



Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä

– kokemuksia Pohjanmaa-hankeesta, Sateen-
varjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja
päihdetyön hankeesta 2005–2009

Toimituskunta:

Lauri Kuosmanen,
Maria Vuorilehto
Liisa-Maria Voipio-Pulkki
Minna Laitila
Jorma Posio
Airi Partanen

© Kirjoittajat ja THL

Ruotsinkielinen tiivistelmä: Semantix Lingua Nordica Oy
Englanninkielinen tiivistelmä: Kenneth Gustafsson
Saamenkielinen tiivistelmä: Semantix Lingua Nordica Oy

Yliopistopaino
Helsinki 2010

Sisällys

Lukijalle	4
Esipuhe.....	6
Tiivistelmä.....	7
Resumé.....	8
Abstract	9
Čoahkkáigeassu.....	10
1 Lasten ja nuorten mielenterveyden edistäminen	11
Psykiatrisen sairaanhoitajan työnkuva neuvolassa.....	11
Oppilas- ja opiskelijahuollon kehittäminen.....	13
Koululaisten stressinhallintakurssit oppilashuollon työkaluna	15
Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen - toimintamallin juurruttaminen.....	17
Yhteistyö urheiluseurojen kanssa.....	19
2 Mielenterveyskuntoutujien hyvinvoinnin edistäminen	21
Mielenterveyskuntoutujien ryhmät kuntien yhteistyönä.....	21
Mielenterveyskuntoutujien omaisten ryhmät.....	23
Mielenterveyspotilaan suun terveyden edistäminen.....	25
3 Mielenterveys kansalaistaidoksi.....	28
Mielenterveyden ensiapu@2 -koulutus	28
Työhyvinvoinnin edistäminen osana laaja-alaista mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä	30
Depressiokoulu videoneuvotteluteitse.....	32
Lisää mielenterveys- ja päihdeosaamista kotihoitoon.....	34
4 Päihteettömyys - utopiaako?	37
Vastuullisen alkoholimyynnin koulutukset	37
Terveysaseman päihdehoitaja	38
Päihdeneuvojakoulutus	40
Ehkäisevän päihdetyön teemaviikko koulussa	42
5 Viestinnällä ja strategialla vaikuttaminen	44
Viestintä mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeen tukena.....	44
Mielenterveys- ja päihdestrategiatyön tukeminen.....	46
Masennustalkoot kansantautimme kimpussa - kehittämismallin käyttöönotto ja siirrettävyys.....	49
Hankkeiden kuvaukset	52
Kirjoittajat	55
Kirjallisuusviitteet	57

Lukijalle

Tämä julkaisu on tarkoitettu Sinulle, joka olet kiinnostunut mielenterveys- ja päihdetyöstä ja mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämisestä. Julkaisu on syntynyt Pohjanmaa-hankkeen, Sateenvarjo-projektin ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeen yhteistyönä. Se sisältää hankkeissa syntyneitä tai koeteltuja innovaatioita, eli uusia tapoja hyödyntää osaamista, jotka haluamme jakaa kanssasi.

Innovaatio – uusi tapa hyödyntää osaamista

Ajatus julkaisusta syntyi hanketyöntekijöiden tapaamisessa Rovaniemellä. Keskustelimme hankkeiden vaikuttavuudesta ja siitä, miten niissä kehitetyt uudet työtavat jäisivät osaksi pysyviä rakenteita. Kaikki hankkeet olivat jo tehneet paljon koulutustyötä ympäri maata, mutta lisäksi tuntui tärkeältä kirjata keskeiset innovaatiot yksiin kansiin. Se, että ajatus yhteisestä julkaisusta syntyi juuri Lapissa, ei ole sattumaa. Tuntuu siltä, että monet muutkin innovatiiviset ideat syntyivät Lapin luonnon ja sen ihmisten keskellä.

Julkaisuun kootut innovaatiot ovat syntyneet näyttöön perustuvan tiedon pohjalta ja havaittuun tarpeeseen. Hankkeissa niitä on ollut mahdollisuus jalostaa suomalaisen mielenterveys- ja päihdetyöhön sopiviksi sekä arvioida niiden toimivuutta. Suurin osa tässä julkaisussa esiteltävistä innovaatioista on tarkoitettu osaksi kunnan perustason mielenterveys- ja päihdetyötä. Uskomme, että niitä voi soveltaa koko Suomessa. Olemme hankkeissa testanneet ristiin monia niistä, ja vaikka hankealueet ovat hyvin erilaisia, kokemuksemme siirrettävyydestä ovat olleet rohkaisevia.

Julkaisun tarkoituksena on herättää lukijan kiinnostus, tarjota perustiedot innovaation taustasta ja toteuttamisesta sekä arvioida sen käytettävyyttä ja hyötyjä. Osa innovaatioista on hyvin strukturoituja ja aikaisemmin testattuja, osa taas kehityksensä alkuvaiheessa. Kaikkia on kuitenkin toteutettu oikeassa elämässä ja ne ovat parhaillaankin käytössä jossain päin Suomea. Jos joku innovaatioista vaikuttaa mielenkiintoiselta tai sellaiselta jota arvioit oman kuntasi tarvitsevan, ota rohkeasti yhteys kirjoittajiin tai toimituskunnan jäseniin, niin viedään asiaa yhdessä eteenpäin.

Suomalainen mielenterveys- ja päihdetyö kehittyy monenlaisten toimijoiden ja osajien yhteistyönä. Pohjanmaa-hanke, Sateenvarjo-projekti ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hanke ovat vuodesta 2005 työskennelleet tiiviisti yhdessä, mistä yhtenä osoituksena on tämä julkaisu. Yhteistyö jatkuu edelleen valtion rahoituksen jo päättyttyä. Kiitämme kaikkia niitä hankkeiden, kuntien ja järjestöjen työntekijöitä sekä palvelujen käyttäjiä jotka ovat osallistumisellaan edistäneet mielenterveys- ja päihdetyöhön tarkoitettujen innovaatioiden ja tämän julkaisun syntymistä. Lisäksi kiitämme Terveiden edistämisen politiikkaohjelmaa tämän julkaisun mahdollistamisesta.

Toimituskunta

Lauri Kuosmanen, projektipäällikkö, mielenterveys- ja päihdekeskus, Vantaan kaupunki, lauri.kuosmanen@vantaa.fi.

Psykiatrinen sairaanhoitaja, terveystieteiden maisteri (terveystieteiden opettaja), terveystieteiden tohtori. Hän on työskennellyt sairaanhoitajana ja suunnittelijana terveydenhuollon organisaatioissa, opettajana sairaanhoitaja- ja lähihoitajakoulutuksessa sekä eri tehtävissä järjestö- ja projektityössä. Lisäksi hän toimii tutkijana Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen mielenterveystyön tutkimushankkeissa. Toimituskunnassa julkaisun ensisijaisena toimittajana vastannut julkaisun kokonaisuudesta ja Sateenvarjo-projektin edustajana hankkeen kirjoittajien tekstien kokoamisesta.

Maria Vuorilehto, lääkintöneuvos, STM, maria.vuorilehto@stm.fi

Yleislääketieteen erikoislääkäri, psykiatri. Hän työskenteli uransa alkuvaiheessa terveyskeskuslääkärinä 12 vuotta. Erikoistuttuaan psykiatriksi 1999 hän asettui perusterveydenhuollon kehittämistyöhön ja toimi Vantaan Sateenvarjo-projektissa päällikkönä 2004–2008. Hän väitteli vuonna 2008 terveyskeskuspotilaiden depressiosta. Nykyisessä tehtävässä hänen vastuualueenaan ovat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Sivutoimisesti hän ohjaa depression liittyvää tutkimustyötä ja tekee kognitiivista psykoterapiaa. Toimituskunnassa Sateenvarjo-projektin edustajana sekä osallistunut koko julkaisun tekstien toimittamiseen.

Minna Laitila, projektipäällikkö, Pohjanmaa-hanke/Välittäjä 2009 –hanke, SeAMK/SONet BOTNIA, minna.laitila@seamk.fi

Psykiatrinen sairaanhoitaja ja terveystieteiden maisteri. Hän on työskennellyt useita vuosia mielenterveystyössä, pääosin mielenterveyskuntoutujien parissa sekä kolme vuotta ammatillisena opettajana. Vuoden 2006 alusta hän on toiminut projektikoordinaattorina Pohjanmaa-hankkeessa ja marraskuusta 2009 alkaen projektipäällikkönä Etelä-Pohjanmaalla. Toimituskunnassa Pohjanmaa-hankkeen edustajana ja vastannut hankkeen kirjoittajien tekstien kokoamisesta.

Jorma Posio, projektipäällikkö, Lapin sairaanhoitopiiri, jorma.posio@lshp.fi

Sairaanhoitaja. Hän on työskennellyt mielenterveystyössä kaikkiaan noin 40 vuotta. Hän on toiminut Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrisen tulosalueen apulaisosastonhoitajana ja vs. osastonhoitajana 31 vuotta ja vammaisten lasten erityiskoulussa kuntoutustyössä viisi vuotta. Lapin mielenterveys- ja päihdehankkeiden projektipäällikkönä hän on työskennellyt kaikkiaan kuusi vuotta. Toimituskunnassa Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeen edustajana ja vastannut hankkeen kirjoittajien tekstien kokoamisesta.

Liisa-Maria Voipio-Pulkki, terveyspalveluryhmän johtaja, STM, liisa-maria.voipio-pulkki@stm.fi

Sisätautien ja kardiologian erikoislääkäri, sisätautiopin dosentti (TY). Hän on toiminut parinkymmenen vuoden ajan kliinikkona ja kliinisenä tutkijana TYKS:ssa. Vuosina 2000-2004 hän oli HUS:n sisätautien toimialalla päivystyksen ja valvonnan vastaavana ylilääkärinä. Kuntaliiton hallintoylilääkärinä hän oli 2004-2009. Hän on kuulunut Pohjanmaa-hankkeen ohjausryhmään ja Mieli 2009 –työryhmään. Toimituskunnassa Suomen Kuntaliiton edustajana, julkaisun alkuideoijana ja osallistunut koko julkaisun toimittamiseen.

Airi Partanen, kehittämisspäällikkö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), airi.partanen@thl.fi

Erikoissairaanhoitaja ja terveydenhuollon maisteri. Hän on tehnyt työuransa pääasiallisesti päihdetyön parissa: noin 10 vuotta huumeiden käyttäjien hoitotyössä, kolme vuotta projektikoordinaattorina A-klinikkasäätiöllä ja viimeiset 11 vuotta valtionhallinnon sektoritutkimuslaitoksessa (Stakes, THL). Nykyisen työn päävastuualueena on päihdepalvelujen kehittäminen. Päätönsä ohessa hän on ollut toimittamassa päihdehoitotyön oppimateriaalia sekä toiminut kouluttajana.

Toimituskunnassa THL:n edustajana, osallistunut koko julkaisun tekstien toimittamiseen sekä vastannut julkaisun viimeistelystä.

Esipuhe

Terveyden edistäminen yhteiskuntaelämän eri alueilla ja terveys- ja sosiaalipalvelujärjestelmän sisällä on viime vuosina noussut keskeiseksi toimintalinjaksi. Tätä todistaa muun muassa Terveyden edistämisen politiikkaohjelman sisällyttäminen Matti Vanhasen II hallituksen ohjelmaan. Terveys kaikissa politiikoissa on tarkoitus saattaa sanoista teoiksi.

Suomessa on toteutettu sekä kuntien toimesta että erilaisina kumppanuuksia järjestöjen ja yksityissektorin kanssa lukuisia hankkeita ja projekteja, joilla on luotu uusia toimintamalleja ja saatu aikaan vaikuttavuutta eli myönteisiä muutoksia kohderyhmän elämäntilanteissa. Usein projektien ongelma on se, että hankerahojen loppuessa itse toimintakin loppuu. Kertynyt osaaminen ja uudet hyvät käytännöt tulisi kuitenkin saada leviämään ja juurtumaan osaksi palvelujärjestelmää.

Tätä tarkoitusta palvelee julkaisu ”Innovaatioita terveyden edistämiseen mielen terveys- ja päihdetyössä”, johon on koottu Pohjanmaa-hankkeen, Sateenvarjo-projektin sekä Lapin mielen terveys- ja päihdetyön hankkeen vuosien 2005–2009 tulokset. Näillä hankkeilla on luotu uusia toimintamalleja ja uutta osaamista, jotka ansaitsevat tulla yhteiseksi omaisuudeksi. Projektienhan on tarkoitus muuttua prosesseiksi, jotka hyödyttävät sekä asiakkaita, heidän läheisiään että ammattilaisia.

Mielen terveysongelmat ovat tänä päivänä merkittäviä työkyvyttömyyden aiheuttajia. Mielen terveyshäiriöiden vuoksi vuonna 2008 työkyvyttömyyseläkettä sai 82 783 henkilöä. Lasten, nuorten sekä opiskelijoiden mielen terveyspalvelujen riittämättömyys on jatkuva puheenaihe. Nuorista aikuisista 15–20 prosenttia on elämänsä aikana sairastanut toimintakykyä hähtaavan masennusjakson, mutta vain alle puolet depressiota sairastavista nuorista saa psykiatrista hoitoa. Muun muassa näihin ongelmiin tarttumiseen tämän julkaisun asiantuntija-artikkelit antavat työkaluja ja ratkaisun avaimia.

Kaikkiaan yhdeksäntoista esimerkin kautta avataan mielen terveyden edistämisen ja/tai palauttamisen sekä päihdetyön mahdollisuuksia. Esimerkiksi neuvolatyön sekä oppilas- ja opiskelijahuollon kehittäminen uuden asetuksen hengen mukaisesti saa esitellyistä toimintamalleista konkreettisia työkaluja. Mielen terveyden poikkihallinnollisuus ja kumppanuuden mahdollisuudet käyvät ilmi kuvattaessa yhteistyötä urheiluseurojen kanssa. Artikkelissa todetaan, että joidenkin tutkimusten mukaan liikunta on yhtä tehokasta masennuksen hoidossa kuin psykoterapia. Avo- ja ryhmäkuntoutuksen etuja esitellään luvussa 2. Näistä artikkeleista nousee esiin vertaistuen ja omaisten mukaan ottamisen tärkeys. Väestötason vaikuttamista ajatellen Mielen terveyden ensiapukoulutus (MTEA@2) edistää mielen terveyden lukutaitoa ja toivottavasti samalla vähentää sitkeitä ennakkoluuloja ja asenteita. Myös tietotekniikan mahdollisuuksia on käytetty hyväksi järjestettäessä Lapissa depressiokoulu neuvotteluteitse.

Julkaisun keskeinen tavoite kiteytyy luvun 5 artikkelissa Masennustalkoot kansantautimme kimpussa – kehittämismallin käyttöönotto ja siirrettävyys. Kyseisessä kohdassa todetaan: ”Masennuksen ehkäisy, tunnistaminen ja hoidon kehittämiseen on Masennustalkoissa tartuttu laaja-alaisesti. Kehittämismallissa on nojaututtu tutkimustietoon ja näyttöön perustuviin toimintamalleihin ja sovellettu monitieteistä lähestymistapaa sekä hyödynnetty psykologista, lääketieteellistä, hoitotieteellistä ja pedagogista tietoa ja osaamista”. Julkaisun kansien väliin kerätty tieto lisää ammattilaisten osaamista ongelmien ehkäisyssä, kannustaa monialaiseen yhteistyöhön ja uusien toimintamallien käyttöön ottoon ja ennen kaikkea hyödyttää mielen terveys- ja päihdeongelmien kanssa kamppailevia ja heidän läheisiään.

Haluan lämpimästi kiittää kaikkia niitä, jotka aidossa talkoohengessä ja mielen terveys- ja päihdeongelmien tehokkaampaan ehkäisyyn ja hoitoon sitoutuneina ovat antaneet aikaansa arvokkaaseen toimitus- ja kirjoitustyöhön. Uskon ja toivon, että esiteltujen hankkeiden toteuttamat mallit ja niiden käytöstä saadut kokemukset palvelevat laajasti monialaisen yhteistyön ja palvelujen kehittämistä.

Maija Perho

Ohjelmajohtaja, terveyden edistämisen politiikkaohjelma

Tiivistelmä

Julkaisussa esitellään kolmessa laajassa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeessa – Pohjanmaa-hankkeessa, Sateenvarjo-projektissa sekä Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeissa – syntyneitä mielenterveys- ja päihdetyön innovaatioita eli uusia tapoja hyödyntää osaamista. Hankkeet ovat tehneet tiivistä yhteistyötä vuodesta 2005. Monia julkaisussa esitetyjä toimintamalleja on kokeiltu ristiin näissä hankkeissa ja kokemukset siirrettävyydestä ovat olleet hyviä. Suurin osa tässä julkaisussa esiteltävistä innovaatioista on tarkoitettu osaksi kunnan perustason mielenterveys- ja päihdetyötä.

Ensimmäisessä luvussa lasten ja nuorten mielenterveyden edistämisen innovaatioista esitellään psykiatrisen sairaanhoitajan työnkuva äitiys- ja lastenneuvolassa, kerrotaan masennusriskissä olevien yläkoululaisten stressinhallintakursseista ja muusta oppilas- ja opiskelijahuollon kehittämisestä. Lisäksi kuvataan sitä, miten varusmiespalveluksen keskeyttäneitä voidaan tukea ja ehkäistä näin syrjäytymiskehitystä, sekä sitä miten mielenterveys- ja päihdetyön ammattilaiset voivat tehdä yhteistyötä urheiluseurojen kanssa yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi.

Mielenterveyskuntoutujien hyvinvoinnin edistäminen -luvussa esitellään erilaisia ryhmämuotoisia menetelmiä kuntoutujien ja heidän omaistensa ja läheistensä tukemiseksi. Luvussa esitellään myös mielenterveyskuntoutujien suun terveyden edistämiseen kehitetty suuhygienisti-toimintamalli.

Mielenterveys kansalaistaidoksi -luvussa tutustutaan mielenterveyden ensiapu -koulutukseen ja sen tuloksiin sekä kuvataan, miten mielenterveys- ja päihdetyötä voidaan kehittää erilaisissa työyhteisöissä ja edistää näin työssäkäyvien hyvinvointia. Luvusta löytyy myös kuvaus siitä, miten ryhmämuotoinen depressiokoulu voidaan toteuttaa videon välityksellä silloin, kun välimatkat ovat pitkät. Lopuksi kerrotaan siitä, miten kotihoidon työntekijöiden mielenterveys- ja päihdeosaamista voidaan lisätä.

Päihdetyötä esitellään omassa kappaleessaan ja siinä kuvataan menetelmiä, joilla voidaan edistää päihteettömyyttä ja vaikuttaa alkoholin suurkuluttajiin. Kappaleessa kuvataan kouluissa toteutettua ehkäisevän päihdetyön viikkoa, sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten täydennyskoulutuksena toteutettua päihdeneuvoja-koulutusta sekä ravintolatyöntekijöiden ja alkoholin myyjien vastuullisen alkoholimyynnin koulutusta. Kappaleessa esitellään myös terveysaseman päihdehoitajan työmalli.

Viestinnällä ja strategialla vaikuttaminen -kappaleessa kerrotaan siitä, millaisessa roolissa viestintä on mielenterveys- ja päihdehankkeen toteutuksessa. Tämän lisäksi kuvataan miten kuntien mielenterveys- ja päihdestrategiatyötä voidaan systemaattisesti tukea sekä esitellään Masennustalkoot -kehittämismallin käyttöönottoa ja siirrettävyyttä Pohjanmaan alueella. Julkaisun lopussa Pohjanmaa-hanke, Sateenvarjo-projekti ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeet esitellään lyhyesti.

Avainsanat: mielenterveys, mielenterveyden edistäminen, ehkäisevä mielenterveystyö, mielenterveyshäiriöt, mielenterveystyö, päihteet, ehkäisevä päihdetyö, päihdeongelmat, päihdetyö

Resumé

I publikationen presenteras innovationer det vill säga nya sätt att utnyttja kompetens inom mentalvårds- och missbruksarbetet som tillkommit genom tre omfattande utvecklingsprojekt – Österbotten-projektet, Sateenvarjo-projektet och Lapplands projekt för mentalvårds- och missbruksarbetet. Projekten har samarbetat tätt sedan 2005. Många av de verksamhetsmodeller som presenteras i publikationen har prövats i projekten och erfarenheterna av överförbarheten har varit goda. Största delen av de innovationer som presenteras i publikationen är avsedda att utgöra en del av kommunens mentalvårds- och missbruksarbete på grundläggande nivå.

I det första kapitlet presenteras en beskrivning av en psykiatrisk skötares arbete på en rådgivningsbyrå för mödra- och barnavård bland innovationer för att främja barns och ungdomars mentala hälsa, och man berättar även om stresshanteringskurser för högstadiel elever som löper risk för depression och om andra sätt att utveckla elev- och studerandevården. Dessutom beskrivs hur man kan stödja dem som har avbrutit värnplikten och på det sättet hindra en utveckling mot utslagning, samt hur yrkesfolk inom mentalvårds- och missbruksarbetet kan samarbeta med idrottsföreningar för att uppnå gemensamma mål.

I kapitlet om främjande av välfärden för rehabiliteringsklienter inom mentalvården presenteras olika gruppmetoder för att stödja rehabiliteringsklienterna och deras anhöriga och närstående. I kapitlet presenteras också en verksamhetsmodell för tandhygienister som utvecklats för att främja munhygien hos rehabiliteringsklienter inom mentalvården.

I kapitlet mental hälsa som medborgarfärdighet ges en inblick i mentalvårdens förstahjälpsutbildning och resultaten som nåtts genom den samt beskrivs hur mentalvårds- och missbruksarbetet kan utvecklas i olika arbetsgemenskaper och på det sättet främja de arbetandes hälsa. I kapitlet finns också en beskrivning av hur depressionsskola i gruppform kan förmedlas via video när avstånden är stora. Slutligen berättas hur kompetensen inom mentalvårds- och missbruksarbetet hos de som arbetar med vård i hemmet kan ökas.

Missbruksarbetet presenteras i ett eget kapitel och i det beskrivs metoder, med vilka man kan främja drogfrihet och påverka storkonsumenter av alkohol. I kapitlet skildras en temavecka för preventivt alkohol och drogarbete som genomförts i skolor, alkohol- och drogrådgivarutbildning som genomförts som fortbildning för yrkesfolk inom social- och hälsovården samt utbildning i ansvarsfull försäljning av alkohol för restaurangpersonal. I kapitlet presenteras också en arbetsmodell för hälsostationens missbrukarvårdare.

I kapitlet om att påverka genom kommunikation och strategi berättas vilken roll kommunikationen spelar vid genomförandet av projektet för mentalvårds- och missbruksarbetet. Dessutom beskrivs hur kommunernas arbete med strategin för mentalvårds- och missbruksarbetet systematiskt kan stödjas samt presenteras hur utvecklingsmodellen Depressionstalko kan tas i användning och överföras inom Österbotten. I slutet av publikationen ges en kort presentation av Österbottenprojektet, Paraplyprojektet och Lapplands projekt för mentalvårds- och missbruksarbetet.

Nyckelord: mentalvård, främjande av mental hälsa, preventivt mentalvårdsarbete, mentala störningar, mentalvårdsarbete, alkohol och droger, preventivt alkohol- och drogarbete, missbruksproblem, alkohol- och drogarbete

Abstract

This publication is a presentation of innovations for effective use of knowledge and know-how in mental health and substance abuse work, developed in three extensive development projects: the Ostrobothnia project, the Sateenvarjo project and mental health and substance abuse projects in Lapland. All three projects have worked closely together since 2005. Many of the presented action models have been “cross-tested” in the projects, and the results have indicated quite good transferability. Most of the innovations presented in this publication are intended to form part of basic-level municipal mental health and substance abuse work.

The first chapter presents the job description of a psychiatric nurse working in a prenatal and child health clinic, tells about stress management courses for children in the upper level of comprehensive school who are at risk of depression, and describes the development of school and student health care. The chapter also describes how to prevent social exclusion among conscripts who interrupt their military service, and how professionals in mental health and substance abuse work can collaborate with sports clubs to achieve common goals.

Chapter 2 focuses on mental health rehabilitation patients and how to improve their wellbeing. It describes various group-based methods of supporting rehabilitation patients and their friends and family. In addition, the chapter presents a “dental hygienist model”, which is aimed at promoting oral health among mental health rehabilitees.

The next chapter explores mental health first aid (MHFA) and looks at the results of MHFA training. It also describes how mental health and substance abuse work can be developed in different work communities to promote the wellbeing of employed people. The chapter also provides a short description of how group-based “depression school” exercises can be carried out long-distance, by using video. The chapter ends with a description of how to increase the knowledge and know-how of home-care professionals in terms of mental health and substance abuse.

Chapter 4 discusses substance abuse prevention and describes methods for promoting substance-free lifestyles and influencing heavy drinkers. The chapter looks at substance abuse prevention in schools, substance abuse counselling training in continuing education for social and health care professionals, and responsible alcohol sales training for restaurant workers and alcohol sales staff. Chapter 4 also presents a work model for substance abuse nurses in health centres.

Chapter 5 draws attention to communication and strategy as tools of influence, and discusses the role of communication in implementing a mental health and substance abuse project. It also describes how to systematically support municipal strategies for mental health and substance abuse work, and looks at the implementation and transferability of the “Ostrobothnian alliance against depression” model in Ostrobothnia. Chapter 6 briefly describes all three extensive development projects: the Ostrobothnia project, the “Umbrella project” and the mental health and substance abuse projects in Lapland.

Keywords: mental health, mental health promotion, preventive mental health work, mental disorders, mental health work, alcohol and drugs, substance abuse prevention, substance abuse, alcohol and drugs interventions

Čoahkkáigeassu

Publikašuvnnas buktojuvvojit ovdan golmma viiddes mielladearvvašvuohta- ja gárrenávnnasbarggu ovddidanfidnus – Nuortabađaeanan-fidnus, Sateenvarjo-prošeavttas sihke Lappi mielladearvvašvuohta- ja gárrenávnnasbarggu fidnuin – šaddan mielladearvvašvuohta- ja gárrenávnnasbarggu innovašuvnnat dehege odđa vuogit atnit ávkki máhtu. Fidnut leat bargan hui lávgalas ovttasbarggu jagi 2005 rájes. Mánngat publikašuvnnas ovdanbuktojuvvon doaibmamáallet leat geahččaluvvon ruossut doarrás ja muosáhusat sirddehahttivuođas leat leamaš buorit. Eanas dán publikašuvnnas ovdanbuktojuvvon innovašuvnnain leat dárkkuhuvvon gieldda vuodđodási mielladearvvašvuohta- ja gárrenávnnasbarggu oassin.

Vuosttaš logus mánáid ja nuoraid mielladearvvašvuođa ovddideami innovašuvnnain ovdanbuktojuvvo psykiatralaš buohcci dikšu bargogovva etniid- ja mánáidrávvehagas, mitaluvvo badjedási skuvlalaččaid, geat leat vára vuolde nuonddahallat, streassahálldašangurssain ja muđuid oahppi- ja studeantafuolahusa gárgeheamis. Dasa lassin govviduvvo dan mot militeara bálvalusa gaskkalduhtán olbmot sáhttet dorjojuvot ja eastaduvvot ná eretduvdásangárganeapmi, sihke dat mot mielladearvvašvuohta- ja gárrenávnnasbarggu ámmátolbmot sáhttet ovttasbargat falášstallanserviiguin oktasaš ulbmiliid joksama várás.

Mielladearvvašvuođa veajuiduvviid buoredili ovddideapmi –logus buktojuvvojit ovdan sierralágán joavkohámat vuogit veajuiduvviid ja sin oapmahaččaideaset ja lagamuččaideaset doarjuma várás. Logus buktojuvvo ovdan maid mielladearvvašvuođa veajuiduvviid njálmmi dearvvašvuođa ovddideapmái gárgehuvvon njálbmehygienista-doaibmamáalle.

Mielladearvvašvuohta riikkavulošvuohtamáhtun –logus oahpásnuvvo mielladearvvašvuođa vuosttašveahkki –skuvlejupmái ja dan bohtosiidda sihke govviduvvo, mot mielladearvvašvuohta- ja gárrenávnnasbargu sáhttá gárgehuvvot sierralágán bargoservošiin ja ovddiduvvot dáinna lágiin bargiid buoredili. Logus gávdno maid govvádas das, mot joavkohámat deprešuvdnaskuvla sáhttá ollašuhthuvvot video bakte dalle go leat guhkes gaskkat. Loahpas mitaluvvo, mot ruoktodikšuma bargiid mielladearvvašvuohta- ja gárrenávnnasmáhttu sáhttá lasihuvvot.

Gárrenávnnasbargu buktojuvvo ovdan iežas logus ja das govviduvvojit vuogit, maid mielde sáhttá ovddiduvvot čielggusvuohta ja váikkuhuvvot olbmuide, geat geavahit alkohola hui olu. Logus govviduvvo skuvllain ollašuhthun eastadeaddji gárrenávnnasbarggu vahku, sosiála- ja dearvvašvuohtasuorggi ámmátolbmuid dievasmahtti skuvlejupmin ollašuhthuvvon gárrenávnnasneavvu skuvlejupmi sihke restauráŋgabargiid ja alkohola vuvdiid vásttolaš alkoholavuodima skuvlejupmi. Logus buktojuvvo ovdan maiddái dearvvašvuohtaguovddáža gárrenávnnasdikšu bargomáalle.

Gulahallamiin ja strategijain váikkuheapmi –logus mitaluvvo das, makkár rollas gulahallan lea mielladearvvašvuohta- ja gárrenávnnasfidnu ollašuhthimis. Dása lassin govviduvvo mot gielddaid mielladearvvašvuohta- ja gárrenávnnasstrategijabargu sáhttá systemáhtalaččat dorjojuvot sihke buktojuvvo ovdan Nuonddahallanálbmogasbargu –gárgehanmáalle atnuiváldin ja sirddehahttivuohta Nuortabađaeatnama guovllus. Publikašuvnna loahpas Nuortabađaeanan-fidnu, Arvesuodje-prošeakta ja Lappi mielladearvvašvuohta- ja gárrenávnnasbarggu fidnut ovdanbuktojuvvojit oanehaččat.

Čoavddasánit: mielladearvvašvuohta, mielladearvvašvuođa ovddideapmi. eastadeaddji mielladearvvašvuohtabargu, mielladearvvašvuohtahehttehusat, mielladearvvašvuohtabargu, gárrenávnnasat, eastadeaddji gárrenávnnasbargu, gárrenávnnasproblemat, gárrenávnnasbargu

1 Lasten ja nuorten mielenterveyden edistäminen

Tulevaisuus on lapsissa ja nuorissa. Jollemme kannu huolta heidän hyvinvoinnistaan, niin mistä sitten? Melkein kaikki lapset käyvät neuvoloissa ja kouluissa ja ne ovat näköalapaikkoja, joissa tarjoutuu tilaisuus vaikuttaa lasten ja perheiden elämään. Viimeinen yhteinen tapaaminen nuorten miesten kanssa ovat kutsunnat, sen jälkeen kukin lähtee omille teilleen, eikä koko ikäluokalle kohdennetulle hyvinvoinnin edistämiseksi ole areenaa.

Psykiatrisen sairaanhoitajan työnkuva neuvolassa

Maria Vuorilehto, Lauri Kuosmanen, Sirpa Kumpuniemi

Tausta

Joka kymmenes vastasyntyneen äiti kärsii voimia kuluttavista masennusoireista juuri silloin kun pitäisi vastata vauvan turvan, huolenpidon ja vuorovaikutuksen tarpeisiin. Äidin pitkään jatkuva masennus voi altistaa vauvan stressikokemukselle, joka myötävaikuttaa myöhemmin masennukseen tai muihin häiriöihin sairastumisessa. Monet äitiyden myytteihin ja stigmaan liittyvät syyt saattavat estää äitejä ilmaisemasta negatiivisia tunteita neuvolassa, joka muuten olisi luonteva paikka niiden käsittelylle. Myös neuvolassa työskenteleville mielenterveysoireista kysyminen ja niiden käsittely voi olla vierasta.

Neuvolatyön käsikirjassa (Armanto & Koistinen 2009) on suositeltu masennusoireiden seulomista neuvolassa Edinburgh Postnatal Depression Scale -kyselyllä (EPDS) viimeistään kahden kuukauden kuluessa synnytyksestä, mikäli seulonnassa todettiin masennusoireisiin on mahdollisuus puuttua. Masennuksen ennaltaehkäisyyn ja lievien oireiden hallintaan on kehitetty tehokkaita ryhmämuotoisia menetelmiä, kuten esimerkiksi Depressiokoulu-nimellä tunnettu menetelmä (Koffert & Kuusi 2007).

Tavoitteet

Vantaalla, jossa syntyy vuosittain 2700–2800 lasta, haluttiin uudella työnjaolla, toimintatavalla ja osaamista kehittämällä luoda neuvoloihin käytäntö, jossa masennusoireet tunnistetaan mahdollisimman kattavasti ja varhaisessa vaiheessa. Lisäksi tavoitteena oli tarjota äideille tukea, masennuksen ennaltaehkäisyä ja vuorovaikutuksen malleja uuden perheenjäsenen kanssa sekä varmistaa sujuva psykiatriseen hoitoon pääsy tarvittaessa (Kumpuniemi ym. 2009, Kuosmanen ym., käsikirjoitus).

Psykiatrisen sairaanhoitaja neuvolatyöntekijänä

Käytäntöjen kehittämisestä ja koordinaatiosta vastasi kokopäiväisenä projektityöntekijänä kokenut psykiatrisen sairaanhoitaja. Psykiatri toimi taustatukena kliinisenä ohjaajana ja konsultoijana. Psykiatrisen sairaanhoitajan tehtävänä oli työskennellä hankkeen aikana keskimäärin vuoden kerrallaan noin 40 000 väestöpohjasta vastaavassa neuvolajärjestelmässä, jossa on useita neuvolayksiköitä. Uudelle alueelle siirtyessään hoitaja jäi harvajaksoisesti konsultoimaan vanhoja alueita. Hoitajan työ koostui neuvola-asiakkaiden yksilötapaamisista, tapaamisista yhdessä asiakkaan muiden työntekijöiden kanssa, työntekijöiden kouluttamisesta ja konsultoinnista.

Lisäksi psykiatrisen sairaanhoitaja on koordinoinut ja kehittänyt ryhmämuotoisia toimintoja sekä osallistunut ryhmien ohjaamiseen. Sekä ryhmien ohjaajat että varhaisen vuorovaikutuksen koulutuksessa olevat neuvolatyöntekijät tarvitsevat työnohjausta, joka on soveltunut hyvin hoitajan tehtäväksi. Hän on myös vastannut sujuvan hoitoketjun luomisesta yhteistyössä muiden mielenterveystoimijoiden kanssa tilanteisiin, joissa neuvolan apu ei ole riittävää.

Masennusoireiden tunnistaminen neuvolassa

Vanhempien tietämyksen lisäämiseksi synnytyksen jälkeisestä masennuksesta ja siihen saatavasta avusta tehtiin esite, jota jaetaan perhevalmennuksen yhteydessä sekä uudelleen synnyttäjille raskausviikolla 30 tai viimeistään jälkitarkastuksen yhteydessä (Sateenvarjo-projekti 2009a). EPDS-seulan käytön harjoittelu aloitettiin Vantaalla joissakin neuvoloissa jo vuonna 2003. Hankkeen aikana seula liitettiin kaikissa Vantaan neuvoloissa jälkitarkastuksen yhteyteen tai viimeistään vauvan 4-kuukautiskäynnille. EPDS-seula täytetään käynnin yhteydessä vastaanotolla. Joissain neuvoloissa neuvolalääkäri ottaa jälkitarkastuksen yhteydessä heti kantaa korkeisiin pisteisiin. Psykiatrinen sairaanhoitaja on osallistunut myös lääkehoitoa aloittavien äitien toipumisen seurantaan depressiohoitajamallin mukaisesti (Vuorilehto ym. 2008).

Jos EPDS-seulassa on yli 12 pistettä, pyritään järjestämään äidin, vauvan, mahdollisuuksien mukaan isän, terveydenhoitajan ja psykiatrisen sairaanhoitajan yhteinen tapaaminen. Siinä kartoitetaan perheen omaa tukiverkostoa, kerrotaan neuvolan palveluista ja mietitään äidille ja perheelle sopivaa tukea ja hoitoa. Yhteistapaamisilla terveydenhoitajalla on mahdollisuus kehittää osaamistaan masennusoireista kärsivän äidin ja perheen kanssa työskentelyä.

Iloa Varhain -ryhmät

Depressiokoulu -ryhmämalliin lisättiin teemoja, jotka liittyvät äidin ja vauvan keskinäiseen vuorovaikutukseen, vanhemmuuteen ja sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen. Vauvat otettiin mukaan ryhmien jäseniksi. Uudet teemat ja vauvan mukana oloon liittyvät tarpeet koottiin erilliseen Iloa Varhain -käsikirjaan, jota voi käyttää täydentämään Depressiokoulu-käsikirjaa (Sateenvarjo-projekti 2009b).

Iloa Varhain -ryhmiä voivat ohjata esimerkiksi terveydenhoitajat, neuvolan psykologit tai perhetyöntekijät pareittain. Hankkeen aikana osa neuvolan työntekijöistä sai Depressiokoulu -ohjaajakoulutuksen. Muut neuvolan terveydenhoitajat ja perhetyöntekijät ovat voineet osallistua työntekijöiden omaan depressiokouluryhmään, jossa tavoitteena on ollut vahvistaa työntekijöiden ymmärrystä, uskallusta ja osaamista masennuksen puheeksi ottamisessa, tukea heitä äitien ohjaamisessa ryhmiin sekä myös edistää heidän omaa työssä jaksamista.

Iloa varhain -ryhmä kokoontuu kerran viikossa kahdeksasta kymmeneen kertaan. Mukana voi olla 4–5 äitiä vauvoineen. Ryhmässä opetellaan tunnistamaan omia tunteita ja mielialoja sekä pyritään toimintojen ja ajatusten avulla vaikuttamaan niihin. Ryhmät sopivat kaikille halukkaille, joilla ei ole päihdeongelmaa, vakavaa mielenterveyshäiriötä tai ajankohtaista voimakasta stressitilannetta. Ryhmän voi koota myös odottavista äideistä. Erityisesti äidit, joilla on kohonnut depressioon sairastumisen riski, epävarmuutta vanhemmuudessa, huono tukiverkosto tai jotka ovat erityisen nuoria, voivat hyötyä ryhmistä.

Arviointia

Hankkeen aikana (2005–2008) uusi psykiatrisen sairaanhoitajan toimintamalli on ennättänyt kattaa 64 prosenttia – 127 000 kuntalaista – Vantaasta. Hoitaja on tavannut yhteensä 166 äitiä. Neuvoloissa on ohjattu yhteensä 30 depressiokoulumallista ryhmää, joihin on osallistunut yhteensä 142 äitiä tai raskaana olevaa naista ja 69 vauvaa. Psykiatrisen sairaanhoitajan tapaamista neuvolan asiakkaista kolmannes on tullut ensitapaamiselle jo raskauden aikana. Tavatuista äideistä yhdeksän prosenttia oli alle 20-vuotiaita ja 17 prosenttia yli 35-vuotiaita. Ensisynnyttäjiä oli viidennes. Yleensä terveydenhoitaja ohjasi äidin tapaamiseen EPDS-pisteiden perusteella arvioidun masennusoireiston vuoksi. Muita tapaamisten syitä olivat muun muassa parisuhdeongelmat, elämäkriisi tai paniikkihäiriö. Noin kolmannes hoitajan luona käyneistä äideistä oli aikaisemminkin hakenut apua psykiatrisiin ongelmiin ja 11 prosentilla oli masennuslääkitys ennestään. Kolmannekselle aloitettiin tapaamisten aikana masennuslääkitys. Kahdelle kolmasosalle äideistä riitti 1–2 käyntiä, loput tarvitsivat 3–8 käyntiä. Äitien EPDS-pisteet laskivat selvästi tapaamisten aikana. Ennen tapaamisia 73 prosenttia äideistä sai yli 12 pistettä ja tapaamisten jälkeen enää 27 prosenttia. Kaksi kolmasosaa hoitajan tapaamista äideistä ei tarvinnut enää muuta mielenterveyshoitoa neuvolan ulkopuolelta. Noin kymmenesosa sai jatkohoitoa erikoissairanhoidosta, muita ohjattiin muun muassa depressiohoitajille, omaan psykoterapiaan, pariterapiaan, perheneuvolaan tai lastensuojelun asiakkaaksi.

Yhteistapaamisia psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa on pidetty hyvänä menetelmänä oppia muun muassa suoraan kysymistä sekä empaattista ja kuitenkin arkista tapaa kohdata äidit. Tapaamisten järjestämisestä on hankaloittanut terveydenhoitajien kiireinen työtahti. Neuvoloiden työntekijöiden mielestä EPDS-seula on hyvä työväline, jonka avulla on helppo avata keskustelu psyykkisestä voinnista ja jaksamisesta. Se ei kuitenkaan ole apuväline kovin erilaisista kulttuureista muuttaneiden tai tuttuja kieliä osaamattomien äitien kanssa, joilla voi olla kuitenkin runsaasti mielenterveysongelmia.

Hankeen aikana neuvolatyöntekijöiden asenne tarpeenmukaista masennuslääkitystä kohtaan muuttui selvästi positiivisemmaksi ja sen käyttötarve tunnistettiin aikaisempaa paremmin. Ryhmien ohjaaminen on kiinnostanut työntekijöitä ja koulutukseen on ollut halukkuutta. Yli 20 neuvolan terveydenhoitajaa, perhetyöntekijää ja psykologia on saanut Depressiokoulu-ohjaajakoulutuksen ja 27 on osallistunut työntekijöille tarkoitettuihin ryhmiin. Muiden töiden kasautuminen ryhmien ohjaamisen aikana on koettu ongelmaksi.

Johtopäätökset

Neuvolassa on hyvät mahdollisuudet ennaltaehkäistä, tukea ja hoitaa raskaana olevien ja synnyttäneiden äitien masennusoireita tutuissa olosuhteissa. Valtaosalle masennusriskissä olevista oireilevista äideistä riittää neuvolatyöntekijöiden ohjaaman ryhmän apu tai muutama tapaaminen psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Psykiatrista sairaanhoitajaa tarvitaan koordinoimaan ryhmätoimintaa, konsultoimaan ja tukemaan tarvittaessa lääkehoidon toteutumista tarkoituksenmukaisesti. Lisäksi psykiatrisen sairaanhoitajan on mahdollista päivittää mielenterveyteen liittyvää osaamista ja antaa työnohjausta. Hoitoketjujen ylläpitäminen ja intensiivisempää hoitoa tarvitsevien ohjautuminen erikoissairaanhoidon edellyttää mielenterveyshäiriöihin perehtyneisyyttä, jota neuvolatyöntekijöillä usein on melko niukasti.

Yhden psykiatrisen sairaanhoitajan tarve on suurin piirtein alueella, jossa on 400–600 synnytystä vuodessa. Psykiatrin konsultaatiomahdollisuus on välttämätön. Iloa varhain- tai depressiokouluryhmiä kannattaisi ohjata vähintään yksi syksyisin ja yksi keväisin vastaavalla alueella. Käytännössä se tarkoittaa jatkuvaa ohjaajakoulutusta. Työaika ryhmien ohjaaminen vie kolmisen tuntia viikossa kahdeksan viikon ajan, joten se edellyttää töiden järjestelyä sille ajalle. Ryhmiin osallistuneiden äitien vointia on tarkoitus jatkossa tutkia seurantakyselyllä.

Yhteistyötä neuvolalääkäreiden kanssa voidaan tehostaa niin, että äidin masennuksen diagnostisointi ja lääkitystarpeen arviointi tapahtuu neuvolassa, jossa he tapaavat äitejä useita kertoja raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Lääkityksen ja hoidon seuranta sopii hyvin neuvolan psykiatrisen sairaanhoitajan työksi.

Oppilas- ja opiskelijahuollon kehittäminen

Pia Fraktman, Minna Laitila

Tausta

Suomalainen koulujärjestelmä kohtaa, tai ainakin sen pitäisi kohdata, koko ikäluokan. Juuri tämän vuoksi koulu tarjoaa otollisen areenan terveyden edistämiseen ja haittojen ennaltaehkäisyyn. Opettaja on usein avainasemassa, yhdessä vanhempien kanssa, tunnistettaessa lasten ja nuorten psyykkistä oirehdintaa. Opettajilla on paljon osaamista ja hiljaista tietoa sekä ennen kaikkea välittämistä. Kouluissamme on nykyisellään käytössä useita erilaisia hyviä ja toimivia menetelmiä sekä erilaisia toimintatapoja, joita ei välttämättä ole kirjattu mihinkään tai muutoinkaan mallinnettu. Kouluilla on tietoa niistä ajankohtaisista asioista ja ongelmista, jotka vaikuttavat lasten ja nuorten jaksamiseen. Se voi olla osin jäsentymätöntä ja hajanaista, mutta sitä on. Kouluissa on myös näkyvissä halu kehittää omaa toimintaansa siten, että voitaisiin aidosti tarjota niitä hyvää kasvua ja kehitystä tukevia kohtaamisen areenoita yhdessä kotien kanssa.

Tavoite

Keväällä 2006 aloitetun kehittämistyön kautta haluttiin arvioida oppilas- ja opiskelijahuoltotyön toimivuutta ja kehittämistarpeita, tiivistää seudullisia yhteistyöverkostoja, hankkia tietoja hyvistä käytänteistä sekä välittää niitä. Lähtökohtaisesti haluttiin, että kehittämistyöstä tulisi riittävän konkreettista ja toimijoiden tarpeista lähtevää. Samanaikaisesti haluttiin ohjata kehittämistyöhön lähteneitä kouluja siten, että kehittämistyö tapahtuisi sille asetetun viitekehysten sisällä. Viitekehys rakennettiin mielenterveyden, päihteiden ja syrjäytymisen tematiikan ympärille.

Toiminta

Kevään 2007 aikana kaikkiaan 25 koulua ilmoitti halukkuutensa osallistua kehittämistyöhön. Mukaan lähti alakouluja, yläkouluja, II-asteen ammatillisia oppilaitoksia ja lukioita tavoitellulta alueelta.

Ilmoittautumisten yhteydessä kouluja pyydettiin nimeämään kehittämistyöhön osallistuvat henkilöt sekä linjaamaan olennaisimmat kehittämistarpeensa.

Työskentelyvaiheen prosessi eteni ilmoittautumisten kautta alueellisiin avausseminaareihin, joissa varsinaiset pienryhmät muodostettiin. Avausseminaarien tavoitteena oli antaa osallistuville kouluille lisää tietoa kehittämistyön viitekehyksestä, sen prosessista, kirkastaa koulukohtaisia kehittämistavoitteita sekä muodostaa pienryhmät noiden kehittämistarpeiden perusteella.

Itse pienryhmät kokoontuivat kaikkiaan kolme kertaa. Lisäksi pienryhmillä oli mahdollisuus työstää tavoitteitaan tapaamisten välillä muun muassa sähköpostin avulla. Työskentely pienryhmissä alkoi asteittain ensimmäisten ryhmien alkaessa toukokuussa ja viimeisten ensitapaamisten ollessa syyskuussa. Pienryhmätyöskentelyvaiheessa ryhmät kokoontuivat, muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta, kolme kertaa. Syksyn aikana pienryhmille tarjottiin maksuttomia koulutuksia teemoihin liittyen.

Pienryhmätyöskentelyvaiheen päättymistä seurasivat alueelliset päätösseminaarit, joissa työryhmät esittelivät senhetkisessä tilassa olevat tuotoksensa. Alueelliset päätösseminaarit tarjosivat työryhmille mahdollisuuden saada asiantuntijoiden ja toisten ryhmäläisten kommentteja kehittämistyöhönsä. Alueellisissa päätösseminaarissa sovittiin myös kaikille yhteisen loppuseminaarin sisällöistä. Yhteisessä loppuseminaarissa esiteltiin tehtyä kehittämistyötä liittäen se osaksi laajempaa lasten ja nuorten hyvinvoinnin tarkastelua.

Arviointia

Kehittämistyö koulujen kanssa oli haasteellista ja ennen kaikkea antoisaa. Ensimmäisen yllätyksen muodosti osallistuneiden koulujen odotettua suurempi määrä ja sitoutumisen aste. Kehittämistyöstä jättäytyi pois koko prosessin aikana ainoastaan neljä koulua. Suurin syy poisjättäytymiseen oli kaikkien osalta aikataululliset ongelmat. Aikataulu osoittautui haastavaksi myös kehittämistyössä mukana pysyneiden koulujen osalta. Pienryhmien tapaamisten sopiminen oli paikoin vaikeaa. Resurssien vähäisyys ja kiire rajaavat koulujen ajankäyttöä. Tahtoa osallistua on enemmän kuin rajalliset resurssit aina antavat myöden. Sama näkyi myös asiantuntijaluentojen osallistujamäärissä.

Pienryhmien työskentely venyi puoli vuotta suunniteltua pidemmäksi. Ison osan viiveestä aiheuttivat juuri ryhmien kokoontumisten järjestelyihin liittyvät vaikeudet. Toisaalta voidaan ajatella niinkin, että alun perin suunniteltu aikataulu oli valmiiksi kunnianhimoinen, eikä juuri ottanut huomioon työskentelyyn osallistuvien koulujen kehittämiseen käytössä olevia resursseja. Siinäkin valossa on erityisen hienoa todeta, kuinka paljon kouluilla nähtiin vaivaa, jotta kehittämistyölle saatiin tilaa.

Koko prosessin arvokkainta antia oli ryhmätyöskentelyn kautta tarjoutunut mahdollisuus koulujen väliseen tutustumiseen ja verkostoitumiseen henkilökohtaisen kohtaamisen kautta. Koulut verkostoituivat ja muodostivat, toivottavasti pysyviä, ”ystävyyssuhteita” keskenään. Kehittämistyö näytti vertaisoppimisen mahdollisuuksia ja tarjosi yhteisen näyn sille, mitä asioita voidaan saavuttaa, kun kehittämistyö sidotaan riittävän konkreettisiin tavoitteisiin ja prosessin sisäinen ohjaus jätetään kehitettävällä tasolla riittävän itsenäisesti ohjattavaksi.

Prosessissa koulut kehittivät käytännön asioita, jotka liittyivät koulun käytäntöihin, oppilaan kohtaamiseen ja koulun ulospäin suuntautuviin ”suhteisiin”. Näiden kehittämistyön kohteiden ympärille työryhmät tuottivat konkreettista materiaalia ja tuotosta. Kehittämistyöstä laadittiin raportti (Länsi-Suomen

läninhallitus 2008). Kokonaisuuden kannalta tulokset pyritään tulevaisuudessa saamaan muidenkin, tällä kertaa kehittämistyön ulkopuolelle jääneiden koulujen käyttöön ja hyödynnettäviksi. Pienryhmätyössä näkyi koulujen henkilöstön kyky ja halu edelleen kehittää tekemäänsä työtä huolimatta arkityön paineista. Oppilaan hyvä todella ohjaa kaikkien kehittämistyössä mukana olleiden koulujen työtä. Koulut edustajineen olivat poikkeuksetta valmiita avaamaan työnsä tarkastelun alle. Koulut ovat valmiita muuttamaan olemassa olevia käytänteitään ja kehittämään uusia, jotta voivat yhä paremmin edistää oppilaidensa mielenterveyttä ja tarjota tukea riittävän varhaisessa vaiheessa ja silloin, kun se eniten on tarpeen.

Kehittämistyön positiivinen ja energinen vire valmisti toimijoita yhteistyöhön myös jatkossa. Kehittämistyön juurtumisen ja jatkuvuuden kannalta kehittämistyön tuleekin jatkua. Kehittämistyöstä saatu kokemus on osoittanut, että kouluilla on paitsi hiljaista tietoa, myös halua kehittää sisäisiä prosessejaan ennakkoluulottomasti. Tarjoamalla tarvittavaa tukea prosessinohjauksessa ja hiljaisen tiedon aukikirjoittamisessa päästään parhaisiin tuloksiin. Kehittämistyön ohjauksen kannalta merkittävää oli asiantuntijuuden laaja-alainen käyttö ja moniammatillinen kumppanuus.

Koululaisten stressinhallintakurssit oppilashuollon työkaluna

Kaisa Humaljoki, Maria Vuorilehto, Linnea Karlsson, Lauri Kuosmanen

Tausta

Oppilashuollon tehtävänä on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja ylläpitäminen. Nuorten terveysongelmista depressio on yksi tärkeimmistä. Sitä ennättää sairastaa noin kuudennes nuorista aikuisikään mennessä. Heistä harva saa kuitenkaan psykiatrasta hoitoa ja viive hoitoon saattaa olla vuosia. Ennaltaehkäisevien toimenpiteiden tutkiminen ja kehittäminen sekä varhainen depression tunnistaminen ovat siis tärkeitä oppilashuollon ja kouluterveydenhuollon haasteita. (Karlsson ym. 2005.)

Yksi depression sairastumiseen vaikuttavista monista tekijöistä on pitkittynyt stressi. Alavireisyyden oireet ja stressaantumisen kokemukset saattavat edeltää varsinaista sairautta, jonka alkamisikä on usein 15-vuotiaasta ylöspäin. Ennaltaehkäisyn tulisi siis kohdistua viimeistään 13–14-vuotiaisiin. Stressin hallintaan on koululaisille kehitetty USA:ssa kurssi, joka tutkimusten mukaan vähentää nuorten riskiä sairastua depression (The Adolescent Coping with Stress, CWS) (Clarke ym. 2001). Ruotsissa stressinhallintaa on opetettu joillakin alueilla tytöille oppiaineena.

Vantaalla (195 239 asukasta vuonna 2008) on kahdeksasluokkalaisia noin 2500. Tutkimusten mukaan heistä 10 prosentilla on riski sairastua masennukseen. Vantaalla tämä tarkoittaa 250 masennusriskissä olevaa 8-luokkalaista.

Tavoitteet

Suomalaiseen oppilashuoltoon tarvitaan nuorten depression ennaltaehkäisyn malli ja menetelmä, joita pitää testata ja juurruttaa käytäntöön. Menetelmän vaikuttavuutta pitää tutkia ja verrata tavanomaisiin käytäntöihin, jotta saadaan todellista näyttöä toiminnan tehokkuudesta. Vantaalla menetelmäksi valittiin The Adolescent Coping with Stress -kurssi ja se kohdennetaan 8-luokkalaisiin, jotka kouluterveystarkastuksessa ilmaisevat masennuksen oireita. Vaikuttavuustutkimuksesta vastaa THL ja muina monikeskustutkimuksen kumppaneina ovat Turku ja Kuopio.

Menetelmä

MAESTRO-kurssin puitteet

The Adolescent Coping with Stress -kurssin suomalainen versio nimettiin MAESTRO:ksi (MAseennuksen Ehkäisyä STressinhallintaa Oppimalla). MAESTRO-kurssi koostuu kahdeksasta erillisestä 90 minuutin ryhmäistunnosta ja yhdestä seurantatapaamisesta puolen vuoden kuluttua. Tapaamiset ovat kerran viikossa

koulupäivän aikana. Kurssille voi osallistua kerrallaan 5–7 oppilasta. MAESTRO-kurssien ohjaajaparina toimivat koulutetut oppilashuoltotyöryhmän työntekijät: kouluterveydenhoitajat, kuraattorit ja psykologit. Ohjaajilla on käytössään työkirjat, joissa on tarkat ohjeet sekä tuntien sisällöstä että ohjaajan roolista. Nuoret täyttävät omaa työkirjaa oppituntien aikana ja tapaamisten välillä.

Kurssille valikoituminen

Yläkoulujen 8. luokan terveystarkastuksessa oppilaat täyttävät R-BDI-mielialaseulan (Raitasalo 1995) valtakunnallisten suositusten mukaisesti (STM 2008). Niille oppilaille, jotka saavat R-BDI-pisteiksi 5–15, tarjotaan mahdollisuus osallistua MAESTRO-kurssille, koska heillä arvioidaan olevan lieviä masennusoireita ja kohonnut riski sairastua depression. Myös ne oppilaat, jotka kokevat stressin kuormittavan heitä, voivat osallistua kurssille.

MAESTRO-kurssin sisältö

MAESTRO-kurssilla nuorille opetetaan stressinhallintataitoja ja vahvistetaan heillä jo olevia taitoja. Heille muodostuu kurssin aikana "immunitaatti" depression sairastumiselle, vaikka olisikin riskitekijöitä. Kurssilla nuoret oppivat omien tunteiden, ajatusten ja käyttäytymisen sekä näiden välisten yhteyksien havainnointia sekä taitoja muuttaa omia toimintatapojaan siten, että stressi esimerkiksi elämän muutostilanteissa lievittyy. Kurssi perustuu kognitiivisen psykoterapian viitekehykseen.

Ohjaajakoulutus

MAESTRO-ohjaajien ensimmäiset koulutukset räätälöitiin ruotsalaisten kokemusten perusteella. Koulutus koostuu yhden päivän teoreettisesta yleiskoulutuksesta ja noin kymmenen hengen ryhmissä tapahtuvasta menetelmäkoulutuksesta, jossa kahden päivän aikana käydään läpi MAESTRO-kurssin sekä ohjaajan että nuoren työkirja. Koulutukseen sisältyy myös yhden MAESTRO-ryhmän ohjaaminen ja sen aikana neljä kahden tunnin työnohjausta. Ensimmäisinä ohjaajien kouluttajina ovat toimineet menetelmään perehtyneet oppilashuollon työntekijät sekä nuorisopsykiatrian ja kognitiivisen psykoterapian asiantuntijat. Työnohjaajina ovat toimineet nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoitajat.

Tutkimus

Monikeskustutkimuksen tutkimusnuorten rekrytointi käynnistyy kevätlukukaudella 2009. Tutkimussuunnitelmille on saatu Vantaan asianomaisten viranomaisten luvat sekä eettisen toimikunnan luvat.

Työaikaresurssi

MAESTRO-kurssien ohjaaminen vie ohjaajilta työaikaan 13,5 tuntia (8x90 minuuttia varsinaiset kurssikerrat sekä 90 minuutin seurantatapaaminen). Lisäksi ohjaajien on varattava aikaa kurssien suunnitteluun, järjestelyihin ja istunokertojen purkamiseen, yhteensä noin 20–25 tuntia/ohjaaja/ryhmä.

Tulokset

Nuorten palaute

Nuoret ovat pitäneet MAESTRO-kurssia hyödyllisenä. He ovat yleensä saavuttaneet itselleen alussa asettamat tavoitteet, esimerkiksi koestressin lieventymisen. He ovat kokeneet saaneensa lisää varmuutta ihmissuhteisiin liittyvissä kysymyksissä. Vertaistuen myötä nuoret ovat huomanneet, etteivät he ole ainoita, joilla on kuormittavaa stressiä ja alakuloinen mieliala. Usein nuoret toivovat kurssin kestävän pidempään ja jatkotapaamisia olevan enemmän.

Ohjaajien palaute

Ohjaajat ovat kokeneet menetelmän vaikuttavaksi ja mielekkääksi. Ohjaajien mukaan nuoret tekevät tehtävät pääsääntöisesti ahkerasti, jolloin he myös omaksuvat hyvin kurssilla opittuja taitoja. Ohjaajien

huomioiden mukaan nuorten sosiaalinen kanssakäyminen, harrastustoiminta ja itsestään huolehtiminen lisääntyvät kurssin aikana. MAESTRO-kurssien ohjaaminen tukee oppilashuollon työntekijöiden moniammatillista työtapaa. Ohjaajat kokevat työkirjoista olevan apua myös yksilötyössä. Myös oppilaiden vanhemmat ovat suhtautuneet MAESTRO-kursseihin positiivisesti.

Haasteet

Ohjaajat kokevat ongelmalliseksi ja stressaavaksi MAESTRO-kurssien käytännön järjestelyt. Ohjaaminen vie melko paljon aikaa. Nuorten motivointi ja sitoutuminen ryhmään on koettu ajoittain haastavaksi. Koska R-BDI-kyselyyn vastaavat nuoret itse, heidän on mahdollista manipuloida kyselyn tuloksia ja joissain tapauksissa nuoret eivät ole ottaneet vakavasti kyselyn tarkoitusta.

Ongelmaksi on koettu myös se, että MAESTRO-kurssin käsitteet ovat sisällöllisesti ja kielellisesti vaativia. Sen vuoksi huonosti suomea osaavat tai huonot kognitiiviset taidot omaavat oppilaat ovat huonommassa asemassa, vaikka juuri heillä stressitekijöitä voi olla enemmän.

Johtopäätökset

Vantaan kokoisen kaupungin vuosittaisista 8-luokkalaisista noin 250:llä on riski sairastua depression. Oppilashuollolla on tarve uudentyyppisille työmuodoille, koska erikoissairaanhoidon resurssit ovat rajalliset ja jonotusajat pitkät, minkä vuoksi kouluilla tehtävä mielenterveystyö on tarpeellista ja kustannustehokasta.

MAESTRO-kurssi on jalkautettu vantaalaisiin kouluihin vuosien 2006–2009 aikana. Kynnys osallistua kurssille on matalampi, kun se on kouluissa vakiintunut oppilashuoltotyöryhmän työmuoto. Kurssille osallistuminen on helppoa omassa koulussaan koulupäivän aikana. Nuorempien, alle 14-vuotiaiden, oppilaiden tarpeisiin MAESTRO-kurssi ei vastaa, joten heille tarkoitettuun terveen kasvun ja kehityksen tukemiseen tarvitaan muita, perhekeskeisempiä menetelmiä (Humaljoki ym. 2009).

MAESTRO-kursseilla opittavien taitojen – mielialan tunnistaminen, vaihtoehtoisten ajatusten ja uskomusten muodostaminen sekä stressinhallinnan selviytymisstrategian muodostaminen – tulisi olla jokaisen oppilaan perusopetukseen kuuluvia. MAESTRO-kursseilla taitoja voivat oppia niitä erityisesti tarvitsevat 14–18-vuotiaat nuoret ja näin saada tukea selviytyäkseen aikuistumisen haasteista ilman depressiota.

Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -toimintamallin juurruttaminen

Jorma Posio, Veli-Pekka Rantanen, Marja-Sisko Tallavaara, Sirkku Valve

Tausta

Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -toimintamalli on kuntien, Puolustusvoimien, Siviilipalveluskeskuksen ja Työ- ja elinkeinoministeriön yhteistyömalli, jonka avulla edistetään kutsuntaiässä olevien hyvinvointia, ehkäistään elämäntilanteeseen liittyvien ongelmien vaikeutumista ja autetaan ongelmien ratkaisussa. Toiminta kohdistuu kutsuntaikäisiin ja varusmiespalveluksen aloittaviin miehiin sekä yli 40 vuorokautta palveluksessa olleisiin naisiin. Toimintamalli on kehitetty vuosina 2004–2007 Helsingin ja Vantaan kaupunkien, Puolustusvoimien, Työministeriön ja Stakesin (nykyisin THL) yhteisessä hankkeessa (Stengård ym. 2008a). Toimintamallia on toteutettu pääkaupunkiseudulla, Kainuussa, Pohjois-Savossa, Pohjois-Karjalassa ja Pohjanmaalla ja sen vaikuttavuus on todettu hyväksi (Stengård 2008b, 2008c). Lappiin toimintamalli laajennettiin vuonna 2007.

Tässä artikkelissa kerrotaan menetelmän käyttökokemuksista Lapissa, jossa toimintamalli otettiin käyttöön heinäkuussa 2007. Toimintamallia testattiin 12 Lapin sairaanhoitopiirin kunnassa. Stakes koulutti Aikalisä-ohjaajien perehdyttäjiksi yhden työparin Rovaniemelle ja kunnat nimesivät kaksi Aikalisä-ohjaajiksi perehdytettävää työntekijää: toinen sosiaali- ja toinen terveystoimesta. Ohjaajat ovat perustyössä kunnan sosiaali-, terveys- tai opetuslalla tai erikoissairaanhoidossa ja he toteuttavat toimintamallia osana

omaa työtään. Ohjaajat ovat taustakoulutukseltaan sairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia, sosiaalityöntekijöitä, sosiaaliohjaajia, terveydenhoitajia ja psykologeja.

Menetelmä

Toimintamallia on kehitetty yhteistyössä kunnan sosiaali- ja terveystoimen henkilöstön, Aikalisäohjaajien ja Puolustusvoimien edustajien kanssa. Kutsuntaikäisille miehille lähetetään Puolustusvoimien aluetoimistojen kutsuntakirjeen mukana Aikalisä-tiedote, jossa on kuntien Aikalisä-perehdyttäjien ja ohjaajien yhteystiedot. Mies voi halutessaan ottaa yhteyttä ohjaajiin jo ennen kutsuntatarkastusta. Varusmiespalveluksensa jo aloittaneet miehet ja naiset voivat saada Aikalisä-ohjauksen suoraan varuskunnan sosiaalikuraattoreilta tai lähetteen kotikunnan ohjaajalle.

Kutsunnoissa järjestetään Aikalisä-ohjaajan pitämä oppitunti ja ohjaajilla on kutsunnoissa erikseen varattu toimipiste, jossa miehet voivat halutessaan tai lautakunnan ohjaamana saada henkilökohtaista ohjausta. Kutsuntatarkastuksen yhteydessä Aikalisä-ohjausta tarjotaan myös terveydenhoitajan tai lääkärin arvion perusteella. He ohjaavat miehen kunnan Aikalisä-ohjaajille, terveydenhoitajille tai fysioterapeuteille. Tavoitteena on varhaisessa vaiheessa vaikuttaa varusmiespalvelusta vaikeuttaviin tekijöihin, kuten unihäiriöihin, ylipainoon, huonoon fyysiseen kuntoon, masennukseen tai päihdeongelmiin. Aikalisä-ohjauksella näihin ongelmiin voidaan vaikuttaa ja palveluksen keskeyttämisää vähentää. Mielenkiintoista on, että monellakaan nuorista miehistä ei ole ollut aikaisempaa kontaktia sosiaali- tai terveydenhuoltoon näiden ongelmien perusteella.

Ohjaamisessa Aikalisä-ohjaaja on aktiivinen ja pyrkii tavoittamaan nuoren puhelimella, tekstiviestillä, sähköpostilla tai kirjeellä ennen varsinaista ohjaustilannetta. Ohjaustilanteita on järjestetty hyvin erilaisissa paikoissa: työpaikoilla, kirjastossa, kahviloissa ja ”autotoimistossakin”. Asiakaskäyntien kirjaamisessa on monenlaisia käytäntöjä. Lapissa ohjattua nuorta ei ole haluttu kirjata ohjauksen aikana asiakkuuteen leimautumisen ehkäisemiseksi. Toisaalta toiminnan dokumentoimisen ja arvioinnin takaamiseksi jonkinlainen kirjaaminen on tärkeää, ja tätä on kehitetty Rovaniemellä sosiaalitoimessa.

Nuorten aikalisä

Aikalisä-toimintamallista on kehitelty oma versio erityisesti ammatillisten oppilaitosten käyttöön. Toimintamallin käyttöön on vauhdittanut huoli opintojen keskeyttämisistä ja nuorten syrjäytymisestä. Riski syrjäytyä ja pudota ”ei minnekään” on suuri juuri niillä nuorilla, jotka keskeyttävät opintonsa ja jäävät koulutuksen ulkopuolelle. Toimintamallin kehittämisessä keskeisinä tavoitteina oli keskeyttämisten ehkäisy, opintojen jatkaminen ja nuorten tukeminen keskeyttämistilanteessa. Yhteinen pohdinta aloitettiin siitä, mitä oppilaitoksen sisällä voitaisiin ja pitäisi tehdä ennalta ehkäisevästi niin, että keskeyttämisten määrä jäisi mahdollisimman vähäiseksi. Määriteltiin, miten tunnistetaan nuoren tuen tarpeet ja keskeyttämistä ennakoivat merkit ja miten puututaan silloin, kun näitä merkkejä näkyy.

Toimintamallin kehittelyprosessi eteni lukuvuoden 2008–2009 ajan niin, että oppilaitos kehitti oman opiskelijoiden ohjauksen mallinsa. Mallissa keskeistä on varhainen puuttuminen ja mahdollisia keskeyttämisää ehkäisevä räätälöity tuki opiskelijalle. Toimintakeinoina on järjestelmällinen poissaoloihin puuttuminen, ”pysäytyspalaverit” sekä opiskeluhuoltoryhmän toiminnan tehostaminen. Mikäli opiskelija päätyy keskeyttämään opiskelunsa, käynnistyy yhteistyö kotikunnan aikalisäohjaajan kanssa. Hänen tehtävänsä on yhdessä nuoren kanssa selvittää nuoren tilannetta ja koota tarvittava tuki.

Arviointia

Toiminta on tavoittanut kutsuntaikäisistä miehistä kutsunnoissa vaihtelevia määriä ja arviolta 1–2 prosenttia palveluksensa aloittaneista saa ohjausta. Vuoden 2009 aikana lähetteiden määrä on noussut ja nykyään Lapin kunnissa Aikalisä-toiminta nähdään kunnan pysyvänä tehtävänä. Aikalisä-toiminta tulee nähdä osana laajempaa kuntien lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisykokonaisuutta ja se on hyvä esimerkki matalan kynnyksen nuorten hyvinvointia tukevasta toiminnasta. Lapin Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishanke sekä Lasten ja nuorten psykososiaalisten erityispalveluiden kehittämishanke sisällyttivät Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen! -toimintamallin soveltamisen kokeilun nuorempaan ikäryhmään. Hankkeiden ja Itä-Lapin Ammattiopiston kanssa käynnistettiin toimintamallin soveltaminen

ammattioppilaitoksessa koulunsa keskeyttämisen alla olevien nuorten tukemiseksi. Jatkossa tulee selvittää, mitkä tietotekniset ratkaisut soveltuisivat Aikalisä -ohjaukseen (internet, videoyhteydet, kännykkä).

Yhteistyö urheiluseurojen kanssa

Pia Fraktman, Mervi Ropponen

Tausta

Mielenterveyden ja liikunnan väliset yhteydet ovat olleet esillä jo kauan. Liikunnan on todettu muun muassa kohentavan mielialaa, lisäävän itseluottamusta ja elämänhallinnan tunnetta. Joidenkin tutkimusten mukaan se on yhtä tehokas masennuksen hoidossa kuin psykoterapia. Liikunnalla voidaan jopa hoitaa vakavaa masennusta (Leppämäki 2007). Liikkuessa kehossa tapahtuu monia muutoksia, jotka vaikuttavat mielialaan (Ojanen 2001). Eniten positiivisia vaikutuksia liikunnalla on ahdistukseen ja masennukseen.

Terveyden edistäminen ei ole pelkästään terveydenhuollon tehtävä, vaan se koskettaa kaikkia yhteiskunnan sektoreita. Suomessa urheilu on suosituin vapaaehtoistoiminnan muoto, ja tämän vuoksi urheiluseuroilla on paljon mahdollisuuksia myös terveyden edistäjänä. Urheiluseuroilla on merkittävä rooli myös lasten ja nuorten liikuttamisessa, koska lähes puolet suomalaisista lapsista ja nuorista on mukana seurojen toiminnassa. Vuosina 2005–2006 tehdyn kansallisen liikuntatutkimuksen (2006) mukaan 3–18-vuotiaista suomalaisista 91 prosenttia ilmoittaa harrastavansa urheilua ja liikuntaa. Urheiluseurojen ulkopuolella olevista lapsista ja nuorista peräti 250 000 haluaisi tulla mukaan toimintaan. Urheiluseuraan kohdentuvien toimien kautta Pohjanmaa-hankkeessa nähtiin mahdollisena vaikuttaa kaikkiin toiminnassa oleviin (esimerkiksi valmentajat ja vanhemmat), mutta erityisesti toimien haluttiin painottuvan seuratoiminnassa olevien lasten ja nuorten hyvinvoinnin tukemiseen.

Kehittämispilotti Kaustisen Pohjan-Veikkojen kanssa

Pohjanmaa-hanke teki vuoden 2007 alussa kumppanuussopimuksen Kaustisen Pohjan-Veikkojen (KPV) kanssa. KPV on 1914 perustettu yleisseura, jossa toimii 11 jaostoa. Maksavia jäseniä seurassa on noin tuhat. Aktiivisimmat jaostot ovat jalkapallo, yleisurheilu, suunnistus, hiihto sekä naisvoimistelu. Seura tarjoaa palveluita aktiivisille harrastajille ja kuntoilijoille. Kumppanuussopimuksen kautta oli tavoitteena pilotoida erilaisia toimia, joilla pyrittiin vaikuttamaan mielenterveyteen ja päihiteisiin liittyviin asenteisiin seurassa toimivien keskuudessa. Lisäksi tavoitteena oli tukea seuraa laatimaan pitkäkestoinen hyvinvointistrategia, jonka avulla voitaisiin vahvistaa seuran toimintaa terveyden edistäjänä.

KPV:n hyvinvointistrategia muodostuu kolmesta eri osiosta: koulutus, työryhmätyöskentely ja arviointi. Viitekehyksenä on ollut WHO:n (1986) määritelmä terveyden edistämisestä, SLU:n reilun pelin periaatteet sekä terveyttä edistävän urheiluseuran kriteeristö (Kokko ym. 2004). Strategiatyöskentelyn pohjaksi koottiin seuran hallituksen nimeämät pienryhmät teema-alueittain: lapset ja nuoret, työikäiset, ikääntyvät ja erityisryhmät. Työryhmissä oli kussakin 4–6 jäsentä. Kukin työryhmä kokoontui seuran tiloissa Kaustisella kolme kertaa kevään 2007 aikana. Työnsä tueksi pienryhmien jäsenten käyttöön oli ennalta koottu ajantasaisia tietoa kyseisen kehittämiskohteen nykytilasta. Tällaisia olivat muun muassa kouluterveyskyselyn alueellisia tuloksia ja valtakunnallisia tuloksia vertaavat taulukot.

Pienryhmissä laadittiin yleisluontoinen SWOT-analyysi seuratoiminnan nykytilasta sekä kehittämismatriisi, joka liitettiin osaksi hyvinvointistrategian pohjaa. Koulutusosio toteutettiin tukemaan ja juurruttamaan strategiatyössä määriteltyjä lähtökohtia. Pohjanmaa-hanke on tarjonnut koulutusta 2007–2008 seurassa toimiville valmentajille, urheilijoille ja muille aktiivisesti seuratoiminnassa oleville. Koulutuksissa on käsitelty niin mielenterveyteen, psyykkiseen valmennukseen kuin päihitteiden käyttöönkin liittyviä teemoja. Koulutusten tavoitteena on ollut lisätä seuratoimijoiden tietämystä ja ymmärrystä mielenterveys- ja päihdeasioista sekä niiden merkityksestä siten kuin ne seuraympäristössä näyttäytyvät. Samalla on välillisesti pyritty vaikuttamaan asenteisiin ja poistamaan mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvää leimaa.

Kehittämisprosessin aikana on siis pyritty vaikuttamaan urheiluseuratoimijoihin siten, että urheiluseuralla olisi aiempaa paremmat edellytykset toimia tehtävässään yhteisössä, paitsi terveyden, myös positiivisen mielenterveyden ja päihteettömyyden edistäjänä. Seuran hyvinvointistrategia oli seuran hallituksessa lausuntokierroksella keväällä 2008, ja lopullisesti strategia oli valmis syksyllä 2008.

Kehittämisyhteistyön arviointi ja jatkosuunnitelmat

Kaustisten Pohjan-Veikkojen kanssa toteutetun pilottihankkeen vaikutuksia arvioidaan verkkokyselyllä vuoden 2009 aikana. Tarkoituksena on arvioida sekä kokeiluprosessia että sen vaikutuksia seuratoimijoiden (eritoten valmentajien) asenteisiin muun muassa mielenterveys- ja päihdekysymyksiä kohtaan. Kyselyn laatimisesta, toteuttamisesta ja aineiston analyysistä vastaa Pohjanmaa-hanke. Pilotointiprosessin ja sen arvioinnin pohjalta on tavoitteena laatia ohjekirjanen ohjaamaan urheiluseurojen mielenterveyttä päihteettömyyttä edistävää työtä.

Kaustisen pilottihankkeen jälkeen on yhteistyötoimintaa laajennettu järjestötasolle. Pohjanmaan Liikunta ja Urheilu ry (PLU) toimii liikuntaväen yhteisenä aluejärjestönä Kokkolan eteläpuolisella Pohjanmaalla. Alue toimisto sijaitsee Seinäjoella. PLU:n tavoitteena on innostaa jokainen pohjalainen liikkumaan oman kuntonsa ja hyvinvointinsa vuoksi, tukea liikuntaseurojen, lajien aluejärjestöjen ja lajiliittojen toiminnan kehittymistä. Yhteistyö urheilujärjestö Pohjanmaan liikunta- ja urheilu ry:n (PLU) ja Pohjanmaa-hankkeen kesken käynnistyi vuoden 2008 loppupuolella. Tuolloin toteutettiin ensimmäisenä henkisen valmennuksen -koulutustilaisuus, jossa esiteltiin myös seuratoimijoille urheiluseurojen mahdollisuuksia toimia mielenterveys- ja päihdeasioiden edistäjänä. Suunnitteilla on toteuttaa yhteistyössä muun muassa Päihteetön pelikenttä -koulutuksia, mielenterveyden ensiapukoulutuksia sekä yhteisiä seminaaripäiviä.

2 Mielensterveyskuntoutujien hyvinvoinnin edistäminen

Mielensterveyskuntoutujan elämää hallitsee suhde omaan mielensterveyteen. Elämä voisi olla muutakin: yhdessä oloa, hyviä ihmissuhteita, viihtymistä läheisten kanssa ja omasta fyysisestä terveydestä huolehtimista. Tämän kaiken pitäisi kuulua myös kuntoutuksen sisältöön, mutta kuinka usein se unohtuu?

Mielensterveyskuntoutujien ryhmät kuntien yhteistyönä

Jorma Posio

Tausta

Lapissa kuntien väkiluku vaihtelee tuhannen ja 58 000 asukkaan välillä ja asutus on harvaa. Pienissä kunnissa ei ole mahdollista koota omia mielensterveyskuntoutujien ryhmiä eikä omasta kunnasta aina löydy työntekijää ryhmän ohjaajaksi.

Tavoite

Pitkien etäisyyksien olosuhteissa haluttiin tarjota skitsofrenia- ja depressiopotilaille ryhmämuotoisia kuntoutuskursseja avohoidossa (skitsofrenia, depressio / Käypä hoito -suositus). Koska kurssit toteutettiin eri organisaatioiden yhteistyönä, haluttiin myös tukea julkisen-, yksityisen- ja järjestöjen henkilöstön verkostoitumista. Depressiopotilaille suunnatun kurssin tavoitteena oli myös testata miten depressiokoulu ohjelma soveltuu toteutettavaksi.

Kurssien tavoitteet muodostuivat kurssilaisten omista ja kurssin yleisistä tavoitteista. Kurssien tavoitteina oli 1) tukea kuntoutujia arjesta selviytymisessä sekä antaa siihen voimavaroja ja keinoja, 2) sairauden tutuksi tekeminen sekä keinojen antaminen sairauden kanssa toimeen tulemiseksi, 3) mielensterveyskuntoutujien etuuksiin tutustuminen, 4) vertaistuen löytyminen, 5) paikallisten terveys- ja muiden palvelujen tutuksi tekeminen sekä 6) liikunta ja virkistäytyminen. (Psykoottisten häiriöiden hallintakurssi, työkirja, 2004.)

Toteutus

Ryhmämuotoiset avokuntoutuskurssit mahdollistuivat yhdistämällä kuntien toimintaa. Ryhmät kokoontuivat Länsi-Lapissa, Itä-Lapissa, Pohjois-Lapissa ja Rovaseudulla, jolloin ryhmien väestöpohja vaihteli 15 000 ja 66 841 asukkaan välillä.

Kuntien mielensterveystoimistojen työryhmät valitsivat osallistujat skitsofreniapotilaiden kurseille. Kurssien ryhmiin osallistui yhteensä 72 skitsofreniapotilasta. Yhdessä ryhmässä oli 7–9 potilasta. Ryhmät kokoontuivat neljästä kuuteen kertaan 1–3 kuukauden välein. Pisimmillään kokoontumisia oli noin vuoden ajan. Yhden kokoontumiskerran pituus oli kolme päivää. (Koponen ym. 2006.)

Depressiopotilaiden kurseille osallistujat valitsivat koulutettavat ohjaajat. Ryhmissä noudatettiin depressiokouluohjelmaa. Kokoontumiskertoja oli kahdeksan ja yhden kokoontumiskerran pituus oli 1½ tuntia. (Posio & Keskihannu 2007.) Depressiopotilaille pilotoitiin yksi seudullinen depressiokouluryhmä. Osallistujat ryhmään valittiin kuntien mielensterveystoimistojen toimesta ja heille tehtiin ennen ensimmäistä kokoontumista BDI-depressioseula. Ryhmässä toteutettiin skitsofreniapotilaiden seudullista toteutusmallia. Ryhmien sisältö noudatti depressiokouluohjelmaa (Koffert & Kuusi 2007). Kokoontumiskertoja oli neljä. Kaksi ensimmäistä kertaa oli kahden päivän internaattikokoontumisia. Ensimmäinen ja viimeinen kokoontumiskerta olivat yhden päivän mittaisia. Skitsofrenia- ja depressiopotilaiden kurssia täydennettiin Oy Eli Lilly Finland Ab:n potilasohjelmalla.

Verkostoitumalla lähikuntien ja kolmannen sektorin sekä erikoissairaanhoidon kanssa mahdollistettiin ryhmille ohjaajat. Jokaisessa ryhmässä oli 2–3 ohjaajaa. Ohjaajina toimivat seutukuntien mielenterveystoimistojen hoitajat, psykiatrisen sairaalan hoitajat sekä yksityiset ja järjestöjen mielenterveystyöntekijät.

Tulokset

Ryhmäkuntoutuksen vaikutus sairaalajaksoihin

Ryhmien aikana 14 potilasta käytti erikoissairaanhoidon palveluja. Heidän sairaalankäyttönsä ryhmien jälkeen väheni noin puoleen. Työntekijöiden arvioiden mukaan ryhmien avulla voitiin siirtää potilaan sairaalahoitoa tai välttää se kokonaan sekä nopeuttaa sairaalasta pois pääsyä. Sairaalahoitoja oli ryhmien loputtua vähemmän sillä ryhmällä, joka kokoontui tiiviisti noin puolen vuoden ajan.

Kuntoutujien ja ohjaajien arviot

Kuntoutujat olivat hyvin motivoituneita ja sitoutuneita ryhmiin. Kutsutuista kuntoutujista ryhmiin osallistui 90 prosenttia ja poissaoloja oli erittäin vähän. Jokaisessa tapaamisessa ryhmäläiset arvioivat tavoitteiden saavuttamista. Viimeisellä kokoontumiskerralla kuntoutujille ja ohjaajille tehtiin asiakastytyväisyyskysely. Lähes kaikki olivat tyytyväisiä kurssin sisältöön ja pituuteen. Skitsofreniaryhmään osallistuneet ja ohjaajat pitivät neljää tapaamiskertaa sopivana. Yhdeksän kurssilaista kymmenestä koki kurssin yleisten tavoitteiden toteutuneen. Jotkut kurssilaiset ovat jatkaneet tapaamisia kurssien jälkeen. Skitsofreniapotilaiden ja internaattina toteutettuun depressiokouluun liitetty potilasohjelma sai sekä ohjaajien että kurssilaisten varauksettoman kannatuksen. Kurssilaisille kokemus vertaistuesta oli myönteinen ja se auttoi arkipäivän jaksamisessa. Suhteellisen pitkstä sairastamisajasta huolimatta sekä potilaat että omaiset olivat kokeneet tietovajetta sairaudesta ja sen hoitomahdollisuuksista. Hoitotukiasioissa oli tietämättömyyttä: etuuksia oli hakematta ja saamatta.

Omaisten arvio

Omaisia, jotka itse osallistuivat läheisille tarkoitetulle kurssille, pyydettiin arvioimaan kurssien kuntoutujille tuomaa hyötyä. Lähes kaikki arvioivat kurssin olleen kuntoutujalle hyödyllinen: kuntoutujien avoimuus, käsitys omasta sairaudesta sekä heidän kontaktinsa omaisiin ja kodin ulkopuolelle lisääntyivät. Omaisten mielestä kurssin aikana kuntoutujan lääkemyönteisyys oli parantunut ja selviytyminen omassa arjessa oli lisääntynyt.

Kurssien kustannukset

Depressiopotilaiden kurssi

Depressiokoulujen ohjaajien koulutukseen liittyvistä ryhmistä ei muodostunut kustannuksia. Ainoastaan depressiopotilaiden internaattikurssin kustannukset koostuivat samalla tavalla kuin skitsofreniapotilaiden seudullisissa ryhmissä. Potilaiden matkakustannukset korvattiin KELAn korvauserusteita noudattaen.

Skitsofreniapotilaiden kurssin kustannukset

Skitsofreniapotilaiden kurssin kustannukset muodostuivat muun muassa ohjaajien palkoista, matkakuluista sekä kurssipaikkojen täysihoitokustannuksista. Skitsofreniapotilaiden yhden kurssin kokonaispituus oli 10–15 päivää. Yhden hoitopäivän hinta oli noin 200 €/ kuntoutuja.

Erikoissairaanhoidon hoitopäivähinta ryhmien aikana oli noin 250 €. Kurssilaisista 14 kaikkiaan 72:sta tarvitsi ryhmien aikana sairaalahoitoa. Osalla oli aikaisemmin sovittuja muutaman viikon sairaalahoitajaksoja parin kuukauden välein, joista suurin osa jäi käyttämättä. Karkeasti arvioiden koko kurssi aiheutti saman verran hoitopäiviä, kuin mikä oli yhden keskimääräisen sairaalahoitajakson kesto. Kustannusten ero vertailtuna miten tahansa kääntyy ryhmätoiminnan eduksi.

Pohdinta ja jatkosuunnitelmat

Kunta- ja organisaatorajat ylittävä ryhmätoiminta tarjosi harva-asutusalueella skitsofrenia- ja depressiopotilaille mahdollisuuden vertaistukeen ja tiedonsaantiin, mitä sekä kuntoutujat että ohjaajat pitivät tärkeänä selviytymisen tukena. Muun muassa kuntoutujien lääkemyönteisyys parani kurssin aikana, mikä on varsin merkittävä havainto ajatellen kuntoutujien selviytymistä avohoidossa. Toiminta osoittautui myös taloudelliseksi.

Kurssitoiminnan jatkuvuuden kompastuskiveksi osoittautuivat kuntarajat ja isoissa kunnissa toimialojen rajat. Kurseja on järjestetty sekä skitsofrenia- että depressiopotilaille kuntien ja erikoissairaanhoidon omana toimintana ja jossain määrin järjestöissä. Yksityiset ryhmä- ja palvelukodit ovat toteuttaneet ryhmätoimintaa omilla hoito-ohjelmissaan.

Kunta- ja organisaatorajat ylittävän toiminnan ylläpitämiseksi tarvittaisiin keskitettyä koordinoitua, ja tätä varten olisi palkattava seutukunnallinen tai sairaanhoitopiiriin työntekijän. Sairaanhoitopiiri ei kuitenkaan ole priorisoinut tätä toimintaa psykiatrisen hoidon tulosalueen kuntoutustyöparin, sosiaalityöntekijän ja hänen sairaanhoitaja-työparinsa työnkuvaan. Kuntarajat ylittävät ryhmät Lapin sairaanhoitopiirin alueella eivät ole jatkuneet hankkeiden jälkeen.

Skitsofreniaprojektissa kehitetty seudullinen avokuntoutusryhmätoiminta on mallinnettu THL:n hyvä käytäntö -tietokantaan (www.hyvakaytanto.fi).

Mielenterveyskuntoutujien omaisten ryhmät

Jorma Posio

Taustaa

Yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa muidenkin perheenjäsenten elämään monilla tavoin: sosiaaliset suhteet muuttuvat, arki on usein organisoitava uudelleen, joku joutuu lyhentämään työaikaansa tai jäämään pois töistä, mikä vaikuttaa perheen talouteen. Omainen joutuu arjessa usein kuntoutujan ”asianajajaksi” ja suhde kuntoutujaan saattaa etäännyä ja täyttyä syyllisyydellä ja surulla. Mielenterveyskuntoutujien läheisiä ja omaisia uhkaa helposti uupuminen. Mielenterveyden häiriöihin liittyvä leimautuminen koskee myös omaisia ja läheisiä kuntoutujan itsensä lisäksi. Toisaalta moni omainen on kuvannut läheisen sairauden tuoneen myös myönteisiä muutoksia – terveyttä ja läheisiä ihmisiä on ruvennut arvostamaan enemmän ja kriisi on tarjonnut mahdollisuuden oppia keskustelemaan vaikeista asioista.

Omaisille on tarjolla tietoa sairauksista, kuntoutumisesta ja omaisten roolista. Tieto ei kuitenkaan aina kohtaa omaista. Eräs omainen kuvasi miten hän hoitokokoukseen mennessään oli varautunut kysymään häntä askarruttaneista asioista. Hän sai kysytyä miettimänsä kysymykset, mutta ei ymmärtänyt vastauksia. Hän ei ”viitsinyt” kysyä niitä uudelleen tai sanoa, ettei ymmärtänyt! Omaisen hämmennys ja ahdistus eivät lieventyneet hoitokokouksessa vaan päinvastoin lisääntyivät.

Potilas- ja omaisjärjestöt tarjoavat ryhmiä, kurseja ja lomaa sekä ammattilaisten apua omaisena, ei vain läheisen ”asianajajana”. Vertaistuki antaa voimaa arjen jakamiseen sairastuneen kanssa. Se tuo myös toivoa vaikeassa elämäntilanteessa – vertaisten selviytymistarinat vahvistavat uskoa omaan ja sairastuneen läheisen selviytymiseen. (Stengård 2005.)

Tavoitteet

Omaisryhmien tavoitteena oli tarkastella mielenterveyskuntoutujien ja heidän läheistensä asioita omaisten näkökulmasta. Niitä ovat: 1) sairauden ja sen hoidon tutuksi tekeminen 2) tuki mielenterveyskuntoutujien omaisten arjesta selviytymisessä mielenterveyskuntoutujien kanssa 3) vertaistuen löytäminen 4) mielenterveyskuntoutujien etuuksien tunteminen 5) mielenterveyspalveluiden tutuksi tekeminen 6) virkistäytyminen. (Koponen ym. 2006.)

Toteutus

Ryhmien kokoonpano

Kuntoutusryhmiin osallistuneita potilaita pyydettiin nimeämään kaksi tai kolme omaistaan ryhmään.

Ryhmiä täydennettiin mielenterveystoimistojen nimeämällä omaisilla. Yli sadasta kutsutusta omaisesta 55 prosenttia osallistui ryhmiin.

Ryhmät kokoontuivat internaattina pitkien etäisyyksien vuoksi Lapin alueen hiihto- ja kurssikeskuksissa Länsi-Lapissa, Itä-Lapissa, Pohjois-Lapissa ja Rovaseudulla, jolloin väestöpohja vaihteli 15 000 ja 66 841 välillä. Osa omaisista tuli tapaamisiin kaukaa, esimerkiksi Helsingistä Rovaniemelle tai Oulusta Muonioon. Omaisille itselleen hankkeen kustantamat kurssit olivat maksuttomia ja matkat korvattiin KELA:n korvausperisäätteitä noudattaen. (Koponen ym. 2006.)

Ryhmien sisältö

Kukin ryhmä tapasi kolme kertaa. Yhden kokoontumiskerran pituus oli perjantai-illasta sunnuntai-iltapäivään. Ohjattua ohjelmaa oli noin 10–12 tuntia. Ryhmissä keskusteltiin, tehtiin ryhmätöitä ja kuunneltiin luentoja, joiden teemoina olivat: suru ja surutyö, jaksaminen, vertaistuki, sosiaaliset etuudet, julkiset ja järjestöjen tarjoamat mielenterveyspalvelut sekä tietoa mielenterveyshäiriöistä. Aikaa jätettiin myös omaisten keskinäisiin keskusteluihin.

Ryhmien ohjaajat ja asiantuntijat

Kussakin ryhmässä oli kaksi tai kolme ohjaajaa: saman alueen kuntoutujaryhmän ohjaaja, mielenterveystoimiston työntekijä ja projektin työntekijä. Ohjaajavalinnoilla varmistettiin yhteys omaisten ja kuntoutujien sekä mielenterveystoimiston välillä. Ohjaajia koulutettiin omaisen jaksamisesta ja psykoedukatiivisesta ryhmäohjauksesta. Lisäksi he saivat työnohjausta ryhmien aikana. Vertaistuen osuuden toteutti Mielenterveyden keskusliiton kouluttama vertaiskouluttaja puolisonsa kanssa. Ryhmissä vieraili asiantuntijoina lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijät erikoissairaanhoidosta ja kuntien mielenterveys- ja sosiaalitoimesta sekä lisäksi asiantuntijat Mielenterveyden keskusliitosta ja Hyvän Mielen Talo ry:stä.

Tulokset

Ongelmat ryhmien kokoamisessa

Ryhmien kokoamisessa ilmaantui yllättäviä haasteita ja asenteita. Kaikki ammattilaiset eivät pitäneet tärkeänä olla yhteydessä potilaiden omaisiin. Kuntoutujatkin rajasivat joitakin omia yhteydenpidon ulkopuolelle. Joidenkin omaisten aikaisemmat kokemukset, kuten syyllisyys ja syyllistyminen hoitoneuvotteluissa, muodostuivat esteeksi ryhmään osallistumiselle.

Tyytyväisyyskysely

Yli puolet omaisista antoi kurssin yleisarvosanaksi kiitettävän ja loput hyvän. Arviot paranivat kurssin edetessä, niin että kolmannella tapaamisella neljä viidesosaa antoi kiittävän arvion. Omaiset kokivat saaneensa paljon tietoa, tukea jaksamiseen ja vertaistukea. Tapaamiskertoja pidettiin riittävinä ja niiden pituutta piti liian lyhyenä vain kuudesosa vastaajista.

Ryhmäläisten kokemukset ryhmistä

Ryhmäläiset arvioivat ryhmissä saadun tiedon antaneen uutta näkökulmaa psyykkisiin sairauksiin. Se oli vertaistuen ohella auttanut suhtautumaan mielenterveyskuntoutujaan positiivisemmin. Suhde kuntoutujaan oli parantunut ja avoimesti keskusteleminen lisääntynyt. Myös leimaantumisen aiheuttama häpeä oli hälvennyt. Ryhmäläiset kertoivat muun muassa seuraavaa:

”Olen voinut puhua sellaisista asioista, joista en ole voinut puhua missään muualla.”

”Löysin säleverhon avaajan.”

”Olen saanut toivoa toisten kokemuksista.”

Jotkut omaiset ovat jatkaneet tapaamisia ryhmien jälkeen. Omaiset viestittivät toiveenaan terveydenhuollossa työskenteleville, että omaisia tulee ottaa enemmän mukaan kuntoutujien hoitoon. He toivoivat myös vertaistukikursseja, sellaisiakin, joissa myös voi itse olla mukana.

Ohjaajien kokemuksia

Ohjaajat havaitsivat omaisten ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden. Omaiset kertoivat avoimesti jopa miettineensä itsemurhaa selvittääkseen kestävämmästä tilanteesta. Ohjaajien mukaan viimeisellä kokoontumiskerralla oli havaittavissa selviä toipumisen merkkejä. Ryhmänohjauskokemus oli voimaannuttanut myös ohjaajia perustehtävässään ja he olivat saaneet kuntoutujien omaisilta eväitä työhönsä.

Johtopäätökset

Omaisten ryhmät osoittautuivat tarpeellisiksi kuntoutujan kanssa jaksamisessa. Ryhmiin osallistuneet olivat tyytyväisiä saamaansa tietoon ja tukeen sekä toivoivat toiminnan jatkumista. Myös työparityöskentely eri sektoreiden toimijoiden kesken sujui hyvin ja parin työ avautui toinen toiselleen uudella ja ymmärrettävällä tavalla.

Palvelujärjestelmässä on myös puutteita omaisten tuen näkökulmasta. Omaisten tavoittaminen osoittautui hankalaksi, koska systemaattisesti omaisia huomioivat rakenteet puuttuvat palvelujärjestelmästä. Myöskään ryhmien ohjaamiseen osallistuvien taustatyöryhmissä ei aina ymmärretty osallistumista ulkopuoliseen työhön. Taustaryhmissä muun muassa pohdittiin, onko erikoissairaanhoidon tehtävä järjestää omaisten ryhmiä.

Mielenterveyspotilaan suun terveyden edistäminen

Kristiina Koskinen, Mirkka Järvinen, Kristiina Kuusi, Jetta Pääskyvuori, Marja-Liisa Haavio

Tausta

Mielenterveyspotilaiden suun terveydenhuollosta on Suomessa niukasti systemaattista tietoa. Ruotsissa ja Tanskassa saatujen tutkimustulosten mukaan mielenterveyspotilaat käyttävät suunhoitopalveluja keskimäärin muuta väestöä vähemmän ja heidän suuhygienian tasonsa on heikompi kuin väestöllä keskimäärin (Haavio ym. 2005). Vuonna 2006 käynnistetyn Suun terveydenhuolto Sateenvarjo -hankkeen osatekijöihin kuului Vantaan terveyskeskuksen suun terveydenhuollon ja HYKS/Peijas/psykiatrian yhteistyönä kehitetty Suuhygienisti-toimintamalli, jonka avulla voidaan edistää mielenterveyspotilaiden suun terveyttä ja lisätä mielenterveystyötä tekevien osaamista suun terveyden alalla.

Toimintamalli

Suuhygienisti-toimintamalli testattiin hoitokokeilussa, johon osallistui alle 50-vuotiaita, vähemmän kuin 10 vuotta psykoosia sairastaneita mielenterveyspotilaita, jotka olivat hoidossa erikoissairaanhoidon kuntoutuspoliklinikalla. Hankkeessa työskenteli kaksi suuhygienistiä ja yksi psykiatrinen sairaanhoitaja. Suuhygienisti-toimintamallin teoreettisena viitekehysinä käytettiin transteoreettista muutosvaihemallia ja motivoivaa haastattelua. Muutosprosessin aikana asiakas tunnistaa omat elintapansa, harkitsee niissä tarvittavia muutoksia ja harjoittelee uuden elintavan oppimista sekä sen ylläpitämistä pysyväksi osaksi elämää (Prochaska & DiClemente 1983). Motivoiva haastattelu on vuorovaikutuksen keino, jolla hoitaja pyrkii pääsemään perille asiakkaan omista tavoitteista, ydinarvoista ja tavoitellun muutoksen merkityksistä. Muutos ei useinkaan onnistu kerrasta, vaan muutosyrityksiä voidaan tarvita useita. Motivaatiota voidaan herättää, kasvattaa, rakentaa, vahvistaa – tai se voidaan tuhota. Ihminen motivoituu omista lähtökohdistaan omien arvojensa ja pyrkimystensä suunnassa siinä tahdissa kuin hänelle on mahdollista (Miller & Rollnick 2002, Taskinen 2004).

Alkukartoitus

Ennen toimintamallin mukaisen työskentelyn aloittamista hoitohenkilöstön suun terveydenhuoltoa koskevat asenteet ja tiedot kartoitettiin kyselyllä. Kyselyn pohjalta henkilöstölle laadittiin koulutuspaketti suun terveyteen liittyvistä asioista. Siinä otettiin huomioon erityisesti psyykkisten sairauksien ja lääkkeiden vaikutus suun terveyteen. Vastaavasti suun terveydenhuollon henkilöstölle kerrottiin psyykkisten sairauksien erityispiirteistä ja niiden huomioon ottamisesta suun hoidossa.

Infotilaisuus potilaille ja hoitajille

Aluksi potilaat ja heidän omahoitajansa kutsuttiin suunhoidon infotilaisuuteen, joka toteutui ryhmämuotoisena. Osallistujia kutsuttiin kerrallaan 6–8. Tilaisuudessa suuhygienisti kertoi terveen suun merkityksestä sekä yleisimmistä suusairauksista ja niiden ehkäisystä. Suuhygienisti ohjasi ryhmäläisiä itsehoitoon havainnollistaen esitystään konkreettisin hammashoitovälinein ja keskustellen ryhmän kanssa kokemuksista. Ohjauksen tavoitteena oli antaa tietoa erityisesti psyykkisten sairauksien ja lääkkeiden vaikutuksista suun terveyteen ja motivoida potilasta oman suunsa hoitamiseen. Infotilaisuuden jälkeen halukkaista potilaista tehtiin lähete varsinaiseen hoitokokeiluun.

Ensimmäinen käynti

Ensimmäisen käynnin aluksi suuhygienisti päivitti anamneesin ja kävi potilaan kanssa läpi mallin kehittämistä varten laaditun haastattelulomakkeen, jonka avulla selvitettiin potilaan suunhoito- ja muita terveystottumuksia. Lomakkeessa kysyttiin myös potilaan kokemaa tarvetta muuttaa omia suun hoidon tottumuksiaan ja valmiuttaan toteuttaa muutokset. Haastattelun jälkeen otettiin sylkitestit, joiden avulla mitattiin viidessä minuutissa erittyvän stimuloitun syljen määrä, syljen happamuus sekä kariesta aiheuttavan *Streptococcus mutans* -bakteerin määrä syljessä. Potilaan suun terveydentila tarkistettiin. Erityisesti määritettiin kiinnityskudosten kunto, ienverenvuoto ja hammaskiven määrä. Lisäksi arvioitiin ehkäisevän ja korjaavan hoidon tarve sekä ohjattiin potilas tarvittaessa tutkimukseen ja hoitoon hammaslääkärille. Kiinnityskudossairauden hoito aloitettiin ensimmäisellä vastaanottokäynnillä. Lopuksi potilaille varattiin aika varsinaisen suunhoitointervention aloittavalle hoitokäynnille.

Hoitokäynti

Käynnillä potilaalle valittiin hänen tilanteeseensa sopivat suunhoitotavat ja tuotteet sekä ohjattiin niiden käyttö. Kariestestin tulos ja sen merkitys kerrottiin ja annettiin ravinto-ohjausta. Lisäksi potilaalle lahjoitettiin sähköhammasharja ja häntä opastettiin sen käyttöön. Jos potilas tupakoi, otettiin se puheeksi ja kannustettiin häntä lopettamaan tupakointi tai ainakin vähentämään sitä. Potilas sai "Huolehdi hampaistasi – vahvista terveyttäsi" -opasvihkosen (Sateenvarjo-projekti 2007) täydennettynä henkilökohtaisilla suunhoito-ohjeilla ja suosituksilla. Lopuksi varattiin seuranta-aika kolmen kuukauden päähän ja tarvittaessa muita hoitokäyntejä hammashoitoon.

Seurantakäynti

Kolmen kuukauden ja vuoden seurantakäynneillä toistettiin terveystottumuksia koskevat kysymykset ja kartoitettiin muutoksia suun kotihoidossa ja potilaan terveyskäyttäytymisessä. Lisäksi mitattiin uudestaan kariesta aiheuttavan bakteerin määrä ja tehtiin suun terveystarkastus. Potilaalle kerrottiin suussa mahdollisesti tapahtunut muutos ensimmäiseen tarkastukseen verrattuna sekä kerrattiin tarvittaessa suun hoitoon liittyviä ohjeita. Kolmen kuukauden seurantakäynnin jälkeen suuhygienisti kirjoitti epikriisin, joka toimitettiin potilaalle ja kuntoutuskeskukseen.

Toimintamallin arviointi

Suuhygienistien mukaan kliininen potilastyö mielenterveyspotilaiden kanssa ei poikennut muusta suunhoidon vastaanottotyöstä. Enimmäkseen potilaat tulivat sovittuun aikaan vastaanotolle ja olivat noudattaneet hyvin sylkitestien vaatimaa kahden tunnin syömättömyyttä. Ne, jotka joutuivat perumaan hoitoaikansa, tekivät sen suurimmaksi osaksi kaupungin suun terveydenhuollon ajanvaraustoiminnan

ohjeiden mukaisesti joko itse tai hoitajansa avustamina. Potilaat pitivät hoidon lisäksi tärkeänä tiedon saantia ja sitä, että heitä kuunneltiin ja heidän esimerkiksi hoidon kestoa ja kerralla tehtävien toimenpiteiden määrää koskevat toiveensa koettiin ottaa huomioon. Useimmat potilaat olivat tietoisia omista rajoistaan ja mahdollisuuksistaan toteuttaa annettuja suun hoidon ohjeita. Siten muutosodotukset olivat molemmin puolin yleensä realistisia ja mallin käyttö hyödyllisenä interventiovälineenä osoittautui mahdolliseksi.

Mallia sovellettaessa kehittämishaasteiksi nousivat potilaat, joiden oli vaikea osallistua ryhmätilaisuuksiin. Tämä saattoi osaltaan estää tai haitata hoitokokeiluun osallistumista ja samalla tiedon saantia. Seuraavaksi olisi mietittävä myös näiden potilaiden tiedon ja ohjauksen saantia. Osalle potilaista on vaikeaa sitoutua hoitoonsa ja noudattaa annettuja hoitoaikoja sovitun mukaisesti. Sitoutumattomuuteen voi olla syynä päihteiden käyttö ja/tai huonosti hallinnassa oleva sairaus. Myös sairauteen liittyvät hahmottamispulmat, esimerkiksi ajankäytön hahmottamisen vaikeudet, saattavat olla hoidon esteenä. Tavoittaaksemme myös nämä potilaat tulee malliin lisätä joustoa, esimerkiksi järjestämällä perhe- ja omaistiedotusta suun hoitoon liittyvissä asioissa. Suun hoidon tärkeyden esille tuominen erikoissairaanhoidon alkaessa ja sen huomioon ottaminen koko hoitoprosessin ajan hoitosuunnitelmissa parantaa mielenterveyspotilaiden suun terveyttä ja sitoutumista suun hoitoon.

3 Mielen terveys kansalaistaidoksi

Ei ole terveyttä ilman mielen terveyttä! Jokaisen pitäisi osata antaa ensiapua mielen hätätilanteisiin. Jokaisen pitäisi myös tunnistaa olosuhteet, jotka ovat mielen terveydelle haitaksi. Mitä enemmän tiedämme mielen terveydestä, sitä paremmin osaamme tukea toisiamme niin kanssaihmisinä kuin ammattilaisina.

Mielen terveyden ensiapu®2 -koulutus

Minna Laitila, Maiju Seppälä, Virpi-Liisa Kykyri, Tiia Järvinen, Mikko Häikiö

Tausta

Tilastojen valossa mielen terveyden häiriöt, eritoten masennus ja ahdistus, sekä päihteiden väärinkäyttö ovat yleistyneet Suomessa. Ongelmien yleisyydestä huolimatta mielen terveys- ja päihdeongelmiin liittyy usein leimautumista ja häpeää, mikä voi estää avun hakemista ja siten myös varhaista ongelmaan puuttumista. Avun piiriin hakeutuminen voi osaltaan johtua myös yleisestä tietämättömyydestä mielen terveyshäiriöitä kohtaan. (Heiskanen ym. 2008; www.mielen terveyden ensiapu.fi.)

Mielen terveyden ensiapu®2 -koulutus (MTEA®2) perustuu australialaiseen Mental Health First Aid – koulutusmalliin (MHFA), joka on sovellettu Suomen olosuhteisiin. Australialaisesta MHFA-kurssista on olemassa useita vaikuttavuustutkimuksia (Kitchener & Jorm 2002; Kitchener & Jorm 2004; Jorm ym. 2005). MTEA®2-koulutus on tarkoitettu kaikille asiasta kiinnostuneille eikä koulutukseen osallistumiselle ole tausta- tai koulutusvaatimuksia. Koulutuksen avulla pyritään lisäämään kansalaisten tietoisuutta mielen terveys- ja päihdehäiriöistä sekä antamaan käytännön työvälineitä mielen terveys- tai päihdeongelmista kärsivän ihmisen auttamiseen.

Tavoite

MTEA®2-koulutuksen tavoitteena on 1) lisätä ihmisten tietoisuutta mielen terveys- ja päihdeongelmista ja niiden oireista, 2) madaltaa kynnystä puuttua kanssaihmisien ongelmiin varhaisessa vaiheessa, 3) antaa välineitä auttaa mielen terveys- ja päihdeongelmaista, 4) auttaa tunnistamaan oman osaamisensa rajat ja 5) poistaa mielen terveyshäiriöihin liittyvää leimautumista. Kurssin toimintamalli perustuu australialaisten kehittämälle viidelle askeleelle.

Arvioi avunhakijan itsetuhoisuuden riski.
Kuuntele rauhallisesti ja moralisoimatta.
Rohkaise ja anna tietoa asioista.
Rohkaise hakemaan tarvittaessa ammattiapua.
Rohkaise huolehtimaan itsestä.

MTEA®2-koulutuksen tarkoituksena on suojella elämää jos epäillään, että ihminen voi vahingoittaa itseään tai muita, tarjota apua, jolla pyritään ehkäisemään mielen terveysongelmien kehittyminen vakavammaksi, edistää hyvän mielen terveyden saavuttamista sekä tukea omia voimavaroja ja vahvuuksia ohjata tarvittaessa hakemaan apua. (Heiskanen ym. 2008.)

Toiminta

MTEA®2 -koulutuksen kehittämistyö alkoi suomalaisten kouluttajien rekrytoinnilla. Kouluttajien koulutus alkoi viiden päivän mittaisella jaksolla, jonka aikana he osallistuivat Australian mielen terveyden ensiavusta vastaavan Betty Kitchenerin ja skotlantilaisen yhteistyöpartnerin Alana Atkinsonin vetämälle alkuperäiselle

mielenterveyden ensiapukurssille. Tässä vaiheessa käynnistyivät myös Suomen koulutuksen painopisteiden sekä kurssimateriaalin ideointi ja kehittämistyö. Australialaisia ja skotlantilaisia koulutussisältöjä muokattiin lisäämällä Suomen koulutukseen enemmän päihteitä ja mielenterveyden itsehoitoa koskevaa tietoa. MTEA@2-koulutuksen ensimmäinen ohjaajakoulutus käynnistyi keväällä 2007. Ohjaajakoulutus on nelivaiheinen: MTEA@2-kurssin suoritus, opetusmateriaaliin ja -menetelmiin tutustuminen, asiantuntijaluennot sekä evaluointi.

Kehittämis- ja pilotointivaiheen jälkeen MTEA@2-koulutus siirtyi Suomen Mielenterveysseuran vastuulle. Koulutuksen siirtymistä varten sovittiin siirtymäaika, jonka aikana tehtiin tarvittavat käytännön järjestelyt ja valmistettiin niin ohjaajia kuin yhteistyötahojakin tuleviin muutoksiin. Siirtymäaika oli 1.1.–31.8.2008. Syyskuun 2008 alusta MTEA@2-koulutuskokonaisuus (ohjaaja- ja peruskoulutus, koulutusmateriaalin kehittäminen, todistusten myöntäminen) on ollut kokonaan Suomen Mielenterveysseuran vastuulla.

MTEA@2-koulutuksen keskeisin työväline on Käsikirja mielen terveydestä ja ensiavusta -kurssikirja (Heiskanen ym. 2008), jonka käännöksestä ja muokkaamisesta Suomen oloihin on Stakesin julkaisuluvalla vastannut Suomen Mielenterveysseura. Muu kurssimateriaali koostuu australialaisen ja skotlantilaisen mallin mukaan ohjaajille suunnatusta ohjaajan kansiosista, kalvosarjasta sekä oheiskirjallisuudesta. Tietopohjaisen sisällön lisäksi MTEA@2-kursseilla korostuvat kokemukselliset ja käytännölliset harjoitteet.

MTEA@2-koulutuksen keskeiset sisällöt ovat: hyvä mielenterveys, elämän monet kriisit, masennus, ahdistuneisuushäiriöt, itsetuhoinen käyttäytyminen ja itsemurha, päihdehäiriöt, psykoosit sekä mielenterveyden ensiapu. Koulutuksen päämääränä on, että koulutukseen osallistunut tietää yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ja niiden oireita, on tietoinen päihderiippuvuuksista ja päihteiden käytön haitoista, osaa soveltaa mielenterveyden ensiavun askeleita, omaa valmiudet tarvittaessa tarjota apua ja ohjata hoitoon ja saa valmiuksia osaamisensa rajojen tunnistamiseen.

Arviointi

Suomessa MTEA@2-kurssin sisällön ja vaikuttavuuden arviointi perustuu kouluttajien vetämille pilottikursseille osallistuneiden ennen kurssia ja kurssin jälkeen antamiin palautteisiin. Kurssilaisten täyttämässä kyselylomakkeessa kartoitettiin muun muassa mielenterveyden häiriöihin ja päihteisiin liittyviä asenteita sekä kokemuksia kurssin eri osa-alueista. Kysely toistettiin kuutta kuukautta myöhemmin, jotta kurssin pitkäaikaisia vaikutuksia voidaan arvioida.

Pilottikurssilaisten antaman sanallisen palautteen perusteella kurssit koettiin antoisiksi ja käytännönläheistä otetta kiitettiin. Kurssit herättivät ajatuksia ja lisäsivät osallistujien rohkeutta ottaa mielenterveyteen ja päihteisiin liittyviä asioita puheeksi. Osa pilottikursseista toteutettiin ammatillaiskursseina sosiaali-, terveys-, opetus- ja pelastusaloilla työskenteleville ryhmille. Myös näiltä kursseilta saatu palaute oli rohkaisevaa.

Kansainvälisissä tutkimuksissa mielenterveyden ensiapukurssin on todettu vaikuttavan positiivisesti muun muassa osallistujien asenteisiin niitä ihmisiä kohtaan, joilla on mielenterveys- tai päihdeongelmia. Ensimmäiset tulokset suomalaisen koulutuksen vaikutuksista ovat samansuuntaiset (Häikiö 2008): Kurssi oli vaikuttanut positiivisesti asenteisiin, kurssille osallistuneiden tietoisuus ja osaaminen mielenterveyden ongelmista olivat lisääntyneet, kurssin käyneet kokivat saaneensa työkalun auttaa mielenterveysongelmaista sekä kurssin käyneet kokivat kykenevänsä auttamaan paremmin kanssaihmissään. Tarkempi analyysi MTEA@2-koulutuksen vaikuttavuudesta valmistuu vuonna 2010.

Työhyvinvoinnin edistäminen osana laaja-alaista mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä

Tuula Löf

Tausta

Työhyvinvoinnilla tarkoitetaan tavallisesti tilaa, jossa työntekijä kokee tyytyväisyyttä ja kokonaisvaltaista hyvää oloa. Hän on aktiivinen, jaksaa työssä ja kotona sekä sietää kohtuullisesti epävarmuutta ja vastoin käymisiä. Työyhteisössä työntekijän työkykyyn ja siten myös työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ovat johtaminen ja esimiestoiminta, työn organisoiminen, työpaikan vuorovaikutussuhteet ja -tavat, ilmapiiri sekä henkilöstön mahdollisuudet vaikuttaa ja kehittyä työssään. Suomalaisessa yhteiskunnassa työllä on aina ollut keskeinen merkitys.

Työelämän kenttää on Pohjanmaa-hankkeessa lähestytty yhteistyössä muun muassa seuraavien tahojen kanssa: työterveysluottot, aikuisoppilaitokset ja yrittäjäjärjestöt. Työterveysluottojen toimet koskettavat noin 280 000 henkilöä Pohjanmaa-hankkeen alueella.

Toiminta

Esimiesten ja yrittäjien kouluttaminen

Hankesuunnitelman 2007–2009 tavoitteeksi asetettiin työterveysluottojen työn kehittämisen lisäksi esimiestyön kehittäminen. Koulutusyhteistyötä on toteutettu sekä työterveysluottojen että aikuisoppilaitosten kanssa yhteistyössä. Työyhteisöjen esimiehiä on koottu koulutuksiin teemalla ”Muutokseen motivoiva keskustelu”. Teeman sisältö antaa työkaluja mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamiseen ja niiden käsittelemiseen työpaikoilla. Yhteistyökumppanit ovat kutsuneet yritysten ja muiden työyhteisöjen esimiehiä koulutustilaisuuksiin ja hanketyöntekijä on vastannut koulutusosuudesta. Myönteistä ja toimintaa helpottavaa on ollut laajan ja toimivan verkoston joustava käyttö. Esimieskoulutusten tarkoitus on käynnistää tällaista toimintaa, eli antaa malli koulutuksen sisällöstä ja toteutuksesta. Mallia voi siten myös kehittää jatkossa paremmaksi ja tarvetta vastaavaksi.

Yrittäjille suunnattua toimintaa on toteutettu Keski-Pohjanmaan alueella paikallisen yrittäjäjärjestön kanssa. Osana Masennustalkoiden väestötiedotuskampanjaa on järjestetty kolme yrittäjätaltoa ”Iloisen jaksamisen puolesta”. Näin tavoitettiin 140 yrittäjää eri puolilta Keski-Pohjanmaata. Osallistujat toivat esiin, että yrittäjien keskuudessa on tarvetta ”kansantajuiselle” tiedolle masennuksesta, sen hoidosta ja ennaltaehkäisystä. Aihe koettiin tärkeäksi ja läheiseksi joko omakohtaisesti tai työnantajan roolista käsin: miten tukea masennusoireista kärsivää työntekijää. Lisäksi osallistujat kommentoivat, että saadun tiedon myötä kynnys hakea apua tai tukea avun tarvisijaa hoitoon hakeutumisessa on madaltunut. Järjestetyt tilaisuudet herättivät kiinnostusta myös tiedotusvälineissä – sekä paikallisesti että laajemminkin.

Kartoituskyselystä valmiiseen toimintamalliin

Toinen merkittävä yritysille suunnattu työelämän ja työpaikkojen kehittämistoiminta alkoi vuoden 2008 alussa tehdyllä kartoituskyselyllä. Kysely koski työhyvinvoinnin edistämiseen liittyviä seikkoja. Vastausten pohjalta saatiin kuva tämänhetkisestä tilanteesta työpaikoilla, ja samalla selvitettiin, millaista apua yritykset toivoivat työhyvinvoinnin edistämiskäytäntöjen luomiseen. Kysely lähetettiin vähintään 10 henkilöä työllistävälle yrityksille hankealueella. Suunnittelutyö tehtiin Työterveyslaitoksen kanssa. Keskeisin tieto, jota lähdettiin hakemaan, oli erilaisten työhyvinvointiin liittyvien käytäntöjen kehittämisen tilanne. Neljä vaihtoehtoa olivat:

- Yhteisesti sovittu työkyvyn varhaisen tukemisen käytäntö/malli /ohjelma
- Sairauspoissaolon jälkeen työhön paluun käytäntö/malli/ohjelma
- Epäasiallisen käyttäytymisen/häirinnän (työpaikkakiusaamisen) ennaltaehkäisyn käytäntö/malli/ohjelma
- Päihdeongelman hoitoonohjauskäytäntö/malli/ohjelma

Kuhunkin annetut vastausvaihtoehdot olivat: ei ole/ alustavasti keskusteltu/ suunnitellaan/ suunnitelma paperilla/ suunnitelma paperilla ja aktiivisesti käytössä.

Mallien puuttuminen oli varsin tavallista. Yleisimmät vastaukset kaikkien vaihtoehtojen kohdalla olivat ”ei ole” – erityisesti alle 100 työntekijän yrityksissä. Eniten aktiivisesti käytössä olevia valmiita malleja oli päihdeongelman hoitoonohjauskäytännöissä.

Kyselyn tarkempi analyysi tuotti nykytilan lisäksi tietoa yritysten tarpeista ja toiveista. Nämä keskittyivät seuraaviin asioihin:

- tietoa muualla toteutetuista malleista
- käytännön suunnitteluapua (konsultaatiota)
- esimieskoulutusta
- esimiesvalmennusta
- luottamushenkilöiden valmennusta
- mallin toimivuuden arviointia

Pohjanmaa-hankkeessa päätettiin vastata näihin tarpeisiin kahdella tavalla: tarjoamalla ohjausapua pilottityönä kuudelle yritykselle päihdekysymysten toimintaohjelman kirjoittamiseen sekä laatimalla muualla toteutetuista malleista tietopaketti ja raportoimalla yritys-kyselyyn liittyviä asioita Päähenkilö-lehden (Pohjanmaa-hankkeen tiedotuslehti) työelämän teemanumerossa vuoden 2009 alussa. Näin saataisiin hyödyllistä ja ajankohtaista tietoa välitetyksi yrityksiin laajemminkin. Pilottirytykset valittiin vastanneista yrityksistä, jotka toivoivat käytännön suunnitteluapua. Mukaan tulivat metallialan yritys, venealan yritys, kuljetusalan yritys, yksityinen päiväkotia, energia-alan yritys ja tekstiilialan yritys.

Ohjaustyöhön palkattiin henkilö, jolla on päihdeterapeutin ja päihdetoimintastrategian koulutus. Hänellä oli myös käytössään materiaalipaketti, mikäli yritykset halusivat siitä tukea toimintaohjelman kirjoittamiselle. Ohjaustyössä on käytetty samaa toimintamallia kaikissa yrityksissä. Ensimmäisen yhteydenoton jälkeen on sovittu, että yrityksen johto kutsuu koolle työryhmän, jonka kokoonmuksii ohjaaja osallistuu kolme kertaa (alkuinfo, toinen ohjaus ja kirjoitetun tekstin viimeistely). Varsinainen päihdekysymysten toimintamallin kirjoittaminen on yrityksen tehtävä – ohjaavan henkilön rooli on konsultatiivinen. Mikäli yritys on toivonut, hankkeen työntekijä on voinut avustaa lopullisessa puhtaaksikirjoittamisessa. Yritykset ovat näin luoneet oman toimintasuunnitelmansa, joka on valmis työväline käytettäväksi. Tämän jälkeen asia saatetaan tiedoksi koko työyhteisölle ja päivitetään säännöllisin väliajoin.

Arviointi

Kokemukset pilottityön osalta ovat antaneet arvokasta tietoa yrityksen halusta ja tavasta toimia prosessin etenemisen aikana. On myös havaittu, että tehty malli on antanut valmiuksia kirjoittaa muita työhyvinvoinnin edistämisen käytäntöjä. Eräs pilottirytyksistä valmistele parhaillaan työpaikkakiusaamisen ennaltaehkäisyn käytäntöä. Työn aikana on korostettu päihdeongelmaa työyhteisöä, ja paljon keskustelua on käyty siitä, miten yrityksessä suhtaudutaan alkoholin käyttöön edustustehtävissä. Keskustelun jälkeen yritys on kirjannut oman näkemyksensä toimintasuunnitelmaan. Päihdekysymysten toimintaohjelma on samalla osa päihdeidenkäyttöä ennaltaehkäisevää työtä yrityksen sisällä. Toisaalta siihen on kirjattu esimiehen, työntekijän ja työsuojeluvaltuutetun rooli/tehtävät päihdeongelmien puheeksi ottamisessa ja käsittelyssä. Vaikeiden asioiden puheeksi ottaminen ja niihin puuttuminen helpottuvat, kun on yhdessä laadittu suunnitelma, joka on kaikkien tiedossa. Se tiedotetaan myös jokaiselle uudelle työntekijälle perehdytyksen yhteydessä.

Ohjaukseen osallistuneissa yrityksissä on korostunut halu yhteisesti vaikuttaa työpaikan viihtyvyyteen ja ilmapiiriin. Työkyvyn ylläpito (tyky) on vakiinnuttanut viime vuosina asemansa suomalaisessa työelämässä. Työpaikat ovat luoneet itse omat toimintamuotonsa tyky-toiminnassa. Tavallisimpia tämän toiminnan muotoja tekemämme kyselyn mukaan olivat: yhteiset virkistyspäivät, vapaa-ajan liikunnan ja kulttuurin tukeminen, jumppatuokiota, työterveyshuollon antama tuki ja retket. Tärkeimmäksi yhteistyökumppaniksi työhyvinvointiasioissa mainittiin yksiselitteisesti työterveyshuolto. Kyselyn antama monipuolinen tieto on välitetty työterveyshuollon työntekijöille, ja se on otettu siellä mielenkiinnolla

vastaan. Työterveyshuollon toiminnan kehittämisen tukeminen on näin saanut konkreettisia asioita eteenpäin vietäväksi.

Alueella tehty depressio- ja päihdehoitajien tilanteen kartoitus osoitti, että vasta muutamassa työterveyshuollossa on päihdetyöhön ja/tai mielenterveysasioihin/depressioon perehtynyt työterveyshoitajamalli käytössä. Hanke tukee jatkossa näiden mallien rakentamista hankealueen muihin työterveyshuoltoihin.

Depressiokoulu videoneuvotteluteitse

Sirpa Liimatta, Maarit Pirttijärvi, Paula Perttunen, Jorma Posio, Markku Tiainen, Sirkku Valve, Seija Vauramo, Pentti Vuorma

Taustaa

Suomen mielenterveysseura toi depressiokoulumenetelmän Suomeen, muokkasi sen tänne soveltuvaksi masennuksen ennaltaehkäisyyn ja itsehoitotaitojen vahvistamiseen. Työmallin kuvaus löytyy työkirjasta ”Depressiokoulu – Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja (Koffert & Kuusi 2007). Työmalli otettiin pohjaksi kehitettäessä mielenterveysongelmien ehkäisyä Lapin alueella.

Lapissa etäisyydet ovat pitkiä ja tämä vaikeuttaa osallistumista erilaisiin terapioihin ja ryhmämuotoisiin hoitoihin. Tietokoneen käyttö on yhä tutumpaa kaikissa ikäryhmissä. Tietotekniikan avulla osallistuminen oman hoidon toteuttamiseen ei enää vaadi ajallisesti aikaa vievää liikkumista. Itsehoitotaitoja ja vertaistukea voi nyt saada kotona tietokoneen välityksellä.

Mielenterveys- ja päihdetyön seudullinen kehittäminen Lapin sairaanhoitopiirin alueella -hankkeen ja UULA-projektin yhteistyönä syksyllä 2008 käynnistynyt kokeilu toteuttaa depressiokoulu videoneuvotteluteitse osoitti työmallin olevan toteutettavissa Lapin alueella. Hankkeita ovat rahoittaneet Euroopan aluekehitysrahasto, Lapin kunnat, Lapin lääninhallitus ja Sosiaali- ja terveysministeriö.

Depressiokouluryhmän ohjaamisen toteutus

Suomen ensimmäiset monipisteneuvotteluna toteutetut depressiokoulut toteutettiin videoneuvotteluteitse Lapin sairaanhoitopiirin alueella. Ryhmien kokoamiseen kiinnitettiin erityistä huomiota siten, että mukaan saatiin jäseniä koko Lapin alueelta ja Lapin kuntien mielenterveystoimistot ohjasivat sopivat ryhmäläiset videoneuvotteluteitse toteutettavaan depressiokouluun. Toinen ryhmistä, Lappi-ryhmä, koostui eri puolilta Lapin läänin – kaukaisin Utsjoelta – tulevista henkilöistä. Ryhmässä oli kolme jäsentä. Toisen ryhmän, Rovaseutu-ryhmän, jäsenet tulivat Posiolta, Ranualta ja Rovaniemeltä. Ryhmässä oli kuusi jäsentä. He osallistuivat ryhmään joko kotoaan tai terveyskeskuksesta. Lappi- ja Rovaseutu-ryhmien jäsenet olivat aikuisia, keski-ikäisiä naisia ja miehiä.

Ryhmänohjaajat haastattelivat ryhmiin ohjatut henkilöt ja mittasivat ryhmäläisten mielialan BDI-asteikolla ennen ryhmän alkua. Ryhmäläisten kanssa tavattiin ensimmäiset (oppitunnit 1 ja 2 yhdessä) ja viimeinen kerta (oppitunti 10) fyysisesti yhdessä ollen. Ensimmäisen tapaamisen tavoitteena oli saada ryhmäytyminen käyntiin ja ryhmäläisille annettiin opastus tekniikan käytöstä. Luottamus saavutettiin panostamalla näin erityisesti alkuun. Viimeisellä tapaamiskerralla arvioitiin ryhmän toteutusta. Oppitunnit 3–9 pidettiin videoneuvotteluyhteyksin. Menetelmä oli uutta sekä ohjaajille että opiskelijoille. Toteutus onnistui hyvän teknisen tuen avulla. Sekä ohjaajilla että opiskelijoilla oli oma tekninen tukihenkilö. Tietoliikenneongelmat aiheuttivat jonkin verran oppituntien aikatauluihin viivettä, mutta ryhmäläisten myönteinen asenne vähensi viiveiden turhauttavuutta.

Ryhmien toteutuksessa oli tärkeää sopia pelisäännöt selvästi. Puheenvuorojen pyytäminen ja jakaminen vaati keskittymistä, samoin puheenvuorojen viiveellä tuleminen. Ryhmän koko ratkaisi henkilökohtaisen huomion saamisen määrän ja pienemmässä ryhmässä huomiota oli mahdollista antaa enemmän. Ryhmän koko peilautuu toki myös saatuun vertaistukeen. Vertaistuen toimivuudelle optimikoko tämäntyyppisissä ryhmissä on 6–8 henkilöä ohjaajien lisäksi.

Oppituntien toteutuksessa pysyttiin hyvin aikatauluissa. Ohjaajilta menetelmä vaati hyvää ennakkosuunnittelua. Jokaisen oppituntin aikana ryhmäläiset olivat ilman ohjaajia keskusteluyhteydessä keskenään 10 minuuttia ohjaajien poistuessa linjalta. Tällä tavoin tuettiin ryhmäytymistä ja edesautettiin vertaisuuden kokemista. Tämä menetelmä on käytössä myös tavallisessa depressiokoulussa, mutta se toimi hyvin myös internet-pohjaisessa menetelmässä. Ryhmäläisillä oli mahdollista olla videoneuvotteluna keskinäisessä yhteydessä myös eri oppituntien välissä, mutta sitä ryhmäläiset eivät olleet käyttäneet. Oppitunteihin kuului aina rentoutus, josta oppikirjassa opetetaan kaksi erilaista menetelmää. Nämä kirjan mukaiset rentoutusmenetelmät opeteltiin ja erityisesti hengitysharjoitus-rentoutusta opetettiin sen nopean käyttöönoton ja hyvän tehon takia.

Oppituntien alussa käytiin läpi aiemmin opittu. Näin oppi saatiin yhdessä jakoon ja käyttöön. Vertaistuen voima toteutui menetelmän avulla hyvin. Vertaiskokemuksista ryhmäläiset saivat voimaa ja itsetunnon herätystä ja kasvua. He oppivat havaitsemaan asioita, jotka itsellä ovat hyvin ja joista kannattaa pitää huolta. Ryhmäläiset kuvasivat vahvasti positiivisia kokemuksiaan eri tavoin: ”Maailma on auennut ryhmän avulla.” tai ”Masennus on tuonut enemmän kuin vienyt!”

Ryhmissä kuullut asiat eivät aukea välittömästi, vaan viiveellä, mutta ne jäävät elämään ja kirjan avulla niitä voi kerrata. Erilaisuus ja eritasoisuus ryhmäläisten kesken on tuonut monimuotoisuutta ja rikkautta. Videoneuvotteluteitse toteutettava depressiokoulu-ryhmä koetaan toimivaksi tavaksi, joka antaa mahdollisuuden osallistua niillekin, jotka eivät uskalla tai eivät voi osallistua fyysisesti läsnä olevaan ryhmämuotoiseen hoitoon. Tavoitteena ollut oma työkalupakki koostui monenlaisista oivalluksista ja ryhmäläiset aikoivat erityisesti ottaa käyttöön jatkossakin mielialaseurannan.

Ohjaajien usko menetelmän toimivuuteen ja innostus ryhmän ohjaamiseen välittyi myös videon välityksellä. Videoneuvotteluteitse toteutettava depressiokoulu on merkittävä ja toimiva vaihtoehto mielenterveyspalveluiden toteutuksessa. Sitä rohkenee suositella käytettäväksi silloin, kun fyysisesti läsnä olevaa ryhmämallia ei syystä tai toisesta voi käyttää. Sen etuna on myös se, että jokainen voi osallistua ryhmään joko kotoa tai jopa työpaikalta käsin.

Tekniset haasteet depressiokoulun järjestämiseksi videoneuvotteluteitse

Depressiokoulun ensimmäinen kokoontuminen oli fyysisesti läsnä oleva tapaaminen. Tällöin asiakkaita ja ohjaajia opastettiin videoneuvotteluohjelmiston asennuksessa ja käytössä. Videoneuvotteluissa käytettiin Arctic Communicator -videoneuvotteluohjelmistoa, jota kukaan osallistujista ei ollut käyttänyt aikaisemmin. Oppilaiden kuvayhteys oli tietokoneen näyttö, ohjaajilla kuvayhteys muodostettiin videotykin välityksellä. Ääniyhteyden käytettiin kotikoneilla sankaluureja (head-set), videoneuvottelutiloissa oli pöytämikrofonit.

Koulutuksen avulla pyrittiin välttämään suurimmat ongelmat, joita asiakas saattaisi kohdata asentaessaan videoneuvotteluohjelmistoa kotikoneelleen. Koulutus palveli tarkoitustaan hyvin. Asiakkaille tarjottiin teknistä tukea koko depressiokoulun ajan. Tukea myös tarvittiin.

Suurimpina haasteina depressiokoulun järjestämisessä videoneuvotteluohjelmiston välityksellä ovat loppuasiakkaan tietoliikenneyhteyden ja päätelaitteen tekniset ominaisuudet ja valmiudet. Tämän päivän videoneuvotteluohjelmistot vaativat minimissään laajakaistayhteyden, jotta kuva ja ääni olisivat laadukkaita. Suositeltavaa olisi se, että yhteysnopeus olisi vähintään 1 Mb/s, joka on välttävä nopeus esimerkiksi depressiokoulun tapaisille koulutuksille. Osa ohjelmistoista toimii myös 3G- ja @450-verkoissa. Jos videoneuvottelu-ohjelmistoa käytetään esimerkiksi 3G-verkossa, niin on muistettava, että peittoalueen rajoilla yhteys saattaa vaihtua aika-ajoin 2G-yhteydeksi ja silloin yhteys usein katkeaa. Käytettävää videoneuvotteluohjelmistoa valittaessa on hyvä varmistaa, että yhteys voidaan muodostaa salattuna ja että ohjelmisto noudattaa ITU-T:n videoneuvottelustandardeja. Standardinmukainen ohjelmisto on yhteensopiva myös muiden videoneuvotteluohjelmistojen ja verkkolaitteiden kanssa.

Asiakkaan käytössä oleva päätelaiteet asettavat myös omia haasteitaan videoneuvotteluohjelmiston sujuvalle käytölle. Kovin vanhalla laitekannalla nykypäivän videoneuvotteluohjelmistot eivät toimi. Suositeltavaa on, että käytettävät päätelaitteet eivät olisi 2–3 vuotta vanhempia.

Depressiokoulun arviointi

Videoneuvotteluteitse toteutettua depressiokoulua arvioitiin internetin kautta täytettävän kyselylomakkeen avulla useamman kerran koulun aikana. Arviointiin osallistuvat sekä oppilaat että ohjaajat. Arvioitavia osa-alueita olivat kuva- ja ääniyhteys, järjestelyt, sisältö, tekninen toteutus, toimivuus ja depressiokouluun käytetty aika.

Järjestelyjen osalta 86 prosenttia vastaajista piti tiloja ja saatavilla olevaa apua hyvänä. Omia taitoja videoneuvottelun käynnistämiseen piti hieman puutteellisina 37 prosenttia osallistujista, 63 prosenttia koki hallitsevansa käynnistämisen hyvin. Arviointitapaamisessa koulun lopussa tuli ilmi, että tilojen suunnitteluun sairaaloissa tulisi kiinnittää huomioita, jos videoneuvotteluteitse järjestettävät ryhmät yleistyvät. Koti toimii tilana hyvin.

Kolme neljästä vastaajasta piti asiasisällön käsittelyn onnistumista, puheenvuorojen jakautumista sekä puheen kuuluvuutta ja selkeyttä hyvänä. Puolet vastaajista piti myös vuorovaikutuksen onnistumista hyvänä. Vuorovaikutus syntyi eri ryhmissä eri tavoin, toisessa ryhmässä kaikki oppilaat olivat omalla koneellaan, toisessa ryhmässä oli yksi kolmen hengen oppilasryhmä terveystieteiden videoneuvottelutilassa ja muut oppilaat omilla kotikoneillaan. Suullisesta palautteesta ilmeni, että vuorovaikutuksen kannalta olisi parempi, että kaikki oppilaat osallistuisivat omailta koneiltaan. Näin ryhmä olisi tasavertaisessa vuorovaikutustilanteessa. Vuorovaikutuksen luominen ja puheenvuorojen jakautuminen tärkeää, jotta vuorovaikutus toimii hyvin.

Tekniseen toteutukseen oli tyytyväisiä 75 prosenttia vastaajista esitysmateriaalin näkyvyyden, kuvan laadun ja äänen kuuluvuuden suhteen. Kolmella neljästä oli ollut jotain häiriöitä yhteydessä, ainakin yhdessä kokoontumisessa. Muutamalla osallistujalla teknisiä ongelmia oli paljon, ongelmat johtuivat tietoverkkojen puutteista. Ryhmä ehdottikin, että tekninen toimivuus testattaisiin ennen videotapaamisten alkua, esimerkiksi 15 minuuttia ennen tunnin alkua. Näin saataisiin ratkaistua käyttäjistä johtuvat tekniset ongelmat.

Yli puolet (60%) vastaajista piti videoneuvotteluteitse toteutettua depressiokoulua hyvänä oman depressionsa hoitoon sekä ryhmämuotoiseen hoitoon. Kirjamateriaalin toimivuus arvioitiin hyväksi myös videoneuvottelussa. Kaikkiaan 38 prosenttia arvioi vertaistuen toteutumisen hyväksi, 28 prosenttia huonoksi. Valtaosa (68%) vastaajista oli sitä mieltä, että hyöty ajankäytöllisesti oli suuri. Kiinnostus käyttää palvelua uudelleen oli myös suurta, yli 80 prosenttia vastaajista ilmoitti olevansa kiinnostunut käyttämään palvelua uudelleen. Puolet vastaajista käytti depressiokouluun valmistautumiseen yli tunnin aikaa, puolet 15 minuuttia. Videoneuvottelun kesto oli kaksi tuntia.

Depression asteen mittarina käytettiin Beckin depressioasteikko BDI, joka on yleinen vaikuttavuuden arvioinnissa käytetty mittari. Ryhmäläisistä 66,7 prosentilla BDI laski 2–14 pistettä ja 33,3 prosentilla BDI nousi 3–19 pistettä.

Yhteenvedon voidaan todeta, että videoneuvotteluteitse toteutettava depressiokoulu on normaalia depressiokoulua vaativampi menetelmä nimenomaan sen takia, että ryhmäläiset joutuvat opiskelemaan sekä tekniikan että menetelmän. Malli osoittautui kuitenkin toimivaksi. Depressiokoulu tietokoneen välityksellä on ensimmäinen askel mielenterveystyössä toteutettavalle kotiin annettavalle ryhmämuotoiselle hoidolle.

Lisää mielenterveys- ja päihdeosaamista kotihoitoon

Hannele Peräkoski, Lauri Kuosmanen, Maria Vuorilehto

Tausta

Masennus on iäkkäiden yleisin mielenterveydenhäiriö, josta arvioidaan kärsivän jopa 20 prosenttia yli 75-vuotiaista. Hoitamattomana masennus kroonistuu, huonontaa fyysistä toimintakykyä ja vaikeuttaa kuntoutumista. Kotihoiton asiakkaiden masennuksen tunnistamista vaikeuttavat alavireisyyden arvioiminen normaaliksi ikääntymiseen liittyväksi ilmiöksi, mielenterveysongelmiin yhä liittyvä häpeä sekä työntekijöiden puutteellinen osaaminen. Alkoholi-ongelmia ikääntyneessä väestössä arvioidaan olevan 10–15 prosenttia. Näistä kolmanneksella ongelma on syntynyt vasta iäkkäämpänä. Suomessa yli 65-

vuotiaista miehistä 16 prosenttia ja naisista 6 prosenttia käyttää alkoholia yli suositellun enimmäismäärän (miehet alle 8 annosta ja naiset alle 5 annosta / viikko). Iäkkäämpien alkoholin suurkuluttajien hoitomahdollisuudet ovat puutteelliset, diagnosointi on vaikeampaa ja asenteet juomista kohtaan varauksellisemmat.

Tavoite

Tämän Vantaan kaupungin kotihoidossa toteutetun hankkeen (Peräkoski ym. 2009, Kuosmanen ym. 2007, Vuorilehto 2007) tavoitteena oli 1) aikaistaa mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamista kotihoidossa, 2) tehostaa hoitoa luomalla moniammatillisia toiminta- ja yhteistyömalleja sekä lisäämällä verkostoja ja ryhmämuotoisia hoitoja sekä 3) mallintaa psykiatrisen asiantuntijahoitajan ja päihdevastaavan hoitajan toiminta kotihoidon alueella.

Hankkeen mittarit ja menetelmät

Kotihoidon uusien asiakkaiden masennusoireita kartoitettiin yli 65-vuotiailla GDS-15 ja muulla aikuisväestöllä BDI-21 -seulontamittaria käyttämällä. Alkoholin suurkulutuksen tunnistamiseen käytettiin AUDIT-testiä ja yli 65-vuotiaalle Otetaan Selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet -opaskirjaa (STM 2006). Jos suositellut rajat ylittyivät, tehtiin asiakkaan tilan tarkempi selvitys ja arvioitiin tehostetun hoidon tarve. Tarkempi selvitys tarkoittaa tilanteen kokonaisvaltaista selvittämistä sisältäen masennuksen vakavuuden ja alkoholinkäytön laajuuden, soveltuvan hoitomenetelmän sekä tarvittavan hoidon asianmukaisen järjestämisen. Oleellisena osana arvioon kuuluu lääkehoidon selvittäminen ja tarvittaessa muiden hoitotahojen konsultointi. Kotihoidon psykiatrisen asiantuntijahoitaja ja päihdevastaava osallistuvat asiakkaan kokonaistilanteen selvittelyyn ja muilla työntekijöillä on mahdollisuus konsultoida heitä asiakkaan tilanteesta.

Kotihoidon psykiatrisen asiantuntijahoitaja

Psykiatriset asiantuntijahoitajat toimivat alueellaan mielenterveyden asiantuntijoina, konsultoivat työryhmän muita jäseniä, kartoittavat ja selvittävät asiakkaiden tilanteita, tapaavat asiakkaita muutamia kertoja ja saattaen siirtävät asiakkaan hoidon muulle tiimille. Psykiatriset asiantuntijahoitajat toimivat vanhusten masennus- tai mielialaryhmien koordinoijina ja ohjaajina. Mielialalääkkeiden ja niiden vasteen seuraaminen on yksi keskeinen tehtävä psykiatrisille asiantuntijahoitajille. Hankealueella tehdyn selvityksen mukaan kotihoidon ikääntyneistä asiakkaista (n = 89) 72 prosentilla oli ainakin yksi psykiatrilääke käytössä. Masennusoireista kärsivistä lähes 60 prosenttia käytti masennuslääkitystä, mutta siitä huolimatta oireilu jatkui.

Kotihoidon päihdevastaava

Päihdevastaava hoitaja toimii myös oman alueensa asiantuntijana työryhmässä. Päihdevastaavat hoitajat tekevät kotikäyntejä, avokatkaisua ja asiakkaiden ohjaamista laitoshoidon. Lisäksi he vastaavat päihteiden käyttöön liittyvien ryhmien koordinoimisesta ja ohjausmateriaalin ajan tasalla pitämisestä työyhteisössä. Tavoitteena on ollut lisätä kotihoidon työntekijöiden päihdeosaamista ja saada mini-intervention toteuttaminen jokaisen työntekijän toimintataivaksi. Psykiatriset asiantuntijahoitajat ja päihdevastaavat mahdollistavat ja auttavat hoitovaihtoehtojen ja erityisalan hoitomahdollisuuksien esilläolon. He tukevat konsultoinnin ja ohjauksen avulla kotihoidon työntekijöiden uskallusta kohdata asiakkaita. Asiantuntijahoitajien oma jaksaminen on tärkeää huomioida koulutuksen ja työnohjauksen avulla.

Ryhmätoiminnot kotihoidossa

Ryhmätoiminnot ovat keskeinen osa tätä toimintatapaa. Kotihoidon asiakkailta on mahdollisuus osallistua vanhusten masennus- ja mielialaryhmiin ja masennusryhmien ohjaajia on koulutettu kotihoidon eri toiminta-alueille. Hankkeen aikana ryhmiä toteutui keskimäärin kerran syksyllä ja kerran keväällä kutakin aluetta (kotihoidon asiakkaita 500–600) kohden. Osallistujia ryhmissä on ollut 6–8, iältään 68–84 vuotta. Vanhusten ryhmissä on huomioitava, että osallistujilla on vaara eristäytyä kotiin, joten kuljetuksen

järjestäminen ja ryhmän kokoontumispaikan valinta on tärkeää. Iäkkäille, joilla alkoholin käyttö oli ongelmallista, järjestettiin ryhmiä yhteistyössä terveyskeskuksen vastaanotto toiminnan ja Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi -hankkeen (Sininauhaliitto) kanssa ja ne toteutettiin samaan tapaan kuin masennus- ja mielialaryhmät.

Henkilöstön koulutus

Kotihoidon henkilöstön koulutus on keskeistä työntekijöiden tiedollisen osaamisen lisäämiseksi ja asenteisiin vaikuttamiseksi. Hankkeen projektityöntekijän on vastannut kouluttamisesta ja laatinut erillisen koulutuskokonaisuuden työntekijöiden mielenterveys- ja päihdeosaamisen lisäämiseksi.

Koulutuskokonaisuus koostuu seuraavista teemoista ja toimintatavoista:

- "Bed side" (vuoteenvierus) -opetus, jossa projektityöntekijä osallistui kotikäynteihin yhdessä kotihoidon työntekijöiden kanssa
- Lomakkeiden ja seulojen käytön opetus
- Tietoa masennuksesta ja sen hoidosta
- Koulutusta potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta
- Koulutusta Puheeksi otto- ja Mini-interventio -menetelmistä
- Mielenterveyden ensiapu 2 -koulutus
- Taitolajikoulutus päihdevastaaville
- Depressiokouluohjaajakoulutus psykiatrisille asiantuntijahoitajille

Hankkeen johtopäätökset ja jatkosuositukset

Strukturoitujen mittareiden käyttö mielenterveys- ja päihdeongelmien toteamisessa antaa kotihoidon työntekijöille välineitä puuttua asiakkaan mielialaan ja päivittäiseen selviytymiseen vaikuttaviin asioihin. Mittarit ovat väline ottaa masennuksen oireet ja alkoholinkäyttö puheeksi. Pelkkä mittareiden täyttö ei hyödytä asiakasta eikä työntekijää, vaan siihen tulee liittää asioiden esille nostaminen, asiaan puuttuminen ja keskustelu asiakkaan kanssa. Oleellista on, että on nimetty toimintatapoja, hoitopolkuja sekä yhteistyökumppaneita toiminnan ja hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Erilaiset asiakkaille järjestetyt ryhmät ja henkilökunnan koulutus ovat keskeinen osa toimintamallia. Hanke on muodostunut pysyväksi osaksi Vantaan kotihoidon toimintaa ja se on sovellettavissa muihin suuriin kaupunkeihin Suomessa.

4 Päihteettömyys – utopiaako?

Onko päihteiden käyttö yksityisasia? Mikä on alkoholinmyyjän vastuu? Voidaksemme itse ratkaista, miten käytämme päihteitä ja miten suhtaudumme lastemme päihteidenkäyttöön, tarvitsemme riittävästi tietoa hyödyistä ja haitoista. Myös ammatillisena tietomme saattavat olla puutteellisia tai asenteellisia.

Vastuullisen alkoholimyyntin koulutukset

Mervi Ropponen

Tausta

Tutkimustulosten mukaan alkoholin vastuullinen anniskelu ja myynti sekä saatavuusrajoitukset ovat tehokkaita aseita paikallisessa alkoholihaittojen ehkäisyssä (STM 2004). Alkoholimarkkinoiden, viranomaisten sekä sosiaali- ja terveystoimen alalla työskentelevien välillä on olemassa jännitteitä ja vastakkaisia intressejä, vaikkakin päihdehaitat, kuten lähisuhde- ja katuväkivalta, ovat heille yhteisiä. Alkoholielinkeinon kanssa tehtävän yhteistyön luonteva sisältö on sellaisen vastuullisen myynnin ja anniskelun kehittäminen, jossa painottuvat eri yhteistyötahojen näkökulmat sekä heidän tarpeensa yhteistyölle. Vastuullisen alkoholimyyntin koulutusten malli on lähtöisin Tukholman Stad -projektin (www.stad.org) kehittämästä koulutusmallista. Vastuullisen alkoholimyyntin koulutuksia on käytetty myös osana paikallisen alkoholipolitiikan kehittämishanketta (Holmila ym. 2009).

Tavoite

Koulutusten tavoitteena on vähentää päihdehaittoja, kuten asiakkaiden väkivaltaista käyttäytymistä, lähisuhde- ja katuväkivaltaa sekä edistää alkoholiluvanhaltijoiden alkoholimyyntin omavalvontaa. Lisäksi tavoitteena on kehittää yhteistyötä alkoholiluvanhaltijoiden, alkoholihallinnon, poliisin ja järjestyksenvalvojen välillä. Koulutuksen avulla pyritään kehittämään paikallista alkoholipolitiikkaa päihteiden saatavuuden vähentämiseksi ja päihdehaittojen minimoimiseksi. Punaisena lankana on ollut saattaa viranomaiset ja anniskeluoikeuden omaavat yrittäjät saman pöydän ääreen rakentamaan vastuullista alkoholimyyntiä alueelle. (Lång 2006.)

Toiminta

Pohjanmaa-hanke on järjestänyt vuodesta 2007 lähtien osana sosiaali- ja terveysministeriön Alkoholiohjelmaa Etelä- ja Keski-Pohjanmaan sekä Pohjanmaan alueilla Vastuullisen alkoholimyyntin koulutuksia. Koulutukset on toteutettu yhteistyössä Länsi-Suomen lääninhallituksen alkoholitarkastuksen sekä Kokkolan ja Lapuan kihlakuntien kanssa. Lisäksi koulutusten suunnitteluun on osallistunut yrityksiä ja muita paikallisia toimijoita. Kevääseen 2009 mennessä kolmen pohjalaismaakunnan alueella on järjestetty Kokkolassa neljä ja Seinäjoella kolme suomenkielistä koulutusta. Ruotsinkieliset koulutukset on toteutettu Vaasassa kolme kertaa ja Pietarsaareissa neljä kertaa.

Koulutustilaisuuksiin lähetettiin kolmen pohjalaismaakunnan alueelle kutsut kaikille alkoholiluvanhaltijoille, joiden tiedot saatiin lääninhallitukselta. Osallistujat olivat pääsääntöisesti ravintolayrittäjiä ja heidän työntekijöitään. Mukana oli myös vähittäismyyntin edustajia. Yleisempiä ammattiryhmiä olivat: myyjä, yrittäjä, baarimestari, ravintolapäällikkö, vuoropäällikkö, tarjoilija, järjestyksenvalvoja. Koulutuksissa olleiden määrä vaihteli (15–250 henkilöä/koulutus). Arviolta 2/5 alueiden luvanhaltijoista kävi vastuullisen alkoholimyyntin koulutuksen.

Koulutus oli yksipäiväinen ja siinä käsiteltiin alkoholin lääketieteellisiä vaikutuksia, päihteiden sekakäyttöä, aggressiivisen asiakkaan kohtaamista sekä omavalvonnan hyötyjä ja haittoja sekä sen vaikutusta yrityksen imagoon. Koulutuksissa oli myös mahdollisuus toimialakohtaisiin keskusteluihin asiantuntijoiden kanssa.

Koulutuksen läpikäyminen edistää yritysten menestymistä kiristyvässä kilpailussa vastuullisena, paikallisen alkoholipolitiikan tukijana. Koulutus antaa tietoa päihteiden vaikutuksista psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin (alkoholin lääketieteelliset vaikutukset – lääkärin luento) sekä valmiuksia kohdata ja toimia vaaratilanteissa, joissa aggressiivinen/päihtynyt/huumaantunut asiakas aiheuttaa häiriötä (poliisin luennot).

Todistuksen Vastuullisen alkoholinmyynnin koulutuksesta saavat yritykset, jotka täyttävät seuraavat kriteerit: 1) yritys lähettää henkilökuntaa koulutukseen, 2) yritys sitoutuu suorittamaan omavalvontaa yrityksessä, ja 3) yritys sitoutuu vastuulliseen alkoholinmyyntiin.

Todistukset luovutetaan erillisessä tilaisuudessa. Tämän lisäksi koulutukseen osallistuneet saavat henkilökohtaisen todistuksen koulutuksen suorittamisesta.

Arviointi

Koulutuksiin osallistuneet ovat täyttäneet arviointilomakkeen, jonka avulla haluttiin selvittää koulutuksen järjestämiseen liittyvät kehittämistarpeet. Pääsääntöisesti kaikissa koulutuksissa yli 90 prosenttia vastaajista koki hyötynensä koulutuksesta. Arviointikyselyssä kiinnitettiin huomiota myös henkilökunnan työssään kokemaan lähisuhdeväkivaltaan ja seksuaaliseen häirintään sekä koottiin heidän kehittämisehdotuksiaan viranomaisten ja yritysten välisen työn suhteen ja omavalvonnan kehittämiseen

Seinäjoen koulutukseen osallistuneista (N=219, vastausprosentti 75%) vuoden 2007 aikana 72 prosenttia oli eriasteisesti kokenut sanallista väkivaltaa työssään ja 23 prosenttia fyysistä väkivaltaa. Seksuaalisen häirinnän kohteeksi oli joutunut 56 prosenttia. Vaasan koulutuksen osalta (N=64, vastausprosentti 88%) vastaavat luvut olivat 68 prosenttia, 44 prosenttia sekä 40 prosenttia. Kaikissa koulutuksissa sekä suomenkielisten että ruotsinkielisten yritysten henkilökunta näki väkivallan jälkihoidon parhaina jatkotoimenpiteinä koulutuksen vastaavia tilanteita varten, johdon ja esimiehen tuen sekä kriisiavun saamisen.

Anniskeluoikeuden omaavien yritysten kokema väkivalta työssä on hätkähdyttävän suurta. Suurin osa koulutukseen osallistuneista ovat kokeneet tarvitsevansa väkivaltilanteiden jatkohoitoa. Paras jälkihoito heidän mielestään on koulutus vastaavia tilanteita varten. Myös esimiehen ja johdon tai työterveyshuollon tuki sekä kriisiavun saaminen nähdään tärkeinä jälkihoidon muotoina.

Koulutukseen osallistuneilta kysyttiin myös ehdotuksia yhteistyön kehittämiseksi. Henkilökuntaa edustavat ehdottivat omavalvonnan kehittämistä henkilökunnan jatkuvalla kouluttamisella, omavalvonnan vahvistamisella tekemällä omavalvonnan suunnitelmat yhdessä koko henkilökunnan kanssa sekä järjestämällä omavalvontasuunnitelman toteutumisen seuranta. Henkilökunnan ehdotuksissa alkoholivalvonnan kehittämisessä korostettiin sekä koulutuksia että yhteistyötä alkoholivalvonnan kanssa niiden suorittamien normaalitarkastusten lisäksi: "--, sovitut vierailut myös normaalitarkastusten lisäksi, joissa saisi oikeasti kysellä ja puhua asioista ilman hirveätä stressiä onko kaikki kunnossa. Ja mielellään päivällä.--". Ehdotuksissa kaivattiin myös enemmän valvontaviranomaisia sekä paluuta kunnallisten tarkastajien toimintaan. Henkilökunta kaipasi myös enemmän yhteistyötä poliisin kanssa, kuten säännöllisiä tapaamisia, yhteistapahtumia, poliisin käyntejä ravintoloissa sekä poliisin resurssien lisäämistä.

Terveysaseman päihdehoitaja

Maria Vuorilehto, Lauri Kuosmanen, Liisa Pajula

Tausta

Työikäisten yleisin kuolinsyy liittyy alkoholiin. Terveystieteiden tutkimusten mukaan päihdehaittojen välittömät kustannukset ovat merkittävät ja alkoholin suurkulutuksen vähentäminen ja päihteettömyyden edistäminen on keskeinen haaste kunnille. Kuntia onkin ohjeistettu ottamaan alkoholinkäytön riskien arviointi ja mini-interventio toiminta osaksi perus- ja työterveyshuoltoa. Suositusten mukaan kaikilta aikuispotilailta tulisi tiedustella alkoholin käytöstä ja humalahakuisesta juomisesta, mutta mikäli se ei ole mahdollista tulisi keskittyä riskiryhmiin. AUDIT-kysely (Alcohol Use Disorders Identification Test) on käyttökelpoinen

kyselytapa ja kaikille 8–15 pistettä AUDITista saaneille tulisi tehdä mini-interventio. Yli 15 pistettä saaneille tulisi tarjota potilaan tarpeisiin räätälöityä neuvontaa. Lisäksi STM:n Päihdepalvelujen laatusuositusten (2002) mukaan katkaisu- ja vieroitushoitoon tulisi päästä välittömästi ja avomuotoiset palvelut olisi toteutettava lähipalveluina. Päihdeongelmaisten vanhempien lapset tulisi ottaa huomioon riskiryhmänä tulevien mielenterveysongelmien suhteen.

Tavoitteet ja keinot

Tavoitteena päihdehoitajamallin kehittämisessä oli edistää alkoholin riskikulutuksen tunnistamista ja mini-intervention käyttöä terveysasemalla. Kahdella terveysasemalla sairaanhoitajan työpanoksesta puolet kohdennettiin päihdehoitajana toimimiseen. He ovat sairaanhoitajan vastaanottotyön lomassa systemaattisesti seuloneet alkoholin suurkulutusta ja toteuttaneet mini-interventiota muiden työntekijöiden tunnistamille riskikäyttäjille. Terveysaseman päihdehoitaja on toiminut yhteyshenkilönä Yleislääkäriyhdistyksen alkoholin suurkulutuksen laatuverkostoon ja koonnut yhteistyössä muun henkilöstön kanssa oman terveysaseman seulontaohjeistuksen. Päihdehoitajat ovat perehdyttäneet muita työntekijöitä. Päihdehoitajat ovat verkostoituneet keskenään ja saaneet aluksi tiivistä työnohjausta ja sittemmin konsultatiivista tukea A-klinikan työntekijältä.

Lisäksi päihdehoitaja on kerännyt tilastoa hänelle ohjatuista päihdepotilaista ja AUDITin käytöstä, sekä luonut päihdehoitajan käyttöön FINSTAR-sairauksettomuusjärjestelmään koodiston. Päihdehoitaja on aktiivisesti käynyt kertomassa toiminnasta potentiaalisille yhteistyökumppaneille, kuten sosiaalityöntekijöille ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon työntekijöille. Projektin edistymistä kuvaavat mittarit olivat tässä kokeilussa: 1) aktiivisuus laatuverkoston työssä, 2) terveysasemalla laaditaan ja noudatetaan "alkoholin riskikäyttöön puuttumisen ohjeistusta", 3) yleinen AUDIT-seulontapäivä/viikko vuosittain, 4) nimetty päihdeyhdyslääkäri ja 5) edellä mainittujen toimintojen leviäminen muille terveysasemille (Vuorilehto ym. 2009).

Arvio projektin lopputuloksesta

Tehdyn selvityksen mukaan terveysasemilla sairaanhoitajan akuuttivastaanotoilla käyvistä valikoitumattomista aikuisista potilaista noin puolet ylitti AUDIT-pisteissä kohtuukäytön rajan (8) ja noin kuudenneksen käyttö ylitti 15 pisteen rajan. Projektialueilla syntyi ohjeistus riskikuluttajien seulomiseksi ja mini-interventioiden toteuttamiseksi. Huomattavaa on, että seulontaohjeiden noudattaminen vaatii jatkuvaa muistuttamista ja kannustamista sekä uusien työntekijöiden aktiivista perehdyttämistä.

AUDITin käyttö lisääntyi lääkäreiden kohdalla, mutta osa kroonisia sairauksia hoitavista hoitajista ei käyttänyt lainkaan AUDITia. Sairaanhoitajien päivystyskäynneille AUDIT ei jäänyt aktiiviseksi työkaluksi. Päihdehoitajalle ohjattiin jo melko vaikeasti ongelmaisia potilaita, eikä malli optimaalisesti pystynyt tavoittamaan esimerkiksi työelämässä olevia alkoholin suurkuluttajia. Tehdyssä henkilökuntakyselyssä kaikki pitivät päihdehoitajaa hyödyllisenä ja tarpeellisenä osana terveysaseman toimintaa..

Plussia ja miinuksia päihdehoitajamallista:

- + Suurkuluttajien tunnistamiseen on hyvä mahdollisuus lääkäreiden ja erityisesti sairaanhoitajien vastaanotoilla.
- + AUDIT-seulunnoista tai muuten tunnistettujen riskikuluttajien ohjaaminen räätälöidyn mini-intervention jatkoon päihdehoitajalle on joustavaa: säästää lääkäreiden aikaa ja tarvetta kouluttaa kaikkia motivoivaan haastatteluun.
- + Muut työntekijät suhtautuvat myönteisesti päihdetyöntekijän rooliin.
- + Oma-aloitteisia kävijöitä matala "kynnys" suosii.
- + Ajokorttitarkastuksiin liittyvää ohjantaa ja seurantaa, sekä avokatkaisua voidaan hoitaa kustannustehokkaasti päihdehoitajan vastaanotolla.
- + Päihdehoitajan luona kävijöistä moni raitistuu tai siirtyy kohtuukäyttäjäksi.

- Päihdehoitaja ei yksin kykene muokkaamaan muun henkilökunnan asenteita riittävästi, jotta alkoholinkäyttöön puuttumisen merkitys ymmärrettäisiin.
- Terveysasemien omat ohjeet AUDITin käyttöön (riskikäytön tunnistamiseen) koskevat melko suppeaa potilasjoukkoa, eikä niitä noudateta riittävästi.
- Henkilökuntavajeita korjataan vähentämällä päihdetyötä.
- Päihdehoitaja ei suorittavana työntekijänä välttämättä ole tehokkain kouluttaja ja koordinoija.

Projektin tulosten hyödyntäminen ja jatkotoimenpiteet

Osa-aikaisena päihdehoitajana toimiva sairaanhoitaja on tehokas tapa tuottaa laadukasta räätälöityä mini-interventiota muun henkilökunnan tueksi. Järjestelmällinen, edes merkittävien riskiryhmien alkoholinkäytön kysyminen ja siihen reagointi mini-interventiolla ei "päihdehoitajamallilla" käynnisty koko terveysasemalla. Tarvitaan tehokkaampaa strategiaa ja sitoutumista siihen. Lisäksi tarvitaan koulutuksesta, konsultoinnista ja koordinoinnista vastaavaa päihdetyön osaajaa, jolla on tiivis yhteys päihdehuoltoon.

Suositukses

Ennaltaehkäisevä päihdetyö tulee liittää saumattomammin muuhun ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon ja terveysneuvontaan. Päihdeongelmaisten vanhempien lapset tulee huomioida jo ennaltaehkäisevässä työssä. Terveysasemille tulee koordinoida jatkuva prosessi, jossa koulutuksen ja konsultaatioiden avulla muokataan asenteita ja mahdollistetaan tehokas mini-interventiotoiminta. Terveysasemien päihdepotilaille tarjotaan ryhmämuotoisia hoitoja.

Jokaisella terveysasemalla tulee olla päihdehoitaja, jonka työaika voi olla esimerkiksi 25–50 prosenttia työajasta riippuen terveysaseman koosta. Isolla terveysasemalla voi olla kaksi päihdehoitajaa, joilla on varattu 25 prosenttia työajasta päihdetyöhön. Päihdehoitajan tehtävänä on toteuttaa avokatkaisuja ja jatkaa muiden työntekijöiden aloittamia räätälöityjä mini-interventioita motivoivin menetelmin, sekä osallistua asiantuntijana muuhun päihdetyöhön.

Joka terveysasemalla tarvitaan päihdetyöstä vastaava lääkäri, jolle tarjotaan mahdollisuutta käydä perehtymässä päihdetyöhön A-klinikan lääkärinä. Lisäksi hänen tulisi osallistua Laatuverkoston työskentelyyn, laatukriteereiden luomiseen, ja hoitopolun suunnitteluun sekä vastata muiden lääkäreiden konsultoinnista.

Päihdeneuvojakoulutus

Jorma Posio

Taustaa

Päihteistä ja päihdetyöstä puhutaan paljon, mutta sosiaali- ja terveysalan peruskoulutukseen kuuluu vähän päihdetietoutta (Opetusministeriö 2007). Vaikka alkoholin kulutuslukemat ovat korkeat ja haitat ovat lisääntymässä, ovat kuntien päihdepalvelut niukat ja järjestetty hajanaisesti lukuisten eri toimijoiden tuottamina. Päihdepalvelujen tueksi ja perustiedon lisäämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon, järjestöjen ja yksityissektorin toimijoille suunniteltiin ja toteutettiin yhteistyössä Lapin sairaanhoitopiirin ja Suomen sairaanhoitajaliiton ”Toimintamallit käytännöksi” -hankkeen kanssa päihdeneuvojakoulutus. Koulutuksen tavoitteena oli: 1) antaa perustietoa päihteistä tavalla, jota voi hyödyntää omassa työssä ja työryhmässä, 2) lisätä rohkeutta ottaa esiin päihteisiin liittyviä kysymyksiä asiakas- ja potilastyössä sekä työryhmissä sekä 3) helpottaa asiakkaan ja potilaan ohjausta eteenpäin paikallisessa hoito-organisaatiossa.

Päihdeneuvojakoulutuksen toteutus

Koulutuksen kohderyhmänä olivat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä järjestöjen ja yksityissektorin työntekijät. Koulutusta tuki samanaikaisesti kuntien terveyskeskuksien lääkäreille ja hoitajille kohdennettu ”Mini-interventio” -koulutus. Koulutus muodostui kymmenestä jaksosta:

- suomalainen yhteiskunta ja päihteet
- säihteiden käyttö, katkaisu- ja vieroitushoito
- päihteet ja somatiikka
- päihteiden ongelmakäyttö
- puuttuminen ja apu päihdeongelmiin
- päihteet ja mielenterveys
- päihteet, perhe ja verkosto
- päihteet ja ammatillinen vuorovaikutus
- päihteet ja työ
- ehkäisevä päihdetyö

Jokaiseen luentoan liittyi kirjallinen tehtävä luennon jälkeen. Siinä osallistujan tuli pohtia kuulemaansa ja välitehtäväksi annettua materiaalia sekä kuvata omia ajatuksia asiasta. Teemoja tuli pohtia suhteessa omaan kokemukseen työ- ja yksityiselämässä. Näissä reflektiokertomuksissa koulutettavat pohtivat kuulemaansa omalta kannaltaan. Lisäksi koulutukseen sisältyivät erilliset välitehtävät.

Osallistujat saivat kurssista todistuksen ja päihdeneuvoja-nimikkeen. Nimike ei sinällään anna pätevyyttä mihinkään, mutta koulutus voitaneen rinnastaa työntekijöiden täydennyskoulutukseen. Erillisen todistuksen saamiseksi veloitettiin osallistujat osallistumaan kaikkiin koulutukseen liittyviin osioihin ja suorittamaan erilliset reflektiokertomukset alustuksista. Todistuksen saaneiden lisäksi yksittäisiin koulutusosioihin osallistui sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia julkiselta ja yksityiseltä sektorilta.

Koulutuksen jatkuvuus

Jatkuvuuden käytännön työssä arvioitiin olevan virassa pysyvien työntekijöiden varassa. Varhaiseen puuttumiseen, tiedon hankintaan ja asiakkaan kohtaamiseen liittyvä hoitokulttuuri ei ole vielä vakiintunut. Lapin alueella seuraava päihdeneuvojakoulutus päätettiin suunnata erityisesti työterveyshuoltoon ja sitä suunniteltaessa kartoitettiin kuntien työterveyshuollon työntekijöiden odotuksia koulutussisällöksi. Koulutuskokonaisuuteen sisällytettiin depressiokoulun ohjaajakoulutus sekä korva-akupunktiokoulutus. Koulutussisältöön lisättiin myös mini-intervention käyttö, päihdeäitien tukeminen päihdeettömyyteen sekä lastensuojelun kysymykset. Ensimmäiseen koulutustilaisuuteen kutsuttiin mukaan koulutuksen aiemmin suorittaneita, jotta tuettaisiin verkostoitumista ja aktivoitaisiin työpaikat tuottamaan toimintamalleja päihdeasiakkaan kohtaamiseen ja jatkohoitoon ohjaamiseen.

Koulutuksen arviointi

Ulkopuolinen arviointi toteutettiin monitaho-arviointina teemahaastattelujen ja lomakekyselyn muodossa. Valtaosalla osallistujista koulutus oli vaikuttanut myönteisesti ja tavoitteiden suuntaisesti asenteisiin ja työtapoihin. Valtaosa koulutetuista arvioi saaneensa koulutuksesta perustietoa, jota voi hyödyntää omassa työssään. Osallistujat kokivat myös saaneensa rohkeutta ottaa esiin asiakkaidensa päihteiden käyttöön liittyviä asioita. Henkilökohtaisella tasolla koulutus vahvisti omaa asiantuntemusta ja kykyä toimia tiedon välittäjänä sekä kykyä ohjata asiakkaita eteenpäin hoito-organisaatioissa.

Koulutus tuki verkostoitumista samoissa tehtävissä eri organisaatioissa toimivien työntekijöiden välillä. Koulutuksen arveltiin vaikuttavan pidemmällä aikavälillä siihen, että päihdeneuvonnasta tulee osa perusterveydenhuollossa työskentelevien perustehtävää. Arviointihetkellä vastaajat näkivät vielä vastuun olevan pitkälti henkilön omista intresseistä lähtevää. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että mikään ei estä soveltamasta opittua omaan työhön. Koulutusta pidettiin sopivan laajuisena ja täydennyskoulutusta toivottiin 3–5 vuoden välein, koska päihdeongelmien kasvun myötä osaamisen tarve lisääntyy ja alalle tulee jatkuvasti uusia työntekijöitä, joiden päihdeosaaminen vaihtelee. Lisäkoulutusta kaivattiin verkostoitumiseen ja erilaisiin konkreettisiin yhteistyökäytäntöihin sekä puheeksi ottamiseen ja dialogisuuteen.

Ehkäisevän päihdetyön teemaviikko koulussa

Jorma Posio, Marja-Sisko Tallavaara

Tausta

Valtakunnallisissa kouluterveyskyselyissä tulee esille oppilaiden runsas päihteiden käyttö (Pirskanen 2007). Nuoret käyttävät päihteitä humalahakuisesti. Nuorten päihteiden käyttöön pyritään vaikuttamaan kouluissa muun muassa vuosittain kouluissa vietettävän ehkäisevän päihdetyön teemaviikon avulla. Teemaviikko tunnettiin aiemmin nimellä raittiusviikko. Terveiden edistämisen keskus koordinoi valtakunnallisesti teemaviikon toteuttamista, ja se järjestetään viikolla 47. Lapissa teemaviikon toteuttamista kokeiltiin Lapin mielenberveys- ja päihdehankkeiden sekä järjestöjen yhteistyönä.

Tavoite

Tavoitteena oli ehkäisevän päihdetyön teemaviikon aikana tuottaa tietoa muun muassa koululaisten suhtautumisesta päihteisiin ja käsitellä tätä tietoa kouluissa yhdessä nuorten, opettajien ja vanhempien kanssa. Tehtävänä oli suunnitella hankkeiden ja kolmannen sektorin järjestöjen kanssa päihdeviikon sisältö ja toteuttaa se pilottina kahdessa koulussa.

Ehkäisevän päihdetyön teemaviikon toteuttaminen ja sisältö

Teemaviikon suunnittelijat ja toteuttajat olivat Mielenberveys- ja päihdetyön hanke, Lasten ja nuorten psykososiaalisten palvelujen kehittämishanke, Liikenneturva, Elämän Sankari ry. ja Alakemijoen ja Enontekiön Lions-klubit. Kohderyhmäksi valittiin koulujen rehtoreiden suostumuksella Muurolan yläkoulu ja lukio sekä Enontekiön yläkoulu ja lukio. Oppilaita kouluissa yhteensä on noin 460 ja opettajia noin 45.

Oppilaat pohtivat päihteiden käyttöään monella tavalla

Viikko käynnistettiin hyvinvointikyselyllä koulujen oppilaille. Kyselyssä oppilailta kysyttiin muun muassa suhtautumista päihteisiin, nettiin, vanhempiin, kavereihin sekä vapaa-ajanviettoon ja harrastuksiin. Hyvinvointikyselyn sisältö noudatti THL:n (entisen Stakesin) kouluterveyskyselyä. Kysely toteutettiin opettajien johdolla internetpohjaisesti koulujen atk-luokissa. Kyselyn tuloksia käytettiin hyväksi teemaviikon toteutuksessa. Teemoja käsiteltiin keskustellen ja interaktiivisesti äänestyslaitteilla, joilla voidaan ilmaista mielipide anonymisti ja saadaan mielipidejakauma saman tien nähtäväksi. Tämä innosti kaikkia osallistumaan, herätti mielenkiintoa tulokseen ja viritti keskustelua. Laitteisto oli käytössä oppilaiden ja vanhempien tilaisuuksissa. Luokkatilanteissa oppilaille annettiin palautetta ”Näin te olette ajatelleet kyselyn teemoista”. Tunnin aikana keskusteltiin oppilaiden kanssa juuri kyseessä olevan luokan vastauksista. Keskustelussa pohdittiin annettuja vastauksia ja niiden merkitystä hyvinvoinnin kannalta.

Oppilaille järjestettiin Elämän Sankari ry:n toimesta liikuntaseurantatapahtuma. Oppilaille jaettiin kaksi viikkoa ennen tapahtumaan liikuntakortit, joihin he merkitsivät liikuntasuoritteensa. Kaikkien kortin palauttaneiden kesken arvottiin palkinnot. Luokkatapahtumassa käsiteltiin aihetta, miten harrastuksista voi löytää vaihtoehdon päihteiden käytölle.

Liikenneturvan teemoina olivat päihteet ja liikenne. Asiaa käsiteltiin tehtyjen tilastojen perusteella. Materiaalina oli myös kuva-aineistoa liikenneonnettomuuksista. Enontekiöllä paneuduttiin perusteellisesti moottorikelkkailuun. Aihetta oli toivottu koulun toimesta. Tunneilla käsiteltiin nuoren roolia liikenneajoneuvon kuljettajana ja matkustajana huomioiden nuoren ikä.

Kuvaamataidon tunneilla oppilaat tekivät päihteisiin liittyviä julisteita. Asiaan ja aiheeseen oli paneuduttu innolla. Oppilaat olivat tehneet myös töitä ryhmässä ja nähneet vaivaa sekä käyttäneet luovuutta töiden toteutuksessa. Töillä ”somistettiin” tilat, joissa vanhemmat kokoontuivat omaan tapahtumaansa. Vanhempainillassa osallistuja valitsivat töistä palkittavat työt. Opettajat olivat järjestäneet äidinkielen tunnille teemoihin liittyvän ainekirjoituksen. Näin oppilaat saattoivat käsitellä aihetta myös kirjallisesti. Aineita ei julkaistu, vaan ne jäivät osaksi normaalia koulutyötä.

Opettajat ja vanhemmat osallistettiin keskusteluun

Opettajat osallistuivat luokkansa kanssa keskusteluun ja opettajien ja koulujen henkilökunnan kanssa keskusteltiin yhdessä ”Näin teidän oppilaat ovat kysymyksiin vastanneet”. Opettajat pohtivat miten kyselyä voidaan jatkossa hyödyntää esimerkiksi terveystietotunnilla.

Vanhempainillassa (osallistujia yhteensä noin 100) vanhemmille kerrottiin ”Näin teidän lapsenne ajattelevat kyselyn teemoista”. Vanhemmat ottivat kantaa siihen, miten he itse ajattelivat muun muassa lastensa päihteiden käytöstä ja miten he voivat toimia ongelmatilanteissa. Molemmissa kouluissa vanhemmat pitivät iltaa onnistuneena ja tarpeellisina.

Muita ehkäisevän päihdetyön viikon tapahtumia

Oppilaiden ja vanhempien tilaisuuksissa katsottiin Diileri-filmi (Tuottaja Miska Berg, Ohjaus Antti Lahtinen, Jakelu Elämäni Sankari ry). Filmissä esitettiin elokuvan keinoin huumausaineiden välittämistä ja nuoren sitomista välittäjän (diilerin) lankaan. Filmi käsitteli tunteisiin vetoavasti, mitä kohtalokkaita seurauksia voi liittyä huumausaineiden käyttöön ja välitykseen. Toinen kouluista otti filmin omaan käyttöönsä. Filmiä tullaan koululla käyttämään jatkossa ehkäisevän päihdetyön aiheen käsittelyssä.

Teemaviikko päättyi yhteiseen koulukohtaiseen tilaisuuteen oppilaiden, opettajien ja toimijoiden kesken. Tilaisuus oli yhteenveto tapahtumasta ja samalla jaettiin palkinnot.

Tilaisuuteen kutsuttiin mukaan kaikki paikallislehdet Rovaniemellä ja Enontekiöllä sekä Lapin alueradio. Molemmista tilaisuuksista julkaistiin lehtiartikkeli.

Teemaviikon arviointi.

Arviointi toteutettiin kaksipuolisesti. Ensimmäinen osa toteutettiin välittömästi tapahtuman päätyttyä ja toinen kaksi viikkoa tapahtuman jälkeen internet-pohjaisena kyselynä vain oppilaille ja koulun henkilökunnalle. Välittömästi suoritettua kyselyä tilaisuutta pidettiin pääsääntöisesti tarpeellisena ja hyödyllisenä. Vanhemmat kommentoivat: ”Tällaisia vanhempainiltojen tulisi olla”. Internetkyselyn perusteella nuoret pitävät tarpeellisena saada tietoa päihteistä ja mielenterveyden tukemiseen liittyvistä asioista.

5 Viestinnällä ja strategialla vaikuttaminen

Mielenterveys- ja päihdetyö on tärkeää, mutta se halutaan usein unohtaa. Avoimella ja myönteisellä viestinnällä saadaan mielenterveys- ja päihdetyö ansaitsemalleen paikalle ja vähennetään ongelmiin liittyvää stigmaa. Kuntalaiset ja ammattilaiset yhteisiin talkoisiin mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä edistämään!

Viestintä mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeen tukena

Heli Loukiainen

Tausta

Kehittämishankkeen tukeminen ja lukijoiden asenteisiin vaikuttaminen ovat mielenterveys- ja päihdetyötä koskevan viestinnän keskeisiä tavoitteita. Aihepiiri kiinnostaa suurta yleisöä. Joukkoviestimet osaavat vaatia selkeitä, kansalaisia koskettavia uutisaiheita.

Pohjanmaa-hankkeessa viestinnän keskeinen rooli on tiedostettu ja siihen on haluttu panostaa alusta asti. Haasteena on ollut luoda sekä ammattilaisten, yhteistyökumppaneiden että väestön keskuudessa mielikuva vaikuttavasta hankkeesta, joka jättää jälkeensä jopa historiallisia muutoksia pohjalaisessa hyvinvoinnissa.

Hyvinvointi, ihmisoikeudet ja tasa-arvo ovat Pohjanmaa-hankkeen arvoja, joiden pohjalta myös viestintää on tehty. Perusviestit muodostuvat tavoitteista vähentää päihde- ja mielenterveysasioiden mystifiointia, psyykkisesti sairaiden ja päihdeongelmaisten sekä heidän läheistensä syrjintää ja ylipäättään vähentää ennakkoluuloja, joita kohdistuu päihde- ja mielenterveysasioihin.

Hanketyölle luonteenomaisia ovat nopeasti muuttuvat tilanteet, jotka vaativat viestinnällistä reagoitua. Käytännössä viestinnän suunnittelu tapahtuu aina tietyille aikavälille. Hankkeen yhteinen visio ohjaa viestimään yhtenäisellä tavalla, joka puolestaan ylläpitää hankkeen profiilia. Periaatteena on, että tietoa jaetaan ja että viestintä palvelee tasapuolisesti kaikkia.

Tavoitteet

Pohjanmaa-hankkeen tavoitteena on, että vuonna 2014 pohjalainen ei vaikene eikä leimaa. Ongelmista pitää puhua, jotta saa apua.

Yksinkertaisilla viesteillä päästään lähemmäs tavallista kansalaista. Viestit ja kanavat valitaan tarkkaan sen mukaan, ketä lähestytään. Asioista puhutaan niiden oikeilla nimillä.

Pohjanmaa-hankkeen viestinnässä tasa-arvo ilmenee kaksikielisellä tiedottamisella, eri medioiden tasapuolisella hyödyntämisellä ja kohderyhmäkohtaisesti valitulla ilmaisukeinolla.

Toiminta

Pohjanmaa-hankkeen profilointi aloitettiin oman visuaalisen ilmeen luomisella ja intensiivisellä verkostoitumisella. Myös mediayhteistyö oli keskeinen viestinnän kanava alusta asti.

Hanke on ollut mukana mielenterveys- ja päihdealojen keskeisissä kansallisissa tapahtumissa ja järjestänyt omia alueellisia tapahtumia. Seminaareissa ja koulutuksissa kohdataan eri alojen ammattilaisia ja tarjotaan mahdollisuus toimijoiden keskinäiselle vuorovaikutukselle. Tapahtumista tiedotetaan suoraan kohderyhmille sähköpostin ja esitteiden muodossa, verkkosivustojen kautta sekä lehti-ilmoitusten avulla. Verkkosivustoille kootaan myös luentomateriaaleja, jotka ovat kenen tahansa luettavissa.

Hankkeen vaikutusalueella asuvan väestön tavoittaminen on ollut yksi tärkeimpiä ja samalla haastavimpia viestinnän tehtäviä Pohjanmaa-hankkeessa. Median lisäksi on hyödynnetty myös internetiä ja julkisia laitoksia, kuten kirjastoja. Jo Pohjanmaa-hanketta edeltäneessä Masennustalkoot-projektissa todettiin, että mediayhteistyö ja kansalaisten suora puhuttelu ovat avain hyvään viestintään. Pohjanmaa-

hankkeessa päätettiin käynnistää väestökampanja, jonka tavoitteena oli suvaitsevampi asenneilmapiiri päihde- ja mielenterveyskuntoutujia kohtaan.

Koska päihde- ja mielenterveyteen liittyvät ongelmat voivat koskettaa meitä kaikkia, haluttiin kampanjassa tuoda esille todellisia tarinoita, joihin kenen tahansa olisi mahdollista samaistua. Kampanjan suunnittelu ja toteutus tehtiin yhteistyössä mainostoimiston ja kuntoutujien kanssa. Kampanjalle kasvonsa antaneet kuntoutajat valitsivat itse sanomansa, joista muodostettiin iskulauseita. Kokkolalaiset Susanna, Jukka, Kerttu ja Jouni puhuvat kampanjamateriaaleissa uupumuksesta, masennuksesta ja päihdeongelmasta. Jokainen heistä halusi viestittää, että apua kannattaa hakea ajoissa ja apua kyllä saa. Kampanjan sanomat kuuluvat näin:

"Elämässä voi uupua tosi syvästi, niin kävi minulle. Silloin kannattaa hakea apua."

– Kerttu M.

"Jos tulee viinan kanssa ongelmia, niin kuin minulle kävi, ota vaikka yhteyttä A-klinikkaan. Apua saa."

– Jouni R.

"Masennus on sairaus, joka on otettava vakavasti. Siihen löytyy apua."

– Susanna H.

"Avun hakeminen ei poista ongelmia, ei edes alkoholi-ongelmia. Se on kuitenkin lähtökohta, joka auttaa eteenpäin."

– Jukka P.

Kampanja käynnistyi huhtikuussa 2008, jolloin mainoksia näkyi samanaikaisesti tv-kanavalla, maakunta- ja kaupunkilehdissä sekä liikennevälinemainoksissa. Tv-mainoksia tehtiin neljä erilaista, jokaiselle kampanjan henkilöistä omansa. He kirjoittivat itse repliikkinsa, ja audiovisuaalinen materiaali kuvattiin heille tärkeissä paikoissa. Samalla kuvattiin myös mainospotteja pidemmät haastattelut, joista tuotettiin 12 minuuttia pitkä DVD-ohjelma ensisijaisesti Mielenterveyden ensiapu 2 -kurseja varten. DVD on tekstitetty myös ruotsiksi.

Väestökampanjasta ei haluttu vain lyhytkestoista mediapyrähdyttä, sillä asennevaikuttaminen vaatii pitkäjänteistä työtä ja toistuvia tempauksia. Audiovisuaalisen materiaalin lisäksi kampanjaa varten tuotettiin kaksiosainen juliste sekä 8-sivuinen esitevihko, jossa kerrotaan masennuksesta ja päihdeongelmasta tiiviissä muodossa. Esitettä on jaettu erilaisissa tapahtumissa ja julkisissa tiloissa. Painetun aineiston levittämisessä Pohjanmaa-hankkeen yhteistyökumppanit ovat olleet arvokkaana apuna. Lisäksi Pohjanmaa-hankkeen verkkosivustolla kerrotaan lukuisten artikkelien muodossa hyvinvoinnin edistämisestä, oman mielenterveyden ja päihdekäytön arvioimisesta ja avun hakemisesta.

Tulokset

Pohjanmaa-hankkeen tiedottamat asiat ovat herättäneet kiitettävästi kiinnostusta, ja media on ollut aktiivinen hankkeen tarjoamien uutisten suhteen. Leimaaminen on tiedostettu ongelma niin palveluiden käyttäjien kuin ammattilaisten keskuudessa. Asennemuutosta tavoitteleva kampanja on siten koettu hyvin tärkeäksi ja yhteistyötä sanoman levittämisessä on ollut helppo tehdä.

Asennevaikuttamisen mittaaminen ja arviointi ovat erittäin haastavia ja hankalia. Väestökampanjan välittömiä vaikutuksia on Pohjanmaa-hankkeessa pystytty seuraamaan verkkosivujen kävijämäärien perusteella. Ennen kampanjaa www.pohjanmaahanke.fi -verkkosivustolla vieraili noin 10–20 kävijää vuorokaudessa. Huhtikuussa 2008 kävijämäärät jopa kymmenkertaistuivat, joten mainosten ja muun näkyvyyden todettiin vaikuttavan ainakin lisäämällä ihmisten kiinnostusta aihetta kohtaan.

Miten tästä eteenpäin?

Viestinnällä vaikuttaminen ei suinkaan ole ohitse, vaan se on osa Pohjanmaa-hankkeen työtä koko hankkeen elinkaaren ajan. Väestön asenteita ei voida muuttaa kerralla, mutta ajatuksia voidaan herättää

erilaisten kampanjoiden avulla, ja näin tullaan jatkossa tekemään esimerkiksi väkivallanvastaisen työn saralla. Asennekampanjoinnissa olennaista on usein tapahtuva yksinkertaisten viestien toisto, mutta myös jatkuvuuden esille tuominen. Viestintä ja siihen panostaminen ovat osa jatkuvuutta, joka kuuluu Pohjanmaa-hankkeen kaltaisen pitkäkestoisen kehittämistyön kuvaan.

Mielenterveys- ja päihdestrategiatyön tukeminen

Minna Laitila, Tiia Järvinen

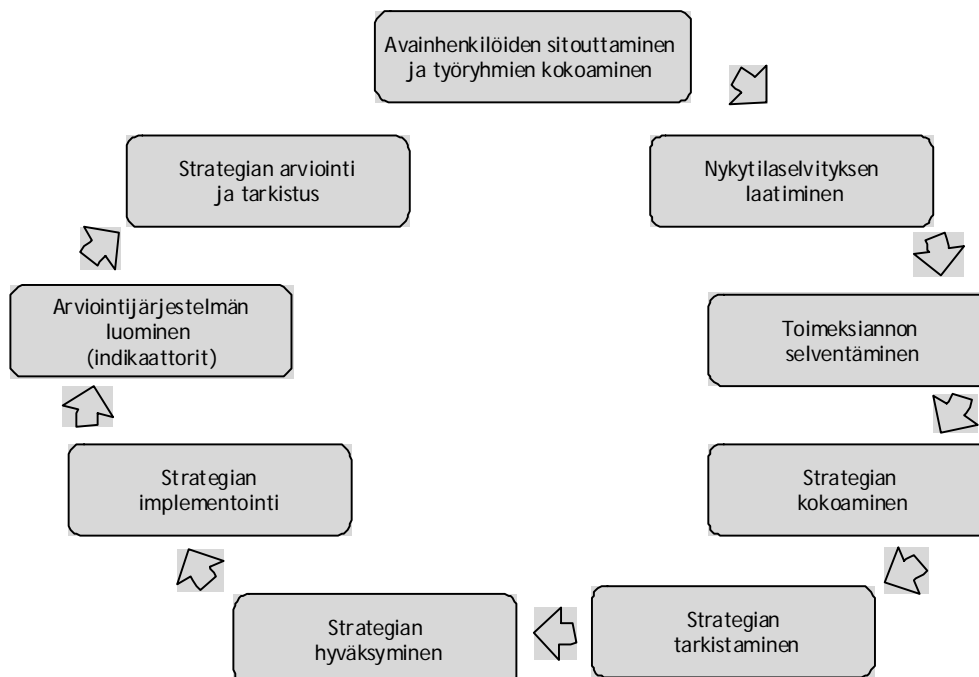
Tausta

Strategialla tarkoitetaan suunnitelmaa, jolla pyritään saavuttamaan tavoiteltu päämäärä. Termi on alkujaan peräisin sodankäynnistä ja liike-elämästä, josta se on levinnyt yleiseen kielenkäyttöön. Vanhan kiinalaisen strategian määritelmän mukaan strategia on oppi siitä, miten sota voitetaan.

Strategia on toiminnan ohjauksen väline, jonka avulla on mahdollista hallita muuttuvaa ympäristöä. Kuntien mielenterveys- ja päihdestrategiat ovat suunnitelmia siitä, miten mielenterveys- ja päihdeasiat kunnissa tulee hoitaa, jotta kuntalaiset voisivat mahdollisimman hyvin ja saisivat tarvitsemansa palvelut. Suunnitelmiin kirjataan siis ne tavoitteet, joihin halutaan päästä ja se, mitä tehdään, jotta nuo tavoitteet saavutetaan. Strategian laadintaprosessi tarkoittaa myös priorisointia ja valintojen tekemistä: kaikkea ”hyvää” ei voida toteuttaa parhaasta tahdosta huolimatta.

Pohjanmaa-hankkeessa tavoitteena oli kuntien strategiatyön tukeminen ja ohjaaminen niin, että mielenterveys- ja päihdestrategioissa tulee esiin palveluiden toiminnallinen integrointi, asiakas- ja kuntalaislähtöisyyden voimistaminen, peruspalvelujen osaamisen vahvistaminen, lasten ja nuorten erityispalvelujen seudullinen kehittäminen sekä aikuisten ja ikäihmisten erityispalvelujen seudullinen kehittäminen. Tukemisessa ja ohjaamisessa on käytetty vaiheistettua prosessia (kuvio 1). Prosessi on joustava ja muunneltavissa paikallisten tarpeiden mukaan. (Laitila & Järvinen (toim.) 2009.)

Kuvio 1. Pohjanmaa-hankkeen strategiaproessi



Mielenterveys- ja päihdestrategian toteuttamistapa vaiheittain

Johdon sitouttaminen ja työryhmien kokoaminen

Strategiaprosessi alkaa kunnan avainhenkilöiden ja johdon sitouttamisella sekä työryhmien kokoamisella. Sitouttamisen yksi keskeinen väline on kumppanuussopimus, jonka osapuolina ovat kunta tai kuntayhtymä sekä sosiaali- ja terveysministeriö (Alkoholiohjelma 2008–2011). Kumppanuussopimus viedään kunnanhallituksen tai kuntayhtymän vastaavan toimielimen tasolle hyväksyttäväksi, jotta sille saadaan vahva poliittinen sitoutuminen. Kumppanuussopimuksessa määritellään osapuolten tehtävät ja päämäärät, joilla tuetaan Alkoholiohjelman tavoitteita sekä kuntien mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä. Vuonna 2009 noin 80 prosenttia hankealueen kuntien väestöstä asui kunnissa, joilla oli kumppanuussopimus Alkoholiohjelman kanssa.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden nykytilan kartoitus

Strategiaprosessi jatkuu mielenterveys- ja päihdetyön nykytilanteen kartoituksella. Tässä merkittävässä roolissa ovat sekä ammattilaisille että kuntalaisille järjestettävät kuulemistilaisuudet, joiden pohjalta laaditaan selvitys työryhmien työskentelyn ja keskustelun avaajaksi. Kuntalaisia on kutsuttu avoimiin kuulemis- ja keskustelutilaisuuksiin, joissa heiltä on kysytty näkemyksiä oman kuntansa mielenterveys- ja päihdetyön keskeisistä huolenaiheista, tyytyväisyyden aiheista ja kehittämisen keinoista. Niin sanottuihin ammattilaiskuulemisiin on kutsuttu laajasti mukaan niitä henkilöitä, jotka työssään kohtaavat mielenterveys- tai päihdeasiakasta ja hänen perhettään tai jotka tekevät ennaltaehkäisevää ja mielenterveyttä ja päihhteettömyyttä edistävää työtä. On huomioitava se, että päihhteettömyyden ja mielenterveyden edistäminen sekä ongelmien ennaltaehkäisy ovat laaja-alaisia tehtäviä, joita tulee toteuttaa yhteiskunnan kaikilla sektoreilla. Suuri osa päihhteettömyyden ja mielenterveyden edistämisestä tapahtuu sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolella. Kuulemistilaisuuksien anti on ollut paitsi nykytilanteen selkiyttäminen myös työntekijöiden, ammattilaisten sitouttaminen strategiaprosessiin. Kuulemistilaisuudet ovat olleet dialogisia (Tenkanen 2006) ja niissä ammattilaisille on ollut mahdollisuus sekä tulla kuulluksi että kuulla, miten päihde- ja mielenterveysproblematiikka koskettaa muita sektoreita ja työntekijöitä. Ne ovat toimineet siis tiedonvälityksen ja verkostoitumisen välineinä.

Strategiatyön toimeksiannon selventäminen ja moniammatillisten työryhmien työskentely

Strategiatyön johtoryhmän muodostaa usein kuntien sosiaali- ja terveysjohto. Johtoryhmän tehtävänä on ohjata työtä, määrittää strategian arvot ja visio sekä selkiyttää strategian tavoitteet. Johtoryhmä määrittelee ne kehittämiskohteet, joihin strategian avulla halutaan vaikuttaa. Moniammatilliset ja sektorirajat ylittävät työryhmät käsittelevät keskeisiä kehittämisen kohteita. Työryhmien työskentely pohjautuu nykytilan kartoituksiin ja muuhun olemassa olevaan ennakkotietoon. Työryhmät kirjaavat tavoitteet, menetelmät, indikaattorit, vastuutahon ja aikataulun. Työskentelytapa on tavoitteellinen ja em. asiat kirjataan matriisiin muotoon (Upanne ym. 2005). Työryhmät kokoontuvat 4–5 kertaa. Asiantuntijat ja johtoryhmä tukevat työryhmien työskentelyä, ja Pohjanmaa-hanke tukee strategiaprosessia esimerkiksi järjestämällä koulutusta tarpeiden mukaan.

Strategian kokoaminen

Kun työryhmät ovat saaneet työskentelynsä valmiiksi, kootaan ja kirjoitetaan strategialuonnos. Luonnos lähetetään lausuntoja varten johtoryhmän määrittelemille tahoille. Myös tässä vaiheessa korostetaan kuntalaisten osallistumismahdollisuutta ja strategiaprosessin läpinäkyvyyttä. Kuntalaisille tarjotaan mahdollisuus tutustua strategialuonnokseen ja kommentoida sitä esimerkiksi kirjastoissa sekä kuntien ja Pohjanmaa-hankkeen www-sivuilla. Lisäksi järjestetään kaikille avoin kuulemis- ja keskustelutilaisuus strategialuonnoksesta.

Strategian tarkentaminen ja kohdentaminen

Strategiaa työstetään edelleen saatujen lausuntojen, kommenttien ja kuulemistilaisuuden perusteella. Strategia syvennetään ja sen sisältöä tarkennetaan tarvittaessa.

Strategian hyväksyminen osaksi päätöksentekoa

Strategia viedään hyväksyttäväksi kuntien ja kuntayhtymien eri toimielimiin. Tavoitteena on, että strategia viedään kunnissa paitsi lautakunta- ja hallitustasolle myös valtuuston käsiteltäväksi. Ideaalilanteessa strategia hyväksytään myös valtuustotasolla, jolloin siihen saadaan vahva poliittinen sitoutuminen. Myös tässä vaiheessa on tärkeää tiedottaa niin kuntalaisia kuin sidosryhmiäkin.

Strategian toimeenpano

Strategiaproessin suuri haaste on strategian toimeenpano. Onnistunut toimeenpano edellyttää poliittisten päättäjien, johdon ja työntekijöiden sitoutumista strategian päämääriin ja tavoitteisiin. Tässä vaiheessa tarvitaan aktiivista muutosjohtajuutta, tiedottamista ja koulutusta, jotta strategia juurtuisi mielenterveys- ja päihdetyön käytäntöihin.

Indikaattorien luominen strategiatyön tueksi

On tärkeää, että strategian toteutumista voidaan seurata aktiivisesti. Käytännön toimijoille arvioinnin taloudellisuus ja ”helppous” on merkittävä seikka, mikä tarkoittaa sitä, että kerättävän indikaattoritiedon tulee olla suhteellisen helposti saatavilla. Pohjanmaa-hanke pyrkii tukemaan kuntia kehittämällä seurantajärjestelmää sekä tekemällä alueellisia, kansallisia ja kansainvälisiä vertailuja.

Strategian arviointi ja tarkistaminen

Strategia on oman aikansa tuote ja sitä tulee arvioida ja tarkistaa säännöllisin väliajoin. Strategiaa tarkistetaan, kohdennetaan ja päivitetään arviointitietoa käyttäen. Arviointi kohdistuu sekä strategiaproessiin että sen tuloksiin ja vaikuttavuuteen. Vaikuttavuutta voidaan arvioida valittujen indikaattoreiden avulla. (Pirttipera & Vuorenmaa 2008.)

Mielenterveys- ja päihdestrategiatyö osallistumisen areenana

Yhtenä tavoitteena Pohjanmaa-hankkeen tukemassa strategiatyössä on asiakas- ja kuntalaislähtöisyyden vahvistaminen. Suunnittelutyössä on ammattilaisten ja päättäjien ohelle pyritty nostamaan keskeiseen osaan palveluidenkäyttäjät, heidän läheisensä sekä kaikki kuntalaiset. Kuntalaislähtöisyyden vahvistaminen on käytännön strategiaprosessissa tarkoittanut muun muassa sitä, että kussakin kunnassa on kutsuttu kuntalaisia yhteiseen kuulemis- ja keskustelutilaisuuteen, jossa heillä on ollut mahdollisuus vaikuttaa strategiatyöhön jo sen alkuvaiheessa. Strategiatyöstä on pyritty aktiivisesti tiedottamaan sen kaikissa vaiheissa, ja kuntalaisille on annettu mahdollisuus kommentoida strategialuonnosta pitkin matkaa.

Kokemusten perusteella haasteena on saada tavalliset kuntalaiset ja erityisesti mielenterveys- tai päihdepalveluiden käyttäjät mukaan suunnittelutyöhön. Mielenterveys- ja päihdekysymyksiin liittyy edelleen paljon ennakkoluuloja ja leimautumisen pelkoa, mikä voi osaltaan vaikuttaa siihen, etteivät kuulemistilaisuudet tai kommentointipyyntö ole saaneet aikaan suurta kiinnostusta. Jatkossa yhä enemmän täytyy kiinnittää huomiota tiedottamiseen sekä löytää uusia väyliä kuntalaisten ja palveluiden käyttäjien osallistamiselle. Eräässä strategiaprosessissa kokeillaan jo nyt kohdennettuja potilas-/asiakashaastatteluja. Lisäksi on pohdittu keinoja lasten ja nuorten kuulemiseen, koska strategioissa huolenaiheet liittyvät usein lasten ja nuorten hyvinvointiin. Jotta voitaisiin ottaa käyttöön ja kehittää mahdollisimman vaikuttavia keinoja lasten ja nuorten hyvinvoinnin tukemiseen, on perusteltua ottaa mukaan suunnittelutyöhön myös asiantuntijat eli lapset ja nuoret itse.

Menestystekijät strategiatyön tukemisessa

Hankkeen strategiatyön menestystekijöitä ovat alueen toimijoiden sitouttaminen, moniammatillisuus, toimintakulttuurien tuntemus, alueellinen, kielellinen ja kulttuurinen tasa-arvoisuus, kansalaisnäkökulman

korostaminen, visioiden selkiyttäminen, strategian implementointi, strategiaprosessin läpinäkyvyys, tiedottaminen ja tiedon levittäminen sekä strategiaprosessin jatkuva arviointi ja arviointitiedon hyödyntäminen päätöksenteossa. Pohjanmaa-hanke toimii aktivoijana, verkostomaisen vuoropuhelun ylläpitäjänä sekä alueellisen ja paikallisen hyvinvointitiedon tuottajana. Hankkeen rooli on olla myös strategioiden suunnittelun, niiden toimeenpanon ja arvioinnin tukija. (Pohjanmaa-hanke 2007.)

Masennustalkoot kansantautimme kimpussa - kehittämismallin käyttöönotto ja siirrettävyys

Esa Aromaa, Jyrki Tuulari, Virpi-Liisa Kykyri, Marjut Malviniemi

Tausta

Masennus on merkittävä kansanterveysongelma Suomessa. Tällä hetkellä 200 000 suomalaista sairastaa masennusta, ja elämänsä aikana joka viides meistä sairastuu siihen. Masennuksesta aiheutuvat kustannukset kansantaloudelle ovat nykyisten arvioiden mukaan noin miljardi euroa vuodessa. Puolet kuluista aiheutuu sairauspäivärahoista ja työkyvyttömyyseläkkeistä, loput kustannukset syntyvät hoitokuluista ja työntekijöiden tuottavuuden alenemisesta. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaista peräti puolet tulee hoitoon masennuksen vuoksi. Masennuksen ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoitoon tarvitaankin uusia ideoita ja toimintamalleja.

Masennustalkoot – kehittämismalli

Pohjanmaa-hankkeen Masennustalkoot on kehittämismalli, joka vastaa monipuolisesti masennuksen aiheuttamaan haasteeseen. Kehittämismallin lähtökohtana on ollut vuosina 2004–2007 toteutettu Pohjalaiset Masennustalkoot -hanke. Masennustalkoita toteutettiin aluksi Sosiaali- ja terveystieteiden ja kahden sairaanhoitopiirin (Vaasa ja Etelä-Pohjanmaa) rahoituksella. Lisäksi yhteistyökumppanina on ollut European Alliance Against Depression (EAAD). Masennuksen ehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoidon kehittämiseen on Masennustalkoissa tartuttu laaja-alaisesti. Masennustalkoot-kehittämismallissa on nojaututtu tutkimustietoon ja näyttöön perustuviin toimintamalleihin, kuten Käypä hoito -suositukseen (depressio / Käypä hoito -suositus). Mallin kehittämiseen on sovellettu monitieteistä lähestymistapaa ja siinä on hyödynnetty psykologista, lääketieteellistä, hoitotieteellistä ja pedagogista tietoa ja osaamista.

Peruslähtökohtana talkoissa on, että masennus koskettaa meitä kaikkia, ja että masennuksen vastaiseen työhön tarvitaan mukaan koko väestö. Työtä on tehty sekä väestötasolla että palvelujärjestelmän kehittämisessä. Parhaan talkooperinteen mukaisesti mukaan on kutsuttu koko väestöä kolmen pohjalaismaakunnan alueella. Lisäksi talkookutsuja on esitetty eri tavoin määritellyille kohderyhmille, kuten maakuntien terveyskeskusten henkilöstölle tai vaikkapa pienten ja keskisuurten yritysten yrittäjille.

Masennustalkoot väestötasolla – mitä olemme tehneet?

Väestötasolla olemme kertoneet, minkälainen kansanterveydellinen haaste masennus on, miten siltä voi välttyä, miten se on hoidettavissa ja kuinka sen kanssa voi elää. Keskeinen sanoma on tiivistettävissä neljään kohtaan:

- Masennus koskettaa meistä jokaista. Kun joka neljäs nainen ja joka kuudes mies sairastuu elämänsä aikana masennukseen. Tulemme varmasti tuntemaan jonkun, jolle masennus on arkitodellisuutta. Masennus on yleinen, todellinen sairaus.
- Masennuksella on väliä. On tärkeää erottaa toisistaan ohimenevä, normaaliin tunne-elämään kuuluva alakulo varsinaisesta masennussairaudesta, joka hoitamattomana muuttuu krooniseksi, invalidisoi, uusiutuu helposti ja pahimmillaan johtaa pysyvään työkyvyttömyyteen ja itsetuhoon.
- Masennus on hoidettavissa. Oikein toteutettuna psykoterapia ja lääkehoito auttavat tehokkaasti.
- Me kaikki voimme tehdä jotakin. Omaksi ja läheisen hyväksi on paljon tehtävissä niin ennaltaehkäisevässä kuin hoidollisessakin mielessä. Voimme ottaa vastuuta mieleemme

hyvinvoinnista. Lievät ja ohimenevät masennusoireet helpottuvat usein ilman ammatillista hoitoakin. Ja kun hoitoa tarvitaan, voimme olla tärkeänä tukena rohkaisemassa läheistämme hoitoon hakeutumisessa, sekä masennuksen hoidon ja toipumisvaiheen aikana.

Masennustalkoot ja palvelujärjestelmä – mitä olemme tehneet?

Masennuksen varhainen tunnistaminen ja vaikuttava hoito terveystieteissä ja työterveysasemilla edellyttää asenteiden tarkistusta, tietoa ja menetelmien hallintaa. Tietoa on oltava masennuksesta ilmiönä ja sairautena. Masennuksen tunnistamiseen ja diagnosointiin on oltava aikaa ja menetelmiä, niin seulontaan kuin diagnosointiin (esimerkiksi DEPS, WHO-5, ICD-10, BDI-II, MARDS). Masennuksen Käypä hoito -suositus antaa hyvän käytännöllisen pohjan hoidon toteuttamiselle ja toiminnan laadun arvioinnille. Käyttämämme peruskoulutuskokonaisuus on sisältänyt lääkehoidon ja psykoterapeuttisen hoidollisen kohtaamisen keskeiset periaatteet sekä hoidon porrastuksen kriteerit (Kampman ym. 2006).

Täydentävässä koulutuksessa on opiskeltu komplisoituneen masennuksen hoitoa, läheteiden ja lausuntojen tekemistä, lyhytterapian tekniikkaa (IPT) ja pohdittu ryhmissä kuvitteellisten erityyppisten masennuspotilaiden hoitoa ja hoidon porrastusta. Koulutuspakettiin on kehitteillä lisäosioita, kuten samanaikaisen ahdistuksen ja masennuksen hoito, itsemurhariskissä olevan potilaan kohtaaminen ja hoito sekä Hosio, eli hoitoon sitouttamisen osio.

Koko palvelujärjestelmän kehittämisen tasolla on mallinnettu masennuksen hoitoketjuja ja kehitetty mallia niiden toimivuuden arviointiin. Tässä mallissa lähtökohtana on masennuksen hoitoprosessin jakaminen kolmeen vaiheeseen: sisään-tulovaiheeseen, hoidon tehostamisen vaiheeseen ja hoidon päättämisen, uusiutumisen ehkäisyn ja kuntoutuksen vaiheeseen. Kiireettömän hoidon kriteerejä on käytetty lähtökohtana hoidon porrastuksessa. Toimiva työnjako ja resurssien oikea kohdentaminen on välttämätöntä.

Depressiohoitaja-malli on osoittanut toimivuutensa lievien ja keskivaikeiden masennusten hoitamisessa perusterveydenhuollossa. Mallin pohjalta toteutettu hoito on ollut seurantatietojen valossa tuloksellista, ja hoidon oikean porrastuksen toteuttaminen on sen myötä helpottunut selvästi (Tuulari & Aromaa 2008). Alustavien havaintojen mukaan esimerkiksi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella masennuksen vuoksi erikoissairaanhoidon tulevien läheteiden määrä on vähentynyt hankkeen aikana 20 prosenttia.

Masennustalkoot kehittämismallina

Taulukkoon 1 on koottu Masennustalkoot-kehittämismallin keskeiset toimintamuodot, kohderyhmät ja periaatteet. Viimeksi mainittuja ovat asenteisiin vaikuttaminen, tiedon ja keinojen tarjoaminen sekä palvelujärjestelmän tarkastelu, joita kutakin on toteutettu eri kohderyhmät huomioon ottaen. Kuvion pystyakselilla on eroteltu toiminnan eri kohderyhmät. Kohteeksi voidaan määritellä koko väestö, mutta myös vaikkapa kaikki lapset, kaikki lapsiperheet, kaikki nuoret tai kaikki ikäihmiset. Seuraavalla tasolla kohderyhmä rajataan ”Mt-positiivisiin” (mielenterveyspositiivisiin) eli niihin kohderyhmiin, joiden arvioidaan olevan vastaanottavaisia Masennustalkoiden sanomalle mielenterveyteen ja sen häiriöihin kohdistuvan kiinnostuksen, läheisen vointiin liittyvän huolen tai alkaneen omakohtaisen oireilun vuoksi. Sairastuneet ovat oma selkeä kohderyhmänsä, kuten myös palveluita tuottavat ammattilaiset ja palveluita mahdollistavat ja resursoivat hallinnoijat ja päättäjät.

Taulukko 1. Masennustalkoot-interventioiden ohjaustaulukko

	ASENTEISIIN VAIKUTTAMINEN	TIEDON JA KEINOJEN TARJOAMINEN	PALVELU- JÄRJESTELMÄN TARKASTELU
KOKO VÄESTÖ	Masennustiedon, mielenlukutaidon, omasta itsestä ja läheisestä huolenpitämisen esiin- nostaminen	www-sivusto Radiokampanjat Lehtijutut	Mikä on palvelujärjestelmän herkkyys masennuksen tunnistamiseen ja vastaanotto-kyky?
MT-POSITIIVISET= KIINNOSTUNEET, HUOLESTUNEET, OIREILEVAT	Esitteiden viestit: masennus koskettaa kaikkia, masennuksella on väliä, se on hoidettavissa, kaikki voivat tehdä jotain	Esitteet Julisteet www-sivusto Radiokampanjat Lehtijutut Riskiryhmät; lapset, nuoret, synnyttäneet äidit, itsetuhoiset	Miten hyvin palvelujärjestelmä pystyy vastaamaan masennusoireiluun? Resurssit ja kehittämistarpeet Mahdollisuus depressiohoitajan vastaanottoon
SAIRASTUNEET	Toiveikkuuden synnyttäminen: kaikilla on oikeus apuun, masennus on hoidettavissa	Tiedon tarjoaminen masennuksen hoidosta ja hoidon vaihtoehtoista (esimerkiksi lyhytterapioista) Hoitoon pääsyn kriteerit	Mahdollisuus depressiohoitajan hoitoon Hoitoketjujen kehittäminen Hoidon porrastus Koko hoitojärjestelmän yhteistyö
PALVELUIDEN TUOTTAJAT	Masennus on hoidettavissa myös perusterveydenhuollossa Masennuspotilaan hoitaminen on samankaltaista kuin muidenkin potilaiden Hoito on yhteistyötä	Perusterveydenhuollon koulutuspaketti Käypä hoito -suosituksen paikallinen soveltaminen Lääkehoito Keskusteluhoito Hoidollinen kohtaaminen	Hoitoketjutyö Järjestelmän kehittäminen, muun muassa depressiohoitajamalli Erikoissairaanhoidon konsultaatiotuen kehittäminen Työnohjaus Täydennyskoulutus
PALVELUITA RESURSOIVAT HALLINNOIJAT JA PÄÄTTÄJÄT	Masennuksen yleisyys Hoitoon hakeutumisen vaje Resurssien todellinen tarve	Depressiohoitajamallista ja yhteistyön tarpeesta tiedottaminen	Hoitoprosessien laadun arviointi Palvelujärjestelmän kehittämistarpeiden viestiminen Kohdennettu tiedotus ja palaverit

Masennustalkoot on toimintamalli, joka näyttäisi olevan levitettävissä muillekin alueille Suomessa. Malli on hyvin kuvattu ja dokumentoitu, joten sen mukaista toimintaa voidaan suhteellisen helposti toteuttaa myös muualla. Malli itsessään on koulutusintensiivinen, mutta se ei vaadi suurta organisaatiota tai pitkää perehdytystä onnistuakseen myös muualla. Sen sijaan huomiota kannattaa kiinnittää siihen, että toteuttajilla on riittävä perehtyneisyys Masennustalkoot-mallin lääketieteellisiin, psykologisiin sekä pedagogisiin lähtökohtiin – ja asenne kohdallaan.

Hankkeiden kuvaukset

Sateenvarjo-projekti 2005–2009

Sateenvarjo-projekti on Vantaan kaupungin, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin – ja alkuvaiheessa myös Keravan kaupungin – yhteistyönä toteutettu mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke. Sosiaali- ja terveysministeriön rahoituksella vuosina 2005–2009 toteutetun hankkeen päätavoitteena oli tuottaa uusia toimintamalleja yleisimpien mielenterveys- ja päihdeongelmien varhaisempaan tunnistamiseen ja hoitamiseen perustason työssä.

Sateenvarjo-projektin keskeiset toiminta-alueet ovat olleet:

- lapsiperheiden depression tunnistaminen ja tuki neuvolatyössä
- nuorten vakavan masennuksen ennaltaehkäisy kouluterveydenhuollossa
- depression hoidon kolmiomalli (depressiohoitajamalli) terveyskeskuksessa
- perustasoa konsultoivan psykiatrin työnkuva
- alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja mini-interventio terveysasemalla (päihdehoitajamalli)
- kotihoidon mielenterveys- ja päihdetyön vahvistaminen

Projektin aikana luoduissa uusissa toimintamalleissa ongelmien tunnistaminen ja hoidon aloittaminen tapahtuu aikaisempaa varhaisemmassa vaiheessa ja systemaattisemmin. Projekti on aktiivisesti saattanut yhteen eri toimijoita yli sektori- ja organisaatorajojen mielekkäiden hoitoprosessien luomiseksi ja ylläpitämiseksi. Sateenvarjo-projektin päätyttyä projektin keskeisillä toiminta-alueilla kehittämistyö jatkuu Vantaan kaupungin omana toimintana ja muodostaa osan vuoden 2010 alussa perustettua mielenterveys- ja päihdekeskusta.

Projektipäällikkönä on toiminut LT, psykiatrian ja yleislääketieteen erikoislääkäri Maria Vuorilehto vuosina 2005–2008. Vuonna 2009 projektipäällikkönä toimi TtT, psykiatrinen sairaanhoitaja Lauri Kuosmanen (projektikoordinaattorina 2005–2008).

Pohjanmaa-hanke 2005–2014

Pohjanmaa-hanke on kokonaisuutena 10-vuotinen, laaja-alainen kehittämishanke, joka käynnistyi suunnitellusti kesäkuussa 2005. Hankkeessa ovat mukana Vaasan, Etelä-Pohjanmaan ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit, sosiaali- ja terveysministeriö sekä Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan osaamiskeskus SONet Botnia. Hanke kuuluu laajojen kansanterveydellisesti merkittävien kehittämishankkeiden sarjaan. Hankkeen kehittämisessä on otettu mallia Pohjois-Karjala -projektista, jossa osoitettiin, että väestön elintapoihin voidaan ratkaisevasti vaikuttaa yhteisen tason terveysvalistuksella ja kansalaisten sitoutumisella terveyttä edistäviin tavoitteisiin.

Pohjanmaa-hankkeen visiona on ”Pohjalaista hyvinvointia”. Hankkeen tarkoituksena on tuottaa kansalliseen käyttöön alueellinen malli vaikuttavasta mielenterveys- ja päihdetyöstä. Hankkeen tavoitteena on:

1. tukea kuntien päihde- ja mielenterveystyön kehittämistä
2. edistää ennaltaehkäisyä ja varhaista auttamista päihde- ja mielenterveystyössä
3. tarjota työvälineitä hoito- ja palveluketjujen sekä kuntoutuksen kehittämiseen
4. edistää työhyvinvointia ja työelämässä pysymistä
5. edistää verkostojen syntymistä, koulutus- ja tutkimusyhteistyötä sekä välittää päihde- ja mielenterveystyön uusinta tietoa

Projektijohtajana ensimmäisellä hankekaudella 2005–2007 toimi LT, ylilääkäri Matti Kaivosoja ja toisella hankekaudella 2007–2009 LT, ylilääkäri Antero Lassila. Hankkeen työntekijät ovat sijoittuneet kolmeen työryhmään Kokkolaan, Seinäjoelle ja Vaasaan, mutta tiimit ovat tehneet työtä yli maakunta- ja sairaanhoitopiirirajojen. Työskentely on tapahtunut tavoitteiden mukaisissa ”työkoreissa”, joita ovat siis olleet strategiatyö, promootio ja preventio, hoidon ja palveluiden kehittäminen, kuntoutus sekä työhyvinvointi.

Marraskuusta 2009 alkaen valtakunnallinen Kaste-ohjelma aikaansai muutoksia Pohjanmaa-hankkeen aluejakoon ja rahoitusjärjestelmään. Pohjanmaa-hankkeen työ jatkuu Keski-Pohjanmaalla osana Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanketta sekä Pohjanmaan ja Etelä-Pohjanmaan alueilla osana Väli-Suomen Välittäjä 2009 -hanketta.

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeet Lapin sairaanhoitopiirin alueella.

Jorma Posio

Lapin mielenterveys- ja päihdehankkeiden tavoitteina on ollut henkilöstön osaamisen ja jaksamisen vahvistaminen sekä palvelujen tuottajien ja työntekijöiden verkostoituminen. Mielenterveys- ja päihdetyön seudullisten palvelujen kehittämisen tavoitteena on ollut mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujen monipuolistaminen ja saatavuuden parantaminen ja muualla hyväksi havaittujen hoito- ja kuntoutusmenetelmien soveltaminen Lapin olosuhteisiin.

Hankkeiden toteutuksessa on tukeuduttu jo olemassa olevaan palvelurakenteeseen. Hankkeen henkilöstöresursseina ovat olleet kuntien, yksityisten ja yhdistysten sekä erikoissairaanhoidon henkilöstö. Heidät on palkattu hankkeeseen määrärajoiksi tai kunnilta on ostettu henkilöiden työpanos ostopalveluna. Hankkeiden projektipäällikkönä on toiminut Jorma Posio.

Hankkeet:

Hanke	Toteutusaika	Budjetti €	Valtion osuus €	Kunta-osuus €
Tutkimus- ja leikkausjonojen purkuraha	v. 2003	23 400	11 700	11 700
Skitsofreniapotilaiden seudullisen avokuntoutuksen kehittäminen	vv. 2004–2006	306 000	153 000	153 000
Mielenterveys- ja päihdetyön seudullinen kehittäminen	vv. 2005–2007	498 000	332 000	166 000
Mielenterveys- ja päihdetyön seudullinen kehittäminen jatkohanke	vv. 2007–2009	267 000	200 000	67 000
Tervein mielin Pohjois- Suomessa Lapin osahanke	vv. 2009–2011	597 040	447 780	149 260 LSHP:n osuus

Kansallisilla rahoitusohjelmilla rahoitetut hankkeet ovat mahdollistaneet Lapin mielenterveys- ja päihdetyön pitkäjänteisen kehittämistyön. Hankkeiden kustantamana on järjestetty pitkiä prosessikoulutuksia, joihin on osallistunut kuntien perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, yksityisten ja järjestöjen sekä kirkon mielenterveys- ja päihdetyön työntekijöitä. Monisektoriaalisesti ja -ammattillisesti järjestetyt koulutukset ovat lisänneet eri toimialojen yhteistyötä ja toisen työn ymmärrystä. Koulutukset ovat liittyneet välittömästi uusiin ryhmämuotoisiin työmenetelmiin, jotka ovat liitetty osaksi arkipäivää. Osaan koulutuksista on liittynyt käytännön potilastyötä ja työnohjaus. Hankkeet jatkuvat Kaste-rahoitteisina Tervein mielin Pohjois-Suomessa Lapin osahankkeena.

Lapin sairaanhoitopiiriin kuuluu 15 maan pohjoisinta kuntaa ja alueella asui 118 377 asukasta vuonna 2008. Pinta-alaltaan alue kattaa yli neljäsosan Suomen pinta-alasta. Lapin sairaanhoitopiirin kokoiselle alueelle Lounais-Länsi-Suomesta sopii kymmenen (10) sairaanhoitopiiriä.

Lapin väestö vähenee, syntyvyys alentuu ja lappilaisten sairastavuus on korkea. Eri sosiaaliryhmien väliset terveyserot ovat Lapissa suuremmat kuin muualla maassa keskimäärin ja ovat edelleen selvästi kasvamassa. Etäisyydet ovat pitkät, pohjois-eteläsuunnassa noin 600 kilometriä ja itä-länsisuunnassa noin 380 kilometriä.

Hanketoteutuksessa alue on jaettu neljään seutukuntaan:

Seutukunta	Kunnat	Asukasluku
Länsi-Lappi	Enontekiö, Kittilä, Kolari, Muonio, Pello	18 288
Itä-Lappi	Kemijärvi, Pelkosenniemi, Savukoski, Salla	15 228
Pohjois-Lappi	Inari, Sodankylä, Utsjoki	17 060
Rovaseutu	Posio, Ranua, Rovaniemi	67 801

Etäisyysvertailuja:

Rovaniemi – Utsjoki /Nuorgam	504 km	Helsinki – Kuopio	382 km
Rovaniemi – Utsjoki /Nuorgam	504 km	Helsinki – Seinäjoki	357 km
Rovaniemi – Näätämö	473 km	Helsinki – Vaasa	419 km

Kirjoittajat

Aromaa, Esa. Psykologi, VTM. Projektikoordinaattori, Pohjanmaa-hanke.

Fraktman, Pia. Sairaanhoidaja (AMK). Kehittämissuunnittelija, Pohjanmaa-hanke.

Haavio, Marja-Liisa. Erikoishammaslääkäri, Helsingin yliopiston hammaslääketieteen laitos, Suuterveystiede.

Humaljoki, Kaisa. Terveystieteiden erikoisosaaja. Projektityöntekijä, Sateenvarjo-projekti, Vantaan kaupunki.

Häikiö, Mikko. HTM. Projektikoordinaattori, Pohjanmaa-hanke.

Järvinen, Mirkka. Suuhygienisti, TtM, TtT –opiskelija. Projektityöntekijä, Suun terveydenhuolto Sateenvarjo-hanke.

Järvinen, Tiia. HTM. Projektityöntekijä, Pohjanmaa-hanke.

Karlsson, Linnea. LT, nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, erikoistutkija, TYKS, Lastenpsykiatrian klinikka ja THL, MIPO/LAMI.

Koskinen, Kristiina. Suuhygienisti amk. Projektipäällikkö, Suun terveydenhuolto Sateenvarjo-hanke.

Kumpuniemi, Sirpa. Psykiatrinen sairaanhoidaja, ryhmäpsykoterapeutti (ET). Projektityöntekijä, Sateenvarjo-projekti, Vantaan kaupunki.

Kuosmanen, Lauri. TtT, psykiatrinen sairaanhoidaja. Projektipäällikkö, Sateenvarjo-projekti, Vantaan kaupunki.

Kuusi, Kristiina. Psykiatrinen sairaanhoidaja, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri / Hyks- psykiatria/ Peijas / Kuntoutuspoliklinikka. Suun terveydenhuolto Sateenvarjo-hanke.

Kykyri, Virpi-Liisa. PsT. Projektipsykologi, Pohjanmaa-hanke.

Laitila, Minna. TtM. Projektikoordinaattori, Pohjanmaa-hanke.

Liimatta, Sirpa. KM, psykiatrinen sairaanhoidaja, sairaanhoidon opettaja. Yhteistyöhanke projektipäällikkö, Uula-projekti.

Loukiainen, Heli. FM. Tiedottaja, Pohjanmaa-hanke.

Löf, Tuula. Psykologi, KM. Projektikoordinaattori, Pohjanmaa-hanke.

Malviniemi, Marjut. Psykologi, PsM. Projektikoordinaattori, Pohjanmaa-hanke.

Pajula, Liisa. Erikoissairaanhoitaja, päihdehoitaja. Projektityöntekijä, Sateenvarjo-projekti.

Perttunen, Paula. YTM, sosiaalityöntekijä. Depressiokoulun ryhmäohjaaja, Lapin hanke.

Peräkoski, Hannele. Psykiatrinen sairaanhoidaja, terveydenhoitaja, kriisi- ja traumapsykoterapeutti (ET). Projektityöntekijä, Sateenvarjo-projekti.

Pirttijärvi, Maarit. Suunnittelija, erityistehtävänä teknologian kehittäminen sosiaalialalla, Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Depressiokoulun atk-tukihenkilö, Uula-projekti.

Posio, Jorma. Sairaanhoidaja. Projektipäällikkö, Lapin hanke.

Pääskyvuori, Jetta. Suuhygienisti amk. Suun terveydenhuolto Sateenvarjo-hanke.

Rantanen, Veli-Pekka. Sosiaaliohjaaja. Lastensuojelutyötä lapsi- ja nuorisokodissa ja nuorten jälkihuollossa vuodesta 1992 lähtien. Lapin hanke.

Ropponen, Mervi. Sairaanhoidaja, kehittämissuunnittelija. Pohjanmaa-hanke.

Seppälä, Maiju. HTM, suunnittelija. Pohjanmaa-hanke.

Tallavaara, Marja-Sisko. YTM. Projektikoordinaattori, Lapin hanke.

Tiainen, Markku. Tietotekniikan insinööri. UULA-projektin tietotekninen asiantuntija, Lapin hanke.

Tuulari, Jyrki. Psykologi. Projektikoordinaattori. Pohjanmaa-hanke.

Valve, Sirkku. Erikoissairaanhoidaja, JET. Projektityöntekijä, Lapin hanke.

Vauramo, Seija. Mielensterveyshoitaja, kirjallisuusterapiaohjaaja, depressiokouluohjaaja ja depressiokouluohjaaja-kouluttaja ja kulttuurikuraattori. Depressiokoulun ryhmäohjaaja, Lapin hanke.

Vuorilehto, Maria. LT, yleislääketieteen ja psykiatrian erikoislääkäri. Projektipäällikkö, Sateenvarjo-projekti.

Vuorma, Pentti. Mielensterveyshoitaja, mielensterveyden ensiapuohjaaja, depressiokouluohjaaja ja depressiokouluohjaaja-kouluttaja. Depressiokoulun ryhmäohjaaja, Lapin hanke.

Kirjallisuusviitteet

- Armanto A, Koistinen P. 2009. Neuvolatyön käsikirja. Hygieia sarja. Tammi.
- Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W, O'Connor E, Seeley J. 2001. A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry*, Dec;58(12):1127-34.
- Depressio (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2009 (viitattu 15.1.2010). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi
- Haavio M-L, Murtomaa H, Lankinen S. 2005. Suun terveydenhuolto psykiatrisia potilaita hoitavissa sairaaloissa vuonna 2002. *Suomen Lääkärilehti* 41 (60), 4141-4145.
- Heiskanen T, Salonen K, Kitchener B & Jorm A. 2008. Käsikirja mielen terveydestä ja ensiavusta. Suomen Mielen-terveysseura. Helsinki.
- Holmila M, Warpenius K, Warsell L, Kesänen M & Tamminen I. 2009. Paikallinen alkoholipolitiikka. Pakka-hankkeen loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 5. Helsinki.
- Humaljoki K, Kuosmanen L, Vuorilehto M. 2009. Masennuksen tunnistamisen ja hoidon kehittämishanke Vantaan yläkouluissa, lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa. Vantaan kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi 9/2009. Saatavissa [24.11.2009]: www.vantaa.fi/sateen-varjoprojekti
- Häikiö M. 2008. MTEA 2 – häiriöt ja koulutuksen vaikuttavuuden arviointi. Teoksessa *Mieli* 2008. Kansallisten mielenterveyspäivien taustamateriaali, luennot ja posterit. Stakes, Työpapereita 6. Helsinki.
- Jorm A, Blewitt K, Griffiths K, Kitchener B & Parslow R. 2005. Mental health responses of the public: results from an Australian national survey. *BioMed Central Psychiatry* 2005, 5: 9. Saatavissa [3.12.2009] <<http://www.biomed-central.com/1471-244X/5/9>>.
- Kampman O, Tuulari J, Lassila A, Aromaa E & Naukarinen H. 2006. Pohjalaiset masennustalkoot: Perusterveydenhuollon lääkäreiden täydennyskoulutus. *Suomen Lääkärilehti* 44 (61): 4616-4617.
- Kansallinen liikuntatutkimus 2005–2006. 2006. Lapset ja nuoret. SLU:n julkaisusarja 4.
- Karlsson L, Pelkonen M, Aalto-Setälä T & Marttunen M. 2005. Nuorten masennus – vakava sairaus, jonka hoitoa tutkittu vähän. *Suom Lääkäril* 27-29, 2879-2883.
- Kitchener A & Jorm A. 2002. Mental health training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BioMed Central Psychiatry* 2002, 2: 10. Saatavissa [3.12.2009] <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/2/10>>.
- Kitchener B & Jorm A. 2004. Mental health training in a workplace setting: A randomized controlled trial. *BioMed Central Psychiatry* 2004, 4: 23. Saatavissa [3.12.2009] <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/4/23>>.
- Koffert T & Kuusi K. 2007. Depressiokoulu. Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja. SMS-tuotanto Oy, Helsinki .
- Kokko S, Kannas L & Itkonen H. 2004. Urheiluseura lasten ja nuorten terveyden edistäjänä. *Liikunta & tiede* 6, 101–112.
- Koponen H, Posio J, Keskihannu I. 2006: Skitsofreniapotilaiden seudullinen avokuntoutuksen kehittäminen v. 2004 – 2006, Loppuraportti, www@lshp.fi
- Kumpuniemi S, Kuosmanen L, Vuorilehto M. 2009. Masennuksen tunnistamisen ja hoidon kehittämishanke Vantaan neuvoloissa. Vantaan kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi 9/2009. Saatavissa [24.11.2009]: www.vantaa.fi/sateen-varjoprojekti
- Kuosmanen L, Melartin T, Pelkonen R, Peräkoski H, Kumpuniemi S & Vuorilehto M. 2007. Psykiatrisen sairaanhoitajan uudet vaatteet: Mielenterveyshoitotyötä neuvolassa, kouluterveydenhuollossa ja kotihoidossa. *Sairaanhoitaja* 9, s. 9-12.
- Kuosmanen L, Vuorilehto M, Kumpuniemi S & Melartin T. Depression screening and treatment in maternity clinics. Arvioitavaksi lähetetty käsikirjoitus.
- Laitila M & Järvinen T. (toim.) 2009. Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 6. Helsinki. Saatavissa [7.1.2010] www.pohjanmaahanke.fi.
- Leppämäki S. 2007. Liikunta ja depressio. *Duodecim* 123(6), 629-630.
- Länsi-Suomen lääninhallitus. 2008. Pohjanmaan oppilas- ja opiskelijahuollon kehittämishanke 2007–2008. Loppuraportti. Länsi-Suomen lääninhallituksen julkaisusarja.
- Miller WM & Rollnick S. 2002. Motivational interviewing. Preparing People for Change. Second edition. The Guilford Press. New York. London.
- Ojanen M. 2001. Liiku oikein – voi hyvin. Tammer-paino Oy. Tampere.
- Opetusministeriö. 2007. Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2007:17.
- Peräkoski H, Riihimäki K, Kuosmanen L & Vuorilehto M. 2009. Kotihoidon mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen. Vantaan kaupunki Sosiaali- ja terveystoimi ja Sateenvarjo-projekti. 9/2009. Saatavissa [24.11.2009]: www.vantaa.fi/sateenvarjoprojekti.
- Pirkanen M. 2007. Nuorten päihteettömyyden edistäminen. Varhaisen puuttumisen malli koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. Kuopion yliopisto, väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja.
- Pirttipera J & Vuorenmaa M. 2008. Pohjanmaalla kunnat urakoivat mielenterveys- ja päihdestrategioita. *Premissi* 4, 18–21.
- Pohjanmaa-hanke. 2007. Hankesuunnitelma. Pohjanmaa-hanke: Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen kolmen sairaanhoitopiirin alueella. 23.2.2007.
- Pohjanmaan oppilas- ja opiskelijahuollon kehittämishanke 2007–2008. 2008. Loppuraportti. Länsi-Suomen lääninhallituksen muut julkaisut.
- Posio J & Keskihannu I. 2007: Mielenterveys- ja päihdetyön seudullinen kehittäminen Lapin sairaanhoitopiirin alueella v. 2005-2007, Loppuraportti, ks. www.lshp.fi.
- Psykoottisten häiriöiden hallintakurssi, työkirja, 2004. Helsingin terveyskeskus, psykiatrian osasto. Auran kuntoutuspoliklinikan työryhmä 05/2004.
- Päihdepalvelujen laatusuosituksen. 2002. Sosiaali- ja terveystoiministeriön oppaita 2002:3. Sosiaali- ja terveystoiministeriö ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Sateenvarjo-projekti. 2007. Huolehdi hampaistasi – Vahvista terveyttä. Mielenterveyskuntoutuja ja suun terveys. Vantaan kaupungin paino 08/2007. Saatavissa [24.11.2009]: www.vantaa.fi/sateenvarjoprojekti.
- Sateenvarjo-projekti. 2009a. Avain synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseen, itsehoitoon ja avun hakemiseen. Saatavissa [24.11.2009]: www.vantaa.fi/sateenvarjo-projekti.
- Sateenvarjo-projekti. 2009b. Iloa varhain -ryhmien ohjekirjanen ohjaajille. Depressiokoulutyökirjan rinnalle. Saatavissa [24.11.2009]: www.vantaa.fi/sateenvarjoprojekti

- Skitsofrenia (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008 (viitattu 15.1.2010). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi
- Stengård E, Haarakangas T, Appelqvist-Schmidlechner K, Upanne M, Savolainen M & Ahonen J. 2008a. Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -toimintamalli. Käsikirja. Stakes. Gummerus. Vaajakoski.
- Stengård E, Appelqvist-Schmidlechner K, Upanne M, Haarakangas T, Parkkola K & Henriksson M. 2008b. Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen. Nuorten miesten psykososiaalisen tukiohjelman vaikuttavuus ja hyöty. Stakesin Tutkimuksia 176.
- Stengård E, Appelqvist-Schmidlechner K, Upanne M, Parkkola K & Henriksson M. 2008c. Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen. Varusmies- ja siviilipalveluksen ulkopuolelle jääneiden miesten elämäntilanne ja psykososiaalinen hyvinvointi. Stakesin raportteja 18/2008.
- Stengård E. 2005: Journey of Hope and Despair. The Short-term Outcome in Schizophrenia and the Experiences of Caregivers of People with Severe Mental Disorder Tampereen yliopisto.
- Stengård E. 2007. Tuki omaisille auttaa myös omaista. Lapin kansa 24.4.2007.
- STM. 2004. Alkoholipolitiikan kuluttajaopas. Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 2004:6.
- STM. 2006. Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 2006:6.
- STM. 2008. Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:37.
- Taskinen, M. Motivoiva haastattelu. 2004. Saatavissa [24.11.2009]: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/644-motivoiva-haastattelu>.
- Tenkanen T. 2006. Ennakointidialogien käyttö päihdestrategiatyössä. Stakes, Työpapereita 27. Helsinki.
- Tuulari J & Aromaa E. 2008. Depressiohoitajamallilla saadaan tulosta Pohjanmaalla. Suomen Lääkärilehti 3(63): 194-195.
- Upanne M, Stengård E & Lohilahti M. 2005. Mielenterveytyön kehittäminen laatusuosituksen avulla. Menetelmäraportti. Stakes, Aiheita 6. Helsinki.
- WHO. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1.
- Vuorilehto M, Kuosmanen L & Melartin T. 2008. Depressiohoitajan työ on kohdallaan Vantaan kolmikantamallissa. Suomen Lääkärilehti 3(63):190-192.
- Vuorilehto M, Kuosmanen L, Pajula L. 2009. Alkoholin riskikulutuksen tunnistaminen ja mini-interventio terveysasemalla. Päihdehoitajamalli. Vantaan kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi 9/2009. Saatavissa [24.11.2009]: www.vantaa.fi/sateenvarjoprojekti.
- Vuorilehto M. 2007. Depressio-projekti Vantaalla. Vanhustyö 4, 21-23.
- www.alkoholiohjelma.fi. Alkoholiohjelma 2008-2011. THL.
- www.hyvakaytanto.fi. Hyvä käytäntö -tietokanta. THL.
- www.mielenterveydenensiapu.fi. Mielenterveyden ensiapu-koulutus. Suomen mielenterveysseura.
- www.stad.org. Ehkäisevän päihdetyön Stad-projekti. Tukholman kaupunki.