellista. Vierihoidon annetaan silloin, kun potilas on rauhaton, äänekäs sekä aggressiivinen ja käytös häiritsee osastoyhteisöä, ja jos tarvittava lääke ei auta tai lääkkeen vaikutusta odotellaan. Hoitaja ohjaa levottoman potilaan rauhallisempaan tilaan, jossa voi keskustella potilaan kanssa tai vain rauhoitella läsnäolollaan.” (THL Sosiaaliportti.)

Esimerkki tapahtuneesta tilanteesta sairaalan osastolla: Potilaan jatkuva äänekäs ja levoton käytös häiritsee muita potilaita ja hoitohenkilökuntaa. Hoitajat pyrkivät pontevasi rauhoittamaan potilasta ”ole jo hiljaa” -käskyllä ja läpsivät sanomalehdellä potilasta päähän. Näillä toimenpiteillä ei ollut toivottua vaikutusta. Seuraavaksi käännyttiin toisen potilaan puoleen ”puhu sinä tuolle, jos se uskoisi”. Potilas kieltäytyi, koska ei katsonut sen kuuluvan hänelle. Lopputulos tapahtumalle oli, että äänekäs potilas vietiin eristyshuoneeseen. Potilaan huutaminen ja oveen potkiminen kaikui koko osastolla, tosin poissa silmistä. Vierihoidon on nimenomaan potilaan tarpeista lähtevää inhimillistä hoitoa. Ensisijaisina toimijoina ovat psykiatrisen osaston vierihoidon potilas ja vierihoitaja. Kyseisellä psykiatrisella osastolla kaikki hoitajat toimivat myös vierihoitajina.

Vierihoidon on eri asia kuin jatkuva valvonta, sillä lääkäri ei määrää sitä niin kuin esimerkiksi kokoaikaisen jatkuvan valvonnan, vaan hoitajat itse päättävät, milloin vierihoidon on tarpeellista. ”Hoitajien valvonnan ja läsnäolon on todettu rauhoittavan potilaita ja osaston ilmapiiriä. Hoitajien läsnäolo osastolla on vähentänyt potilaiden keskinäisiä nahisteluita, koska niihin voidaan puuttua heti niitä havaittaessa. Osaston kokemusten mukaan vierihoidon ennaltaehkäisee ongelmatilanteiden ja lisätyön syntymistä. Vierihoidon käytäntönä vähentää pakkotoimia ja on yksilöllistä kunnioittavaa. Se ei rajoita niin fyysisesti kuin lepositeet tai eristyshuone ja jättää vapautta vuorovaikutukselle. Käytäntö kuvastaa henkilökunnan aktiivisuutta ja ammattitaitoa. Vierihoidossa hoitajan läsnäolo rauhoittaa potilasta ja sitä myöden koko osaston ilmapiiriä.” (THL Sosiaalipolitiikka)

Osastoilla on yleensä hyvin minimaalisesti virikkeitä. Päivittäin potilaat ”mittaavat” sairaalan käytäviä. Omaisena koen, että sairastunut otetaan osastolle vain ”säilöön” tietyksi ajanjaksoksi. Päämääränä on kotiuttaa potilas, heti kun olo hiukankaan kohentuu.

Hoitotoimenpiteinä on lääkitys samoilla lääkkeillä kuin avohoidossa, useimmiten mitään muutoksia ei hoitoon tehdä. Potilaat kokevat, että hoitajat, edes omahoitajakaan hyvin harvoin osallistuvat osastolla yksilölliseen tai yhteisölliseen keskusteluun potilaitten kanssa. Potilaat kokevat, että raporttien ulkopuolella hoitajat eivät ole läsnä, vaan ”seurustelevat keskenään ja heitä ei ole uskalleta häiritä”. Samanlaisen vaikutelman olen omaisena saanut osastoilla vieraillessani. Psykkisesti sairastuneet, perheen ja läheistensä kanssa yhdessä, tarvitsevat monenlaista tukea. Mielenterveyspuolella ei ole tarjolla perhetyön käytäntöjä aikuispsykiatriassa, toisin kuin lasten- ja nuorten psykiatrisessa hoidossa sekä päihdepuolella, joissa perhe huomioidaan ja otetaan mukaan.

Kaikissa psykiatrisen hoitojärjestelmissä tarvitaan hoitokulttuurin muutoksia ja niitä tulee kehittää vahvasti asiakaskeskeisempään, kuntoutuja- ja myös omaislähtöisempään suuntaan. Mielestäni johdon ja esimiesten tuki hoitokulttuurin muutoksessa on keskeinen.

Käyttäytymisen tulkinta voi johtaa harhaan

Psykoosissa olevalle, itsetuhoiselle skitsofreniaa sairastavalle lähetteen saaminen psykiatriseen osastohoitoon päivystysvastaanoton kautta voi olla todella hankalaa. Harvemmin päivystysvastaanotolla on esimerkiksi iltaisin, yöllä tai viikonloppuisin ollut riittävää asiantuntemusta psykkisiin sairauksiin liittyen. Pitkään sairastaneen omainen tietää, että skitsofrenia on yksi yleisimmistä, vakavimmista ja haastavimmista mielisairauksista. Skitsofrenian sairastamiseen liittyy jaksoja, jolloin potilaat ovat lähes täysin oireettomia. Näitä jaksoja seuraa kuitenkin toistuvasti psykoosivaiheita. Skitsofrenia aiheuttaa eri ihmisillä erilaisia oireita. Joillakin ilmenee enemmän ja useammin oireita, toisilla vain harvoin ja muutamia. Rissanen ja Mielenterveyden keskusliitto (2007) toteavat kirjassaan: ”Työntekijöiden olisi tärkeää pyrkiä ymmärtämään sairauden mieltä ja oireiden kieltä, sillä ne auttavat asiakassuhteen muodostamisessa.” Hoitohenkilöstölle on varmasti hyötyä omaisten kokemustiedosta.

Sairastuneen käyttäytymisen tulkinta voi johtaa harhaan, jos ei tunne sairastunutta eikä ole seurannut sairastunutta pitemmällä ajalla. Psykoosinomaisessa tilassa oleva skitsofreenikko voi rajuista ajatuksista huolimatta olla päällepäin rauhallinen, mutta ei kykene realistisesti kertomaan mitä on tapahtunut. Potilasta tuntematon lääkäri voi tulkita väärin oireet ja sen hetkisen olotilan. Hoitohenkilöstön olettamukset potilaan tilasta ja pärjäämisestä voivat jopa johtaa mahdolliseen hoitovirheeseen.

Esimerkkitapaus: omainen on saanut useamman kerran itsetuhoa yrittäneeltä sairastuneelta hälyttävän, vahvoja itsetuhoajatuksia sisältävän sekavan puhelun. Omainen soittaa hätäkeskukseen. Päivystysvastaanotolla lääkärin näkemyksen mukaan ”asiakas on rauhallinen”. Lääkäri juttelee asiakkaan kanssa ja he tulevat siihen tulokseen, että ”asiakas lähtee yöksi takaisin kotiin ja soittaa itse aamulla kotityöryhmälle”. Onneksi tällä kertaa vuorossa oli lääkäri, joka otti asiakkaan luvalla yhteyttä omaisiin, ja kertoi mihin päätökseen oli tultu. Omaisen kokemusasiantuntijuus ja asiakasta tuntemattoman lääkärin tulkinta asiakkaan hoitotarpeesta eivät aina kohtaa. Tässä tapauksessa asiakas lähetettiin välittömästi psykiatriseen sairaalaan. On melko harvinaista, että tutkimusten taustaksi lääkärit tai hoitohenkilöstö kokevat tarpeelliseksi ja hyödylliseksi ottaa yhteyttä omaisiin. Aina edes potilas ei kiellä antamasta tietoa omaisille, jos sitä häneltä kysytään.

Esimerkkejä hoitoon pääsystä

Päivystysvastaanotossa asiakas on joutunut psykoosinomaisessa tilassa, ahdistuneena ja tuskaisena odottamaan jopa kahdeksan tuntia lääkärin puheille pääsyä. Pitkää odotusaikaa on perusteltu sillä, että mielenterveysasiakkaat ovat kiireellisyysjärjestyksessä jonon loppupäässä. Omaisena pohdin: toteutuuko tasa-arvoinen ja inhimillinen kohtelu?

Lähetteen kirjoittamista psykiatriseen sairaalaan voi joutua odottamaan hyvinkin vaihtelevan ajan puitteissa. Lääkäreillä on erilaiset toimintatavat, joskus on päässyt lähtemään psykiatriseen sairaalaan jopa puhelinläheteellä. Psykkisesti sairastuneen vaikeiden oireiden vuoksi on useimmiten myös saattaja tarpeen olla tukena ja rauhoittamassa. Saattaja istuu myös saman ajan vastaanotolla, ja mahdollisesti työelämässä olevana joutuu lähtemään ehkä muutaman tunnin yönien jälkeen töihin.

Psykiatrisen sairaalan poliklinikan vastaanotossa vielä toisen kerran arvioidaan sairaalahoidon tarve ennen sisään kirjautumista. Osastolle pääsyä on joutunut joskus odottelemaan eristettynä ankeaan sairaalan sivukäytävään useamman tunnin. Psykkisesti sairasta ihmistä ja omaisia kohtaan olisi inhimillistä ja arvostavaa kohtelua, jos pitkään sairastanut ja useita hoitokertoja sairaalassa ollut potilas pääsisi suoraan psykiatrian poliklinikalle arvioitavaksi.

Mikä merkitys näissä ilmeisen kroonisissa tilanteissa on päivystysvastaanoton kautta vaadittavalla lääkärin läheteellä? Psykkisesti sairastunut, joka on ollut jo kymmeniä kertoja sairaalassa, ei varmasti ehdoin tahdoin halua sairaalaan. Omaiset yrittävät kannatella ja pinnistellä viimeiseen asti pärjätäkseen sairastuneen oireiden kanssa kotona. Tarve saada apua ja päästä hoitoon on varmasti todellinen, kun sitä pyydetään. Tutkimus Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa (Syrjäpalo 2006) osoittaa, että turvallinen ympäristö ja ihmisarvoa kunnioittava kohtelu, sairaudesta huolimatta, ovat potilaille tärkeitä. Omaisten rooli tiedon antajana on äärimmäisen tärkeä.

Mielenterveysongelmat kehittyvät pitkällä aikavälillä. Usein ennen kuin ympäristö ja omaiset havahtuvat, he ovat saattaneet jo vuosia kamppailla uupumukseen asti erilaisten sairaudesta johtuvien oireitten aiheuttamien ongelmien kanssa. Omaisten läsnäolo hoito- / tutkimustilanteissa kokemustiedon antajana on erittäin merkityksellistä, arvokasta ja hyödyllistä. ”On todettu, että psyykinen sairastuminen on henkilökohtainen ja persoonallinen ilmiö. Sairauden tulkinnat, kertomukset ja oireet vaihtelevat ja muuttuvat ajan kuluessa.” (Rissanen & Mielenterveyden keskusliitto 2007.) Kuntoutuksessa ei osata vielä riittävästi hyödyntää kuntoutujan persoonallisia vahvuuksia.

Vaikka puhutaan, että omaiset halutaan mukaan ja sairastunut haluaa läheisten olevan mukana hoidon suunnittelussa, niin parhaassakin tapauksessa omaisia saatetaan kuulla, mutta ei oikeasti kuunnella. Omaisilla on kokemustieto, yhdessä sairastuneen läheisensä kanssa, todellisesta arjesta ja elämästä, sekä siitä miten sairastunut voisi parhaiten pärjätä avohoidossa. Hoitohenkilöstön aito ja arvostava läheisten mukaanotto kokemustiedon jakajana on myös läheisten tukemista. Omaisten mukanaolon merkitys korostuu, koska hoitohenkilöstö lääkäreitä myöten vaihtuu usein, ja näin ollen he eivät voi tuntea kovin hyvin potilasta. Tästä syntyy luottamuksen puute hyvään hoitoon, kun hoitavalla henkilöstöllä ei ole oikeaa kokonaiskuvaa pitkään sairastaneesta potilaasta ja hänen sairaushistoriastaan. Tehdään yleistäen ja olettamusten perusteella ratkaisuja, joissa ei tule riittävästi huomioon otetuksi yksilölliset hoidon ja kuntoutumisen tarpeet ja omaisten jaksamisen edellytykset.

”Läheisneuvonpito on sosiaalityön menetelmä, jota on käytetty pääasiassa lastensuojelussa ja nuorisohuollossa, mutta sitä voidaan soveltaa myös mielenterveystyöhön. Läheisneuvonpidolla on omat periaatteensa, ja työtapana se on asiakaslähtöinen. Pää tarkoituksena on vahvistaa asianosaisen ja hänen läheistensä osallistumista. Läheisneuvonpidossa kunnioitetaan jokaisen osallisuutta prosessiin.” (Heino 2000.)

Elämänlaadun huomioiminen hoitotyössä

Mistä psykiatristen potilaiden elämänlaadun menetykset johtuvat? Saarnin & Pirkolan (2010) mukaan:

”Sairastuneiden ja heidän omaistensa elämänlaadun huomiointi on psykiatriassa erityisen tärkeä hoidon päämäärä, koska vakavat mielenterveyden häiriöt ovat usein pitkäaikaisia ja vaikutuksiltaan laajoja. Pelkkä oireiden vähentäminen ei riitä. Parhaimmillaan hoidossa tulisi pyrkiä kunnioittamaan sairastuneen tunteita, mielipiteitä ja arvoja, huomioimaan sairastuneen psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen kokonaisuus, tasapainottamaan hoitojen hyödyt ja haitat sekä huomioimaan myös omaisten kärsimykset. Elämänlaatu hoidon tavoitteena korostuu psykiatriassa, koska mielenterveyden häiriöt ovat usein pitkä-aikaisia, oireiltaan moninaisia ja laajasti potilaiden toimintakykyyn ja subjektiiviseen elämymaailmaan vaikuttavia. Elämänlaadun menetyksiä mitattaessa yleiset psykiatriset häiriöt vertautuvat vakavimpiin kroonisiin somaattisiin sairauksiin. Myös potilaiden omaisten elämänlaatumenetykset tulisivat huomioiksi. Aiemmat tutkimukset tukevat pääosin tätä: masennusoireilu näyttää liittyvän elämänlaadun menetykseen voimakkaammin kuin esimerkiksi positiiviset psykoosioireet. Psykoosipotilaiden masennusoireiden hoitoon tulisikin kiinnittää enemmän huomiota: esimerkiksi Terveys 2000 -tutkimuksessa skitsofreniapotilaiden BDI-21-masennus pistemäärän keskiarvo ei juuri eronnut masennuspotilaiden pistemäärästä (14 ja 15 pistettä).” (Saarni & Pirkola 2010.)

Skitsofreniaa sairastavilla selvästi merkittävin elämänlaatu laskeva tekijä on masennus, jonka hoitoon pitäisi mahdollisuuksien mukaan kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Omaisena kokemus skitsofrenian hoidosta on, että oireita hoidetaan ensisijaisesti lääkityksellä, jolla yritetään saada positiiviset oireet, aistiharhat, harhaluulot, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus hallintaan. Lääkkeitten tehoa ja vaikutusta yleistetään liikaa, eikä haeta riittävästi parasta mahdollista yksilöllistä tehoa. Masennukseen ja negatiivisiin oireisiin, kuten tunteiden latistumiseen, puheen köyhtymiseen, tahdottomuuteen ja kyvyttömyyteen tuntee mielihyvää, ei hoidossa kiinnitetä riittävästi huomiota. Nämä ovat kuitenkin sairastuneen kuntoutumisen ja elämänlaadun kannalta erittäin merkittäviä ja myös omaisten elämänlaatuun syvästi vaikuttavia.

Skitsofreniaa sairastavan elämänlaatuun vaikuttaa riittävä, tarkoituksenmukainen yksilöllinen hoito. Isohanni & Joukamaa kirjoittavat aiheesta. Skitsofrenian hoito pitää ”räätälöidä” potilaan tarpeiden mukaisesti. Lääkehoitoon on syytä kombinoida muita hoitomuotoja. Hyviä kokemuksia on saatu perhe- ja verkostoterapiasta ja tukea antavasta yksilöpsykoterapiasta. Skitsofreniapotilaan psykoterapia on yleensä luonteeltaan tukea antavaa. Terapian on oltava riittävän pitkäjänteistä, jotta potilas voi kokea olonsa turvalliseksi. Sen on myös oltava joustavaa, kriisivaiheissa kontakteja tarvitaan tiheästi, kun sairaus on vähäoireisessa vaiheessa riittää harvempi frekventtinen tapaaminen. - - Perhetapaamisten tai perheterapian tavoitteena on tukea perheitä ja keventää niiden tunneilmastoa. Yksilöpsykoterapian tavoite on tukea elämänkaareen kuuluvien tehtävien (esim. itsenäistyminen) toteutusta. Näiden hoitomuotojen aloittaminen kuuluu erikoistason sairaanhoitoon.”

Mielenterveyskuntoutujan kokemuksia sairaalahoidosta

”Monilla sairastavilla voi arjessa loppua keinot pärjätä yksin, jolloin on tarve saada sairaalahoitoon. Kun on jonkin aikaa irti kotiympyröistä, on mahdollista oppia sairaalassa jotain uutta itsestään, joka kantaa kohti terveempää tulevaisuutta.”

”Olen sairaalassa ollessani osallistunut kuvataidetyöskentelyyn, musiikkityöskentelyyn ja kehontuntemusta lisäävään työskentelyyn. Johonkin näistä pitäisi olla mahdollisuus myös avohoidossa, koska ne parantavat psyykkistä oloa. Lisäksi kävimme vuoden verran perhetyöskentelyssä kahden psykiatrian sairaanhoitajan ohjauksessa, heidän koulutukseensa liittyen.”

”Loppulausunnoista laskien olen ollut Pitkäniemen sairaalassa yli 30 kertaa kun otetaan mukaan seurantajaksot (intervallit). Sairauteni syvä tunne-elämän pysyväishäiriö (skitsofrenia) on ollut niin vaikea, että olen joutunut käymään sairaalassa muutaman kerran vuodessa. Olen sairastanut kymmenen vuotta.”

”Olen aina päässyt sairaalaan kun olen hakeutunut. Riittävän pitkän hoitajakson saaminen onkin ollut vaikeampaa. Pisimmillään olen ollut osastolla 6 viikkoa ja lyhimmillään 3 päivää. Muutaman kerran olen sairaalasta lähtiessäni ollut niin huonossa kunnossa, että olen saanut ns. avoimen lähetteen eli olen voinut palata sairaalaan tietyn ajan kuluessa ilman uutta lähetettä.”

”Lääkkeet olen jättänyt pois ainakin kolme kertaa. Kerran siksi, että en päässyt lääkityksen kanssa eteenpäin, ja koin lääkityksen sitä kautta turhaksi. Ilman lääkkeitä olen aina joutunut sairaalaan.”

”Kymmenessä vuodessa ja kymmenillä sairaalajaksoilla olen nähnyt kaikenlaista. Monet näkemistäni tilanteista toisi surun jokaisen empatiaan kykenevän ihmisen tunteisiin. En tiedä mitä koulussa hoitajille opetetaan, mutta jotain syvästi väärää sieltä valmistuneet tuntuvat tuovan mukanaan. Se todennäköisesti johtaa siihen, että vääräys vain edelleen vakiintuu sairaalan työkuultuurissa. Kun kerran kysyin omahoitajalta miten hän voi tietää miten minulla menee kun emme koskaan juttele, hän totesi, että saa jatkuvasti raportteja minusta muilta hoitajilta.”

”Monesti hoitajien käytöksestä ilmenee tietynlainen ”jumala-asetus”, jolla he suhtautuvat kuntoutujiin. He usein olettavat sen sijaan että kysyisivät. Jos he edes osaisivat kysyä oletuksistaan, kaikki olisi paljon paremmin.”

”Kerran minulle sanottiin, että enhän minä nyt sairaalahoitoa tarvitse kun katselen vain kuva-taajuuslaitetta (tv). Ensinnäkin se on helppo tapa turruttaa oloaan ja toisekseen osastoilla on usein hyvin vähän virikkeitä.”

”Hoitokulttuurit eri osastoilla poikkeavat toisistaan tavattoman paljon. Yksi esimerkki on omakuntoutujakeskustelut hoitajan kanssa. Joillakin osastoilla niitä voi olla turkasen vaikea saada, kun toisella osastolla on lähtökohtana se, että keskusteluja on 2–3 kertaa viikossa. Toinen käytännöllinen esimerkki on siinä, onko osastolla partakonetta. Toisella osastolla sellainen on, ja toisella ei, siksi että se on hoitohenkilökunnan mielestä haasteellista pitää puhtana.”

”Niin kuin kai millä tahansa alalla, mielenterveysalallekin ammattilaisten joukkoon eksyy myös sairaanhoitajia, jotka ovat suoraan sanottuna väärällä alalla. Ikävää tässä on se, että epäammattimaisesti käyttäytyvät hoitajat ovat tekemisissä herkkien ja rikkinäisten ihmisten kanssa.”

”Yksi esimerkki epäammattillisuudesta voisi olla se kuinka hoitajat tekevät havaintoja yhdestä hetkestä, ja päättelivät siitä onko kuntoutujalla hyvä vai huono päivä. Aivan kuin yksi satunnainen hetki antaisi ”näkömän” kuntoutujan pään sisään koko päivän ajalta. Toinen esimerkki voisi olla se, että jos kuntoutujalla vaikuttaisi olevan muutama huono päivä peräkkäin, niin aletaan puhua lääkityksen nostosta, eikä siitä, että painaako kuntoutujaa nyt jokin tietty asia. Ei huomioida auttaisiko esimerkiksi keskustelu.”

”Yksi hoitokulttuurin puute on se, etteivät kuntoutujaa koskevat tärkeät tiedot välity koko hoitohenkilökunnalle. Tällaisia voivat olla merkittävät elämäntilanteen muutokset ja ”syvän sie-lulukon” (trauma) tuonut tapahtuma. Jos tällaiset tiedot ovat vain omahoitajan tiedossa, hoidosta tulee puutteellista, koska muutkin hoitajat joutuvat olemaan tekemisissä kuntoutujan kanssa, kun omahoitaja on poissa.”

”Vaikka omahoitajan vaihtuminen usein voi olla jossain määrin rasittavaa, olen ottanut sen myönteisesti. Se, että joutuu kertomaan uudelle omahoitajalle asioita uudestaan voi olla antoisaa kun hän voi tuoda siihen uuden näkökulman.”

”Tyhmintä, mitä lääkäri on minulle sanonut: ”Masennushan johtuu vain aivojen välittäjäai-neiden häiriöstä”. Sanoisin itse, että se ilmenee välittäjäaineiden häiriönä.”

”Ymmärrän, että jokaisen lääkärin täytyy työn kautta erikoistua mielenterveyslääkäriksi, mut-ta koen kuitenkin, että lääkärin jatkuva vaihtuminen on rasittavampaa kuin omahoitajan. Olen miettinyt, olisiko mahdollista, että erikoistuva lääkäri tekisi hoitotyötä yhdessä jo valmistu-neen erikoislääkärin kanssa. Tämä vähentäisi kuntoutujien joutumista opettelevan lääkärin koekaniineiksi.”

”Yksi vahvimista lenkeistä alkukuntoutuksessa on toiset kuntoutujat. Kanssakäyminen hei-dän kanssaan on yksi olennainen osa kuntoutusta. On kuitenkin hyvä vetää raja siihen, ettei keskustele sen syvemmin omista oireistaan. Ammatillaisetkin tietävät, että silloin kuntoutuja voi kopioida itselleen samoja oireita. Outoa kyllä hoitajat ei tästä varoittele kovinkaan oma-aloitteisesti vaikka ilmiö on ymmärtääkseni suhteellisen yleinen. Olen itsekini kopioinut mi-nulle kuulumattomia oireita. Onneksi niitä ei kestänyt kauaa.”

”Yksi oudoimmista ilmiöistä sairaalassa on se, että hoitajat ja lääkärit eivät jaa ammatillista osaamistaan kuntoutujille. Esimerkiksi, kun olin kotiutumassa sairaalahoidosta, omahoitaja sanoi: ”Se auttaa suuresti, jos luottaa siihen, että pärjää kotona”. Kukaan hoitaja ei ole ennen tai jälkeen puhunut minulla tästä asiasta. Olen kiitollinen siitä, että se tuli esiin vaikkakin il-meisesti puolivahingossa. Itse en ollut pystynyt hahmottamaan itseluottamuksen tarpeellisuut-ta. Mielestäni asiasta pitäisi aina lähtökohtaisesti keskustella kuntoutujan kanssa. Ja vieläpä hyvissä ajoin ennen kotiutumista. ”

”Toinen esimerkki on, kun kolmannen itsemurhayritykseni jälkeen keskustelin lääkärin kans-sa ja puheeksi tuli raivo, jota tunnen. Lääkäri totesi ykskantaan, että siitähän itsemurhayrityk-set usein johtuvat. Mielestäni tällainen asia olisi pitänyt ottaa heti käsittelyyn jo ensimmäisen yrityksen jälkeen, eikä vain olettaa, että kuntoutuja joskus tajuaisi sen itse.”

”Yksi piirre hoitokulttuurissa on se, ettei pyydetä anteeksi tapahtunutta virhettä, vaan selitel-lään ”siinä varmaan ajateltiin niin, että...” Siinä mielestäni vähätellään kuntoutujan tuntemaa mielipahaa siitä mitä sitten onkaan tapahtunut. ”Anteeksi. Pyrimme seuraavan kerran huomi-omaan sinut paremmin” olisi hienoa kuulla.”

”Yksi mikä ainakin minun sairaudessani on tärkeää, on suuntautuminen. Esimerkiksi, jos sairaalasta potkitaan lomalle ilman, että sinun kanssasi puhutaan siitä ajoissa, voi tulla pahoja ongelmia. On tuiki tärkeää antaa aikaa totuttautua ajatukseen. Jos sanotaan vaan ”Hei, sinä lähdetkin huomenna lomalle” on myöhästetty olennaisesti.”

”Jos kuntoutuja pohtii omaa todettua terveyshaittaansa (diagnoosi), ammattilaiset eivät useinkaan ota sitä kuuleviin korviinsa. Sanovat vaan, että niiden ero on veteen piirretty viiva. Jos todetun terveyshaitan tyyppi vaivaa kuntoutujaa, siitä olisi syytä jutella syvemmin. Eritoten minunlaiseni kanssa, jonka todettu terveyshaitta määriteltiin minun puheideni perusteella, ilman käyttäytymistieteellisiä kokeita.”

”Joskus kotiutuminen sairaalasta huonossa kunnossa voi johtaa siihen, että toipuminen on hitaampaa ja vaikeampaa. Kyse ei ole siitä ettei kuntoutuja lopulta pärjäisi jollain tasolla kotonakin, vaan siitä onko hän tarpeeksi hyvässä kunnossa viemään yksin itseään eteenpäin kotiolosuhteissa. Tällainen voi helposti johtaa pidempiin sairausjaksoihin, ja näin eristää kuntoutujan entisestään yhteiskunnasta. Mielekkäämpää kaikille ja inhimillisempää kuntoutujalle olisi hoitaa hänet siihen pisteeseen, että hän osaa luovia kotonakin omaksi edukseen, ja järjestää avohoito järkevästi tukemaan kuntoutujan selviämistä arjessa.”

Psyykkisen sairauden vaikutus omaisten elämänlaatuun

Yhteinen elämänlaadun määrittäjä kaikille iästä riippumatta on kyky nauttia elämästä. Mielenterveysomaisillakin on oltava oikeus hyvään elämään. Omaisten elämän ei pitäisi määräytyä sairastuneen perheenjäsenen tai palvelujärjestelmän tarpeista käsin. Liian usein yhteiskunnassa oletetaan, että omaiset automaattisesti ottavat täyden vastuun läheisensä hoidosta ja pärjäämisestä arjessa. Omaisten ei kuuluisi olla hoitajia, eikä läheisensä perään katsojia. Riittämättömien avohoidon palvelujen vuoksi omaiset joutuvat huolehtimaan mielenterveyskuntoutujan elämänlaadusta. Omaisten jaksaminen on huomioitava myös koko perheen näkökulmasta.

Käytännössä valtaosa sairastuneen elämänhallinnan vastuusta avohoidossa tulee omaisten ja läheisten toimesta ja on heidän vastuullaan. Saarnin mukaan: ”Vaikuttaa siltä, että skitsofreniaan liittyy merkittävää sopeutumista sairauteen, mikä parantaa sairastuneiden kokemusta omasta elämänlaadustaan. Tämä voi joskus olla myös ongelma, sillä skitsofreniaa sairastavat voivat olla hyvin arkoja vaatimaan parannuksia elämänsä ja pitämään kiinni oikeuksistaan ilman ulkopuolista apua ja kannustusta.” (Skitsofrenia.fi 2012.) Kun muun muassa itsemurhaa yrittäneen sairaalahoito jää liian lyhyeksi, niin vastuu kotona olemisesta ja turvallisuudesta jää omaisille. He joutuvat elämään ”kauhun tasapainossa” ja yrittävät kannatella potilasta ilman riittävää avohoidon tukea. Omaiset joutuvat useimmiten myös edunvalvojan asemaan, vaatimaan oikeuksia yhdessä sairastuneen tukena. Esimerkkitapaus: Jo useamman kerran lääkeyliannostuksen ottanut potilas vietiin ensiavun kautta teho-osastolle, josta hänet siirrettiin paikkapulan vuoksi toiselle osastolle. Muutaman päivän kuluttua lääkärin kierrolla todettiin, että potilas lähetetään takaisin avohoitoon, ja sinne mistä on sairaalaan tullut eli kotiin. Potilas pelästyi tietoa ja alkoi itkeä kertoen pelkäävänsä kotona oloa, koska hän asui yksin. Fyysinen kunto oli myös heikko. Omaisen kokemustietojen ja perustelujen jälkeen lääkäri päätyi hoitamaan siirron psykiatriseen sairaalaan. Olen joutunut pohtimaan, kuinka usein tapahtuu potilaan hoidon kannalta väärä ratkaisuja. Kaikilla sairastuneilla ei ole omaisia lähellä tai he eivät muuten jaksa/rohkene esittää omaa kantaansa.

Pirkko Lahti kirjoittaa Omaiset mielenterveystyön tukena blogissa (2012):

”Suurin helpotus tulisi ehkä siitä, että ammatti-ihmiset varaisivat aikaa myös potilaan omaiselle ja kertoisivat hänelle sairaudesta, hoitotoimenpiteistä, taudin kulusta ja mahdollisesta uusiutumisarjasta. Tähän ei hoitojärjestelmämme ole juurikaan budjetoinut aikaa. Omaiset ovat ikään kuin ylimääräinen rasite. Ainoastaan lasten vanhemmat kuuluvat hoitojärjestel-

mään. Tiedän tästä tarpeesta jo kerrotun useita kertoja, mutta kuormittunut hoitojärjestelmä ei ota viestiä vastaan. Hoito lähtee yhden ihmisen luottamuksellisesta hoitosuhteesta ja omaiset ovat ”ikään kuin” uhka tässä luottamussuhteessa. Perhekeskeiset hoitomuodot eivät ole vielä tavallista arkea, vaikka ideaa on tehokkaasti levitetty. Tiedon ansiosta suhtautumistavat muuttuvat. Kuitenkin tarvitaan myös tilaisuuksia pohtia ja punnita omaisen roolia ja tunteuksia. Omaiset kaipaavat myös empaattista kuuntelua, kun hoidon välivaiheet ovat kaikissa sairauksissa omaisten ja läheisten vastuulla. Omaisten oman elämän merkityksen ja potilaan ”apulaishoitajan” tehtävän osuutta tulee tuulettaa. Itsestäänselviä oletuksia ei saa olla. Kullakin ihmisellä on voimia eri tavoin käytössään, mutta oikeus omaan elämään on kaikilla. Niin potilailla, kuin omaisilla.”

Mielenterveysomaisten kokemat epäkohdat

Omaisten oikeuksiin liittyen Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliiton julkaisussa Mielenterveysomaisten oikeudet (2010) nostetaan esiin muun muassa olemassa olevat lait. Hoitoyksiköt eivät välttämättä tunne omaisten asemaa koskevaa lainsäädäntöä. Esimerkiksi hallintolain (12 §) mukaan hallinta-asiassa on lupa käyttää asiamiestä tai avustajaa. Tämä tarkoittaa tulkittuna sitä, ettei omaista voi sulkea pois esimerkiksi hoitoneuvotteluista, jos sairastunut haluaa omaisen siihen mukaan.

Terveydenhuollon potilaslaissa (6 ja 9 §) todetaan, että jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Kuulemista varten läheisellä tai potilaan laillisella edustajalla on oikeus saada tarpeelliset tiedot potilaan terveydentilasta.

Sosiaalihuollon asiakaslaissa (7 ja 9 §) todetaan, että mikäli asiakas ei kykene päättämään hoidostaan, sosiaalihuoltoa koskeva hoito- tai palvelusuunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan ja hänen laillisen edustajansa taikka asiakkaan ja hänen omaisensa tai muun läheisensä kanssa. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto katsoo, että jos potilas ei ole oikeustoimikelpoinen, on hoidosta päätettäessä kuultava omaisia.

Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliiton julkilausumalla halutaan kiinnittää huomiota omaisten kokemuksiin epäkohtiin ja vaaditaan niihin muutosta. Kokonaisuudessaan mielenterveysomaisten oikeudet ovat luettavissa Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliiton nettisivulta (www.omaisten.org.)

Lopuksi

Omaisena ihmettelee, mikä merkitys on Käypä hoito -suosituksilla nykyisissä hoitokäytännöissä? Miksi hoidossa tasa-arvoinen kohtelu ei toteudu? Pitäisikö suositus olla kuitenkin velvoite, jotta hyvä ja riittävä yksilöllinen hoito toteutuisi jokaiselle? Saman sairaalan sisällä eri osastoilla on hyvin erilaiset toimintamallit ja hoitokulttuurit.

Psykoaterapian mahdollisuus skitsofreniaa sairastavalle ei toteudu tasa-arvoisesti. Lapsuudenaikaisista traumaattisista kokemuksista kärsivillä saattaa oireiden taustalla olla somaattisia oireita. Häiriö aiheuttaa luonnollisesti huomattavaa kärsimystä ja toimintakyvyn alenemista. Häiriön hoidon kannalta on olennaista ymmärtää, että siitä kärsivä henkilö ei teeskentele oireita, eivätkä oireet ole luonteeltaan tahdonalaisia. Sairastuneen ja omaisen huomiot ja näkökulmat eivät ole saaneet riittävä painoarvoa.

Hoitohenkilökunnan asenteissa kohtaa negatiivista suhtautumista mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita ja omaisia kohtaan, niin sairaala- kuin avohoidossa. Kielteiset asenteet eivät aina ilmene suoraan. Ne voivat näkyä esimerkiksi niin, että tehdään potilasta koskevia päätöksiä potilaan tietämättä. Hoitohenkilöstön arvoja ja asenteita kuvastaa heidän tapansa arvostaa mielenterveyspotilaita yksilöinä. Omaisia pidetään haittana ja hankalina. Arvostus, kunnioittaminen ja toivon ylläpitäminen vaikeuksista huolimatta vaikuttaa merkittävästi omaisten jaksamiseen.

Omaisten huomioiminen sairaalahoidon aikana vaikuttaa myös potilaaseen. Osastolla omaisten vierailun aikana toivoisi, että olisi mahdollista toteuttaa tarvittaessa läheiskeskusteluja yhdessä omahoitajan, potilaan

ja omaisten kesken. Kokemukseni on, että hyvin harvoin omahoitajat lähestyvät omaisia omaehtoisesti, korkeintaan tervehtivät osastolle tullessa. Potilaan ja omaisten arvostaminen ja hyvät vuorovaikutustaidot ovat rakentavan yhteistyön perusta. Luottamus on tärkeä osa vuorovaikutusta ja hyvää hoitoa.

Omaisen näkökulmasta psykiatrian tulevaisuus näyttää huolestuttavasti siltä, että edelleen niukkojen resurssien aikana hoitovastuuta jää liian paljon omaisille. Verkostoyhteistyön parantaminen varmasti selkiyttäisi ja jakaisi palveluja oikeudenmukaisemmin. Hoito mahdollistuisi yksilöllisemmäksi ja omaistenkin vastuutaakka kevenisi.

Miten saataisiin asiakkaan ja omaisten näkökulmat paremmin esiin? Kokemusasiantuntijuus hyödyttää kaikkia osapuolia hoito- ja palvelujärjestelmissä. Vielä ei tunnisteta kaikkia kokemusasiantuntijuuden käytön monia mahdollisuuksia. Psykiatristen palvelujärjestelmien kehittämisessä ja arvioinnissa on monissa kunnissa hyödynnetty mielenterveyskuntoutujien ja omaisten kokemusasiantuntijuutta.

Mielestäni ymmärtävä ammattilainen kokee tehneensä työnsä hyvin ja välttää turhautumisen. Mitä enemmän sosiaali- ja terveysalan henkilöstö ymmärtää pitkäaikaissairaiden ja meidän omaisten/ läheisten kokemuksia hoidosta, kuntoutuksesta ja palveluiden suunnittelusta, sitä paremmin se pystyy tukemaan asiakkaitaan ja kehittämään työyhteisön toimintaa.

Lähteet

- Duodecim, Käypä hoito: Skitsofrenian Käypä hoito –suositus. Verkossa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050> [luettu 15.2.2013].
- Heino, Tarja (toim.): Läheisneuvonpito – uusi sosiaalityön menetelmä. Oppaita Stakes, 40. Helsinki 2000.
- Huttunen, Matti: Elimelliset psykiatriset häiriöt. Duodecim Terveyskirjasto, 2011 Verkossa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00366 [luettu 15.02.2013].
- Isohanni, Matti & Joukamaa, Matti: Skitsofrenia ja muut psykoosit. Therapia Fennica. Verkossa: http://therapifennica.fi/wiki/index.php?title=Skitsofrenia_ja_muut_psykoosit [luettu 13.2.2013].
- Laajasalo, Taina & Pirkola, Sami: Ennen kuin on liian myöhäistä - Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 47. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy, 2012.
- Lahti, Pirkko: Potilaan omaisena. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto, 2012. Verkossa: http://www.omaisten.org/index.php?option=com_content&view=article&id=396&Itemid=18 [luettu 20.2.2013].
- Nyman, Markku & Stengård, Eija: Mielenterveysomaisten hyvinvointi. Tampereen yliopisto ja Omaiset mielenterveystyön tukena ry, Saarijärvi: Gummerus Oy, 2001.
- Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto. Mielenterveysomaisten oikeudet, 2010. Verkossa: <http://www.omaisten.org/component/content/article/63-omaiset/460-mielenterveysomaisten-oikeudet>
- Rissanen, Päivi & Mielenterveyden keskusliitto: Skitsofreniasta kuntoutuminen. Pori: Kehitys Oy, 2007.
- Saarni, Samuli & Pirkola, Sami: Psykiatristen potilaiden elämänlaatu. Duodecim 2010;126:2265–73.
- Syrjäpalo, Kyllikki, Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Väitöskirja, Acta Univ. Oul. D 871, Oulu 2006
- THL Sosiaaliportti. Hyvä Käytäntö: Vierihoidon aikuisten psykiatriasella osastolla. THL, 2010. Verkossa: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakaytando/hakutulokset?Search=search&Field3=4&Field11=29> [luettu 15.02.2013].

4.4 Miten toteutuu kokemusasiantuntijatoiminta?

Nordling, Esa & Hätönen, Heli

Kysely kokemusasiantuntijoille

Selvityksen lähtökohdat, tavoitteet ja menetelmät

Sosiaali- ja terveystalouden tulevaisuuden linjauksissa on korostettu palveluiden käyttäjien osallisuutta palvelujen kehittämisessä, toteuttamisessa ja arvioinnissa. Tavoitteena on, että palvelut vastaisivat paremmin niitä käyttävien henkilöiden tarpeisiin. Samanaikaisesti kokemusasiantuntijuuden merkitys osana mielenterveys- ja päihdetyön toimintaa on nostettu voimakkaammin esiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, Kuosmanen 2009, Laitila 2010.) Kokemusasiantuntijoilla on omista kokemuksista karttunutta hiljaista tietoa, joka tarjoaa toisenlaisen näkökulman ammattilaisten tueksi. Kokemusasiantuntija on kokemusasiantuntijakoulutuksen käynyt henkilö, jolla on omakohtaista kokemusta mielenterveys- tai päihdeongelmasta joko niitä sairastavana, niistä toipuneena tai palveluita käyttäneenä, omaisena tai läheisenä. Kokemusasiantuntijakoulutus antaa koulutuksen käyneelle henkilölle valmiudet toimia kokemusasiantuntijana, -tutkijana, -arvioijana tai -kouluttajana. Lisäksi kokemusasiantuntijat voivat toimia esimerkiksi vertaistoimijoina ja tiedottajina.

Kokemusasiantuntijakoulutusta on toteutettu Suomessa 2000-luvun alkuvuosista eri tahojen toimesta. Kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen onkin yleistynyt ja siihen liittyvää koulutusta on kehitetty viimeisten vuosien aikana aktiivisesti (Nordling & Rauhala 2011). Keskeisiä kouluttajatahoja ovat olleet Mielenterveyden keskusliitto, Muotialan asuin- ja toimintakeskus Tampereella sekä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri osana Välittäjä-hanketta. Näiden tahojen lisäksi koulutusta on toteutettu myös Omaiset Mielen-terveystyön tukena -järjestön toimesta sekä viimeksi Mielen Avain -hankkeessa. Koulutus ei ole vielä vakiintunutta ja vaihtelee paljon niin sisältöjensä kuin toteutustapansa suhteen. Kokemusasiantuntijoiden rooli ei myöskään vielä ole vakiintunut ja toiminta vaihtelee eri organisaatioissa ja alueilla. Tällä hetkellä ei ole tietoa koulutettujen kokemusasiantuntijoiden toiminnasta ja kokemuksista. Tämän vuoksi näitä asioita päätettiin selvittää kyselytutkimuksen avulla osana Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Mielen Tuki -hanketta. Tavoitteena oli selvittää sitä, minkälaisiin tehtäviin ja missä määrin kokemusasiantuntijat ovat voineet koulutuksensa jälkeen osallistua sekä miten koulutusta ja koulutettujen henkilöiden toimintaa kokemusasiantuntijoina voitaisiin kehittää.

Kysely toteutettiin yhteistyössä kokemusasiantuntijoita kouluttavien tahojen kanssa ja kohdennettiin henkilöille, jotka olivat osallistuneet kokemusasiantuntija, -tutkija tai kouluttajakoulutukseen Mielenterveyden keskusliitossa, Muotialan asuin- ja toimintakeskuksessa tai Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Kyselylomakkeet lähetettiin organisaatioiden yhteyshenkilöille, jotka välittivät lomakkeet koulutuksiin osallistuneille. Näitä henkilöitä oli 160. Vastaajat palauttivat anonymisti täytetyn lomakkeen kirjekuoresa, jonka postimaksu oli maksettu.

Kyselyn sisältö ja aineiston analyysit

Vastaajien toimimista kokemusasiantuntijatehtävissä kysyttiin seuraavilla kysymyksillä: i) kuinka usein on toiminut kokemusasiantuntijana (1=ei koskaan, 2=yhden kerran, 3=2 kertaa, 4= 3–5 kertaa, 5=enemmän kuin 5 kertaa); ii) Kuinka usein on pyydetty tehtäviin (1=ei koskaan, 2=yhden kerran, 3=2 kertaa, 4= 3–5 kertaa, 5=enemmän kuin 5 kertaa); iii) minkälaisissa tehtävissä on toiminut (1=koulutustehtävät, 2=vertaisena toimiminen, 3=palveluiden kehittäminen, 4=palveluiden arviointi, 5=kokemustiedottaminen); iv) haluaisiko toimia jatkossa tehtävissä (1=ehdottomasti haluaa – 5=ehdottomasti ei halua) ja v) minkälaisiin tehtäviin tuntee kiinnostusta (avoin kysymys). Vastaajien kokemuksia tehtävistä selvitettiin yhdellä kysymyksellä (1=erittäin myönteisiä – 5=erittäin kielteisiä). Lisäksi vastaajilta kysyttiin ehdotuksia koke-

musasiantuntijakoulutuksen kehittämiseen (avoin kysymys). Taustatietoina kysyttiin vastaajien ikää, sukupuolta sekä koulutuspaikkaa ja -ajankohtaa.

Aineisto analysoitiin tilastollisin ja laadullisin menetelmin. Strukturoidut kysymykset analysoitiin kuvailevilla tilastomenetelmillä: absoluuttiset ja suhteelliset frekvenssit, keskiarvot ja -hajonnat. Avokysymysten vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä.

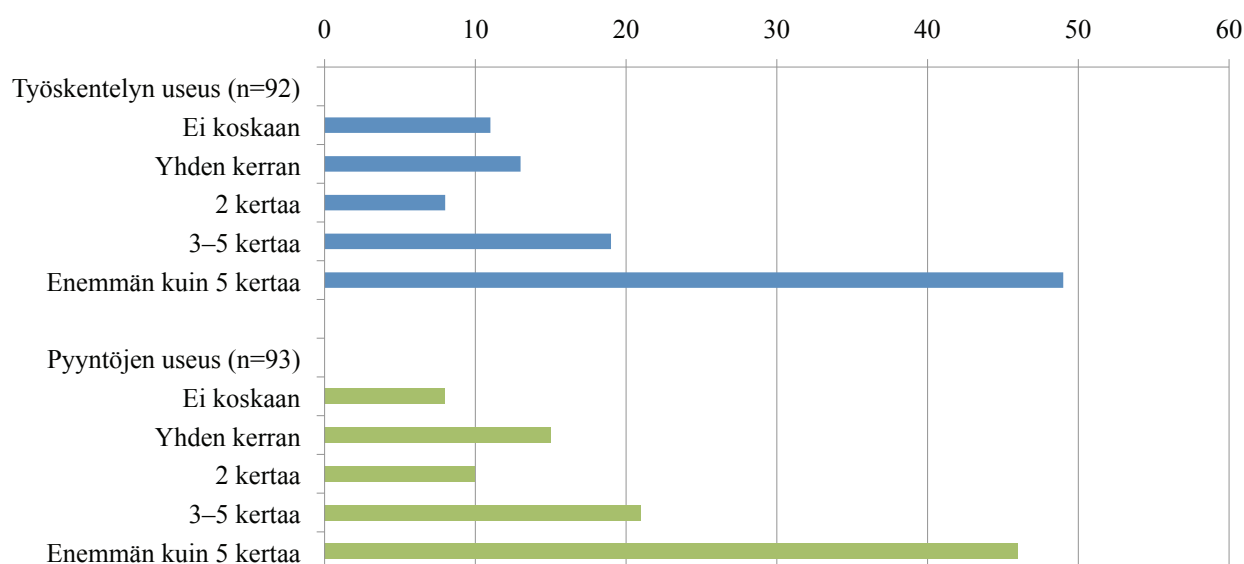
Vastaajien taustat ja eri tehtävissä toimiminen

Kyselyyn vastasi kaikkiaan 94 (59 %) henkilöä, joista 31 oli saanut koulutuksen Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin, 20 Muotialan asuin- ja toimintakeskuksen ja 43 Mielenterveyden keskusliiton toimesta. Vastaajista suurin osa oli naisia (69 %, n=65), ja keski-ikä oli 50 vuotta (kh 10). Suurin osa vastaajista oli osallistunut kokemusasiantuntijakoulutukseen (69 %, n=65). Kokemustutkijakoulutukseen oli osallistunut yli viidennes (22 %, n=21) ja kokemuskouluttajakoulutukseen oli osallistunut viidennes (20 %, n=19). Vastaajat raportoivat osallistuneensa koulutukseen kaikkiaan kolmellatoista eri paikkakunnalla (Hauho, Haukipudas, Helsinki, Imatra, Kokkola, Kuopio, Lahti, Nastola, Oulu, Seinäjoki, Tampere, Turku ja Vaasa). Noin kolmannes oli osallistunut koulutukseen Seinäjoella (34 %, n=31). Seuraavaksi yleisin koulutuspaikka oli Tampere (24 %, n=22). Yli puolet vastaajista (62 %, n=58) oli osallistunut koulutukseen vuosina 2010–2012.

Vastaajat olivat toimineet usein kokemusasiantuntijan tehtävissä. Tähän kysymykseen vastanneista (n=92) lähes puolet (49 %, n=45) oli työskennellyt koulutuksen jälkeen kokemusasiantuntijatehtävissä enemmän kuin viisi kertaa. Kysymykseen vastanneista 11 prosenttia (n=10) ei ollut työskennellyt koskaan kokemusasiantuntijatehtävissä. (Kuvio 1.)

Pyyntöjen määrään liittyvään kysymykseen vastasi 93 henkilöä. Heistä 46 prosenttia (n= 43) oli pyydetty tehtäviin enemmän kuin 5 kertaa. Toisaalta kahdeksan prosenttia (n=7) vastaajista totesi, ettei heitä oltu pyydetty kertaakaan kokemusasiantuntijan tehtäviin. (Kuvio 1.)

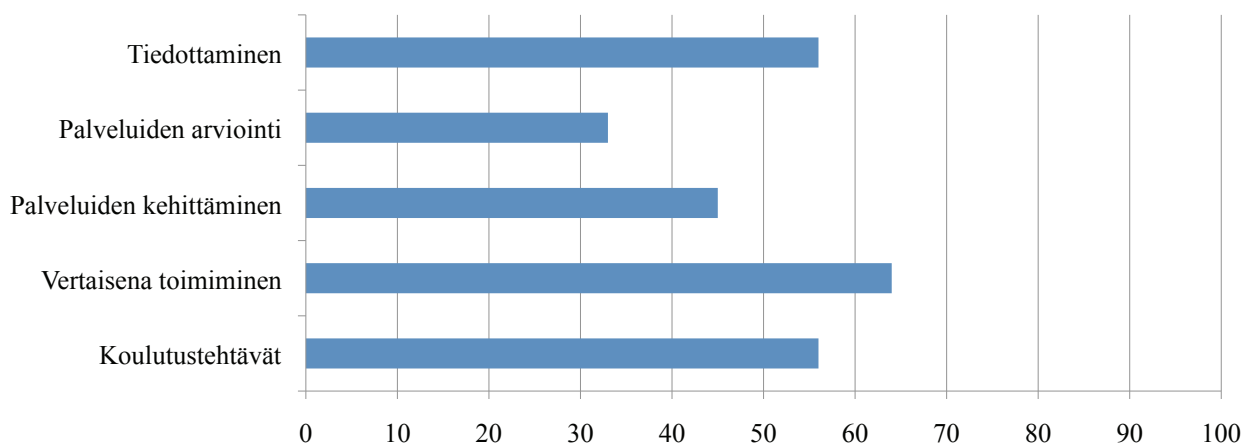
Kuvio 1. Kokemusasiantuntijana toimimisen ja toimintaan pyyntöjen useus, %



Vastaajat olivat toimineet hyvin monenlaisissa tehtävissä kokemusasiantuntijoina. Yleisintä oli toiminta vertaisena (64 %, n=60). Vähiten kokemusasiantuntijat olivat toimineet palveluiden arviointiin liittyvissä

tehtävissä (33 %, n=31). (Kuvio 2.) Keskimäärin vastaajat olivat toimineet kolmessa erityyppisessä tehtävässä.

Kuvio 2. Kokemusasiantuntija tehtävissä toimiminen, % (n=94)



Kokemuksiaan kokemusasiantuntijan tehtävissä toimimisesta toi esille 86 henkilöä. Kokemukset olivat pääsääntöisesti myönteisiä (erittäin myönteisiä, pääosin myönteisiä: 91 %, n=78). Kukaan vastaajista ei ollut kokenut toimintaa pääosin kielteisenä tai erittäin kielteisenä.

Lähes kaikki vastaajat haluavat jatkossa toimia kokemusasiantuntijatehtävissä (ehdottomasti haluaa, todennäköisesti haluaa: 92 %, n=79). Vastaajilta kysyttiin minkälaisiin tehtäviin he tuntevat kiinnostusta. Puolet vastaajista (51 %, n=44) oli kiinnostunut kouluttamiseen liittyvistä tehtävistä. Vastaajat toivoivat mahdollisuuksia kouluttaa sekä ammattilaisia että myös muita kohderyhmiä liittyen mielenterveyden ongelmiin ja niistä toipumiseen. Toiseksi eniten toivottiin mahdollisuuksia toimia vertaisena (34 %, n=29).

Osa vastaajista halusi nimenomaan toimia ryhmämuotoisessa vertaistukitoiminnassa, osan taas toivoessa mahdollisuuksia yksilölliseen tukihenkilötyöhön. Useat vastaajat ilmoittivat olevansa kiinnostuneita laajasti erilaisista kokemusasiantuntijatehtävistä (29 %, n=25) sekä kokemustiedottamisesta (27 %, n=23). Kokemustiedottamisessa painottui halu jakaa omaa kokemusta siten, että siitä olisi hyötyä myös muille. Noin viidennes (22 %, n=19) vastaajista oli kiinnostunut osallistumaan kehittämistoimintaan. Kehittämistoiminta, johon haluttiin osallistua, kohdistui palvelujen kehittämiseen ja arviointiin sekä myös kokemusasiantuntijatoiminnan kehittämiseen. Kokemustutkijana toimimisesta oli kiinnostunut vain noin joka kahdeksas vastaaja (13 %, n=11). Kuusi vastaajaa (6 %, n=5) ei osannut sanoa millaisista tehtävistä olisi kiinnostunut.

Miten kokemusasiantuntijakoulutusta tulisi kehittää?

Vastaajilta tiedusteltiin miten kokemusasiantuntijakoulutusta tulisi kehittää. Kaikkiaan 82 henkilöä vastasi kysymykseen. Vastaukset käsitelivät koulutuksen sisältöjen ja toteuttamistavan kehittämistä sekä tuen tarpeita koulutuksen jälkeen.

Sisällön kehittäminen

Vastaajat ehdottivat erilaisia sisällöllisiä kehittämisen alueita. Osa vastaajista toivoi teoreettisempaa tietoa enemmän. Tämä piti sisällään eri sairauksia kuin myös hoitojärjestelmää koskevaa tietoa. Erityisesti mainittiin tarve saada enemmän tietoa päihdeongelmista ja niiden hoidosta. Toisaalta toivottiin myös enemmän harjoituksia ja vähemmän luentoja. Osa vastaajista toivoi, että koulutuksessa olisi enemmän esiinty-

mis- ja vuorovaikutustaitojen harjoitusta. Tämä tukisi jatkossa paremmin toimimista erilaisissa esiintymis- ja vuorovaikutustilanteissa. Vastaajat ehdottivat myös, että aiemmin koulutuksen käyneet kokemusasiantuntijat voisivat osallistua tiiviimmin koulutusten suunnitteluun.

Toteuttamismuotojen kehittäminen

Vastaajat kuvasivat erilaisia mahdollisuuksia, joiden avulla koulutuksen toteutusta voidaan kehittää. Yleisesti toivottiin, että koulutuksesta tiedotettaisiin laajasti. Tiedottamisessa on tärkeää huolehtia, että osallistujat saavat asianmukaista tietoa siitä mihin koulutus valmentaa. Koulutuksen toteuttamista lähellä omaa asuinpaikkaa pidettiin tärkeänä. Lisäksi vastaajat nostivat esiin, että koulutuksen integrointi kuntoutujan omaan kuntoutukseen on tärkeää. Parhaimmillaan koulutus tukee omaa kuntoutumista lisäämällä omanarvon tuntoa ja merkityksellisyyden kokemuksia. Vastaajien näkemyksen mukaan onkin tärkeää, että oma sairaus on melko hyvin tasapainossa.

Koulutuksen toteutuksessa toivottiin käytettävän erilaisia menetelmiä. Näitä olivat esimerkiksi pienryhmätyöskentely ja harjoitukset liittyen vuorovaikutustilanteisiin sekä esiintymiseen. Luentojen järjestämisessä toivottiin yhteistyötä eri tahojen kanssa. Yksi ehdotus oli, että osa luennoista järjestettäisiin yhteistyössä avoimen yliopiston kanssa. Yliopiston kurssimaksut ovat kalliita useille ja yhteistyö tukisi tässä laajempia mahdollisuuksia opiskeluun. Koulutusta toivottiin järjestettävän hyödyntäen yhteistyötä terveyspalvelujen toimijoiden kanssa. Ammattilaisten toivottiin osallistuvan koulutuksiin. Tämä voisi vastaajien mukaan madaltaa kynnyksiä koulutuksen jälkeiseen yhteistyöhön. Lisäksi toivottiin, että koulutusta järjestettäisiin yhteisinä luentoina terveydenhuollon ammatillisen kanssa. Koulutusta olisi mahdollista kehittää myös lisäämällä erilaisia tutustumiskäyntejä ohjelmaan.

Tuen tarpeet koulutuksen jälkeen

Vastaajat toivoivat erilaisia tukimuotoja koulutuksen jälkeen. Tuen tarpeet liittyivät osaamisen ylläpitoon, työllistymismahdollisuuksiin sekä jaksamiseen. Vastaajat toivoivat jatkokoulutusta pitääkseen yllä tietojaan ja taitojaan. Jatkokoulutusta toivottiin myös laajentamaan mahdollisuuksia toimia erilaisissa kokemusasiantuntijan tehtävissä. Vastaajat ehdottivat myös, että tulevaisuudessa olisi aiheellista kouluttaa heitä kokemusasiantuntijoiden kouluttajiksi.

Koulutuksen jälkeen toivottiin tukea työllistymiseen. Työllistymistä tukisi markkinointi ja toiminnasta tiedottaminen yleisemmin eri tahoille. Vastaajat kuvasivat erilaisia mahdollisuuksia omaan työllistymiseensä, mutta ”kentän” vähäinen tietoisuus nousi esteeksi toiminnalle. Lisäksi toivottiin ”todistusta”, joka osoittaisi henkilön osaamisalueet ja vahvuudet kokemusasiantuntijana. Tämän koettiin helpottavan ammattilaisten kanssa tehtävää yhteistyötä. Työnohjausta pidettiin tärkeänä tukimuotona, jolla varmistetaan toimijoiden jaksaminen tehtävissä. Lisäksi erityyppiset verkostotapaamiset, joissa voisi jakaa kokemuksiaan toisten kanssa, koettiin jaksamista tukevin.

Vastaajat toivat esille kehittämisehdotuksia, jotka tukevat toiminnan vakiintumista ja siten heidän mahdollisuuksiaan toimia kokemusasiantuntijan tehtävissä. Osa vastaajista oli tyytyväinen mahdollisuuksiin toimia kokemusasiantuntijana satunnaisesti. Toisille toiminnan satunnaisuus on kuitenkin ongelma, koska satunnaiset tulot usein aiheuttavat paljon paperityötä. Yhteistä oli kuitenkin se, että vastaajat painottivat kohtuullisen palkan maksua tehdystä työstä.

Mitä tuloksista voidaan päätellä?

Tämän kyselyn tavoitteena oli kuvata kokemusasiantuntijakoulutuksen käyneiden henkilöiden toimintaa ja kokemuksia kokemusasiantuntijana toimimisesta sekä selvittää miten koulutusta voisi edelleen kehittää. Kyselyn tulosten perusteella voidaan todeta, että kokemusasiantuntijatoiminta on toteutunut hyvin ja siitä on kehittymässä osa mielenterveys- ja päihdetyön toimintaa. Suuri osa vastaajista oli toiminut useita kertoja kokemusasiantuntijatehtävissä ja heitä oli myös pyydetty usein toimimaan kokemusasiantuntijana. Yksittäinen kokemusasiantuntija oli toiminut usein erilaisissa tehtävissä, mikä kuvastanee paitsi tarpeiden moninaisuutta niin myös koulutuksen antamien valmiuksien laaja-alaisuutta. Näiden henkilöiden kokemukset toiminnasta olivat pääsääntöisesti positiivisia. Voidaankin todeta, että silloin kun kokemusasiantuntijatoiminta

minta on toteutunut, se on ollut onnistunutta ja nykyisiä käytäntöjä voidaan ottaa laajemmin käyttöön. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti näin on mahdollista vahvistaa palveluiden käyttäjien asemaa sekä edistää palveluiden parempaa vastaamista niitä tarvitsevien ihmisten tarpeisiin.

Merkittävää tuloksissa oli koulutettujen halu toimia jatkossakin kokemusasiantuntijatehtävissä ja kiinnostus hyvin monenlaisiin tehtäviin. Erityisesti kouluttajana ja vertaisena toimiminen olivat yleisiä toiveita. Tiedottamiseen, kehittämistyöhön ja arviointiin liittyvät tehtävät kiinnostivat myös, mutta eivät yhtä yleisesti kuin edellä mainitut. Tämä tulos voi kertoa myös siitä, että kehittämis- ja arviointitehtäviä ei ole tarjolla. Tätä tulkintaa puoltaa Kasevan ym. (2009) tekemä kirjallisuuskatsaus, jossa todettiin, että palveluiden käyttäjillä on harvemmin mahdollisuuksia osallistua kehittämiseen ja arviointiin. Jatkossa on tarpeen miettiä sitä, miten voidaan lisätä kokemusasiantuntijoiden kiinnostusta kehittämis- ja arviointityötä kohtaan sekä sitä, miten erilaisia toimintamahdollisuuksia näillä tehtävääaloilla saadaan luotua.

Tulokset nostavat esiin tärkeitä kehittämisen kohteita, joihin on tarpeen kiinnittää huomioita. Koulutuksen jälkeisen tuen merkitys toiminnan mahdollistajana tuodaan monissa vastauksissa esiin. Tärkeitä ja toimivia tukimuotoja voisivat olla esimerkiksi verkostotapaamiset, joissa on koulutuksellista sisältöä, jatkokoulutus uusiin tehtäviin ja osaamisen laajentamiseen, työnohjauksen mahdollistaminen sekä markkinoinnin ja työllistymisen tuki. Vastauksissa ehdotettiin myös ammattilaisten valmennusta kokemusasiantuntijuuden hyödyntämiseen sekä yhteisiä koulutuksia ammattilaisten kanssa. Tämän toivottiin lisäävän ammattilaisten tietoisuutta ja ymmärrystä toiminnasta ja sen myötä avaavan uusia mahdollisuuksia kokemusasiantuntijoiden toimintaan.

Vastaajat toivat esiin kehittämis ehdotuksia liittyen kokemusasiantuntijakoulutuksen sisältöön kuin myös toteuttamistapaan. Niissä toivottiin muun muassa esiintymis- ja vuorovaikutustaitojen vahvistamista harjoitusten avulla. Samalla toivottiin myös teoreettisempaa luennointia esimerkiksi päihdeongelmista ja niiden hoidosta. Näyttäisikin siltä, että yhtä ja kaikille sopivaa tapaa toteuttaa koulutusta ei ole. Jotta koulutus tukisi kokemusasiantuntijoiden toimintaa, tarvitaan sisällöllisesti ja menetelmällisesti eri tavoin painottuneita koulutusohjelmia. Tähän avuksi voisi olla eri kouluttajatahojen yhteistyö ja ehkä myös osittaisesta työnjaosta sopiminen.

Asia, jota vastauksissa myös sivuttiin, oli kokemusasiantuntijana toimimisesta saatava korvaus. Korvauskäytännöistä on tällä hetkellä olemassa erilaisia näkemyksiä. Tilanne vaatii pikaisesti johdonmukaista ratkaisua ja käytäntöjen yhtenäistämistä. Yleisesti on tarpeen tuoda esille se, että kokemusasiantuntijatoiminta on palkka- tai palkkioperusteista työtä, ei vapaaehtoistoimintaa. Asiantuntijatyöllä on hintansa.

Tehty selvitys nostaa esille uusia selvittämistä vaativia kohteita. Näistä ehkä mielenkiintoisin kysymys on se, miten kokemusasiantuntijat näkevät omat mahdollisuutensa vaikuttaa niihin asioihin, joissa he ovat mukana. Osallistumismahdollisuus on välttämätön, muttei riittävä ehto vaikuttamiselle. Toinen tärkeä jatkoselvityksen kohde on koota kokemuksia siitä, mitkä tekijät edesauttavat ja helpottavat kokemusasiantuntijatoiminnan integrointia osaksi mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämistä ja arviointia. Kolmas selvityksen aihe liittyy kokemusasiantuntijatoiminnan koordinoimismalleihin eli miten toiminta tulisi organisoida niin, että pystytään vastaamaan joustavasti kysyntään ja huolehtimaan samalla kokemusasiantuntijoiden jatkokoulutuksesta ja jaksamisen tukemisesta.

Kyselyn vastausprosentti oli lähes kuusikymmentä, mitä nykyisellään voidaan pitää kohtalaisen suurena. Tosin ne henkilöt, jotka eivät vastanneet kyselyyn, saattavat edustaa tavallista passiivisempaa ryhmää kokemusasiantuntijatoiminnassa tai heidän kokemuksensa voivat olla negatiivisempia kuin kyselyyn osallistujien. Tulokset raportoitiin yleisellä tasolla erittelemättä eri kouluttajatahojen kokemusasiantuntijoiden vastauksia. Tämä on perusteltua yleiskuvan saamiseksi. Tarkoituksena ei ollut vertailla vastauksia koulutusorganisaatioiden välillä, koska eri organisaatioiden antaman koulutuksen sisällöt, toteuttamistavat ja osin myös kohderyhmät erosivat toisistaan.

Yhteenvetona voidaan todeta, että kokemusasiantuntijatoiminta osana mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämistä on käynnistynyt hyvin. Toiminnan vakiinnuttamiseksi ja laajentamiseksi eri puolille Suomea tarvitaan edelleen aktiivisia toimia ja yhteistä kehittämistyötä eri toimijoiden kanssa. Kehittämistyön tulee kohdentua niin koulutuksen sisältöihin ja menetelmiin kuin myös toiminnan integrointiin osaksi palvelujärjestelmää ja toimijoiden tukimuotoihin.

Lähteet

- Kaseva, K. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä – integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16.
- Kuosmanen, L. Personal Liberty in Psychiatric Care - Towards Service User Involvement. 2009. Annales Universitatis Turkuensis D 841.
- Laitila M. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, 31, 2010.
- Nordling, M & Rauhala, L. Kokemuksesta oppia – vertaisuudesta voimaa: Asiakkaan aseman vahvistaminen mielenterveys- ja päihdetyössä Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. 2011. Teoksessa: Moring Juha & Martins Anne & Partanen Airi & Bergman Viveca & Nordling Esa &, Nevalainen Veijo (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön vuonna 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 6/2011. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

4.5 Kuuluuko kokemusasiantuntijoiden ääni mielenterveys- ja päihdestrategioissa?

Ahola, Marika & Ylitalo, Sanna

Tausta

Mieli 2009 -suunnitelmassa kokemusasiantuntijuus on nähty tärkeänä kehitettäessä mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmää. Suunnitelman mukaan kokemusasiantuntijoiden tulisi osallistua muun muassa mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun ja arviointiin. Kokemusasiantuntijuuden tärkeyttä on korostettu asettamalla se yhdeksi Mieli 2009 -suunnitelman toteutumisen indikaattoriksi. (Wahlbeck ym. 2010; Partanen ym. 2010)

Tässä artikkelissa jäsenetään kokemusasiantuntijuutta Lapin sairaanhoitopiirin alueen kuntien mielenterveys- ja päihdestrategiatyön pohjalta. Artikkelin perustana oleva kirjoittajien Lapin yliopiston sosiaalityön oppiaineeseen valmistuva pro gradu -tutkielma tuottaa osaltaan myös tietoa kokemusasiantuntijuuden toteutumisesta strategiatyössä. Tutkielmassa tarkastellaan kokemusasiantuntijoiden osallisuuden ja heidän kokemuksellisen tietonsa tärkeyttä kuntien mielenterveys- ja päihdestrategiatyössä.

Jäsennyksen pohjana ovat seitsemän Tervein Mielin Pohjois-Suomessa (TMP-S) Lapin osahankkeen tukiprosessiin osallistunutta Lapin sairaanhoitopiirin alueen kuntaa, joiden strategiatyö on pääsääntöisesti ajoittunut vuosille 2010–2012 (ks. Kaivosoja & Posio 2011). Kunnittain strategiatyöhön osallistuneiden henkilöiden ja toimijoiden määrä vaihteli suuresti. Vähimmillään työskentelyyn osallistui muutamia kunnan mielenterveys- ja päihdetyön keskeisiä työntekijöitä. Laajimmillaan osallistujina olivat poikkihallinnollisesti kunnan työntekijät, keskeiset yhteistyökumppanit, järjestöt mukaan lukien, sekä kuntalaiset ja asiakkaat erilaisten osallisuusmenetelmien kautta.

Tutkielmaa varten haastateltiin 20 kyseisten kuntien strategiatyöryhmien jäsentä (sosiaalihuollosta 9, terveydenhuollosta 9, sosiaali- ja terveyslautakunnasta 2) sekä käytiin läpi mielenterveys- ja päihdestrategiat ja muut strategiatyöhön liittyvät asiakirjat. Strategiatyöryhmän jäsenten näkemykset kokemusasiantuntijuudesta ovat keskeisiä, koska he määrittävät ketkä osallistuvat ja millä perusteilla strategiatyöskentelyyn. Lähtökohtainen näkemys kokemusasiantuntijuudesta on ollut Mieli 2009 -suunnitelman mukainen kokemusasiantuntijamäärittelmä, koska kuntia on ohjattu TMP-S Lapin osahankkeen toimesta tekemään suunnitelman mukaisia mielenterveys- ja päihdestrategioita.

Tavoitteena tarpeisiin vastaava palvelujärjestelmä

Mieli 2009 -suunnitelman mukaisen mielenterveys- ja päihdestrategian tavoitteena on kehittää mielenterveys- ja päihdepalveluita kunnassa esiintyviä tarpeita vastaavaksi (Moring 2010). Strategia on tarkoitus tehdä kuntien paikallisista lähtökohdista käsin kansalliset linjaukset huomioon ottaen. Kuntien strategiat ovat erilaisia, koska kunnat itse määrittävät millainen strategia on asukkaiden ja koko kunnan kannalta tarkoituksenmukainen (ks. Kananoja ym. 2008).

Strategisessa suunnittelussa kunnat tekevät valintoja tulevaisuuden toimintojen suhteen sekä tekevät päätöksiä keinoista tuottaa hyvinvointia asukkailleen ja kestävä kehitystä alueellaan. Strategiat kuvastavat kunnan ja kuntalaisten välistä suhdetta. Keskiöön nousevat kuntalaisten ja mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden tarpeet sekä niihin vastaamiseen tarkoitettu kunnan alueella toimiva palvelujärjestelmä. Tavoitteen ollessa tarpeiden ja palveluiden optimaalinen kohtaaminen, herää kysymyksiä siitä, kuka, ja mihin tietoon perustuen, määrittää sitä, mitä tarpeita kunnassa esiintyy, ja millainen palvelujärjestelmä vastaa parhaiten näihin tarpeisiin.

Strategisen suunnittelun ollessa arvolutautunutta muutostyötä on olennaista kysyä sitä, kuka tai ketkä määrittävät tarvittavat muutoskohteet ja tavoiteltavan muutoksen. Palvelut ja tarpeet voivat määrittää hyvin erilaisiksi, jos määrittelijöinä ovat esimerkiksi erilaisista intressilähtökohdista asiaa lähestyvät poliittiset päättäjät, käytännön ammattilaiset tai palveluiden käyttäjät. (Toikko & Rantanen 2009.) Ohjauksellisesti väljissä puitteissa tehty suunnittelu mahdollistaa erilailla määrittävän strategian.

Tarpeiden ja palvelujärjestelmän paremman kohtaamisen keinoksi on nähty kokemusasiantuntijoiden osallistuminen suunnittelutyöhön (muun muassa Mieli 2009 -suunnitelma). Heidän tuottamansa kokemuksellisen tiedon kautta palvelujärjestelmää katsotaan pystyttävän kohdentamaan osuvammin. Mutta kuka on kokemusasiantuntija ja miten heidän kokemuksellinen äänensä käytännössä kuuluu strategioissa?

Monikasvoinen kokemusasiantuntijuus

Strategisen suunnittelun voidaan nähdä lähtökohdiltaan kuuluvan julkisen hallinnon ja palveluja tuottavien ammattilaisten tehtäväkenttään (Kaivosoja & Posio 2011). Suunnittelun onnistumisen avaintoimijoiksi katsotaan mielenterveys- ja päihdetyötä moniammatillisesti ja ylisektoriaalisesti toteuttavat tahot mukaan lukien kunnan johtohenkilöt ja poliittiset päättäjät sekä poliisi, seurakunta, järjestöt ja yrittäjät (Laitila & Järvinen 2010).

Taulukosta 1 on nähtävissä tutkimuskuntien osalta, että suurin osa strategian suunnitteluun osallistuneista edusti kunnan mielenterveys- ja päihdetyötä. Muiden tahojen osallistuminen vaihteli kunnittain. Strategiatyön ammatillisuutta korostaa kuntalaisten ja palveluiden käyttäjien kapea-alainen osallisuus. Vain yhden kunnan strategian laadintaan osallistui nimetysti asiakkaita tai potilaita. Muiden kuntien osalta heidän oletettiin olevan osallistuneiden kuntalaisten joukossa.

Taulukko 1. Kuntien mielenterveys- ja päidestrategiatyöhön osallistuneet

Kunnan sisäiset toimijat	Kunnat kpl
Sosiaalityö	6
Terveysoimi	6
Sivistystoimi/ koulu/nuorisoyhteisö	3
Poliittiset päättäjät	3
Viranomaiset	
Poliisi	2
Seurakunta	3
Sairaanhoitopiiri	2
Hankkeet	
THI / Mielentuki -hanke	6
Tervein Mielin Pohjois-Suomessa	6
PaKaste -hanke	1
Järjestöt	4
Kuntalaiset	
Kansalaisina	3
Palveluiden käyttäjinä	1

Mieli 2009 -suunnitelman näkökulmasta kuntalaisten ja palveluiden käyttäjien kapea-alainen osallisuus voidaan tulkita kokemusasiantuntijuuden heikoksi toteutumiseksi. Strategiatyöryhmän jäsenten näkökulmasta kokemusasiantuntijuus toteutui hyvin. Taustalla on erilainen ymmärrys kokemusasiantuntijuudesta.

Paikallisen tason näkemyksen mukaisella kokemusasiantuntijuudella on suunnitelmaa moninaisemmat kasvot. Kokemusasiantuntijoiksi nähdään kuntalaisten, palveluiden käyttäjien ja heidän läheistensä lisäksi mielenterveys- ja päihdetyön ammattilaiset ja järjestöt työntekijöineen.

Ammatillinen kokemusasiantuntijuus

Lähtökohtaisesti strategiatyössä sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset ja järjestöt työntekijöineen edustavat kuntalaisten ja mielenterveys- ja päihdeongelmien kanssa elävien kokemusasiantuntijuutta. He myös mahdollistavat kokemusasiantuntijoiden suoran osallisuuden työskentelyyn. Erityisesti järjestöjen odotetaan luovan rakenteita kokemusasiantuntijoiden suoran osallisuuden toteutumiseksi kunnan strategia- ja kehittämistyössä (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009). Järjestöt myös huolehtivat palvelujärjestelmän tavoittamattomissa olevien kokemusasiantuntijoiden äänen kuulumisesta.

Mielenterveys- ja päihdetyön ammattilaisten osalta edustustehtävän rinnalle tutkielmassa nousi voimakkaasti näkemys ammattilaisista varsinaisina kokemusasiantuntijoina. ”Palveluiden arviointi kuuluu sille henkilöstölle, joka työjohtollisten toimenpiteiden seurauksena toimii siinä asiakaspinnassa ja asiakkaiden kanssa. Siitä sitten kun lähdetään asteittain menemään tämmöisiä työnjohtollisia ylöspäin siinä piirissä, niin sen minä lasken myös siihen kokemusasiantuntijointen piiriin.” (poliittinen päättäjäl.)

Kokemusasiantuntijana ammattilainen tuottaa kokemuksellista tietoa kunnan mielenterveys- ja päihdeasioista kahdesta näkökulmasta. Lähtökohtaisesti kokemuksellinen näkemys rakentuu koulutuksen ja työkokemuksen kautta luodulle teorian ja käytäntötiedon synteessille. Tietoon voi sisältyä myös palveluiden käyttäjiltä ja heidän läheisiltä saatua kokemuksellista näkökulmaa muun muassa hoitoon liittyvistä palveluista. ”Mutta kyllä näissä tulee, kun on pitkään samalla pienellä paikkakunnalla, niin siinä tulee niin pitkiä tarinoita, että kyllä se alkaa olla jo kokemuksellista.” (sosiaalihuollon ammattihenkilö1.)

Ammattilaisen kokemusasiantuntijuus voi rakentua myös kokemuksille omasta sairaudesta sekä siihen liittyvien palveluiden käyttämisestä tai sairastuneen läheisenä olemisesta. Erityisesti päihdetyössä ammattilaisten henkilökohtaisille kokemuksille on annettu merkittävä asema osana asiantuntijuutta (Andersson & Pirttijärvi & Rajamäki 2011). Ammattilaisilla nähdään olevan lisäksi kuntalaisuuteen liitettyä laajempaa hyvinvointitietoa. He ovat kuntalaisia muiden kuntalaisten tapaan. ”Kyllähän me välillä vitsailtiin, että eikö mekin olla kuntalaisia ja mekin ollaan oltu asiakkaita enempi vähempi, että siinä mielessä kokemusasiantuntija voi olla virkamies tai mikä nyt kukanenki.” (terveydenhuollon ammattihenkilö1.)

Myös järjestöjen ja niiden työntekijöiden katsotaan olevan kokemusasiantuntijoita työn kautta saadun jäsenten ja laajemmin kuntalaisten kokemuksiin perustuvan kokonaisnäkemyksen perusteella. ”Jos me puhutaan siitä, että joku on kokenut jonkun, niin ei se ole kokenut kun sen yhden asian. Mutta, jos sinä toimit jossain potilasjärjestössä ja olet kuullut monenlaisia tarinoita, niin silloin sinä olet ehkä joku kokemusasiantuntija.” (terveydenhuollon ammattihenkilö2.)

Järjestöjen ja niiden työntekijöiden näkeminen kokemusasiantuntijoina ei näyttäydy niin voimakkaana kuin julkisen puolen ammattilaisten kohdalla. Kokemusasiantuntijuus liitetään suurimpiin palveluntuottaja-järjestöihin ja niiden johtohenkilöihin ja koulutettuihin työntekijöihin. Järjestöjen kokemusasiantuntijuus rinnastuu ammattihenkilöiden ammatilliseen kokemusasiantuntijuuteen, johon kuuluu jäseniltä saatu kokemuksellinen tieto.

Kokemuksellinen kokemusasiantuntijuus

Ammattilaisten ja järjestöjen rinnalla kokemusasiantuntijoiksi katsotaan kuntalaiset hyvinvoinnin näkökulmasta. Hyvinvoinnin kokemusasiantuntijoina kuntalaiset tuottavat strategiatyöhön kokemuksellista tietoa omasta hyvinvoinnista ja pahoinvoinnista osallistumalla erilaisiin palveluiden ja tarpeiden nykytilan arviointiin liittyviin kyselyihin ja tilaisuuksiin sekä kommentoimalla valmista strategia-asiakirjaa. Kokemuksellisen pahoinvointitiedon liittäminen palvelujärjestelmän kehittämiseen tuo hyvinvointinäkökulman rinnalle näkemyksen kuntalaisista potentiaalisina tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttäjinä (Crawford ym. 2002).

Mielenterveys- ja päihdeongelmien osalta kokemusasiantuntijoiksi nähdään ongelmia kohdanneet henkilöt ja heidän läheisensä. Riippuen henkilöiden suhteesta kyseiseen palvelujärjestelmään voidaan mielen- terveys- ja päihdeongelmien kokemusasiantuntijuus jakaa kahteen alakategoriaan: palveluiden käyttämi- seen sekä ongelmien kanssa elämiseen liittyviin kokemusasiantuntijuuksiin.

Palveluiden käyttämiseen liittyvällä kokemusasiantuntijuudella on sekä yleisemmässä palveluiden suunnittelussa ja kehittämisessä että strategiatyössä keskeisempi rooli. Palvelujärjestelmän näkökulmaa korostava näkemys kokemusasiantuntijuudesta tulee esille useissa ohjausasiakirjoissa, kuten mielen- terveyspalveluiden (2001) ja päihdepalveluiden (2002) laatusuosituksissa, ehkäisevän päihdetyön laatu- kriteereissä (2006) ja Mieli -suunnitelmassa (2009). Tätä näkökulmaa vahvistavat muun muassa Euroopan tasoi- set asiakirjat WHO:n Euroopan mielen-terveysjulistus (2005) ja EU:n terveydenhuoltoon kohdistuva Val- koinen kirja (2007).

Palveluiden käyttämiseen liittyvä kokemusasiantuntijuus koskee suhdetta palvelujärjestelmään asiak- kaana, potilaana tai heidän läheisenänsä. Strategiatyön puitteissa he arvioivat kokemustensa pohjalta palve- luiden nykytilaa, esittävät niitä koskevia tulevaisuuteen suuntautuvia näkemyksiä ja kehittämiskohteita sekä kommentoivat ammattilaisten tekemiä ratkaisuja. He myös toimivat asiantuntijoina ammattilaisten rinnalla varsinaisessa laadintaprosessissa esimerkiksi osallistumalla tulevaisuuden strategisia linjauksia määrittäviin työryhmiin.

Ammattilaiset tuntevat hyvin nykyisen toiminnan rakenteet ja mahdollisuudet, mutta kokemusasiantun- tujoiden odotetaan tuottavan vaihtoehtoisia lähestymistapoja. He katsovat samoja puitteita järjestelmän ulkopuolisin silmin uusien toimintaideoiden esiintuomiseksi. (Tait & Lester 2005.) Henkilöillä, joilla on kokemusta erilaisista palveluista, ajatellaan olevan osaamista arvioida toisin tekemisen mahdollisuuksia. ”Sieltä voi tulla sitten ihan hyviä kommentteja, esityksiä, että miksei tehdä näin tai noin. Tai on ajatellut, että tuo ei kyllä toimi, mutta miksei tässä voisi vaikka soveltaa jotain toiselta alueelta tätä ja niin edelleen. Et jos katsastuskonttorissa toimitaan näin, miksei se voisi toimia täällä.” (sosiaali- huollon ammattihenkilö2.)

Palvelujärjestelmästä riippumaton kokemusasiantuntijuus paikantuu ongelmien kanssa elämisen näkö- kulmaan. Kokemusasiantuntijat tuottavat tietoa ja näkemyksiä ongelmien perusteista, vaikutuksista elä- mään, keinoista selvitä sekä heidän hyvinvoinnin kannalta merkityksellisistä seikoista. Erityisesti mielen- terveysongelmien osalta on nähty tärkeänä täydentää ammattilaisten vielä kapeaa näkökulmaa mielen- terveysongelmien aiheuttamista haitoista ongelmista kärsiville ja heidän läheisilleen (Tait & Lester 2005; Hytö- nen & Haikola 2012).

Mielen-terveys- ja päihdeongelmien kohdalla läheisten näkemykset itse ongelmasta ja sen kanssa elämi- sestä nähdään monia muita ongelmia tärkeämpänä. ”Kokemusasiantuntijoita on mielen-terveys- ja päihde- asioissa vähän laajempi piiri kuin esimerkiksi jossain fyysisistä sairautta sairastavissa. Se voi olla pitkäkes- toista ja jotenkin se raunioittaa enemmän. Jotenkin joku ominaisuus siinä taudissa on semmoinen, että mi- nusta ne omaiset ovat enemmän kokemusasiantuntijoita kuin mitä jossain muissa sairauksissa tai sosiaali- sissa ongelmissa.” (sosiaali- huollon ammattihenkilö1.)

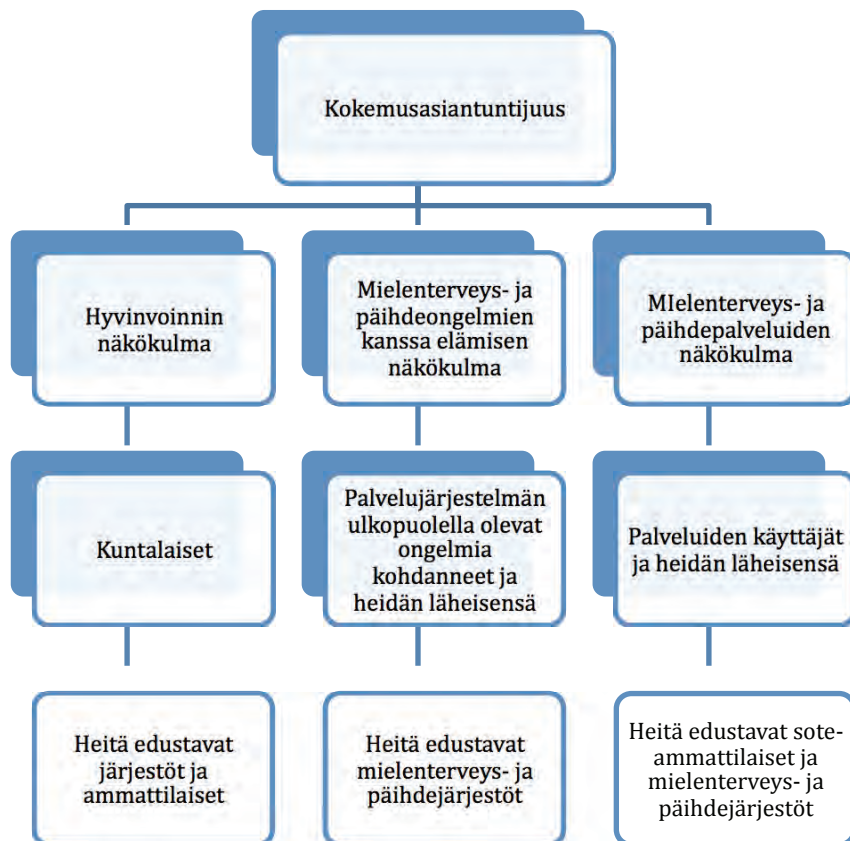
Näkemykset läheisten kokemusasiantuntijuudesta on yhteneväinen useiden ohjausasiakirjojen kanssa. On- gelmien kanssa elämisen ja palveluiden käyttämisen kokemusasiantuntijoilla on erilainen tehtävä mielen- terveys- ja päihdestrategian laadinnassa. Ensimmäisen paikantuessa enemmänkin ongelmien ymmärrystä lisäävään tiedontuotantoon, keskittyy jälkimmäinen monitasoiseen palvelujärjestelmää koskeviin kysymy- siin. Tutkimuskuntien strategiatyössä korostuu palveluiden käyttämisen kokemusasiantuntijuus. Hyväksy- tyn asiantuntijuuden nähdään perustuvan ymmärrykseen ammattilaisia ja palveluiden käyttäjiä yhdistävästä palvelujärjestelmästä. Näin ollen kokemusasiantuntijuus määrittyy ammattilaisten palvelujärjestelmän nä- kökulmasta.

Paikallisen tason näkemykset kansallisen ja kansainvälisen ohjauksen haastajina

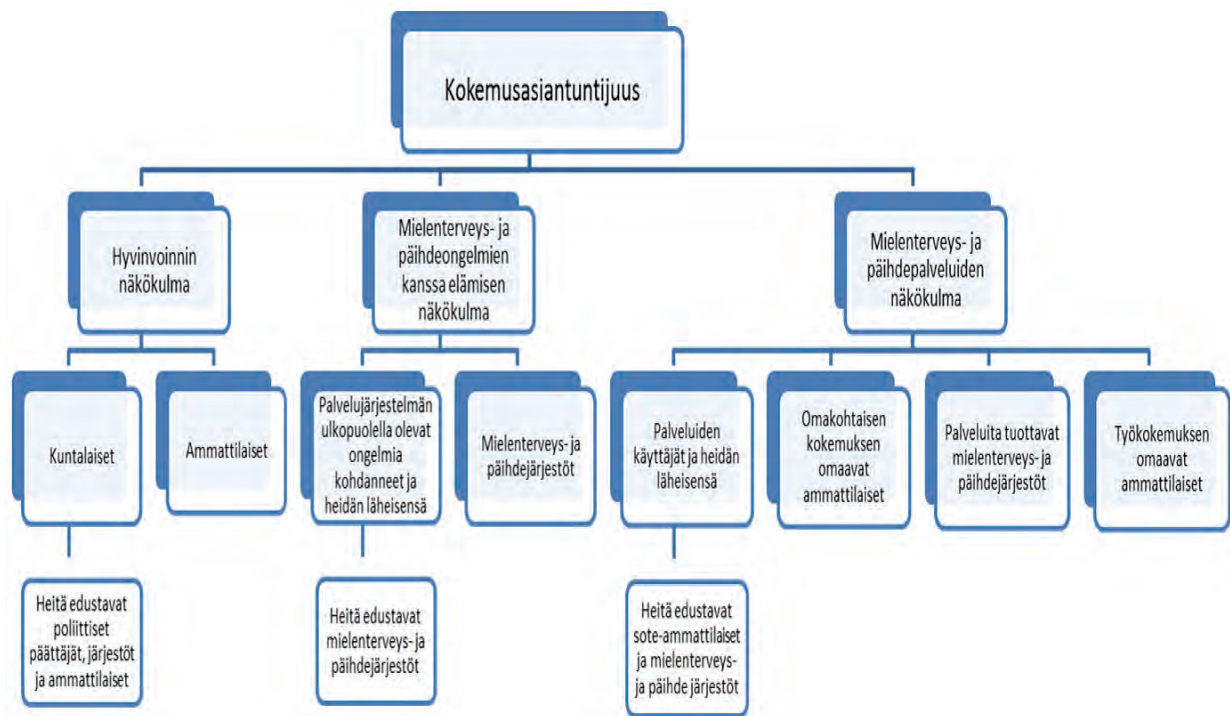
Paikallisen tason näkemys kokemusasiantuntijuudesta rakentui tutkimuskunnissa laajemmaksi ja moniulot- teisemmaksi kuin mitä erilaisissa ohjausasiakirjoissa on. Siinä missä ohjauksellisen näkökulman mukaan kokemusasiantuntijoita ovat erityisesti palveluiden käyttäjät ja heidän läheisensä, ovat sitä paikallisella tasolla myös ammattilaiset ja järjestöt työntekijöineen. Kuviot 1 ja 2 havainnollistavat ohjauksellisen ja

paikallisen tason osin vastakkaisia käsitteellisiä näkemyksiä kokemusasiantuntijuudesta. Molemmista on nähtävissä samat toimijat, mutta heidän paikantumisensa suhteessa kokemusasiantuntijuuteen on erilainen.

Kuvio 3. Kokemusasiantuntijuus ohjauksellisessa käsite- rakenteessa.



Kuvio 4. Kokemusasiantuntijuus paikallisessa käsiterakenteessa.



Ohjausasiakirjoissa ammattilaisten ja järjestöjen suhde kokemusasiantuntijuuteen on edustuksellinen heidän välittäessään ”aitojen” kokemusasiantuntijoiden tietoa ja näkemyksiä strategiseen suunnitteluun sekä mahdollistaessa heidän suoran osallisuutensa toteutumisen. Varsinainen kokemusasiantuntijuus rakentuu kuntalaisten, mielenterveys- ja päihdeongelmien kanssa elävien ja kyseisiä palveluita käyttävien henkilöiden ja heidän läheistensä kokemuksellisuudelle. Paikallisella tasolla kokemusasiantuntijuus määrittyy palvelujärjestelmälähtöisesti ammattilaisten ja järjestöjen asiantuntijuudeksi. Kuntalaisten ja palveluiden käyttäjien sekä heidän läheistensä hyvinvoinnin ja ongelmien kanssa elämisen näkökulmat jäävät marginaaliseen tai edustukselliseen asemaan.

Ohjauksellisen ja paikallisen tason rakenteiden erojen keskeiseksi tekijäksi voidaan tulkita kokemusasiantuntijuudelta puuttuva yleisesti hyväksytty ja yhtenäinen määritelmä: mitä kokemusasiantuntijuus käytännössä on, ja miten sen tulisi toteutua erilaisissa osallisuuden ympäristöissä. Ohjaus ei velvoita mitä ja miten pitäisi, saisi tai ei saisi tehdä (Sulkunen 2006). Kokemusasiantuntijuuden liukuva käsite mahdollistaa sen pirstaloitumisen käytännön tasolla kokemukselliseksi asiantuntijuudeksi kuntalaisten, palveluiden käyttäjien ja heidän läheistensä, järjestöjen sekä ammattilaisten välillä.

Kokemusasiantuntijuuden toteutumisen haasteellisuutta lisää pysyvien osallisuusrakenteiden puuttuminen. Kunnissa ei olla varmoja tai yksimielisiä siitä, mitä kokemusasiantuntijoiden osallisuus on ja miten se käytännössä toteutetaan. Tämän vuoksi onkin tärkeää selvittää kokemusasiantuntija-käsitteen lisäksi sitä, mitä osallisuudella käsitteenä tarkoitetaan ja mitä se on käytännössä. (Heikkilä & Julkunen 2003.) ”Toki Mieli 2009 -ohjelma lähtee siitä ja yrittää sitä juuri vahvistaa, mutta se suuri haaste miten käytännössä se siinä hierarkiassa ja organisaatiotavassa viedään läpi. Minun mielestä se Mieli 2009 -ohjelma velvoittaa ihan selkeästi, että kokemusasiantuntijoiden ääni. Asiakkaiden asema pitäisi saada vahvemmin, että ne pystyisi vaikuttamaan mahdollisuuksien puitteissa omaa asemaa koskevaan päätöksentekoon. Että en ymmärrä, että miten se tässä nykyisessä systeemissä voi pelata näitten hallintorajojen yli.” (sosiaalihuollon ammattihenkilö).

Lopuksi

Kansallisen ja kansainvälisen ohjauksen rakentaessa jossain määrin ideaalia näkemystä kokemusasiantuntijuudesta strategisessa suunnittelussa, tuottaa paikallisen tason käytäntö puitteet sen konkreettiselle toteutumiselle. Kunnat tulkitsevat kokemusasiantuntijuuden määritelmää joko toimimalla sen mukaisesti tai toimin toisin paikallisista näkökulmista käsin. Erityisesti toimimalla toisin luovat kunnat omanlaista määritelmää kokemusasiantuntijuudelle kunnan strategisessa suunnittelussa.

Havainto siitä, että ohjaustason ja paikallistason kokemusasiantuntijuuden määritykset ovat erilaisia, on olennainen kokemusasiantuntijoiden vaikuttavan osallisuuden konkreettisen toteutumisen kannalta. Paikallisen tason erilaisuus voidaan tulkita haasteena, tai jopa esteenä, ohjaustason tuottaman kokemusasiantuntijuutta koskevan tavoitetilan saavuttamiselle. Vastaavasti se voi myös mahdollistaa kokemusasiantuntijuuden laajemman ja vaikuttavamman toteutumisen.

Käsitteet sinällään eivät mahdollista tai estä kokemusasiantuntijoiden osallisuutta, vaan niiden taustalla olevat tulkinnat kokemuksellisuuden merkityksellisyydestä. Kuka on asiantuntija ja mihin perustuen? ”Minusta tämä niin kuin lisää vastakkainasettelua tietyllä tavalla. Meillä viranomaisilla, työtekijöillä, voi tulla pikkuisen karvat pystyyn tästä, että johan mekin ollaan kuultu herra jumala kaikenlaisia elämäntarinoita ja kokemuksia. Mehän kuunnellaan niitä päivät pitkät. Olenko minä silloin kokemusasiantuntija? Mutta että se kokemusasiantuntijuus olisi semmoista niinkö hirvittävää lisää?” (terveydenhuollon ammattihenkilö2).

Lopuksi voidaan todeta, että kokemusasiantuntijoiden ääni kuului mielenterveys- ja päihdestrategioissa. Mutta keiden kokemusasiantuntijoiden ääni kuului?

Lähteet

- Andersson, Maarit & Pirttijärvi, Eero & Rajamäki, Matti: Kokemusasiantuntijuudesta päihdetyössä. Teoksessa Moring, Juha & Martins, Anne & Partanen, Airi & Bergman, Viveca & Nordling, Esa & Nevalainen, Veijo (toim.): Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Raportti 6/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 69–73, 2011.
- Crawford, Mike & Rutter, Deborah & Manley, Catherine & Weaver, Timothy & Bhui, Kamaldeep & Fulop, Naomi & Tyrer, Peter: Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *Papers. BMJ*, 323, 2002.
- Ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit. Stakesin työpapereita 3/2006. Työryhmämumistio 25.1.2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 2006.
- Euroopan mielenterveysjulistus. EUR/04/5047810/6 WHO:n Euroopan ministerikonferenssi mielenterveydestä 12.–15.1.2005. Haasteiden kohtaaminen ja ratkaisujen etsiminen. Helsinki, 2005.
- Heikkilä, Matti & Julkunen, Ilse: Obstacles to an increased user involvement in social services. A commissioned background document. Council of Europe. Group of Specialists in Social Services (CS-US). Finland: STAKES, 2003.
- Hytönen, Pia & Haikola, Pirkko: Omaisen ääni kuuluviin – kuule kokemuskouluttajaa. Teoksessa Moring, Juha & Martins, Anne & Partanen, Airi & Nordling, Esa & Bergman, Viveca (toim.): Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Kehittyviä käytäntöjä 2011. Raportti 46/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 32–34, 2012.
- Kaivosoja, Matti & Posio, Jorma: Teoriasta käytäntöön – mielenterveys- ja päihdestrategioiden laadinta Pohjois-Suomen kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla. Teoksessa Kaivosoja, Matti & Löf, Tuula & Indola, Jessica (toim.): Rapsodia Terveelle Mielelle. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeessa. Raportti 47/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 44–48, 2011.
- Kananoja, Aulikki & Niiranen, Vuokko & Jokiranta, Harri: Kunnallinen sosiaalipolitiikka. Osallisuutta ja yhteistä vastuuta. Jyväskylä: PS-Kustannus, 2008.
- Laitila, Minna & Järvinen, Tiina (toim.): Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa. Opas 6. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Selvityksiä 2009:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009.
- Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001.
- Moring, Juha: THL:n toimeenpanosuunnitelma. Teoksessa Partanen, Airi & Moring, Juha & Nordling, Esa & Bergman, Viveca (toim.): Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 64–70, 2010.
- Partanen, Airi & Moring, Juha & Nordling, Esa & Bergman, Viveca (toim.): Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–

2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Avauksia 16:2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.
- Päihdepalvelujen laatusuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2002.
- Sulkunen, Pekka: Projektiyhteiskunta ja uusi yhteiskuntasopimus. Teoksessa Rantala, Kati & Sulkunen, Pekka (toim.): Projektiyhteiskunnan kääntöpuolia. Helsinki: Gaudeamus, 17–38. 2006.
- Tait, Lynda & Lester, Helen: Encouraging user involvement in mental health services. *Advances in psychiatric treatment*. 11 (2005): 168–175.
- Toikko, Timo & Rantanen, Teemu: Tutkimuksellinen kehittämis-toiminta. Tampere: Tampere University Press, 2009.
- Valkoinen kirja. KOM(2007) 630 lopullinen. Yhdessä terveyden hyväksi: EU:n strateginen toimintamalli 2008–2013. Bryssel: Euroopan yhteisöjen komissio, 2007.
- Wahlbeck, Kristian & Moring, Juha & Nevalainen, Veijo & Nordling, Esa & Partanen, Airi & Vuorenmaa, Maritta & Bergman, Viveca (toim.): THL:n toimeenpanosuunnitelma kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan 2009–2015. Toimenpiteet 2009–2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.

4.6 Kokemusrviointikoulutus Mielenterveyden keskusliitossa vuosina 2012–2013

Kapanen, Heini & Rantanen, Anu-Riikka

Kokemusrviointin ydin muodostuu kokemusrviointissa tuotettavasta tiedosta ja sen käyttöönotosta. Sen avulla pyritään käyttäjälähtöiseen mielenterveys- ja päihdepalveluiden vaikuttavuuden ja laadun parantamiseen. Siirtyminen mielenterveyskuntoutujan roolista kokemusrviointituntijaksi ja -arvioidjaksi edistää palvelujen käyttäjien kansalaisuutta, osallisuutta ja vahvistaa heidän itsemääräämisoikeuttaan. Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mieli 2009) ehdotetaan asiakkaan aseman vahvistamiseksi kokemusrviointituntijoiden ja vertaistoimijoiden mukaan ottamista mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Ympäristöministeriön Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämisen työryhmäraportin (2012) mukaan mielenterveyskuntoutujien tulee olla mukana suunnitelmien tekemisessä ja palvelujen ja asumisyksiyöiden kehittämisessä (Ympäristöministeriö 2012, 37).

Mielenterveyden keskusliitossa annetaan kokemusrviointijalle perusteellinen, vuoden kestävä koulutus, johon sisältyy tutkimusmenetelmäpainotteisen teorian ohella kenttätöjaksot ja työpajatyöskentelyä. Kokemusrviointin vakiinnuttamisen juuret ovat lähtöisin Salon ja Hyvärin sekä kokemustutkijoiden koulutuskokemuksissa sekä Kokkolan seudulla, Imatralla ja Tampereella toteutetuissa kokemustutkimuksissa/arvioinneissa (ks. Salo 2010; Salo & Hyväri 2011). Koulutuksen tavoitteena on antaa valmiuksia osallistua mielenterveystyön tutkimus- ja kehittämistoimintaan. Koulutuksessa kokemuksia sairastumisesta, palveluiden käytöstä ja kuntoutumisesta opitaan käyttämään arviointityön lähtökohtana ja tutkimus- ja kehittämisvälineenä. Koulutukselle ja tutkimustyölle on ominaista yhteisöllisyys ja vertaisuus.

Kokemusrviointijilla on omaa kokemusta mielenterveyspalvelujen käyttämisestä. Hyödyntämällä heidän kokemuksellista asiantuntemustaan voidaan palvelujen käyttäjien näkemyksistä ja kokemuksista tuottaa uudenlaista kehittämistietoa. Kokemusrviointijat ovat soveltaneet aiempaa arviointi- ja tutkimustietoa sekä kollektiivista kokemustietoaan haastattelurunkoja suunniteltaessa. Haastattelutilanteessa he kohtasivat asumisyksikön asukkaat ja matalan kynnyksen paikan jäsenet vertaisina ja oman elämänsä asiantuntijoina. Seuraavaksi kuvataan kokemusrviointien vuonna 2012 toteuttamat kaksi kokemusrviointia ja niiden tulokset ja kehittämis ehdotukset.

Lilinkotisäätiön kokemusrviointi

Pääkaupunkiseudulla toteutettiin yksityisiä asumispalveluja tarjoavassa Lilinkotisäätiössä kokemusrviointi vuosina 2012–2013. Säätiö tuottaa palveluasumista ja toimintakykyä ylläpitävää kuntoutusta helsinkiläisille mielenterveyskuntoutujille. Lilinkotisäätiöllä on kuusi tehostettua palveluasumista tarjoavaa palvelutaloa, jotka sijaitsevat eri puolilla Helsinkiä.

Kokemusrviointilla selvitettiin Lilinkotisäätiön kolmen palvelutalon asukkaiden ja työntekijöiden näkemyksiä ja kokemuksia säätiön asumis- ja kuntoutuspalvelujen laadusta ja kehittämistarpeista. Selvityksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa säätiön asumispalvelujen laadun pitkäjänteiseksi kehittämiseksi. Arviointikysymykset olivat: Mitkä ovat asukkaan näkemyksen ja kokemuksen mukaan asumispalvelun vahvuudet? Miten asukkaan osallisuus toteutuu asumispalvelujen arjessa asukkaiden ja työntekijöiden näkemysten ja kokemusten perusteella? Mitä haasteita asumispalveluiden laadun kehittämiseen liittyy? Miten säätiö voisi kehittää asumispalveluiden laatua? Kokemusrviointilla pyritään kokemustietoon ja käyttäjälähtöiseen mielenterveys- ja päihdepalveluiden laadun parantamiseen vuoropuhelussa palveluntuottajan kanssa.

Arviointikohteeksi valikoitui kolme palvelutaloa, jotka Lilinkotisäätiön johto valitsi. Varsinainen arviointiaineisto kerättiin laadullisen tutkimuksen teemahaastatteluilta keväällä 2012. Kokemusrviointijat haavoittivat myös palvelutalojen tiloja. Kokemusrviointijat laativat teemahaastattelurungot asukkaille ja työntekijöille. He toteuttivat teemahaastattelut pareittain. Yhteensä kokemusrviointijat haastattelivat kolmessa eri palvelutalossa 18 asukasta ja kuusi työntekijää. Kokemusrviointijat asettivat asukkaiden haastattelujen tu-

lokset joulukuussa 2012 kolmen palvelutalon yhteisökokouksiin osallistuneiden asukkaiden kommentoitavaksi ja keskusteltavaksi. Eri tutkimusmenetelmillä hankitulla tutkimusaineistolla pyritään lisäämään tutkimuksen luotettavuutta (ks. Tuomi & Sarajärvi 2011, 144–145).

Yhteisökokouksissa oli aineiston keruun aikana paikalla 12–18 asukasta. Yhteisökokousten näkemykset kerättiin fläpeille. Haastatteluaineistot ja yhteisökokousten tulokset analysoitiin laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysillä.

Seuraavaksi esitellään kokemusrvioinnin tuloksia ja kokemusrvioijien esittämiä kehittämissuhteita palvelutaloille. Lilinkotisäätiön asuntojen koot täyttävät pääosin Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran valvontaohjelman (2012) ja Sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden suositukset (2007). Haastatellut asukkaat olivat pääosin tyytyväisiä palvelutalon tiloihin ja omaan huoneeseensa/asuntoonsa. Asukkaiden mielestä palvelutalon vahvuuksia ovat oma huone ja rauha sekä oman huoneen saniteettitilat ja mahdollinen parveke. Vahvuuksia olivat asukkaiden näkemysten mukaan esimerkiksi myös hyvä ruoka, auttavainen talonmies ja ohjaajat, vuorovaikutus muiden asukkaiden kanssa, ulkomaanmatkat ja erilaiset ryhmät. Lilinkotisäätiön palvelutalot ovat asukkaiden mielestä hyviä ja turvallisia paikkoja asua. Niin haastateltavat asukkaat, palvelutalon yhteisökokoukseen osallistuneet asukkaat kuin kokemusrvioijat totesivat joissakin arvioinnin kohteena olevissa palvelutaloissa ryhmätilat hieman pieniksi ja ikkunattomiksi. Yhden palvelutalon asukkaat arvioivat kyseisen palvelutalon asuinhuoneet hieman pieniksi.

Asukkaiden on mahdollista siirtyä kuntoutumisen edistyessä yhden palvelutalon toiminnalliseen ryhmäkotiin ja siitä edelleen jälleenvuokrausasuntoihin. Koska asukkaat ovat saattaneet asua kauan yhdessä palvelutalossa, saattavat he työntekijöiden näkemysten mukaan vierastaa ajatusta siirtymisestä toisen palvelutalon toiminnalliseen ryhmäkotiin.

Säätiön kuudessa palvelutalossa asumispaikat ovat täynnä, jolloin yksittäisiä asuntoja vapautuu satunnaisesti. Se asettaa haasteita asukkaiden yksilöllisten asumistarpeiden huomioimiselle. Asumispalvelusäätiö ASPA:n tarveselvitysten ja ympäristöministeriön mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämisen työryhmän raportin mukaan Suomessa tarvitaan mielenterveyskuntoutujien asumiseen lisää laadukkaita asumispalveluita, kotiin vietäviä palveluja, asuntoja ja erilaisia asumisen muotoja (ks. Ympäristöministeriö 2012, 7-8; Väänänen 2007, 20; Riikonen 2010, 29; Vuorinen 2009, 44). Asukkaiden näkemyksiä olisi hyvä ottaa huomioon mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisuihin päätettäessä. Olisi tärkeää ottaa palvelunkäyttäjien ääni mukaan jo rakennusten suunnittelu-, remontointi- ja korjausrakentamisessa.

Palvelutaloissa laaditaan kunkin asukkaan kanssa henkilökohtainen kuntoutumisen suunnitelma (RAI CMH -arviointi), jonka toteutumista arvioidaan säännöllisesti yhdessä asukkaan kanssa. Osa haastatteluista asukkaista ei kuitenkaan tiennyt, onko heille laadittu kuntoutussuunnitelma. On hyvä varmistaa, että asukkaalla on tieto kuntoutussuunnitelmasta ja sen seurannan etenemisestä. Ohjaajien tulisi saada tietoa psykiatrin tekemästä hoito- ja kuntoutussuunnitelmista. Se helpottaisi asukkaiden kanssa tehtyä kuntoutussuunnitelman päivittämistä ja seuraamista. Asukkaille on tärkeää säännöllinen fyysisen terveyden seuranta osana kuntoutuksen seurantaa, mikä tuli esille myös Tampereen asunnottomien tehostetun tukiasumisen kokemusrvioinnissa (ks. Salo & Hyväri 2011, 115). On tärkeää tarkistaa, että käytetään yhteisiä käsitteitä asukkaiden kanssa kuntoutussuunnitelmasta ja sen seurannasta puhuttaessa.

Haastateltujen asukkaiden mukaan he voivat itse pääosin päättää päivänsä sisällöstä. Osa haastatelluista asukkaista oli kuitenkin sitä mieltä, etteivät he voi päättää päivänsä sisältöä täysin itse. Asukkaan päivää rytmittävät lääkkeiden jako, ruokailu ja siivousvuorot. Asukkailla on mahdollista harrastaa erilaisia asioita sekä palvelutalon omissa ryhmissä että palvelutalon ulkopuolella. Palvelutaloissa järjestettävät ryhmät vaihtelevat palvelutaloittain, ja niissä pyritään asukaslähtöisyyteen. Asukas voi vaikuttaa asioihin keskustelemalla henkilökunnan, asukkaiden ja palvelutalon johtajan kanssa, osallistumalla eri kokouksiin, osallistumalla eri ryhmätoimintoihin, vaikuttamalla retkien suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä laittamalla toiveita ruokatoivomuslaatikkoon tai osallistumalla yhdistys- ja kansalaistoimintaan.

Asuminen palvelutalossa on voinut merkitä asukkaalle myös selviytymistä: ”Joka puolella puristaa että mistään ei meinaa mitään tulla ja sit pääse niinku tänne asumaan. Niin pikkujalkaa alkaa huomata että mä selviydyn näistä kärsimyksistä. Tää on aivan upee tunne.” (Asukas.)

Haastatelluista asukkaista suurin osa kokee palvelutalojen yhteisökokoukset paikaksi, jossa sovitaan yhteisistä asioista ja jonka kautta voi vaikuttaa yhteisiin asioihin. Osa yhteisökokouksiin osallistuvista ei kuitenkaan käytä paljoakaan puheenvuoroja tai tee kehittämisehdotuksia. Yhteisökokouksiin ehdotettiin suljetun lippuäänestyksen käyttämistä ja mahdollisuutta keskustella kahden kesken tarvittaessa ohjaajien kanssa. Toivottiin, että ohjaajat houkuttelisivat asukkaita kokouksiin.

Säätiössä toteutetaan säännöllisesti asiakastytyväisyyskysely, minkä kautta asukkaat voivat myös antaa palautetta. Pohjanmaa-hankkeessa²⁰ asumispalveluyksiköihin suunnatun kyselytutkimuksen mukaan asumispalveluyksiköiden tulisi kiinnittää huomiota säännöllisen palautteen keräämiseen omasta toiminnasta kuntoutujilta, omaisilta ja yhteistyötahoilta. Näin voitaisiin etsiä yhteistyössä em. tahojen kanssa kuntoutujan kuntoutusta ja arkielämää edistäviä ratkaisuja (Nordling ym.²⁰ 2009, 71). Palvelutalojen kokemustietoon perustuva käyttäjälähtöinen laadun arviointi säännöllisesti toteutettuna voi olla yksi tällainen toimintatapa asumisyksiköiden laatua kehitettäessä.

On hyvä ennakoita asukkaiden yksilöllisiä elämän ja tuen tarpeita ja kohdentaa henkilöstön osaamisen kehittäminen tämänsuuntaisesti. Palvelutaloon voi ohjautua yhä nuorempia asukkaita, joilla voi olla myös päihdeongelmia. Säätiöllä ei ole haastattelujen perusteella ohjelmaa, eikä ryhmää päihdeiden käytön lopettamiselle. Työntekijöiden päihdealan osaamista tarvittaisiin tulevaisuudessa lisää ja heidän erityisosaamisensa kartoittamista ja hyödyntämistä. Tulevaisuudessa voidaan tarvita nuorten mielenterveyskuntoutujien yksilöllisten tarpeiden ja toiveiden ennakoinnista.

Asukkaat osallistuvat kertomansa mukaan vähän tai ei ollenkaan yhdistys- tai kansalaistoimintaan, mikä tuli esille myös työntekijöiden haastatteluissa. Työntekijöiden olisi hyvä perehtyä siihen, mitä yhdistystoimintaa on tarjolla ja tiedottaa siitä asukkaille. Palvelutaloihin voitaisiin kutsua lähiseudun yhdistyksiä ja vertais- ja kokemusasiantuntijoita esittelemään toimintaansa. Salon ja Hyvärin mukaan asukkaan sosiaalinen vuorovaikutus voi jäädä liian yksipuoliseksi, mikäli se rajoittuu vain palvelutalon asukkaisiin (Salo & Hyväri 2011, 142).

Työntekijät toivoivat saavansa kahteen palvelutaloon rauhallisen keskustelutilan sekä omaa työtään organisoitavan niin, että heillä on enemmän aikaa kuulla ja kohdata asukkaita. Päihdeosaamista kaivattiin. Kokemusarvioijat asettivat arvioinnin pohjalta kehittämisehdotuksia palvelutaloille. Kehittämisehdotukset liittyvät kokemustiedon ja käyttäjälähtöisyyden huomioimiseen asumisen arjessa seuraavasti: Asukkaan mielipidettä suositellaan kuunneltavaksi enemmän asumispaikkaa valitessa. On tärkeää varmistaa, että asukas voi osallistua kuntoutussuunnitelman laatimiseen tietoisesti. Ohjaajien tulisi saada tietoa psykiatrin tekemästä hoito- ja kuntoutussuunnitelmista. Se helpottaisi asukkaiden kanssa tehtyä kuntoutussuunnitelman päivittämistä ja seuraamista. Fyysisestä terveydestä vastaavan lääkärin pitäisi myös olla läsnä asukkaan fyysisen terveyden niin vaatiessa. Kuntoutussuunnitelmassa ja kuntoutuksen seurannassa olevia käsitteitä pitäisi selventää.

Ohjaajien tulisi keskustella hiljaisten asukkaiden kanssa kahden kesken, jotta heidän äänensä saataisiin myös kuuluviin. Palvelutaloissa voitaisiin hyödyntää enemmän vertaistukea ja tukihenkilötoimintaa asukkaiden osallistuessa palvelutalojen ulkopuoliseen toimintaan, harrastuksiin ja kansalaistoimintaan. Henkilökunnan ehdotetaan ottavan selvää, kannustavan ja kertovan yhdistys- ja kansalaistoiminnasta enemmän. Yhdistyksiä voisi kutsua palvelutaloon kertomaan toiminnastaan.

Mahdollisiin päihdeongelmiin olisi syytä tarvittaessa enemmän puuttua. Päihdeiden käytön vähentämisen tai lopettamisen ryhmä ehdotetaan perustettavaksi asukkaille ja päihdeosaamista lisättäväksi henkilökunnalle. Päihdeettömyyteen sitoutuneiden vertaiskokemuksia olisi hyvä hyödyntää asumispalvelun arjessa (ks. Salo & Hyväri 2011, 163).

²⁰ Pohjanmaa-hanke oli Keski-Pohjanmaan, Etelä-Pohjanmaan ja Pohjanmaan maakunnan, niiden sairaanhoitopiirien sekä maakuntien yhteisen sosiaalialan osaamiskeskuksen (SONetBOTNIA) laaja-alainen mielenterveys- ja päihdehuollon kehittämishanke. Hankkeen aikana toteutettiin kyselytutkimus postitse 73:een eri asumispalveluyksikköön vuonna 2007. Kyselyyn vastasi 63 prosenttia kyselyn saaneista. (Nordling ym. 2009, 4.)

Haastattelutulosten mukaan Lilinkotisäätiön kolmen palvelutalon toiminnan voidaan katsoa edistävän asukkaiden osallisuutta ja palvelujen käyttäjien äänen huomioimista palvelutalojen arjessa. Arvioituissa kolmessa palvelutalossa on asukkaiden näkemysten mukaan hyvää ja turvallista asua. Asukas voi pääosiltaan päättää oman päivänsä sisällöstä itse.

”Laturi on mun juttu” – Kokemusrarviointi Alvi ry:n Laturin Tukiyhteisössä

Kokemusravioinnin avulla selvitettiin palvelujen käyttäjien eli Alvi ry:n Laturin Tukiyhteisön jäsenten ja työntekijöiden näkemyksiä ja kokemuksia Tukiyhteisön toiminnan laadusta ja kehittämistarpeista. Alvi ry:n Laturin Tukiyhteisö on matalan kynnyksen toiminta- ja kohtaamispaikka täysi-ikäisille helsinkiläisille, joilla on tai on joskus ollut kokemusta mielenterveydellisistä häiriöistä, syrjäytymisestä tai jotka muutoin vain katselevat asioita toisesta näkökulmasta. Kokemusrarviointi toteutettiin Laturin Tukiyhteisössä vuosina 2012–2013.

Arviointikysymykset muotoutuivat yhteistyössä palveluntuottajan kanssa seuraaviksi: miten Laturin Tukiyhteisön toiminta tukee jäsenen elinympäristössä selviytymistä, miten jäsenten toiveita ja näkemyksiä on kuultu Laturin Tukiyhteisön toiminnan kehittämisessä, mitkä ovat Laturin Tukiyhteisön toiminnan kehittämisen haasteita ja miten Laturin Tukiyhteisön toimintaa voisi kehittää elinympäristössä selviytymisen tueksi.

Kokemusraviointimenetelminä kokemusravioijat käyttivät suunnittelemaansa lomakehaastattelua jäsenille, havainnointia ja Laturin Tukiyhteisön työntekijöiden ryhmäkeskustelua. Kokemusravioijat haastattelivat pareittain kymmenen Laturin Tukiyhteisön jäsentä syksyllä 2012. Haastattelulomakkeen täytti itse seitsemän jäsentä. Laturin Tukiyhteisön työntekijöille järjestettiin ryhmäkeskustelu talvella 2013. Havainnointiaineistoa käytettiin muun aineiston tukimateriaalina. Jäsenten haastatteluaineisto tai täytetyt lomakkeet analysoitiin Surveypal-ohjelman avulla. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalysysillä teemoitteleamalla. Ryhmäkeskustelujen aineisto dokumentointiin fläpeille lopullista aineiston analyysiä ja jäsentämistä varten.

Kokemusravioinnin tulosten mukaan suurin osa haastatelluista jäsenistä asui yksin ja oli eläkkeellä. Haastateltavat jäsenet kertoivat käyvänsä Laturissa mukavien ihmisten, vertaistuen, mielekkään toiminnan ja hyvän ilmapiirin vuoksi. Suurin osa haastatelluista tai lomakkeeseen vastanneista jäsenistä oli saanut tiedon Laturista psykiatrian poliklinikalta.

Haastatelluilta tai lomakkeeseen vastanneilta jäseniltä kysyttiin, miten arkesi on muuttunut Laturin Tukiyhteisöön tulon jälkeen. Vastauksista käy ilmi, että haastateltujen jäsenten arki on muuttunut Tukiyhteisöön tulon jälkeen parempaan suuntaan. Mainittiin, että Laturiin tulon jälkeen olo on ollut paljon pirteämpi, vireämpi ja tasapainoisempi, ja on tekemistä. Ennen Laturiin tuloa tuli oltua paljon enemmän yksin kotona, nyt elämä on vuorovaikutteista. Muutama jäsen vastasi, että Laturissa käymisen myötä on tullut elämään säännöllisyyttä ja päivärhythmiä. Kaupungilla on helpompi liikkua. Laturista on saanut apua ja tukea. Laturin Tukiyhteisön toiminta tukee haastateltujen tai kyselyyn vastanneiden jäsenten elinympäristössä selviytymistä.

Sekä haastatellut että kyselyyn vastanneet jäsenet olivat pääosin tyytyväisiä Laturin tiloihin. Toiminta tapahtuu kuitenkin vuokratiloissa, mikä rajoittaa suurempien muutoksien tekemistä. Työntekijöiden ryhmäkeskustelussa ehdotettiin, että tila voisi olla toimivampi, mikäli se sijaitisi katutasossa tai ensimmäisessä kerroksessa. Nyt matalan kynnyksen paikka sijaitsee Helsingin keskustassa, ei-katutasossa. Laturin Tukiyhteisön rahoituksen aikajänne vuodeksi kerrallaan voi olla toiminnan kehittämisen haaste, kun seuraavien vuosien toiminnan rahoituksesta ei ole varmuutta.

Haastatellut jäsenet ilmoittivat viihtyvänsä Laturissa, mikä tukee Laturin tekemää vuoden 2012 palautekyselyä jäsenilleen. Myös ilmapiirin Laturissa arvioitiin olevan hyvä. Laturin ryhmätoiminnoista kysyttäessä jäsenet toivoivat lisää toimintaa, kuten erilaisia ryhmätoimintoja tai retkiä. Toisaalta jo olemassa oleviin ryhmätoimintoihin haastatellut tai vastanneet jäsenet eivät osallistuneet aina kovin aktiivisesti. Myös työntekijöiden näkemysten mukaan jäsenet ilmoittautuvat ryhmätoimintoihin, mutta niihin ei välttämättä osallistuta. Ryhmiä on monipuolisesti, mutta toimintaan sitoudutaan heikosti.

Noin puolet haastatteluista tai lomakkeen täyttäneistä jäsenistä vastasi esittävänsä kehittämishdotuksia Laturissa. Tämä tapahtuu keskusteluissa henkilökunnan kanssa, tiedotustilain aikana sekä avoimen olohuoneen yhteisöilloissa. Haastatellut jäsenet toivoivat, että henkilökunta kysyisi enemmän heidän toiveitaan ja ehdotuksiaan toiminnan kehittämiseksi. Toivottiin, että ohjaajilla olisi aikaa kuunnella ja enemmän kahdenkeskistä aikaa jäsenille. Haasteena on työntekijöiden mukaan se, että uuteen toimintaan ei jäsenistä aina löydy innokkaita. Työntekijöiden ryhmäkeskustelussa ehdotettiin työajan laajentamista aamuvuoroihin sekä työntekijäresurssien lisäämistä. Tällöin aamupäiväryhmän perustaminen jäsenille olisi mahdollista. Vapaaehtoisia toimijoita haluttaisiin enemmän mukaan toimintaan.

Kokemusrvioijat esittivät arvioinnin pohjalta kehittämishdotuksia seuraavasti: Jäsenten näkemyksiä tulisi ottaa huomioon, jotta Laturin tiloja voisi hyödyntää monipuolisemmin. Tilojen muuttamista olisi hyvä suunnitella ja pohtia yhdessä jäsenten kanssa. Ohjaajien olisi hyvä vielä aktiivisemmin tukea ja kannustaa jäseniä toimintaan ja mahdollistaa myös jäsenten vapaamuotoinen oleilu Laturissa. Laturissa voisi olla toimintaa myös aamupäivisin sekä kesä- että talvikaudella ja erilaisia retkiä voisi järjestää enemmän, myös talvisin. Toimintaa ja ryhmiä voitaisiin suunnata ja räätälöidä vielä enemmän jäsenten yksilöllisten toiveiden mukaisesti.

Vapaaehtoisia toimijoita voisi ottaa enemmän Laturin Tukiyhdistyksen toimintaan mukaan yhteistyössä vertaistoimijoiden, mielenterveysyhdistysten, klubitalojen ja/tai oppilaitosten kanssa. Koska suurin osa Laturin jäsenistä on miehiä, ehdotetaan miesohjaajia enemmän mukaan Laturin toimintaan. Ohjaajien käyn- tejä jäsenten kotiin heidän toivomuksestaan voitaisiin tehdä silloin tällöin, esimerkiksi kerran kuukaudessa. Jotta saadaan systemaattista seuranta- ja arviointitietoa jäseniltä, on tärkeää toteuttaa säännöllisesti Laturin Tukiyhdistyksen jäsenille palautekysely. Tämä on tärkeä laadun seurannan mittari Laturin toiminnassa.

Lähteet

- Laturin Tukiyhdistyksen palautekyselyn tulokset: toukokuu 2012. Tuloste tekijän hallussa.
- Nordling, Esa., Rauhala, Liisa. & Sironen, Anne. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluja koskeva kyselytutkimus kolmen maakunnan alueella 2007-2008. Länsi-Suomen lääninhallitus ja Pohjanmaa-hanke. Viitattu 8.5.2013. [http://www.epshp.fi/files/5608/Mielenterveys- ja_paihdekuntoutujien_asumispalveluja_koskeva_kyselytutkimus_kolmen_maa_kunnan_alueella_2007-2008..pdf]
- Riikonen, Pia. 2010. Tukea, turvaa ja toimintaa. Kirkkonummen mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumista ja asumisen palveluita kartoittava Tarve-projekti. ASPA-kartoituksia 2/2010. SOLVER palvelut Oy. Asumispalvelusäätiö ASPA.
- Salo, Markku. 2010. Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksikössä kokemusrvioinnin kohteina. ITHACA-hankkeen Suomen raportti. 22/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino. Saatavilla [http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/DDAAFD9B-BEA0-44F0-8AF6-E51F56371CE5/0/ITHACA_hankkeen_Suomen_Raportti_2010.pdf]. Salo, Markku & Hyväri, Susanna. 2011. Kokemalla kohdattu tutkimalla tulkittu. Psykiatrisen osastohoito ja asunnotto- mientukipalvelut kokemusrvioinnin kohteina. Pori: Mielenterveyden keskusliitto.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. 2012. Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautiset asumispalvelut sekä päihdehuollon laitoshoido. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012 – 2014. Valvontaohjelmia 5: 2012. Helsinki. Viitattu 5.4.2013 [<http://www.valvira.fi/files/tiedostot/v/a/Valvontaohjelma.pdf>].
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita koskeva kehittämissuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:13. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 8.5.2013 [http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE3728.pdf&title=Asumista_ja_kuntoutusta_fi.pdf].
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdehuollon kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012: 24. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 10.5.2013 [<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103109/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1>]

- Tuomi, Jouni & Sarajarvi, Anneli. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vuorinen, Marju. 2009. Mielenterveyskuntoutujien asumisen ja palveluiden kartoitus Järvenpäässä. ASPA-kartoituksia 3/2009. Asumispalvelusäätiö ASPA:
- Väänänen, Anu. 2007. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumisen palvelutarpeiden kartoitus Varkauden kaupungissa. ASPA-kartoituksia //2009. Asumispalvelusäätiö ASPA:
- Ympäristöministeriö. 2012. Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen. Työryhmäraportti 31.3.2012. Ympäristöministeriön raportteja 10/2012. Helsinki: Ympäristöministeriö. Viitattu 3.5.2013, [<http://www.ymparisto.fi/download.asp?contentid=136376&lan=fi>].

5 KASTE

5.1 Väli-Suomen mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen

Ahonen Juha

Tausta

Väli-Suomen Kaste-alueella vuosina 2011–2013 toteutettava mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishanke Välittäjä 2013 yhdistää aiemman suunnitelmallisen kehittämistyön, ajankohtaiset alueelliset kehittämistarpeet, valtakunnalliset mielenterveys- ja päihdepalveluiden uudistamisvaateet ja nykyaikaisen kehittämistoiminnan.

Sosiaali- ja terveysministeriö myönsi hankkeelle kehittämishankkeiden valtionavustusta 1 500 000 euroa. Hankkeen kokonaisbudjetti on 2 000 000 euroa. Hankkeeseen osallistuvat Etelä-Pohjanmaan (hankkeen hallinnoija), Pirkanmaan, Vaasan ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirit, Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä ja Lahden kaupunki. Hankkeen johtajana toimii Juha Ahonen ja hänen työparinaan hankekoordinaattori Riitta Forslund. Hankkeessa työskentelee 24 hanketyöntekijää, joista kolmella on kokemusasian-
tuntijakoulutus.

Hankkeen tarkoituksena on konkreettisesti lähentää nykyisiä mielenterveys- ja päihdepalveluita ja tuottaa uusia integroituja, asiakaslähtöisiä palveluratkaisuja. Hanke kehittää käytännönläheisesti ja rohkein menetelmin mielenterveys- ja päihdetyötä sekä uudistaa myös kehittämistyön menetelmiä. Kutakin kehittämiskohdetta vastaa aiempiin hyviin käytäntöihin perustuvat ja uusiin toimintatapoihin pohjaavat toimitasuunnitelmat, jotka perustuvat tarveperusteiseen kehittämistyöhön.

Tavoitteet

Hankkeen neljä tavoitetta on valittu Mieli 2009 -suunnitelman ehdotuksista ja Väli-Suomen ajankohtaisista tarpeista:

1. Varhaisvaiheen hyvinvointia edistävän ja ehkäisevän toiminnan kehittäminen
2. Asiakkaiden osallisuuden lisääminen
3. Erityis- ja peruspalveluiden yhteistyön, toimintamallien ja rakenteiden kehittäminen
4. Modernin teknologian hyödyntäminen mielenterveys- ja päihdetyössä

Toteutus kuudessa osahankkeessa

- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri jatkaa vuonna 2005 käynnistynyttä Pohjanmaa-hanketta osin uusien tavoittein ja osin aiemmin luotuja malleja vahvistaen ja juurruttaen. Työskentely painottuu asiakkaan osallisuuden vahvistamiseen, edistävään ja ehkäisevään työhön sekä varhaisen tuen kehittämiseen päihde- ja mielenterveystyössä.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kehittämishankkeen tavoitteena on parantaa psykiatrisen hoidon laatua siten, että hankkeen päättyessä vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsivien potilaiden hoito perustuu alueellisesti hyväksytyihin hoito-ohjelmiin sekä kattavaan pitkäjänteiseen hoitosuunnitelmaan, joka toteutetaan hoitoketjuissa. Samaan aikaan päivitetään alueellinen mielenterveys- ja päihdestrategia, ja tuetaan kuntien kehittämistyötä.
- Vaasan sairaanhoitopiirin osahankkeessa kehitetään mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden matalankynnyksen lähipalveluita: varhaisvaiheen edistävää toimintaa, ongelmien havaitsemista, nopeaa avunsaantia, erikoispalvelujen tarpeen arviointia sekä kuntoutusta ja hoitoon ohjausta. Vaasassa kehitetään myös sähköistä hyvinvointipalvelua 13–24-vuotiaille nuorille.
- Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin osahankkeen tavoitteena on kehittää mielenterveys- ja päihdepalveluja kohti yhtenäisempää ja toimivampaa kokonaisuutta. Tarkoitus on tehostaa nykyisten perus- ja eri-

tyispalveluiden yhteistyötä ja rakentaa integroituja ja asiakaslähtöisiä toimintakäytäntöjä, jolloin palvelujen tarjonta monipuolistuu ja toiminnan vaikuttavuus paranee.

- Hämeen päihdehuollon kuntayhtymän hankkeen tarkoituksena on kehittää kuntayhtymän päihdekuntoutuksen laatua niin, että hankkeen päättyessä päihdeongelmista kärsivien asiakkaiden kuntoutus perustuu hyväksytyyn strategiaan ja asiakkaiden osallisuuden mahdollistavien palveluiden jatkuvaan arviointiin. Kehittämistyön yhtenä tavoitteena ollut kehittämissyksikön vakinaistaminen on jo päätetty osaksi kuntayhtymän palveluita.
- Lahden osahankkeen uutena kehittämisen painopisteenä on mielenterveysosaamisen kehittäminen neuvoloissa ja opiskeluterveydenhuollossa vahvistamalla ongelmien varhaista tunnistamista, puheeksi ottamista ja laatimalla puuttumisen malleja.

Hankkeen erityisenä pyrkimyksenä on, että kunkin osahankkeen tuotokset jäävät hankkeen päätyttyä pysyvään käyttöön. Tätä varten osahankkeet laativat juurrutussuunnitelmat, joihin kirjattiin keinot tuotosten käyttöönottamiseksi, käyttöönoton edellyttämät päätökset ja muut sitoumukset, ja vastuuhenkilö/taho joka vastaa hankkeessa kehitettyjen tuotosten ylläpysymisestä hankkeen päätyttyä.

Asiakkaat ja omaiset kehittämiskumppaneina

Asiakkaiden, potilaiden ja omaisten osallisuus ja sen lisääminen on yksi tärkeimmistä Välittäjä-hankkeen tavoitteista ja arvoista. Palveluiden käyttäjät ovat osallistuneet palveluiden kehittämiseen konkreettisella työpanoksellaan esimerkiksi Seinäjoen Olkkari-toiminnassa ja päihteiden käyttäjien päiväkeskuksen saneeraamisessa Pietarsaareissa. Ammattilaisten ja asiakkaiden yhteistyö on toteutunut esimerkiksi koulutusten, tapaamisten, kokouksien ja kuulemistilaisuuksien kautta. Nuorten osallisuutta on kehitetty muun muassa oppilaitosyhteistyön kautta sekä kutsumalla nuorisovaltuuston edustaja osahankkeen ohjausryhmään. Nuorten mielipiteitä heille suunnattujen päihde- ja mielenterveyspalveluiden kehittämisessä on huomioitu myös erilaisilla kyselyillä, haastatteluilla ja työpajoilla. Kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten välinen yhteistyö on koettu välttämättömäksi ja mielekkääksi.

Pohdintaa

Välittäjä 2013 -hankkeen toiminta on väliarvioinnin mukaan ollut suunnitelmallista ja rakenteellisesti linjasta, koska hankkeessa on luotu osahankkeiden toimintaa tukevia työkaluja kuten hankekortti, seuranta-kortti, viestintäkortti ja väliarviointikortti. Näitä uusia välineitä ovat hyödyntäneet myös muut Kaste-hankkeet. Hankkeen ja osahankkeiden ohjausryhmät ovat osallistuvia ja asiantuntevia sitoutuen osaltaan kehittämiseen ja juurruttamisen tukemiseen.

Väli-Suomen alueen kehittäminen kohdistuu erityisen vahvasti mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Huolimatta Mieli 2009 -suunnitelman mukaisesta integraatiopyrkimyksestä, ei kuntien korjaavia mielenterveys- ja päihdepalveluita ole alueilla ole kyetty lähentämään täysin suunnitellusti. Sen sijaan mielenterveyttä ja päihteettömyyttä edistävä strategiatyö, ennaltaehkäisevät käytännöt ja ongelmien tunnistamisen työkalujen käyttäminen ovat edenneet suotuisasti.

Mahdollisuus osallistua Väli-Suomen aluejohtoryhmätyöskentelyyn on tarjonnut mahdollisuuden vaikuttaa laajasti – ei vain mielenterveys- ja päihdetyön, vaan koko TAYSin erityisvastuualueen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämislinjauksiin. Yhteistyö Länsi-Suomen aluehallintoviraston kanssa on ollut toimivaa: seuranta, ohjeistus ja kehittämissyhteistyön seuranta on ollut perusteltua ja asiantuntevaa. THL:n arviointituki Kaste-hankkeille keväällä 2012 oli oleelliseen keskittävää ja huomioi hankkeiden resurssit arviointiohjeissaan.

Väli-Suomen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisprosessi on säilynyt vakaana huolimatta valtakunnallisen kunta- ja palvelurakennemuutosten samanaikaisuudesta. Huolimatta tosiasiaista, ettei Välittäjä 2013 -hankkeelle tule Kaste-ohjelman kautta jatkoa, näyttää kehittäminen jatkuvan suotuisasti suunnitelmallisen juurruttamisen, monialaisen yhteistyön ja uusien kehittämisrahoituskanavien kautta. Väli-Suomen

sairaanhoitopiirit ottavat vuosien 2013–2015 aikana käyttöön valtiovarainministeriön valtionavustuksen tukemana HUS:n Mielenterveystalo-portaalin aluekohtaisilla palveluilla täydennettynä.

Lähteet

Välittäjä 2013 -hankkeen väliraportti:

http://www.valittajahanke.fi/images/jdownloads/V%C3%A4litt%C3%A4j%C3%A4_2013_v%C3%A4liraportti.pdf. [Viitattu 21.4.2013].

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2012:24

5.2 Mielen avain -hanke osallisuuden vahvistajana – kokemusasiantuntijakoulutuksen ja -tehtävien levittäminen

Marjo Kurki, Lauri Kuosmanen

Tausta

Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke Mielen avain on sosiaali- ja terveystieteiden (STM) Kaste-ohjelman hanke. Hankkeen tehtävänä on kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano Etelä-Suomen Kaste-alueella. Mielen avain -hanke on saanut 7 500 000 €:n suuruisen valtionavustuksen ajalle 1.1.2010–31.10.2012 sekä 1 200 000 € ajalle 1.11.2012–30.6.2013. Jälkimmäisen lyhyen valtionavustuskauden tavoitteena on turvata siirtymä. Kaste 2 -ohjelmakaudelle sekä juurruttaa ja levittää Mielen avain -hankkeessa kehitettyjä hyviä käytäntöjä. Mielen avain -hanke koordinoi lisäksi STM:n myöntämää lisärahoitusta (198 450 €), joka on suunnattu Hyvinkään Miepäs -osahankkeelle ajalle 1.6.2012–30.6.2013 kriisihoidon toimintamallin luomiseen Hyvinkään ampumistragedian vuoksi. Alueellisesti Mielen avain kattaa laajasti Etelä-Suomen ja Kymenlaakson sekä Etelä-Karjalan: hanke alue ulottuu Lohjalta Parikkalaan kattaten 20 kaupunkia ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS-alueen. Mielen avain -hanketta hallinnoi ja koordinoi Vantaan kaupunki.

Tavoitteet

Mielen avain -hankkeen päätavoitteena on ollut eteläsuomalaisten mielenterveyden ja päihdehaittojen edistäminen sekä niiden ihmisten avunsaannin parantaminen, joilla jo on ongelmia. Kaikki Mielen avain -hankekunnat ovat sitoutuneet kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009) mukaiseen kolmeen tavoitteeseen:

- Vahvistaa mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien asiakkaiden osallisuutta
- Kehittää matalan kynnyksen toimintamalleja
- Lisätä henkilöstön mielenterveys- ja päihdeosaamista

Toteutus

Tässä artikkelissa keskitytään kuvaamaan erityisesti mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien asiakkaiden osallisuuden lisäämistä kokemusasiantuntijatoiminnan levittämisen ja jalkauttamisen kautta. Aikaisemmissa julkaisuissa (Lepistö ym.; Moring ym.) on kuvattu melko laajasti Mielen avain -hankkeen muita kehitettyjä hyviä käytäntöjä. Mielen avain -hanke on kuvannut hankeaikana kehitetyt hyvät käytännöt Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämään Innokylään (Taulukko 1). Tällä edistetään kehitettyjen paikallisten hyvien käytäntöjen valtakunnallista leviämistä.

Taulukko 1. Mielen avain -hankkeen kuvaamat hyvät käytännöt Innokylässä 2/2013.

Hanke ja hallinnoiva kunta	Kuvaus Innokylään
Valo-hanke, HUS, Hyks-psykiatria	Videokonsultaatio Varhaisen tuen ja prevention malli Pitkäaikaisen masennuspotilaan hoitomalli Psykoosipotilaan hoidon ja kuntoutuksen malli Nuorten mielenterveystalo
Terveysasema kuntalaisen käyttöliittymänä -hanke, Helsinki	Terveysaseman sosiaalineuvojamalli Terveysaseman päihdetyöntekijämalli
Vantaalaisen hyvä mieli -hanke, Vantaa	Vantaalaisen hyvä mieli -hanke Pitkäaikaisesti masentuneen potilaan hoitopolku erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä Aikuispsykiatria lastensuojelussa Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden jalkautu- minen alle kouluikäisten lasten kasvu- ja kehitys- ympäristöihin
Yhteispäivystys- ja kriisikeskushanke - hanke, Kouvola	Selviämisyksikkö katkaisuhoidon yhteydessä Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotona asu- misen tuki Kouvolassa
Koho-hanke, Lohja	IPT masennuksen hoidon välineenä perustervey- denhuollossa Koulutuksellinen ryhmäkonsultaatio
Kannatellen-hanke, Eksote	Case management-malli / Kannatellen – liikkuva ja täydentävä toiminta
Miepäs-hanke, Hyvinkää	Nuorisosaama Nuorisohelpin hoitoprosessi
Kokemuksesta voimaa -hanke, Porvoo	Kynnyksettömien päihde- ja mielenterveyskuntou- tujien vertaistukiryhmätoimintojen käynnistäminen
Mietippä-hanke, Hamina	Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestra- tegia 2012–2016 Arviointi- ja kuntoutumisyksikkö Neppari
Mosaik-hanke Raasepori	Mielenterveys- ja päihdepalvelukartta
Huoli haltuun -hanke Kirkkonummi	Nuorten matalankynnyksen paikan ja siellä tehtä- vän moniammatillisen työn malli
Avomieli-hanke Sosiaalitalo	Päihde- ja mielenterveysosaamista kuntien aikuis- sosiaalityöhön
Kokemusasiantuntijakoulutus	Kokemusasiantuntijakoulutusmalli sekä kokemus- asiantuntijatoiminnan kehittäminen

Kokemusasiantuntija on määritelty Mielen avain -hankkeessa kokemusasiantuntijakoulutuksen käyneeksi henkilöksi, jolla on oma kokemus mielenterveys- ja/tai päihdeongelmista joko niitä sairastavana, toipuneena, palveluita käyttäneenä tai omaisena. Kokemusasiantuntijan kokemustieto mahdollistaa ymmärryksen siitä miltä tuntuu sairastua, sairastaa, olla hoidossa ja kuntoutuksessa sekä siitä, mikä häntä itseään tai hänen omaistaan on auttanut. (Kuosmanen ym. 2013.)

Kokemusasiantuntijakoulutuksen tarkoituksena on ollut tarjota opiskelijoille valmiuksia toimia yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa mielenterveys- ja päihdepalvelujen suunnittelussa, kehittämisessä ja toteutuksessa (Kuosmanen ym. 2013). Ryhmän vertaistuellinen voima tukee opiskelijoita heidän omassa kuntoutumisprosessissaan ja jaksamisessa sekä uusien merkityssuhteiden löytämisessä.

Mielen avain -hanke aloitti syksyllä 2011 pilottiluonteisen kokemusasiantuntijakoulutuksen, joka suunniteltiin Välittäjä 2013 -hankkeen koulutusmallin (Nordling 2011) pohjalta. Koulutukseen valittiin koko Etelä-Suomen hankealueelta 23 mielenterveys- ja päihdekuntoutujaa sekä omaista kaikkiaan noin 60 hakijasta. Kesäkuussa 2012 valmistui 19 kokemusasiantuntijaa, joista osa on ollut sen jälkeen aktiivisesti mukana mielenterveys- ja päihdetyön erilaisissa tehtävissä, kuten alueellisten palvelujen kehittämisessä, suunnittelussa sekä ammattilaisten ja alan opiskelijoiden koulutuksessa.

Pilottikoulutuksen kokemusten jälkeen Mielen avain -hankkeessa kehitettiin moduulimuotoinen kokemusasiantuntijakoulutusmalli, joka toteutetaan monimuoto-opetuksena. Koulutus kestää kahdeksan kuukautta ja ryhmä kokoontuu kerran viikossa neljä tuntia. Opetus sisältää asiantuntijaluentoja, pienryhmätyöskentelyä, työpajatyöskentelyä sekä verkoston yhteisiä seminaareja ja verkko-opiskelua yhteisellä oppimisalustalla. Asiantuntijaluentojen aiheina on ihmisen psyykinen kehitys, eri mielenterveys- ja päihdehäiriöt, hoitomenetelmät, palvelujärjestelmä, pedagogiset perusvalmiudet, vertaisryhmänohjaus ja yhteiskuntataidot. Jokaisen opiskelijan tietotekniikkavalmiudet kartoitetaan heti koulutuksen alussa ja sen pohjalta järjestetään tietotekniikkaopetusta, joka mahdollistaa sähköisen oppimisalusta Viopen käytön. Viopen avulla opiskelija voi tutustua luennolla käytyyn sisältöön ja lisämateriaaliin sekä viestitellä ja keskustella muiden opiskelijoiden ja ohjaajien kanssa. Työpajatyöskentelyssä työstetään kokemusasiantuntijan omaa tarinaa ja harjoitellaan esiintymisvalmiuksia. (Kuosmanen ym. 2013.)

Moduulimuotoinen kokemusasiantuntijakoulutus koostuu neljästä erisisältöisestä opintojaksosta, jotka yhdessä muodostavat kokonaisuuden, joka tukee opiskelijan prosessia omakohtaisten kokemusten työstämisessä kokemusasiantuntijuudeksi (taulukko 2). Koulutusmalliin kuuluu pienryhmätyöskentelyä ja esiintymistaitojen harjoittelua sekä kokemusasiantuntijaseminaarin järjestäminen. Kokemusasiantuntijat harjoittelevat työtehtäviä jo koulutuksen aikana. Moduulimuotoinen kokemusasiantuntijakoulutusmalli mahdollistaa opiskelijoille ja koulutusta tarjoaville tahoille tai organisaatioille joustavuutta koulutuksen keston ja sisällön suhteen sekä koulutettavien tarpeiden että vastaavasti koulutusta tarjoavien organisaatioiden tarpeiden ja resurssien mukaan. Näin ollen koulutusmalli on sovellettavissa laajasti hyvinkin erilaisiin ympäristöihin sekä käytännön kehittämistarpeisiin ja asiakastyöhön.

Taulukko 2. Mielen avain -hankkeen moduulimuotoinen kokemusasiantuntijakoulutus

Koulutusmoduuli	Tavoite
Moduuli 1 Sisältö: Mitä on kokemusasiantuntijuus Kesto: 2 kk Opetusmenetelmä: Asiantuntijaluennot, pienryhmätyöskentely, verkko-opiskelu	Perehtyä kokemusasiantuntijuuteen ja kokemusasiantuntijatehtäviin Ryhmytyminen Sähköisen oppimisalustan käytön oppiminen
Moduuli 2 Sisältö: Tietoa kokemuksen rinnalle Kesto: 2 kk Opetusmenetelmä: Asiantuntijaluennot, seminaaripäivät, verkko-opiskelu	Kartuttaa kokemusasiantuntijatoiminnassa tarvittavaa tietoa Hyödyntää sähköistä oppimisalustaa tiedon saamisessa ja kommunikoinnissa
Moduuli 3 Sisältö: Minä kokemusasiantuntijana Kesto: 2 kk Opetusmenetelmä: Asiantuntijaluennot, työpajat, verkko-opiskelu	Työstää omia valmiuksia ja tavoitteita kokemusasiantuntijatehtävissä Saada taitoja ja välineitä ilmaista ja toteuttaa omaa tarinaa kokemusasiantuntijana
Moduuli 4 Sisältö: Kokemusasiantuntijuus käytännössä Kesto: 2 kk Opetusmenetelmä: Työharjoittelu	Harjoitella toiminta- ja työmahdollisuuksia Verkostoitua paikallisten toimijoiden kanssa

Moduulimuotoista kokemusasiantuntijakoulutusta toteutetaan Mielen avain -hankealueella neljässä kaupungissa: Helsingissä, Porvoossa, Kouvolassa ja Raaseporissa. Koulutus on suunnattu koko hankealueelle ja opiskelijavalinnoissa on huomioitu alueellinen tasa-arvoisuus. Raaseporin koulutus toteutetaan yhteistyössä ammatillisen oppilaitoksen Axxellin kanssa. Koulutus on ruotsinkielinen ja Axxell-oppilaitos pilotoi oppilaitosyhteistyötä kokemusasiantuntijoiden kouluttamisessa ja kääntää kokemusasiantuntijakoulutukseen liittyvän sisällön ja materiaalit ruotsinkielelle. Kaikkien koulutusten opiskelijat valmistuvat kokemusasiantuntijoiksi kesäkuussa 2013, jolloin Mielen avain -hanke on kouluttanut Kaste I -ohjelmakaudella noin 70 kokemusasiantuntijaa.

Mielen avain -hanke on järjestänyt kokemusasiantuntijakoulutusmallin leviämisen turvaamiseksi yhteisen projektikonsultaation kaikille alueellisten koulutusten vastaaville ryhmänohjaajille ja heidän kanssaan työskenteleville kokemusasiantuntijaohjaajille. Lisäksi kokemusasiantuntijatoiminnan kehittämistä ohjaa ohjausryhmä.

Tulokset

Mielen avain -hankekaudella kokemusasiantuntijoiden kysyntä erilaisiin palveluiden kehittämis-, koulutus- ja ryhmänohjaajatehtäviin on selkeästi lisääntynyt ja tehtävät ovat monipuolistuneet. Käytännössä kokemusasiantuntijoita on pyydetty ohjausryhmien jäseniksi, alueellisiin kehittämistyöryhmiin, henkilöstön kehittämispäiville, vertaisohjaajiksi sekä luennoitsijoiksi. Vantaan kaupunki on palkannut kokemusasiantuntijan terveysaseman työntekijäksi. Hänen toimenkuvansa on tarjota keskustelutukea ja toipumisuskoa päihteiden käytön lopettamiseen. Tuloksena on ollut, että terveysasemalla kokemusasiantuntijalle on ohjattu sekä päihdeongelmista kärsiviä asiakkaita että omaisia. Tällaisen toiminnan pilotoinnissa ja jalkauttamisessa on ollut oleellista hanketyöntekijän tuki ja ohjausryhmä.

Mielen avain -hankkeen pilottikokemusten perusteella kokemusasiantuntijatoiminnan suurimmat ongelmat liittyvät sosiaalietuuksien sekä palkkioiden ja palkkojen yhteensovittamiseen sekä palkkioiden maksamiseen yleensä. Yleisemmin sosiaaliturvaetuksien ja työn yhteensovittaminen on usein vaikeaa, ja tämä on kansallinen ongelma kokemusasiantuntijoiden tehtävien jalkauttamisessa. Käytännössä kokemusasiantuntijatoimintaan osallistuminen voi vaarantaa, pienentää tai viivästyttää kokemusasiantuntijoiden toimeentulon kannalta välttämättömien sosiaaliturvaetuksien maksamista. Joissain tilanteissa vaikka kuntoutuksen kannalta osallisuus lisääntyy, voivat etuisuusasiat vaikeuttaa kokemusasiantuntijan konkreettista toimintaan osallistumista. Samalla vaarantuu käynnissä oleva valtakunnallinen sekä alueellinen kokemusasiantuntijoiden tehtävien jalkautuminen sekä kokemusasiantuntijoiden osaamisen hyödyntäminen. (Kuosmanen ym. 2013.)

On tärkeää, että sosiaali- ja terveydenhuollon esimiehet tutustuvat kokemusasiantuntijatoimintaan, haavevat aktiivisesti yhteistyöhön kokemusasiantuntijoiden kanssa ja antavat palautetta yhteistyöstä. Esimiehet voivat odottaa kokemusasiantuntijoilta rakentavaa yhteistyötä ja aitoa palautetta palvelujärjestelmän asiakaslähtöisyydestä. Esimiehet omalla toiminnallaan voivat myös vaikuttaa kokemusasiantuntijoille maksettaviin palkkioihin.

Päätelmät

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmän tekemän väliarvioinnin perusteella suunnitelman kolmannen ehdotuksen mukainen kokemusasiantuntijoiden mukaan ottaminen mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin on alkanut lupaavasti, mutta edelleen toimintaa on vähän. Tehostettavia toimenpiteitä tarvitaan erityisesti käsitteiden määrittelyyn, työmuotojen vakiinnuttamiseen ja roolien selkiyttämiseen. Lisäksi palkkiojärjestelmään liittyviä ongelmia tulee ratkaista ja kehittää. (STM 2012.)

Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijatoiminnan kehittämisen haasteet vastaavat valtakunnallista väliarviointia ja hanke haluaa toimia asiantuntijana siinä kehittämistyössä. Erityisenä kehittämistyön koh-

teena on palkkiojärjestelmään ja etuisuuksien yhteensovittamiseen liittyvät ongelmat, joiden ratkaisemiseksi Mielen avain -hankkeessa on käynnistetty toimenpiteitä ja valtakunnallista eri toimijoiden välistä vuoropuhelua. (Kuosmanen ym. 2013.) Mielen avain -hankkeen mallintama kokemusasiantuntijakoulutusmalli sekä kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen löytyvät Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen ylläpitämästä Innokylästä (Rissanen 2012).

Lähteet

- Kuosmanen Lauri, Rissanen Päivi & Kurki Marjo. 2013. Kokemusasiantuntijuus mielenterveys- ja päihdepalveluissa. *Premissi* 1/2013, 26–30.
- Lepistö Päivi, Kuosmanen Lauri, Partanen Airi & Moring Juha (toim.) *Paremmat palvelut avaimia*, Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010, THL 6/2011.
- Moring Juha, Martins Anne, Partanen Airi, Bergman Viveca, Nordling Esa & Nevalainen Veijo (toim.) *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015*. Toimeenpanosta käytäntöön 2010, THL 6/2011.
- Nordling Marja. 2011. *Yhdessä olemme enemmän*. Teoksessa: Moring Juha, Martins Anne, Partanen Airi, Bergman Viveca, Nordling Esa & Nevalainen Veijo (toim.) *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015*. THL 6/2011, 61–64.
- Rissanen Päivi. 2012. *Kokemusasiantuntijakoulutusmalli sekä kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen*. Innokylä. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.innokyla.fi>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 3, 2009.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. *Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2012:24

5.3 Ryhtiä varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyöhön – Länsi 2012 -hanke kuntien kehittämistyötä tukemassa

Komminaho Alpo

Taustaa

Länsi 2012 on Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveyspalveluiden kehittämishanke. Sen lähtökohtana oli huoli kasvavista päihde- ja mielenterveysongelmista ja niistä aiheutuva toiminnan systemaattisen kehittämisen tarve. Hankevalmistelu käynnistettiin Satakunnassa ja Varsinais-Suomessa tehtyjen selvitysten ja kehittämistyön jatkoksi Satakunnan sairaanhoitopiirin aloitteesta vuonna 2008. Satakunnassa oli jo aiemmin käynnistetty Alkoholiohjelman hanketuella päihde- ja mielenterveysuunnitelmien laatiminen ja toimeenpano. Suunnitelmatyöstä saatujen kokemusten pohjalta Länsi 2012 -hankkeen keskeiseksi tavoitteeksi asetettiin peruspalveluiden varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyön kehittäminen. (Länsi 2012 hanke-suunnitelma.)

Hanke toteutettiin ajalla 1.3.2010–31.10.2012. Sen kokonaiskustannukset olivat 1,7 miljoonaa euroa, johon saatiin Kaste-ohjelmasta 75 prosentin hankerahoitus. Hankekokonaisuus käsitti kaikki 20 kuntaa Satakunnasta ja 11 kuntaa Varsinais-Suomesta sekä Satakunnan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirit. Jo suunnitteluvaiheessa hankkeen yhteistyökumppaneiksi saatiin sosiaalialan osaamiskeskukset, keskeiset valtakunnalliset päihde- ja mielenterveysjärjestöt sekä alueen ammattikorkeakoulut ja yliopistot. (Länsi 2012 loppuraportti.) Hanketyö jatkuu Länsi 2013 -jatko- ja juurruttamishankkeena 31.10.2013 asti (Länsi 2013 hankesuunnitelma).

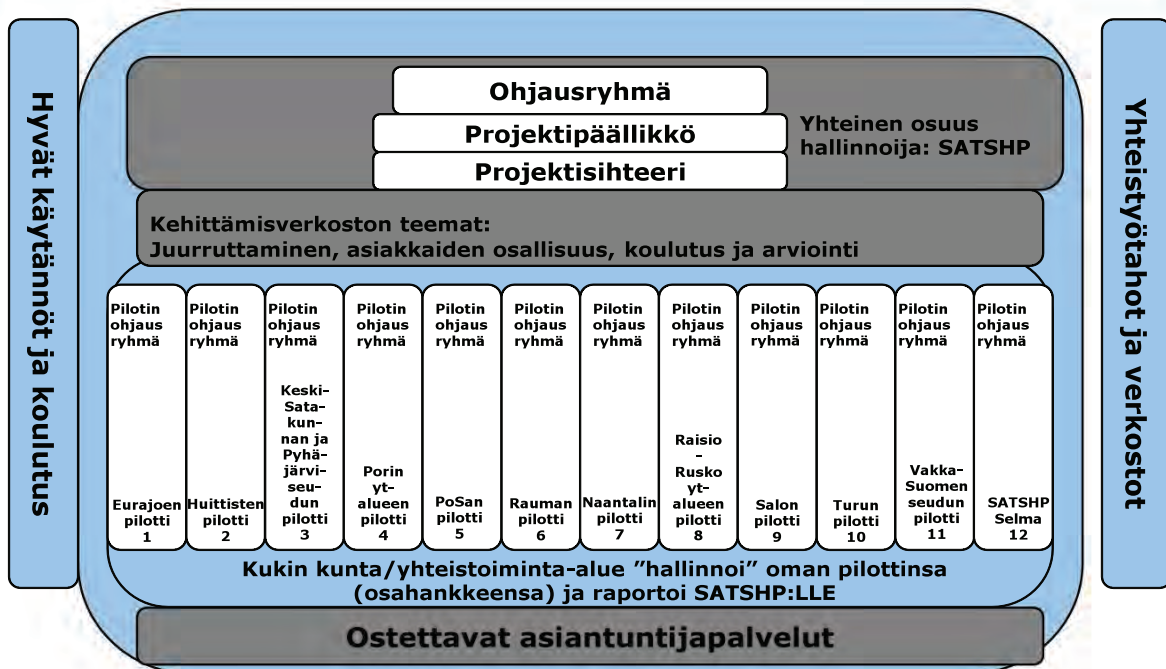
Hankkeen tavoitteet:

- Länsi 2012 -hankkeen tavoitteeksi asetettiin:
- Hyviin käytäntöihin tai näyttöön perustuvien toimintamallien käyttöönotto ja edelleen kehittäminen mielenterveyden edistämiseksi sekä päihdeiden käytöstä aiheutuvien haittojen ehkäisyssä.
- Päihde- ja mielenterveysosaamisen vahvistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon perustasolla.
- Alueellisten päihde- ja mielenterveysuunnitelmien juurruttaminen ja edelleen kehittäminen arjen toimintaa ohjaaviksi suunnitteluvälineiksi.

Hankkeen toteuttaminen

Länsi 2012 -hankkeessa painotettiin sitä, että hanketyöllä tuetaan paikallisen kuntaorganisaation vastuulla olevaa kehittämistyötä. Tätä korostettiin organisoimalla hanke pääsääntöisesti kunta- tai yhteistoiminta-alueen kattaviksi piloteiksi (kuva 1). Samaa tavoiteltiin sillä, että pilotit järjestivät itse koulutuksensa yhteisen koulutus suunnitelman pohjalta. Hanketyöntekijät pyrittiin myös rekrytoimaan pilottien omasta henkilöstöstä, jotta hankkeen tuella lisääntynyt substanssi- ja kehittämisosaaminen jäisi alueen käyttöön. Oman henkilöstön rekrytoinnissa onnistuttiin osittain tai kokonaan yhdeksässä pilotissa. Kehittämistyön onnistumisessa tärkeäksi osoittautui työntekijän valinnan ohella organisaation kehittämistyöstä vastuussa olevan esimiehen sekä pilottien oman ohjausryhmän tuki. Pilottien vertaisarviointitilaisuudet osoittautuivat hyväksi keinoksi sitouttaa ohjausryhmän jäseniä kehittämistyön tueksi.

LÄNSI 2012 – Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveystyön kehittämishanke



Kuvio 1. Länsi 2012 -hankkeen organisoituminen

Hanketta hallinnoi Satakunnan sairaanhoitopiiri (SATSHP). Hankkeen laaja ohjausryhmä koostui kaikkien mukana olevien kuntien ja kuntayhtymien edustajista, koulutuksesta vastaavien organisaatioiden, alan järjestöjen ja yritysten asiantuntijoista sekä kokemusasiantuntijoista. Myös varajäsenillä oli oikeus osallistua kaikkiin kokouksiin. Pilotit nimesivät projektityöntekijöidensä tueksi omat ohjaus- tai johtoryhmänsä. Hankekokonaisuutta koordinoivat projektipäällikkö ja osa-aikainen projektsihteeri. Hankkeen yhteisissä asiantuntijatehtävissä käytettiin ostopalveluna sosiaalialan osaamiskeskus Pikassos Oy:n päihdetyön erityissuunnittelijaa.

Konkreettisia kehittämistoimia toteutettiin kaikissa hankkeessa mukana olleissa kunnissa pilotteina, jotka tekivät keskenään tiivistä yhteistyötä hankkeen organisoimissa verkostoissa. Piloteista kymmenen oli joko yksittäisen kunnan tai yhteistoiminta-alueen kattavia, yksi pilotti oli useista kunnista muodostuva palvelualuekokonaisuus ja yksi Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen selviämishoitoyksikkö -pilotti. Suurin osa piloteista on kuvannut keväällä 2012 kehittämistyönsä keskeisimmän tuloksen myös Innokylän sivuille. Konkreettiset kehittämistoimet jaettiin kolmeen ryhmään, joista kukin pilotti valitsi itselleen yhden tai useampia pilotoitavia toimenpiteitä:

- Ehkäisevän työn konkretisoiminen
- Ryhmämuotoisten toimintojen kehittäminen
- Päihde- ja mielenterveys suunnitelmien kehittäminen

Pilottien keskinäistä verkostoitumista ja hankkeen tavoitteiden toteutumista edistettiin valmisteluvaiheesta lähtien kolmen eri teemaryhmän toiminnalla ja vuoden 2012 alusta teemaryhmät korvanneilla kehittämissäpäivillä. Verkostokokouksiin osallistui pilottien hanketyöntekijöiden ja vastuuhenkilöiden lisäksi koulutusta, järjestöjä ja yrityksiä edustaneita asiantuntijoita. Koulutus kohdennettiin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa toimivalle henkilöstölle. Koulutuksen painopisteinä olivat päihde- ja mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen, puheeksiotto, motivoiva haastattelu sekä myönteinen asennoituminen peruspalveluissa tehtävään päihde- ja mielenterveystyöhön.

Kehittämistyön tulokset

Hankkeen tavoitteiden toteutuminen todettiin edellyttävän itse päihde- ja mielenterveystyön substanssin kirkastamisen lisäksi rakenteellisia muutoksia niin työ- kuin toimintatavoissakin. Hankkeen onnistumisen kannalta keskeisin asia oli alusta alkaen hyväksyvän asenteen ja uusien toimintamallien levittäminen peruspalveluihin sekä niiden juurruttaminen arjen toimintaan.

Hankkeen arvioinnista oli yhteistyösopimus Tampereen yliopiston Porin yksikön kanssa. Arviointisopimus jatkuu jatko- ja juurruttamishankkeessa siten, että vasta kesällä 2013 laaditaan koko hanketyötä koskeva loppuarviointi. Arviointi toteutettiin kolmessa vaiheessa vuoden välein alkuvuodesta 2011, 2012 ja 2013. Sosiaali- ja terveystoimen asiakaspalvelutyössä toimiville tehdyn menetelmien käyttöön liittyvän kyselyjen lisäksi toteutettiin ensimmäisessä vaiheessa fokusryhmäkeskustelu sekä toisessa ja kolmannessa vaiheessa vertaisarviointi pilottipareittain. (Rostila 2011; Rostila 2012.)

Alkuarvioinnin mukaan ehkäisevän työn menetelmät olivat käytössä vain jossain määrin tai vähäisessä määrin kuntien perustason työssä. Myös ryhmämuotoisten menetelmien käyttö oli vähäistä. Arvioinnin toisen vaiheen tulosten mukaan menetelmien käytössä oli hankeaikana tapahtunut positiivista muutosta pääasiassa aikuisväestön kohdalla, vaikka tavoiteltua tasoa ei saavutettukaan. Vertaisarvioinnin ja ohjausryhmän antaman palautteen mukaan hankkeessa on yleisesti ottaen onnistuttu hyvin omien toimintamallien kehittämisessä ja suhteessa yleisiin tavoitteisiin ottaen huomioon hankkeessa käytettävissä olleet resurssit ja aika. (Rostila 2012.)

Päihde- ja mielenterveysuunnitelma on seitsemällä pilotointialueella ja niistä kolme on valmistunut hanketyönä. Neljällä alueella yhteisen suunnitelman valmistelu on aloitettu ja se on tarkoitus saattaa loppuun jatko- ja juurruttamishankkeen aikana. Kolmen kunnan kohdalla päivittämisen aloittamisesta ei ole päätöstä. Vaikka suunnitelmat ovat olemassa, ei suunnitelmia ole otettu hankkeen tavoitteen mukaisesti arkikäyttöön kehittämistyön seurannan ja ohjauksen välineeksi. (Länsi 2012 loppuraportti.) Tämä onkin nostettu jatko- ja juurruttamishankkeen yhdeksi keskeiseksi tehtäväksi. Projektipäällikkö teki hankeaikana päihde- ja mielenterveysuunnitelmien ohjausvaikutusta koskevan pro gradu -opinnäytetyön, jonka tapauskuntina oli kolme hankkeen pilottia (Komminaho 2012). Hanketyöllä on opinnäytetyön mukaan merkittävä ohjausvaikutus suunnitelmien käytännön toimeenpanossa. Pilotteja rohkaistiin osallisuuden kokeiluihin hankkeen alussa laaditulla osallisuuden teemaan johdattelevalla opiskelijatyöllä (Pakarinen 2010) ja hankkeen puolivälissä julkaistulla kahden pilotin esimerkillä (Pakarinen 2011). Osallisuuden toteuttamismuotoja ovat olleet erilaiset kuntalaisille avoimet tapahtumat ja paneelikeskustelut, kansalaiskyselyt mielenterveys- ja päihdepalveluista ja alkoholiasenteista sekä asiakas- ja potilaskyselyt. Uutena ja myönteisenä kokemuksena piloteille on ollut Bikva-menetelmän käyttö asiakaspalautteen kokoajana sekä kehittämisen välineenä esimerkiksi päihde- ja suunnitelman laatimisessa (ks. menetelmän kuvaus Komminaho 2011).

Päihde- ja mielenterveystyön Kaste-hankkeilla toteutetaan Mieli-suunnitelmaa. Hankkeen tavoitteiden perusteella on luonnollista, että piloteissa painottuivat edistävää ja ehkäisevää teema sekä avo- ja peruspalvelujen painottamista koskeva teema. Pilottikohtaiset yhteenvetoraportit ovat luettavissa hankkeen kotisivuilta loppuraportin liitteinä. (Länsi 2012 loppuraportti.)

Jäikö pakkiin eväitä ja työkaluja?

Hankkeessa painottui varhaisen vaiheen päihdeiden käytön tunnistaminen ja puheeksioton kehittäminen. Audit-kyselyn käyttö ja etenkin sen tulosten kirjaaminen ei ole vielä hankkeen jälkeenkään itsestäänselvyys

sosiaali- ja terveystoimen asiakastyössä, koska asenteet päihteistä kysymistä kohtaan ovat edelleen nihkeät verrattuna esimerkiksi tupakoinnista kysymiseen. Monessa pilotissa on saatu kehitettyä paikallinen toimintamalli siihen, miten toimitaan päihteiden riskikäytön tunnistamisen jälkeen. Toimintamallien käyttöön ottamista on myös ohjeistettu siten, että voidaan uskoa myös päihteistä kysymisen vähitellen juurtuvan käyttöön. Ryhmätoimintojen lisäämiseen ei näyttäisi olevan samanlaisia asenteellisia esteitä, kunhan niiden käytön hyödyistä saadaan levitettyä riittävästi tietoa.

Väestöryhmittäin tarkasteltuna hankkeen tukema kehittämistyö painottui hankekuntien toiveiden mukaisesti lapsiin, nuoriin ja aikuisväestöön. Vasta hankkeen kautta annetun informaation myötä kunnissa on tunnistettu tarve kiinnittää huomiota ikäihmisten päihde- ja mielenterveysongelmiin. Ylisukupolvisen ongelmien siirtymisen ehkäisy jäi hankkeessa vähälle huomiolle, koska niihin liittyvät menetelmät ovat vieraista henkilöstölle. Tämän vuoksi jatkohankkeessa on uusi pilotti, jossa kehitetään aikuispsykiatrian potilaiden lasten tukimallia. Lisäksi yksi piloteista on ottanut ylisukupolvisesti periytyvien ongelmien ehkäisyn jatkohankkeen kehittämiskohteeksi. (Länsi 2013 hankesuunnitelma.)

Alkoholiohjelman tuella kehitetty Paikallinen alkoholipolitiikka (Pakka) -toiminta on osoittautunut suureksi mahdollisuudeksi ehkäisevän päihdetyön kentässä. Pakka-toiminnalla pyritään vahvistamaan paikallista sosiaali- ja terveystoimintaa alkoholipolitiikkaa integroimalla virallinen valvonta ja sääntely epäviralliseen sosiaaliseen sääntelyyn. (Tamminen 2012.) Porin Pakka-toiminta on saanut ansaittua huomiota sekä hankkeen sisällä että valtakunnallisesti (Ilvonen 2011; ks. <http://www.porinpakka.fi/>). Porin esimerkin rohkaisemana Pakka-toimintaa on aloitettu muutamissa hankealueen kunnissa. Se on osoittautunut haasteelliseksi toiminnaksi, johon tarvitaan koordinoija. Toiminnan vakinaistaminen näyttää olevan vaikeaa tilanteessa, jossa kunnat joutuvat miettimään säästökohteita kaikista henkilöstöresursseistaan.

Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen selviämishoitoyksikön toiminta on yksi esimerkki hankkeen tuella vakiintuneesta uudesta toimintamallista (Hakala 2011). Päihtyneiden hoito on parantunut koko päivystysalueella. Yhteispäivystyksessä on ryhdytty seuraamaan Audit-C -kyselyn tekemistä. Toistuvasti päivystyksessä käyvien potilaiden määrä on vähentynyt hankeajaksi tehtyjen interventioiden myötä. Samoin on vähentynyt päihtyneille tehtyjen M1-lähetteen määrä.

Asiakkaiden ja kuntalaisten osallisuuden lisääminen palveluiden kehittämisessä ja strategisessa suunnittelussa osoittautui alun vaikeuksien jälkeen palkitsevaksi kokemukseksi. Hankkeen aikana tehtiin monessa pilotissa Bikva-menetelmään perustuvia ryhmähaastatteluja. Väestön mielipiteitä päihde- ja mielenterveysasioista tiedusteltiin nettikyselyillä. Pilottien järjestämien erilaisten tapahtumien yhteydessä heräteltiin kuntalaisten kiinnostusta mielenterveyden ja päihde- ja mielenterveyden edistämiseen ja ongelmien ehkäisyyn. Jatkohankkeen aikana osallisuuden kokeilujen voi uskoa vakiintuvan niitä käyttäneiden kuntien toimintaan.

Päihde- ja mielenterveyssuunnitelmien käyttö kehittämistyötä ohjaavana välineenä näyttää olevan murrostilanteessa. Kuntastrategioiden ja niitä toimeenpanevien ohjelmien ja suunnitelmien kokonaisuus on terveydenhuoltolain ja valmisteilla olevan sosiaalihuoltolain ohjeistamana vähitellen ohjautumassa sähköisen hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman muotoon. Muutosvaiheessa ei ole itsestään selvää, että kaikissa kunnissa halutaan tehdä erillinen suunnitelmaa päihde- ja mielenterveyden kehittämiseksi. Strategiatyö ei välttämättä kiinnosta johtoa niissä kunnissa, joissa ei ole päätöstä tulevasta kuntarakenteesta. Oleellista lieneekin se, että tavalla tai toisella päihde- ja mielenterveyden keskeiset kehittämistarpeet saadaan sisällytettyä sekä kuntastrategioihin että kuntien vuosittaisiin toiminta- ja taloussuunnitelmiin. Kuntastrategioihin ja talousarvioihin asti päihde- ja mielenterveyden tavoitteita on saatu vain poikkeustapauksissa.

Hankkeella luvattiin saada aikaiseksi todellista muutosta toiminta- ja työskentelytavoissa. Hankkeessa on tehty hankehakemuksessa luvattua kehittämistyötä ja saatu aikaan muutosta tavoitteiden mukaiseen suuntaan. Hanketyöllä on voitu tukea Mieli-suunnitelman ehdotusten toimeenpanoa: ongelmien ja haittojen ehkäisy on vahvistunut perus- ja avopalveluissa aiempaa laajempaan käyttöön otettujen tunnistamisen menetelmien myötä sekä päihde- ja mielenterveyssuunnitelmien laatimisen ja päivittämisen myötä. Kaste-hankkeisiin varattu aika on kuitenkin lyhyt asenteellisten muutosten tai väestötason vaikutusten aikaan saamiseen. Koko hanketyötä koskeva arviointi ja laajempi raportointi hanketyöstä tehdään keuhalla ja keuhalla 2013 jatko- ja juurruttamishankkeessa, jolloin on paremmin edellytyksiä arvioida hanketyön tuloksia.

Lähteet

- Hakala Tiina. Selviämishoitoyksikkö yhteispäivystyksessä. Teoksessa Juha Moring, Anne Martins, Airi Partanen, Viveca Bergman, Esa Nordling & Veijo Nevalainen (toim.) (2011) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön vuonna 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2011. Tampere: Juvenes Print, 146.
- Iivonen Sari. Porin Pakka-hanke. Teoksessa Juha Moring, Anne Martins, Airi Partanen, Viveca Bergman, Esa Nordling & Veijo Nevalainen (toim.) (2011) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön vuonna 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2011. Tampere: Juvenes Print, 146–148.
- Komminaho Alpo. Länsi 2012 – Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveystyön kehittämishanke. Teoksessa Juha Moring, Anne Martins, Airi Partanen, Viveca Bergman, Esa Nordling & Veijo Nevalainen (toim.) (2011) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön vuonna 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2011. Tampere: Juvenes Print, 142–144.
- Komminaho Alpo. Päihde- ja mielenterveysstrategian ohjausvaikutukset – onko niitä? Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö: Pori, 2012. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu05878.pdf> [22.2.2013].
- Länsi 2012 –hanke, http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,123192&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1 [22.2.2013].
- Länsi 2012 hankesuunnitelma, http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,155667&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1 [22.2.2013].
- Länsi 2012 loppuraportti, http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,153506&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1 [22.2.2013].
- Länsi 2013 hankesuunnitelma, http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,123257&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1 [22.2.2013].
- Pakarinen Miina. Miksi osallisuus puhuttaa Länsi 2012 ja Toimintakykyisenä ikääntyminen -hankkeissa. Yhteenveto osallisuuden teemasta Kaste-ohjelman alaisissa hankkeissa 2010. http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,123730&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1 [22.2.2013].
- Pakarinen Miina. Osallisuus käytännössä Länsi 2012- hankkeen piloteissa 2011. http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,123730&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1 [22.2.2013].
- Rostila Ilmari. Länsi 2012 – Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveystyön kehittämishanke. Väliarviointiraportti 2011. http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,123730&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1 [22.2.2013].
- Rostila Ilmari. Länsi 2012 –hankkeen arviointiraportti 2012. Itsearviointia kehittämisen tueksi. http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=106,123730&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1 [22.2.2013].
- Tamminen Irmeli. Pakka-toimintamallin toteutus ja hyvät käytännöt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4f426748-dbf-4658-b5e1-0095224e7e22> [5.3.2013]

5.4 Käyttäjäkokeuksia yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön itsearviointimittarista

Nykky Tiina, Turunen Minna

”Luulen, että jos vastailee rehellisesti kysymyksiin ja saa huonon tuloksen, että pistää miettimään alkoholin vähentämistä. Hyvä, että neuvottu ottamaan puheeksi esimerkiksi lääkärin kanssa, ottaako lääkäri asian tosissaan” (ikäihmisen kommentti palautelomakkeessa).

Yli 65-vuotias – Arvioi alkoholin käyttöäsi on 12-sivuinen alkoholin käytön itsearviointivihkonen, jonka tarkoituksena on auttaa ikäihmisiä arvioimaan omaa alkoholin käyttöä. Vihkosta voi tilata ja tulostaa Alkoholiohjelman verkkosivuilta. Mittarissa on kysymyksiä alkoholin käytöstä ja se sisältää tiivistetysti tietoa alkoholin vaikutuksista ikääntyneen kehossa sekä alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista. Mukana on vinkkejä alkoholin käytön vähentämiseen. Vastaa arvioi, miten paljon, miten usein ja millaisissa tilanteissa hän käyttää alkoholia. Lisäksi mittari ohjaa pohtimaan alkoholin käytön mahdollisia haittoja. Se on myös apuväline huolestuneille omaisille tai läheisille.

Tavoitteena itsearviointimittarin kehittämisellä on ollut edistää ikäihmisten alkoholin käytön omatoimista vähentämistä sekä madaltaa kynnystä ottaa asia puheeksi läheisen tai ammattilaisen kanssa. Mittaria onkin otettu työvälineeksi kuntien palveluihin, yhdistysten ehkäisevään päihdetyöhön sekä itsehoito- ja terveysneuvontapisteille. Mittarin käyttökokeuksia kuvaamme pilotoinnin (Lehmuskoski 2012) ja mittaria käyttäneiden ammattihenkilöiden haastattelujen pohjalta.

Työvälineitä ikäihmisten alkoholin käytön arviointiin

Yli 65-vuotiaiden itsearviointimittarin kehittäminen on yksi esimerkki Kaste-ohjelmaan kuuluvan itä- ja keskisuomalaisen Arjen Mieli -hankkeen ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen liittyvistä hanketehävistä. Arjen Mieli -hanke jakaantuu kuuteen osahankkeeseen, joiden toiminnot painottuvat alueellisesti.

Ikäihmisten alkoholin käytön itsearviointimittarin kehittäminen on jatkoa vuonna 2009 alkaneelle itä-suomalaiselle yhteistyölle, jossa aluksi laadittiin työvälineitä ammattihenkilöstölle yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön tunnistamiseen, puheeksiottoon ja varhaiseen tukeen. Kehittämistyön keskeisiä toimijoita olivat Itä-Suomen aluehallintoviraston, Arjen Mieli -hankkeen, Kuopion perusturvan ja terveydenhuollon, Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskuksen sekä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymän asiantuntijat. (Huohvanainen ym. 2012.)

Työmenetelmien kehittämistä tarvitaan, sillä ikääntyneiden alkoholinkäyttö on lisääntynyt tasaisesti parin viime vuosikymmenen aikana, ja raittiiden osuus on pienentynyt: vuonna 2009 yli 65-vuotiaista miehistä 25 prosenttia ja naisista 45 prosenttia oli raittiita. Joka neljäs 65–74-vuotias mies käyttää yli kahdeksan annosta alkoholia viikossa, ja vastaavan ikäisten naisten yli viisi alkoholiannosta viikossa juovien osuus on kasvanut jatkuvasti. (Laitalainen ym. 2010.)

Myös käytännön työssä, esimerkiksi kotihoidossa, on havaittu, että ikääntyneiden alkoholin käyttö ja siihen liittyvät haitat ovat lisääntyneet. Ikääntyneiden päihteiden käytön tunnistaminen ja puheeksiottaminen voidaan kokea arkaluontoiseksi tai vaikeaksi aiheeksi, johon tarvitaan henkilöstön osaamisen vahvistamista. (Salo-Chydenius 2011.) Kuten eräs ikäihminen antoi palautetta: ”Ei ole kukaan koskaan kysynyt.” Kotiin vietäväksi annettu itsearviointimittari antaa mahdollisuuden saada tietoa ja pohtia omaa alkoholin käyttöä omassa rauhassa. ”Lääkäri voisi antaa mittarin asiakkaan käynti kerralla. Asiakas on hyvä peittelemään käyttönsä. Kysykää lääkärilt!” (Ikäihmisen kommentti palautelomakkeessa)

Yli 65-vuotias – Arvioi alkoholin käyttöäsi -mittari, ammattihenkilöstön työvälineet sekä käyttöopas Työvälineitä ikäihmisten alkoholin käytön arviointiin ja varhaiseen tukeen ovat saatavilla Alkoholiohjelman verkkosivuilta www.alkoholiohjelma.fi

Mittarin testaus – ”Varsin hyvä mittauspa, mikäli se täytetään vilpittömällä mielellä”

Itsearviointimittarin kehittäminen aloitettiin loppuvuonna 2011, ja mittarista saatiin pilotointia varten valmiiksi versio helmikuun alussa 2012. Itsearviointimittari pilotoitiin Kuopiossa, Joensuussa ja Ylä-Savossa. Arjen Mieli-hankkeen hanketyöntekijä Kristiina Lehmuskoski (2012) kirjoitti pilotoinnista raportin. Pilotoinnissa käytettiin strukturoitua arviointilomaketta, jossa oli myös avoimia kysymyksiä. Siinä saatiin 107 ikäihmisen (65–85-vuotiaana) mielipide mittarin ymmärrettävyydestä ja hyödyllisyydestä. Vastaajista kolmannes oli miehiä. Vastaajilta kysyttiin myös siitä, sisälsikö mittari heille uutta tietoa, kuinka he suhtautuivat alkoholin käytöstä kysymiseen ja kuka heidän mielestään olisi oikea henkilö ottamaan asian puheeksi.

Testaajien palautteen perusteella mittarin ulkoasua muokattiin selkeämmäksi. Myös sisältöä kehitettiin, sillä osalle vastaajista syntyi ”raittiusaatteen” tai ”tiukkaipoisuuden” vaikutelma ensimmäisestä mittariluonnoksesta. Tarkastelemme seuraavaksi ikäihmisten pohdintaa alkoholin käytöstä lääkkeenä ja heidän ajatuksiaan alkoholin käytön puheeksiotosta. Tätä palautetta voidaan hyödyntää alkoholin käytön puheeksiottamisessa ja tiedotustyössä.

Voiko alkoholia käyttää lääkkeenä? – “Konjakkia suositellaan sydämen vajaatoimintaan”

Pilotoinnissa haluttiin saada selville, saiko vastaaja uutta tietoa yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön suosituksista tai käyttöön liittyvistä haitoista. Vastauksista havaittiin, että mittarissa annettu tieto ”alkoholia ei suositella lääkkeeksi mihinkään vaivaan” herätti ristiriitaisia ajatuksia. Kysymykseen alkoholin käytöstä lääkkeenä otettiin vastaajien palautteissa kantaa. Ikäihmisten ajatus siitä, että lääkäri voi määrätä alkoholia lääkkeeksi johonkin vaivaan tuli esille erityisesti yli 80-vuotiaiden vastaajien palautteissa. (Lehmuskoski 2012.)

Pilotoinnissa tuli esiin, että terveydenhuollon henkilöstön ja erityisesti lääkärin antamaa tietoa ja suosituksia arvostetaan. Moni vastaaja kuvasikin palautteessaan saaneensa ristiriitaisia tietoja alkoholista ikäihmisten käyttöön suositeltuna lääkkeenä. Eräs vastaaja oli rastittanut uutena tietona kohdan ”alkoholia ei suositella lääkkeeksi mihinkään vaivaan” ja kirjoittanut sen viereen ”miksi kerrotaan kohtuukäytön eduista vanhustenhoidossa?” Toinen vastaaja kirjoitti: ”viinaa on myös yleniraki 45%, käyttö lääkkeenä (lensun iskiessä) korkillinen (lääkärihän määrää/suosittaa konjakkia ikääntyneille roki päivässä).” (Lehmuskoski 2012.)

Joissakin palautteissa jäi epäselväksi suosituksen antaja – ”konjakkia suositellaan sydämen vajaatoimintaan” –, mutta usein viitattiin lääkäriin. ”Lääkärin määräys” ja sen noudattaminen on voinut herättää ristiriitaisia tunteita, joita itsearviointimittarin testaustilanne toi esiin. ”Itse olen 47 vuotta täytettyäni nauttinut melko kohtuullisesti hyvää punaviiniä mutta syyllinen olo tulee siitäkin. Neurokirurgi kehotti käyttämään päivittäin 1–2 annosta. Se ei sovi minulle! Päivittäinen käyttö! ... tiedän riskitekijät, pelkään alkoholin nauttimista. Isäni käytti liikaa ja liian usein alkoholia. Joi ja itki sodan traumoja alkaen 1945 lopunikänsä. Kuoli 76v.” (Lehmuskoski 2012.)

Osalla ikäihmisistä on palautteen perusteella käsitys, että lääkäri määrää alkoholia lääkkeeksi. Lääkkeeksi ottamista kommentoitiin myös tietoisena siitä, että se voi olla alkoholin käyttöä puolusteleva uskomus, joka on henkilölle itselleen haitallinen. Palautteessa kommentointiin, että henkilö ”ottaa ’lääkkeeksi’ ei päihtykseen, kun ei huomaa miten humalassa on, kaatuu vielä”. Eräs vastaaja kertoi, että sydänlääkäri oli vastannut hänen kysymykseensä päivittäisen viinilasin juomisesta aterialla: ”Voi, sehän on kuin aurinko!”. Hän oli tulkinnut lääkäriensä vastauksen niin, että lasi viiniä antaa energiaa yhtä paljon kuin auringonpaiste eli se on suositeltavaa. (Lehmuskoski 2012.)

Artikkelin alussa esitettyssä sitaatissa kommentoija epäilee, ottaakohan lääkäri tosissaan, jos ikäihminen tulee pyytämään apua alkoholinkäytön vähentämiseen. Nämä ristiriitaiset tunnot, uskomukset ja käsitykset on hyvä ottaa huomioon, kun alkoholin käyttöä otetaan puheeksi.

Puheeksiotto – ”Enemmän puututtava terveydenhuollossa alkoholinkäyttöön!!”

Yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön mittaristo on työkalu ikäihmisten alkoholin käytön mini-intervention tueksi. Mini-interventiolla pyritään mahdollisimman varhain tunnistamaan potilaan runsas alkoholin kulu-

tus ja antamaan lyhytneuvonta tilanteessa, jolloin haittoja ei vielä merkittävästi esiinny, ja alkoholihaittoja voidaan ennaltaehkäistä. Alkoholin käytön selvittämiseksi mini-intervention kohderyhmälle käytetään usein Maailman terveysjärjestön WHO:n Audit-kyselyä, joka ei kuitenkaan sovellu käytettäväksi ikääntyneillä. (Aalto, Seppänen & Seppä 2008.) Audit-kyselyn alkoholin käytön riskirajat ovat liian korkeita ikäihmisille, koska ikääntyneen elimistössä alkoholin haittavaikutukset korostuvat (katso esimerkiksi Hakala 2012). Tämä onkin ollut yksi lähtökohta ikäihmisten mittariston kehittämiseksi.

Muutaman vuosikymmenen aikana mini-intervention tehosta on tehty yli 40 kontrolloitua tutkimusta. Niihin on maailmanlaajuisesti osallistunut yli 10 000 alkoholin suurkuluttajaa ja lyhytneuvonta on todettu vaikuttavaksi useissa katsauksissa ja meta-analyysissä. Perusterveydenhuollossa toteutettu mini-interventio on kustannustehokas hoitomenetelmä, sillä joka kymmenes alkoholin suurkuluttaja hyötyy mini-interventiosta ja siirtyy kohtuukäyttöön tai lopettaa kokonaan alkoholin käytön. (Aalto, Seppänen & Seppä 2008.)

Itsearviointimittarin pilotoinnissa kartoitettiin osallistujien yleisiä asenteita alkoholinkäytöstä kysymiseen. Vain yhdeksän vastaajaa valitsi kohdan ”alkoholin käyttö on yksityisasiä”. Enemmistö eli 77 prosenttia vastaajista ilmoitti, että heidän mielestään oikea henkilö kysymään alkoholin käytöstä on lääkäri. Tulos on yhdenmukainen aiempien kyselyiden kanssa (katso esimerkiksi Aira & Haarni 2010.) Myös läheinen tai terveyskeskuksen sairaanhoitaja voi ikäihmisten näkemyksen mukaan olla oikea henkilö ottamaan asian puheeksi. Joku muu -vaihtoehdon vastauksia olivat tyypillisimmillään ”ystävä”, ”ehkä hyvä ystävä” ja ”puoliso-lapset”. Puuttuminen kuitenkin koettiin tarpeelliseksi, ja sitä pidettiin vastuullisena toimintana, kun toinen henkilö on huolissaan alkoholin käytön negatiivisista vaikutuksista. Pilottiin osallistuneiden mielestä alkoholin puheeksiotto kuuluu terveydenhuollon henkilöstön rooliin ja sävyksi toivotaan neutraalia terveystietoa. (Lehmuskoski 2012.)

Avovastauksissa vastaajat ottivat kantaa puheeksiottoon ja yleisesti asian esilläpitoon: ”Että ammattilaiset kysyisivät asiaa” ja ”Koulutusta alan ammattilaisille oikean suhtautumisen oppimiseen.” Osa vastaajista halusi vielä ilmaista kantansa mittarin tarpeellisuudesta seuraavasti: ”Asiasta voisi puhua entistä enemmän esim. mediassa ja ikäihmisille tarkoitetuissa tilaisuuksissa.” ja ”Hyvä kun puhutaan asiasta ettei tule ongelmia niin tiedostaa syitä ja tekee sen hyväksi jotain.” (Lehmuskoski 2012.)

Työntekijöiden kokemuksia itsearviointimittarista Kuopiossa ja Joensuussa

Itsearviointimittari on Kuopiossa otettu käyttöön ainakin asukastuvilla ja Terve Kuopio -kioskilla, joka on kauppakeskus Aapelissa toimiva Pohjois-Savon liiton ja Kuopion kaupungin rahoittama matalan kynnyksen terveystalouden- ja terveysneuvontapiste. Näissä paikoissa mittaria on aina näkyvillä ja kävijät voivat ottaa niitä mukaansa. Terve Kuopio -kioskin sairaanhoitaja Mari Tuuli Korhonen kertoo, että mittari on heillä jatkuvasti esillä, ja kävijän terveydentilaa kartoittavaan ”pakettiin” sisältyy alkoholin käytöstä kysyminen, aivan kuten tupakoinnista, elintavoista ja ravinnostakin kysyminen. Korhosen mukaan se, kuinka hyvin ottaa alkoholin puheeksi, vaihtelee, ja siihen vaikuttaa työntekijän ammatillinen koulutus ja työkokemus. Myös asiakasmäärä vastaanottohetkellä vaikuttaa arkaluonteisten asioiden kysymiseen.

Mittareita otetaan kioskilta mukaan alle kymmenen kappaleen viikkotahdilla. Pääosan mittareista kävijä ottaa mukaansa ilman keskustelua työntekijöiden kanssa, mutta ajoittain joko kioskin työntekijä ottaa asian puheeksi, tai harvoissa tapauksissa kävijä pyytää työntekijää täyttämään mittarin yhdessä, tai kertoo ottavansa mittarin, koska on huolissaan omaisen alkoholin käytöstä. Suuri osa kioskilla kävijöistä tulee käymään jonkin erityisen asian takia, ja mikäli näissä tilanteissa kysytään alkoholin käytöstä, kysyminen saattaa aiheuttaa hämmennystä, erityisesti ikääntyvien naisten kanssa keskusteltaessa. Parhaiten keskustelu on onnistunut sellaisten kävijöiden kanssa, jotka ovat käyneet kioskilla jo aiemminkin tai ottavat itse asian puheeksi.

Mari Tuuli Korhonen pitää itsearviointimittaria erittäin hyödyllisenä, asiallisena ja neutraalina materiaalina ja myös työntekijöiden työvälineenä matalan kynnyksen kioskilla: hänen mukaansa mittarista on välillä hyvä tarkistaa itsekkin faktoja. Korhonen peräänkuuluttaa terveysalan työntekijöille lisää uskallusta ja rohkeutta kysyä ja ottaa alkoholin käyttöä puheeksi ikäihmisten kanssa. Hän on aiemmassa työssään terve-

yskeskuksen sairaanhoitajana nähnyt, kuinka paljon alkoholin käyttö on lisääntynyt myös ikäihmisten keskuudessa.

Joensuussa Suomen Punainen Risti ja Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus olivat ensimmäisiä yhdistyksiä, jotka alkoivat jakaa mittaria yleisölle. Kokemukset ovatkin vasta alustavia. Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskuksella on 56 itsehoitopistettä eri puolilla maakuntaa yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Itsehoitopisteiltä kävijä saa terveystietoa sekä apuvälineitä oman terveydentilansa seurantaan.

Terveyden edistämisen suunnittelija Jaana Huohvanainen kertoo, että joissakin itsehoitopisteissä hänen jättämänsä vihkopinot ovat selvästi pienentyneet. Kävijät ovat ottaneet mittaria mukaansa joko henkilökohtaiseen käyttöön tai terveystieteiden käyttöön.

Suomen Punaisella Ristillä on Joensuussa vapaaehtoisten tarjoamaa maksutonta terveystieteiden neuvontaa. Terveystieteiden vapaaehtoisina toimii 12 eläkkeelle siirtynyttä terveydenhuollon ammattilaista, kertoo toimintaa koordinoiva Tuula Töyrylä. Kokemuksia mittarin käytöstä ei vielä ollut ja käyttömahdollisuuksia pohditaan. Terveystieteellä tarjotaan terveystieteiden neuvontaa, mitataan verenpainetta, opastetaan tarvittaessa kunnan palvelujen piiriin ja mikä tärkeintä, jutellaan kävijöiden kanssa huolista ja murheista. Tyypillisesti kävijät ovat olleet ikäihmisiä ja äskettäin terveystietotyötä on laajennettu ikäihmisten itsehoitopisteille.

Lisäksi alkoholin käyttö on otettu aiheeksi ”Turvallisuutta senioreiden arkeen” -yleisötilaisuuksissa, joita järjestetään Pohjois-Karjalassa. Itsearviointimittari helpottaa alkoholin käytön puheeksiottamista, ja vihkonen on hyvä tietopaketti niin kävijöille kuin vapaaehtoisille. Kaikilla ikäihmisillä ei ole Internet käytössä ja he tarvitsevat tietoa myös paperilla. Terveystieteen ohikulkija, jolle Tuula Töyrylä esitteli mittaria, tutustui vihkoon ja kysyi osaksi leikillään ”otetaanko nyt viimeinenkin yömyssy pois?” Aiheen avauksen jälkeen kävijä voi siirtyä ottamaan selvää alkoholin käytön riskirajoista joko keskustellen tai kotona omissa rauhassa.

Yli 65-vuotiaiden itsearviointimittari on ollut käytössä lähes vuoden. Kun kuntien taloustilanne kiristyy, eikä kaikkia kuntalaisia ja asiakkaita ole mahdollista kohdata yksilöinä sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa, tarvitaan yhä enemmän matalan kynnyksen itsehoitoa tukevia paikkoja ja materiaaleja, jotka kannustavat ihmisiä ottamaan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. Yksi konkreettinen keino on tarjota ihmisille helposti saatavattavaa tietoa ja apuvälineitä alkoholin käytön itsearviointiin. ”Toivottavasti sellaiset ihmiset saadaan tutustumaan mittariin, jotka sitä todella tarvitsevat.” (ikäihmisen kommentti palautelomakkeessa)

Yli 65-vuotiaiden itsearviointimittari ja siihen liittyvää tietoa THL:n sivuilla, URL:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma/julkaisut/ammattilaisille/yli_65_vuotiaiden_alkoholimittari [27.2.2013]

Hankealue



Hanke-esittely

Mikkeli, Etelä-Savon osahanke:

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmatyö, seudullinen päihdetyön kehittämissuunnitelma 2012–2015, seudullinen mielenterveyspotilaan hoitoketju ja -toimintakäsikirja, seudullinen psykoosiprosessi. Prosessien mallintamisessa käytetään apuna QPR-prosessimallinnusohjelmaa.

Joensuun osahanke:

Toimivampi palvelukokonaisuus yhteistyössä, aluetietojärjestelmän parempi hyödyntäminen, kuntoutusprosessien kehittäminen, näyttöön perustuvien menetelmien kattavampi käyttöönotto.

Jyväskylän osahanke:

Tuetaan maakunnan mielenterveys- ja päihdestrategiatyötä, toteutetaan maakunnalliset koulutukset verkotuneen toimintamallin ja psykoosien hoidon osalta, kokemusasiantuntijakoulutus.

Kuopion osahanke:

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmatyö, ikäihmisten alkoholinkäytön itsearviointimittarityö, neuvolan koti- ja perhetyön pilotin arviointi, mielenterveyteen ja päihdeettömyyteen vaikuttaminen lasten, nuorten ja lapsiperheiden sekä ikäihmisten parissa koulutusten, uusien työmuotojen ja pilotointien, toimijakarttojen, seminaarien yms. keinojen avulla.

Pienten seutu kuntien osahanke:

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmatyö, harvaan asuttujen alueiden palvelujen kehittäminen asiakaslähtöisesti ja kestävästi.

Iisalmi, Ylä-Savon osahanke:

Kotikuntoutuksen toimintamallin kehittäminen sekä avopainotteisemman ja matalamman kynnyksen palvelutuotannon kehittäminen, esimerkiksi koulupsyykkari- ja depressiohoitajatoiminta, seudullinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma.

Lähteet

- Aalto, Mauri, Seppänen Kati & Seppä Kaija-Liisa: Alkoholien suurkuluttajan mini-interventiohoito. Teoksessa Seppä, Kaija-Liisa (toim.): Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveys-huoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:10.
- Aira, Marja & Haarni, Ilkka: Iäkkäiden suhtautuminen alkoholista kysymiseen: ”Niitten kuuluu kysyä myös siitä viinasta, jos on aihetta.” Suomen Lääkärilehti 65, 7: 579-585, 2010.
- Hakala Paula: Ikääntyneiden ravitsemus. Helsinki: Duodecim, Terveyskirjasto, 2012. URL: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086 [27.2.2013].
- Huohvanainen, Jaana & Kejonen, Anne & Lehmuskoski, Kristiina & Leinonen, Sari & Nykky, Tiina & Pirskanen, Marjatta & Varjoranta, Pirjo: Työvälineitä ikäihmisten alkoholin käytön arviointiin ja varhaiseen tukeen. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012. URL: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/22ff06b5-3b66-43be-9082-e52103be4046> [27.2.2013].
- Laitalainen Elina, Helakorpi Satu & Uutela Antti. Eläkeikäisen väestön terveystietäytyminen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993–2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010. URL: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/12023db0-7521-4e22-a80c-cb1dbb27b55a> [27.2.2013].
- Lehmuskoski, Kristiina: Yli 65-vuotiaiden alkoholinkäytön itsearviointimittarin pilotointi helmi-maaliskuussa 2012. Arjen Mieli-hanke, Kuopion osahankkeen julkaisematon pilotointiraportti, 2012.
- Salo-Chydenius Sisko: Kuinka puhua päihdeistä vanhuksen kanssa? Päihdetyössä vanhuksen kanssa keskeistä on ikäeettinen kunnioittaminen ja yhteistyö. Tiimi 2011, 4: 14–15.

5.5 Mieli-suunnitelman toimeenpano Pohjois-Suomessa

Kaivosoja Matti, Löf Tuula

Pohjois-Suomen viisi sairaanhoitopiiriä ovat yhdessä kehittäneet mielenterveys- ja päihdetyötä sekä tavanomaisena erikoissairaanhoidon yksiköiden yhteistyönä että useilla peräkkäisillä hankkeilla. Erikoissairaanhoidon yhteistyötä suunnitellaan psykiatrian, nuorisopsykiatrian ja lastenpsykiatrian osalta muun muassa vuosittaisissa ylilääkärikokouksissa sekä järjestämällä yhteisiä koulutuksia. Viime vuosina koulutukset on pyritty järjestämään videovälitteisenä, jolloin yksi sairaanhoitopiiri on järjestänyt koulutuksen ja tarjonnut osallistumismahdollisuuden muille sairaaloille sekä perusterveydenhuollon yksiköille erityisesti Pohjois-Pohjanmaan ja Lapin alueille.

Ensimmäisenä alueellisenä yhteisenä kehittämissuunnitelmana voidaan pitää Pohjois-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseksi laadittua ERVA-PS -suunnitelmaa (Kaivosoja ym. 2005). Sen pohjalta käynnistettiin hanke ”Psykiatrisen hoidon ja huume-/päihdehoidon kehittäminen ja uudelleen järjestely OYS:n erityisvastuualueella 2006–2008”. Vuosina 2009–2011 toteutettiin Mieli -suunnitelman hanke ”Tervein Mielin Pohjois-Suomessa”. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) julkaisi sen loppuraportin ”Rapsodia terveille mielelle” (Kaivosoja ym. 2011).

Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hankkeen päättyessä pidettiin tarkoituksenmukaisimpana, että kehittämistyötä jatketaan terveydenhoitolain myötä sairaanhoitopiireihin perustettavissa perusterveydenhuollon yksiköissä. Ratkaisu poikkeaa koko muun maan tilanteesta sikäli, että tuossa vaiheessa kaikki maan muut osat olivat mukana niin sanotuissa suurissa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeissa. Kehittämistyö Pohjois-Suomessa jatkuu Terveempi Pohjois-Suomi 2 -hankkeessa. Se on laaja-alainen hyvinvoinnin edistämisen hanke, joka tukee kunnissa hyvinvointirakenteiden muodostumista ja edistää sähköisen hyvinvointikertomuksen käyttöönottoa. Hankkeessa on mukana 62 kuntaa ja mielenterveys- ja päihdetyön kannalta oli rohkea ratkaisu integroida mielenterveyden edistäminen kokonaan yleiseen terveyden edistämiseen. Linjaus on kuitenkin johdonmukainen siirtyminen kohti mielenterveystyön valtavirtaistamista.

Perusterveydenhuollon yksiköiden käynnistyminen

Koska Pohjois-Suomessa ei ole varsinaista mielenterveys- ja päihdetyön hanketta, ja koska perusterveydenhuollon yksiköiden toivottiin jatkavan kuntien peruspalvelujen kehittämistyön tukemista, kartoitettiin alkuvuodesta 2013 Mieli-suunnitelman toimeenpanoa kahdella tavalla. Oulun yliopistosairaalan psykiatrian klinikassa pidetyssä Pohjois-Suomen psykiatristen alojen ylilääkäreiden kokouksessa kysyttiin Mieli-suunnitelman toimeenpanosta Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hankkeen päättymisen jälkeen viidessä sairaanhoitopiirissä. Toiseksi kysyimme sähköpostitse sitä, missä määrin mielenterveys- ja päihdetyö olivat siinä vaiheessa esillä viiden sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksiköissä. Sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköiden vetäjille lähetettyihin kysymyksiin saatiin vastaukset kaikkien viiden sairaanhoitopiirin yksiköistä.

Perusterveydenhuollon yksiköiden käynnistyminen on selvästi vasta työvaiheessa ja käynnistyminen on pidempi prosessi kuin osattiin nähdä silloin, kun päätettiin olla hakematta jatkoa erilliselle hanketyölle. Tuolloin toivottiin, että perusterveydenhuollon yksikkö tukisi mielenterveys- ja päihdetyön voimavarojen siirtoa peruspalveluihin. Samalla ajateltiin, että suora väestöön suuntautuva ehkäisevä työ voisi nopeastikin käynnistyä näissä yksiköissä.

Kaikkien viiden perusterveydenhuollon yksiköiden vastauksissa korostettiin mielenterveystyön ja päihdekysymysten merkitystä. Sen sijaan niille ajateltu tehtävä ikään kuin hankkeiden työn jatkajana ei ollut täysin välittynyt yksiköihin. Pohjois-Suomen perusterveydenhuollon yksiköt ovat käynnistäneet myös keskinäisen yhteistyönsä. Tässä vaiheessa ei kuitenkaan näyttäisi siltä, että niillä olisi keskinäistä työnjakoa tai erikoistumista siten, että niistä muodostuisi yhteinen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisverkosto pohjoiselle ERVA -alueelle. Toisaalta ideaa ei myöskään tyrmätty.

Perusterveydenhuollon yksiköiden keskeisin työvälina ja myös ajankohtaisin työn kohde näyttää olevan sairaanhoitopiiri-kohtainen palvelujen järjestämisuunnitelma. Järjestämisuunnitelmaan ne ovat kirjaamassa myös ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön. Samoin peruspalvelujen vahvistaminen tuntuu olevan periaatteellisella tasolla järjestämisuunnitelmassa. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön osalta näyttää, että pääosin tullaan nojautumaan erillishankkeisiin ja pienempiin kehittämissuunnitelmiin.

Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön toteutus ja tuki

Kysyimme helmikuussa 2013 konkreettisia esimerkkejä ehkäisevästä mielenterveystyöstä, kuten millaisia toimia oli tehty suoraan väestöön liittyen, esimerkkinä tiedotus tai asennekampanjat. Vain Pohjois-Pohjanmaalla oli tähän mennessä ehditty järjestää varsinaista toimintaa, esimerkiksi Maailman tupakaton päivä -tapahtuma 2012 ja Maailman tervein kansa -kiertue 2011 (alkoholin terveyshaitat). Muissa sairaanhoitopiireissä yksiköt olivat vasta organisoitumassa ja suunnittelemassa työtään. Pohjois-Pohjanmaalla yksikkö oli perustettu sairaanhoitopiiriin jo aiemmin.

Toiseksi kysyimme kuntien sosiaali- ja terveysalan yksiköissä tehtävän ehkäisevän työn tukemisesta. Kaikkien yksiköiden vastauksissa viitattiin maakunnalliseen palvelujen järjestämisuunnitelmaan, josta näyttäisi tulevan tärkeä asiakirja mielenterveystyön perustason vahvistamisen ja perustason toteuttaman ehkäisevän työn kannalta. ”Terveydenhuollon järjestämisuunnitelmassa mielenterveys- ja päihdepalvelut on nostettu esille ja tavoitteena on että mielenterveys- ja päihdetyö kytkeytyvät nykyistä tiiviimmin yhteen palveluja järjestettäessä.” (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri)

Myös yhteistyö ja koordinaatiotehtävä nousivat esille vastauksissa. ”...hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön tukemista on tehty Aluehallintoviraston (AVI) kanssa 16 kunnassa. Ohjaus- ja tukityö on kohdistettu kuntien hyvinvointityöryhmiin. Ehkäisevän työn tilanne on kartoitettu. Aluekierros liittyi alkoholiohjelman toimeenpanoon (AVI:n raportti).” (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri)

Lapin sairaanhoitopiirissä terveyden edistämisen alueellinen koordinaatio on sovittu siirtyvän uuden perusterveydenhuollon yksikön vastuulle vuoden 2014 alusta. Yksikölle muodostettu ohjausryhmä on perustanut Terveyden edistämisen rakenteet -työryhmän, joka on juuri aloittanut työskentelynsä. Ryhmän tehtävänä on tehdä ehdotus siitä, miten terveyden edistäminen ja sen vaatima yhteistyö ja resurssit alueella järjestetään.

Kysyimme erikseen perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyön sisällöllisestä kehittämisestä. Myös tässä tuli esille, että yksiköiden käynnistymisessä konkreettinen toiminta oli pisimmällä Pohjois-Pohjanmaalla. Siellä maakunnallisen hyvinvointiohjelman 2-vaiheen toiminnassa ovat painopisteenä lasten ja nuorten hyvinvoinnin parantaminen ja hyvien käytäntöjen levittäminen. Esimerkiksi Pakka-toimintamallissa yhdistetään virallinen valvonta ja epävirallinen sosiaalinen säätely, jottei alaikäisille välitettäisi alkoholi- ja tupakkatuotteita.

Useissa sairaanhoitopiireissä oli vireillä palvelurakenteiden kehittämissuunnitelma Toimiva lapsi ja perhe -mallin mukaisesti. Vastauksissa viitattiin lisäksi Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeessa tehtyyn kehittämissuunnitelmaan ja sen jatkamiseen. Esimerkiksi Länsi-Pohjassa jatketaan aiemmin luotua mielenterveystyön, päihdetyön ja perheneuvolan toimintamallia, joka oli kirjattu järjestämisuunnitelmaan yhdeksi kehitettäväksi asiaksi.

Kysyimme, oliko perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilöstön päihdeosaamisen lisääminen ja päihdetietoisuuden toiminnan kehittäminen kaikissa terveyspalveluissa otettu esille. Myös tältä osin perusterveydenhuollon yksiköistä Pohjois-Pohjanmaan yksikkö oli itse toteuttanut esimerkiksi mini-interventiokoulutusta. Muissa yksiköissä oli koulutustarpeita tunnistettu ja maakunnissa oli koulutuksia järjestetty hankkeiden toimesta ja yhteistyössä aluehallintoviraston kanssa.

Erikoissairaanhoito ja palvelukokonaisuuden muutos

Lopuksi kysyimme vielä sitä, millaista roolia perusterveydenhuollon yksiköt ottavat mielenterveyspalvelujen porrastuksen muutoksessa, kuten erikoissairaanhoidon roolin (ja rahoitusosuuden) vähentämisessä ja perusterveydenhuollon ohjausroolin tukemisessa. Vastauksissa tuli esille, että ongelmakohtat ja kehittämis-

tarpeet oli tunnistettu. Kunnissa erikoissairaanhoidolta odotetaan muun muassa etättyötä, koulutusta ja konsultaatiota. Erityisesti korostettiin pienten kuntien asukkaiden palveluiden kehittämistarvetta. Konkreettisin rooli muutosprosessissa oli Lapin sairaanhoitopiirin yksiköllä. Järjestämissuunnitelmaluonnoksessa on tavoitteena psykiatrian akuuttitiimin työn kehittäminen koko sairaanhoitopiirin alueella sekä päivystysten mielenterveys- ja päihdeosaamisen lisääminen. Lisäksi Murolan sairaalan siirtyminen Lapin keskussairaalan yhteyteen näkyy järjestämissuunnitelman luonnoksessa: ”ehdotetaan perustettavaksi alueellinen mielenterveys- ja päihdetyön ryhmä, jonka tehtävänä on suunnitella ja koordinoita mielenterveys- ja päihdepalveluiden muutos”.

Psykiatrian ylilääkär kokouksessa koottujen tietojen mukaan Mieli-suunnitelman toimeenpano on edelleen aktiivista kaikissa sairaanhoitopiireissä. Erikoissairaanhoidon yhteisen hanketyön päätyminen näkyy yhteistyön vähenemisenä, mutta ei päättymisenä. Esimerkiksi psykiatrisen hoitotahdon kehittäminen on jatkunut Lapin sairaanhoitopiirin mallin pohjalta myös muissa sairaaloissa. Samoin kokemusasiantuntijoiden koulutus ja yhteistyö heidän kanssaan on edelleen lisääntynyt. Kaikki sairaanhoitopiirit osallistuvat pakon ja rajoitusten käytön vähentämishjelmaan THL:n vetämässä kehittämisverkostossa. Lisäksi pohjoisella ERVA-alueella toimii useita kehittämisfoorumeita Mieli-suunnitelman painopistealueilla, esimerkkinä yhteistyö psykiatriassa.

Lopuksi

Mielenterveyden edistämisen hanketyön siirtäminen hyvinvointirakenteita edistävään TerPS2 -hankkeeseen oli strategisesti rohkea ratkaisu, jonka tuloksia ei vielä voi arvioida, mutta hankkeen kautta on mahdollista saada mielenterveys laajasti kuntien hyvinvointiohjelmiin – ei vain johdantolauseisiin, vaan osaksi toimenpiteitä, joita seurataan selkeillä indikaattoreilla.

Jälkikäteen on nähtävissä, että oli ylioptimistista odottaa, että vasta suunnitteilla olevat sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköt olisivat voineet suoraan omaksua koko pohjoisen ERVA-alueen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisverkoston roolin heti Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hankkeen päättyessä. Pidämme tärkeänä, että sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköihin kootaan alueen ehkäisevän työn osaaminen ja vastuutetaan perusterveydenhuollossa tehtävän ehkäisevän työn sisällöllinen ja materiaallinen tuki.

On myönteistä, että kaikki viisi perusterveydenhuollon yksikköä ovat tunnistaneet selkeästi roolinsa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisessä, ehkäisevän työn koordinoinnissa ja palvelurakenteen ohjauksessa. Erityisen myönteistä on mielenterveystyön osuus maakunnallisissa palvelujen järjestämissuunnitelmissa.

Lähteet

Kaivosoja, M. & Koponen, H. & Moring, J. ERVA-PS Psykiatrisen hoidon ja huume- / päihdehoidon kehittäminen ja uudelleen järjestely. Erikoissairaanhoidon yhteistyö ja työnjako Pohjois-Suomessa -hankkeen työryhmäraportti. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2005.

Kaivosoja, M. & Löf, T. & Indola, J. (toim.). Rapsodia Terveelle Mielelle. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hankkeessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 47/2011. Terveempi Pohjois-Suomi2 (TerPS2) hankesuunnitelma. 2012.

Kirjoittajat

Ahola, Marika. HTM. Opiskelee sosiaalityötä Lapin yliopistossa. Tehnyt työuransa pääosin erilaisissa kehittämistehtävissä, muun muassa mielenterveys- ja päihdetyön sekä työllistämisen parissa.

Ahonen, Juha. psyk.sh, TtM, PSHP:n mielenterveystyön kehittämissyksikön koordinoitipäällikkö. Työskentelee vuosina 2011-2013 hankejohtajana Väli-Suomen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeessa. Toimii Mieli 2009 ja THL:n Mieli-toimeenpanoryhmän jäsenenä sekä on Väli-Suomen Kaste-aluejohtoryhmän jäsen.

Arajärvi, Pentti. OTT. Helsingin yliopiston sosiaalioikeuden professori, erityisesti työsidonnainen sosiaaliturva.

Aronen, Eeva. Lastenpsykiatri, Lastenpsykiatrian dosentti. Toimii lastenpsykiatrian professorina (m.a.) Helsingin yliopistossa ja HUS Lasten oikeuspsykiatrisen osaamiskeskuksen, ylilääkärinä.

Bergman, Viveca. VTM. Kehittämispäällikkö, THL, Tieto-osasto. Mieli-suunnitelman THL:n toimeenpanoryhmän jäsen.

Castrén, Sari. Psykologi. Työskentelee projektitutkijana THL:n Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut -yksikössä kliinisen lääkehoitotutkimuksen parissa.

Ehrling, Leena. VTT, sosiaalipsykologi. Työskentelee Suomen Mielenterveysseurassa projektipäällikkönä hankkeessa, jossa kehitetään käytös- ja päihdehäiriöistä kärsivien nuorten hoitoa implementoimalla Suomeen yhdistelmähoitomalli. Työurallaan hän on aiemmin mm. tutkinut suomalaista päihdehuoltoa. Hän toimii myös psykoterapeutina.

Forsman, Anna K. DrPH. Postdoktoral forskare vid THLs enhet för främjande av psykisk hälsa i Vasa, samt vid Nordic School of Public Health NHV i Göteborg inom det EU-finansierade forskningsprojektet ROAMER (Roadmap for Mental Health Research in Europe). Forskar bl.a. i hur man kan främja äldres psykiska hälsa och välbefinnande med hjälp av psykosociala insatser.

Haikola, Pirkko. Kokemuskouluttaja. Toimii Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:ssä omaiskokemuskouluttajana ja – asiantuntijana, luennoitsijana sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa sekä ammattilaisten koulutuksissa ja seminaareissa. Ollut mukana laatimassa mielenterveysomaisten oikeuksia. Osallistunut kokemusasiantuntijana psykiatristen palvelujärjestelmien suunnittelu-, kehittämis- ja arviointityöryhmiin sekä kansalaiskeskusteluun palvelujärjestelmien toimivuudesta, mielenterveysomaisten oikeuksista ja osallisuudesta. Toiminut useita vuosia vapaaehtoistyöntekijänä alueellisissa mielenterveysjärjestöissä.

Herva, Anne. LT, psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri. Työskentelee OYS:n psykiatrian tulosalueella nuoriso- ja yleissairaalapsykiatrian vastuualueella.

Huhtala, Oili. sh, terveydenhoitaja, TtM, Työskentelee toiminnanjohtajana Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:ssä. Tehnyt työuransa julkisessa terveydenhuollossa hoito- ja hallintotehtävissä. Viimeiset 12 vuotta järjestössä johtajana ja omaistyön kehittäjänä.

Hätönen, Heli. Työskentelee projektipäällikkönä THL:n Mielenterveyden edistäminen -yksikössä Mielen Tuki -hankkeessa, jossa yksi keskeinen tavoite on tukea edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön sisällyttämistä kuntien strategioihin. Hän on tehnyt työuransa erilaisissa mielenterveyspalvelujen tutkimus- ja kehittämistehtävissä.

Juntunen, Marko. Sairaanhoidaja AMK. Työskentelee Jyväskylässä, Sovatek-Säätiön hallinnoimassa projektissa, opioidiriippuvaisten korvaushoidossa olevien vertaistukikeskuksen: Asema-78:n projektityöntekijänä.

Juvonen, Hannu. Psykiatrian erikoislääkäri, MBA. Työskennellyt 2013 alusta osastopäällikkönä Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden terveystieteiden ja päihdepalvelut -osastossa. Toimi Savonlinnassa psykiatrian tulosyksikön päällikkönä 2009-2011 ja sairaanhoitopiirin johtajaylilääkärinä 2011-2012.

Kaivosoja, Matti. LT, lastenpsykiatrian erikoislääkäri. Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymän psykiatrisesta hoidosta vastaavana ylilääkärinä ja kehitysvammatyön johtajana. Toiminut aiemmin mm. projektipäällikkönä STM:ssä, ylilääkärinä STAKESissa ja perusturvajohtajana Kokkolan kaupungilla. Toiminut hankejohtajana Pohjanmaa -hankkeessa ja Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hankkeessa. Mieli -2009 ohjausryhmän jäsen.

Kapanen, Heini. VTL, KM. Työskentelee kehittämispäällikkönä Mielenterveyden keskusliitossa kokemusarvioinnin vakiinnuttamisen parissa.

Kemppinen, Juha. Päihdepsykiatri, Eksoten aikuispsykiatrisen avohoidon vastuualuejohtaja. Valmistunut perusopinnoissa lääkäriksi ja sosiologiksi samaan aikaan kahdesta eri yliopistosta. Erikoistuminen: yleislääketieteen ja psykiatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys. Työskennellyt perusterveydenhuollossa yleislääkärinä, psykiatrialla avohoidossa ja erikoissairaanhoitossa eri laitoksissa useilla eri paikkakunnilla, HUS:n päihdepsykiatrisen pkl:n konsultoivana lääkärimä, toiminut yksityislääkärinä, tehnyt yksityisesti päihdepsykiatrisia työkyvynarvioita yli 10 vuoden ajan. Toiminut työyhteisöjen kouluttajana päihde- ja psykiatrisissa asioissa. Tekee väitöskirjaa Eksoten mielenterveys- ja päihdepalvelujen muutoksesta Lappeenrannan yliopistolle tuotantotalouden laitokselle.

Komminaho, Alpo. YTM, sosiaalihuoltaja, hankejohtaja/sosiaalijohtaja. Johtanut Kaste-ohjelmaan kuuluvia Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveyshankkeita LÄNSI 2012 ja LÄNSI 2013, joita hallinnoidaan Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Tehnyt työuransa pääosin sosiaalijohtajan tehtävissä ja on 1.8.2013 alkaen Eurajoen kunnan sosiaalijohtaja.

Korhonen, Jukka Pekka. Psykiatrisen sairaanhoidaja. Työskentelee tällä hetkellä erikoissuunnittelijana Oys:n psykiatrian tulosalueella. Eriytyistason perheterapeutti. Toiminut nuorisopsykiatrian vastuualueella sairaanhoidajan, osastonhoitajan ja ylihoitajan tehtävissä.

Kuosmanen, Lauri. Psykiatrisen sairaanhoidaja, terveystieteiden tohtori ja hoitotieteen dosentti. Työskennellyt sairaanhoidajana ja suunnittelijana terveydenhuollon organisaatioissa, opettajana sairaanhoidaja- ja lähihoitajakoulutuksessa sekä eri tehtävissä järjestö- ja hanketyössä. Yliopistotutkijana ja opettajana Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella. Vantaan kaupungin mielenterveystyön palvelupäällikkö.

Kurki, Marjo. Sh, TtM. Työskentelee Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishankkeen, Mielen avaimen hankejohtajana. Toimii kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmässä jäsenenä.

Kuussaari, Kristiina. VTT. Työskentelee erikoistutkijana THL:n Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut -yksikössä.

Lahti, Tuuli. FT, Neurofysiologian dosentti. Työskentelee erikoistutkijana THL:n Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut -yksikössä vastaten rahapeliongelman ja -riippuvuuden hoitotutkimuksesta. Tehnyt työuransa mielenterveysalalla keskittyen etenkin riippuvuushäiriöiden, unihäiriöiden ja impulsiivisen käyttäytymisen tutkimukseen.

Lehtinen, Klaus. LT, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri, psykoterapiakouluttaja. Työskentelee TAYS psykiatrian toimialuejohtajana

Lapinkangas, Pertti. Psykiatrinen sairaanhoitaja, TtM. Työskentelee osastonhoitajana OYS:n aikuispsykiatrian päivystysyksikössä.

Löf, Tuula. KM. Työskentelee projektipäällikkönä Terveempi Pohjois-Suomi² -hankkeen Keski-Pohjanmaan ja Kruunupyyn kunnan osahankkeessa. Toiminut A-klinikan johtajana, tehnyt työuransa pääosin Keski-Pohjanmaan koulutusyhtymän sosiaali- ja terveysalan- ja maahanmuuttajakouluttajana, sekä Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisprojekteissa projektipäällikkönä (Pohjanmaa-hanke, Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke)

Mainio, Arja. psykiatrian dosentti. Työskentelee OYS:n psykiatrian tulosalueella Aikuispsykiatrian vastuualueella osastonylilääkärinä ja vastuualueen johtajana. On tehnyt pitkään työtä psykiatrina perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa ja tutkimustyö on kohdistunut yleissairaalapsykiatriaan ja itsemurhatutkimukseen.

Markkula, Jaana. VTM, kehittämisspäällikkö. Toimii tällä hetkellä THL:n Tupakka-, päihde- ja rahapelihaitat -yksikössä Alkoholiohjelman kehittämisspäällikkönä, jossa mm. edistää yhdistettyjä mielenterveys- ja päihdestrategioita osana kunnan ehkäisevän päihdetyön rakenteita. Työskennellyt aiemmin lasten ja nuorten terveyteen ja tapaturmien ehkäisyyn liittyvissä tutkimus- ja kehittämistehtävissä sekä Kansallisen lasten ja nuorten tapaturmien ehkäisy ohjelman toimeenpanon koordinoijana, jossa nostettu esiin myös nuorten itsemurhien ehkäisemiseen ja mielenterveyden edistämiseen liittyviä tarpeita.

Marttunen, Mauri. LT, professori. Työskentelee nuorisopsykiatrian professorina Helsingin yliopistossa ja HYKSissa sekä tutkimusprofessorina THL:lla. On THL:n Mielenterveys ja päihdepalvelut -osaston (MI-PO) johtaja. Työskennellyt pitkään psykiatriassa ja nuorisopsykiatriassa ja tekee nuorten mielenterveyteen ja mielenterveysongelmiin kohdistuvaa tutkimustyötä.

Miettinen, Sari. Sairaanhoitaja. Työskentelee omaistyön koordinaattorina Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:ssä. Tehnyt työuransa pääosin psykiatrian erikoissairaanhoidossa, erityisesti lastenpsykiatrialla käytännön hoitotyössä sekä lasten mielenterveystyön alueellisesta ja valtakunnallisesta tutkimus- ja kehittämistyössä.

Moring, Juha. LKT, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri. Ylilääkärinä THL:n Mielenterveys- ja päihdepalvelut -osastolla, vastaa Mieli-suunnitelman toimeenpanosta. Toiminut eri tehtävissä mielenterveystyössä yli 30 vuotta, viimeksi OYS Psykiatrian johtajana.

Muhonen, Kristiina. Vastaava psykologi, psykoterapeutti (perheterapia). Työskentelee Kempeleen terveyskeskuksen mielenterveysneuvolassa.

Mättö, Marko. Sosionomi AMK. Työskentelee korvaushoidossa olevien opioidiriippuvaisten huumeekuntoutujien vertaistoimintakeskus Asema 78:ssa. Ray-rahoitteista kehittämissuunnitelmaa hallinnoi Sovatek-säätiö ja toimipaikka sijaitsee Jyväskylässä. Virkavapaalla Oikeusministeriön Rikosseuraamuslaitoksesta 31.12.2015 saakka.

Nordling, Esa. PsT. Työskentelee kehittämisspäällikkönä THL:n Mielenterveyden edistäminen -yksikössä päävastuualueena kuntien mielenterveys- ja päihdestrategiatyö. Työskennellyt pitkään erilaisissa tutkimus-, kehittämis- ja opetustehtävissä sekä psykologina psykiatrian kentällä. Toimii Mieli 2009 -työryhmän asiantuntijana ja on THL:n Mieli-toimeenpanoryhmän jäsen.

Nordmyr, Johanna. PM. Forskare vid THLs enhet för främjande av psykisk hälsa i Vasa. Doktorand i Utvecklingspsykologi vid Åbo Akademi i Vasa. Forskar i olika aspekter av internetanvändning, och dess samband med psykisk hälsa.

Nykky, Tiina. YTM (sosiologia) ja sosiaalikasvattaja. Työskennellyt erityisnuorisotyössä sekä hankkeissa jotka ovat liittyneet toisen asteen koulutukseen, päihteisiin ja riippuvuuksiin sekä motivoivaan työtapaan, ja opettanut lähihoitaja- ja sosionomikoulutuksissa. Arjen Mieli, Kuopion osahankkeen koordinaattori.

Outinen-Härkönen, Leena. Psyk.sh. Erityistason perheterapeutti. Työskentelee OYS psykiatrian tulosalueella, aikuispsykiatrian vastuualueella, psykiatrian päivystysyksikössä sairaanhoitajana.

Paattimäki, Harriet. Sisätauti-kirurginen sh, psykoterapeutti. Työskentelee vastaavana omaistyön koordinaattorina Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:ssä, Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä -projektissa. Aiempi työura MLL:n psykososiaalisen perhekuntoutuksen parissa ja ryhmämuotoisen, lastenpsykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeessa.

Partanen, Airi. Esh, THM. Työskentelee kehittämisspällikkönä THL:n Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut -yksikössä päihdepalvelujärjestelmän kehittämisen asiantuntijatehtävissä. Tehnyt työuransa pääosin päihdetyön parissa käytännön hoitotyössä ja kehittämistehtävissä. Toimi Mieli 2009 -työryhmässä asiantuntijasihteerinä. On THL:lla Mieli-toimeenpanoryhmän jäsen sekä asiantuntijasihteerinä Mieli 2009 -suunnitelman toimeenpanoa tukevassa STM:n ohjausryhmässä sekä mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeita tukevassa ohjausryhmässä.

Partonen, Timo. Psykiatrian erikoislääkäri ja dosentti. Työskentelee tutkimusprofessorina THL:n Mieliä, depressio ja itsetuhokäyttäytyminen -yksikön päällikön tehtävissä. Yksikön tutkimustyö, kehittämistyö ja asiantuntijatyö keskittyvät mielialaan niin myönteisesti kuin kielteisesti vaikuttaviin tekijöihin sekä itsemurhien ehkäisemiseen. Tehnyt työuransa lääkärinä ja tutkijana.

Raiski, Tuula-Leena. KM. Työskentelee koulutusspällikkönä Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksessa ja koordinoi valtakunnallista osaamisenkehittämistyötä THL:n rahapelihaittojen ehkäisyyn ja hoidon kehittämiskokonaisuudessa THL:n toimeksiannosta.

Rantanen, Anu-Riikka. VTM. Työskentelee suunnittelijana Mielenterveyden keskusliitossa kokemusrviinnin vakiinnuttamisen parissa.

Riala, Kaisa. Psykiatrian ja Nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, Nuorisopsykiatrian dosentti. Työskentelee klinikkaylilääkärinä HYKS Nuorisopsykiatrian klinikkaryhmässä. Toimii senioritutkijana oululaisessa alaikäisten nuorten mielenterveyshäiriöitä ja niiden pitkäaikaisennustetta tutkivassa Study - 70 hankkeessa.

Roisko, Riikka. Psykiatrian erikoislääkäri. Työskentelee apulaisyylilääkärinä OYS:n psykiatrian klinikan päivystysyksikössä

Saari, Kaisa. LT, psykiatrian erikoislääkäri ja psykoterapeutti (perheterapia). Työskentelee Kempeleen terveyskeskuksen mielenterveysneuvolassa.

Salmisaari, Timo. LL, psykiatrian erikoislääkäri ja psykoterapeutti Yet. Työskentelee Eksotessa mielenterveys- ja päihdepalvelujen johtajana. Vastuualueeseen liitetään 1.1.2014 alkaen aikuissosiaalityö erityisenä painopisteenä työelämäosallisuuden lisääminen ja syrjäytymisen ehkäiseminen. Toiminut aiemmin mm. yksityislääkärinä, psykoterapeutina, organisaatiokonsulttina, työnohjaajana, kouluttajana ja vakuutuslääkärinä.

Sankelo, Pii. Psykiatrian erikoislääkäri ja psykoterapeutti (perheterapia). Työskentelee OYS:n aikuispsykiatrian vastuualueella Päivystysyksikössä.

Santalahti, Päivi. Lastenpsykiatrian erikoislääkäri, Dosentti. Työskentelee ylilääkärinä ja yksikön päällikkönä THL:n Lasten ja nuorten mielenterveysyksikössä. Toiminut aiemmin lastenpsykiatrina mm. Turun kaupungin perheneuvolassa.

Sjöholm, Markus. VTM. Työskenteli THL:n Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut -yksikössä vuonna 2012 projektitutkijana aiheenaan rahapeliongelmat ja niihin suunnattu virtuaalituki. Työskentelee nykyään projektikoordinaattorina A-klinikkasäätiöllä.

Soikkeli Markku, erikoissuunnittelija, THL. Toimii ehkäisevän päihdetyön kehittämistehtävissä sekä päihdepolitiikan asiantuntijatehtävissä.

Solin, Pia. YTM FT. Toimii kehittämisspäällikkönä THL:n mielenterveyden edistäminen -yksikössä ja johtaa WHO:n mielenterveysalan yhteistyökeskusta. Keskittynyt mielenterveyden edistämiseen terveystoiminnan tavoitteena. Toimii keskuksen myötä myös useissa kansainvälisissä asiantuntijatehtävissä tällä alueella.

Stengård, Eija. Psykologian tohtori, dosentti Tampereen yliopistossa. Työskennellyt koordinoitupäällikkönä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Mielenterveystyön kehittämissyksikössä, kehittämisspäällikkönä ja WHO:n mielenterveysalan yhteistyökeskuksen johtajana THL:ssä, tutkijana Tampereen yliopistossa sekä erilaisissa kehittämistehtävissä järjestötyössä. Tampereen kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluissa johtavana psykologina.

Tammi, Tuukka. Valtiotieteiden tohtori. Erityisala on päihde-, addiktio- ja rahapelitutkimus. Toimii THL:ssä erikoistutkijana ja Yhteiskuntapolitiikka-lehden päätoimittajana.

Tamminen, Nina. LitM, MA, jatko-opiskelija (TtT). Työskentelee THL:ssä sijaitsevassa WHO:n mielenterveysalan yhteistyökeskuksessa mielenterveyden edistämisen asiantuntijatehtävissä. Tehnyt työuransa mielenterveyden ja terveyden edistämisen alueella kansallisella ja kansainvälisellä tasolla.

Tervo, Arja. Psykiatrinen sh, työuraa yli 30 vuotta PPSHP:n akuuttipsykiatrian yksikössä. Käytännön hoitotyön lisäksi lähiesimiestehtävät.

Turunen, Minna K. YTM. Työskennellyt projektikoordinaattorina Arjen mieli -hankkeen Joensuun osahankkeessa. Toiminut aiemmin tutkijana, opettajana ja projektiasiantuntijana Joensuun yliopistossa, Itä-Suomen yliopistossa sekä Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen ja Joensuun kaupungin kehittämishankkeissa.

Uuksulainen, Mikko. Sh, terveyshallintotieteen opiskelija. Työskentelee Palvelutalon johtajana Mainio Vire Oy:n yksikössä Ykköskoti Kuopio, joka tarjoaa palveluita päihde- ja mielenterveyskuntoutujille. Työura sisältää sairaanhoitajan työtä nuorisopsykiatrian klinikassa sekä esimies- ja kehittämistehtäviä nuoriso- ja aikuispsykiatrian parissa.

Viro, Ursula. Psykiatrinen sairaanhoitaja, erityistason psykoterapeutti ja terveystieteiden maisteri. Työskennellyt aiemmin sairaanhoitajana, psykoterapeuttina ja osastonhoitajana aikuispsykiatriassa. Nykytehtävä mielenterveyskuntoutuksen vastuuyksikön päällikkö Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden piirissä.

Ylitalo, Sanna. Työskentelee Lapin sosiaali- ja terveysturvayhdistyksen hallinnoimassa Lapin järjestöraenteessa. Koulutuksena kuntohoitaja ja psykiatrian erikoissairaanhoitaja. Opiskelee työn ohella Lapin yliopistossa ja sosiaalityön opinnot ovat graduvaiheessa. Tehnyt työuransa Sodankylän kunnassa vanhus-, nuoriso- ja hoitotyössä. Ehkäisevä päihdetyö on ollut lähellä sydäntä aina ja se vieny Lapin lääninhallitukseen ehkäisevään päihdetyöhön ja sitä myötä Alkoholiohjelman aluekoordinaattoriksi. Kolmannen sektorin palveluksessa on ollut kohta kolme vuotta. Kuuluu THL:n EPT-laaturyhmään ja kehittämistyö ehkäisevän päihdetyön parissa jatkuu.