



*”Kun on sanottu,  
luullaan, että on tehty.”*

# Mieli 2010

Kansalliset mielenterveyspäivät

Taustamateriaali, luennot ja posterit

# Mieli 2010

Kansallisten mielenterveyspäivien  
taustamateriaali, luennot ja posterit



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

järjestävät Mieli 2010 -päivät yhteistyössä  
paikallisten toimijoiden kanssa

*Järjestelytoimikunta*

Eila Okkonen  
Liisa Saaristo  
Mari Saavalainen  
Mari Huttunen

© Kirjoittajat ja Suomen Mielenterveysseura

Taitto: Hannele Hannukainen

ISBN

Suomen Mielenterveysseura, Helsinki 2010

Multiprint Oy

Helsinki 2010

## **Alkusanat**

### **Mielenterveys on ihmisoikeusasia**

Ihmisoikeusnäkökulma on noussut selkeästi agendalle. Mielenterveyden maailmankongressissa Ateenassa viime vuoden syyskuussa useat alustajat puhuivat keskeisten käsitteiden uudesta sisällöstä. Tutkijoiden kielellä meneillään on paradigmatkriisi: täydellinen ajattelun muutos. Toipuminen ja selviytyminen liitetään sellaisiin käsitteisiin kuin ihmisoikeudet, voimaantuminen ja tasavertainen osallisuus yhteiskunnassa.

Suomen perustuslakiin lisättiin 1990-luvulla niin sanotut tss-oikeudet. Perustuslaki turvaa perinteisten ihmisoikeuksien lisäksi kaikille yhtäläiset taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset perusoikeudet. Kun eriarvoistuminen jatkuu ja julkisia palveluja on vuodesta toiseen toistuvien leikkauksien ajettu yhä ahtaammalle, on syytä pohtia toteutuvatko tss-oikeudet kaikkien maassamme asuvien elämässä. Eettisten periaatteiden pitää näkyä käytännön tekoina. Mieli 2010 –päivillä kysytäänkin: mitä sosiaali- ja terveydenhuollon etiikasta on jäljellä?

Toinen ajankohtainen teema kansainvälisessä keskustelussa näyttää olevan psyykkisten ja somaattisten sairauksien kietoutuminen yhteen. Vieläkään näistä yhteyksistä ei tiedetä tarpeeksi. Monissa maissa on meneillään tutkimuksia, joiden tulokset vahvistavat käsitystä korrelaatiosta. Miten palvelujärjestelmä pystyy reagoimaan? Mieli ja keho - toteutuuko oikeus hoitoon silloin, kun mielenterveyspotilaalla on somaattisia sairauksia?

Vuosi 2010 on Euroopan köyhyyden ja syrjäytymisen vastainen teemavuosi. Köyhyys on mielenterveyden merkittävin yksittäinen uhkatekijä. Vähentämällä köyhyyttä ja vaikuttamalla syrjäytymistä aiheuttaviin mekanismeihin tehdään tärkeää ehkäisevää mielenterveytyötä. Vahvistamalla yhteisöllisyyttä ja osallisuutta edistetään mielenterveyttä.

Marita Ruohonen  
Toiminnanjohtaja  
Suomen Mielenterveysseura



## Sisällys

Alkusanat .....	3
Ohjelma.....	6
<b>MIELI JA KEHO – SAIRAUKSIEN YHTEENKIETOUTUMISEN HAASTEET, Jussi Huttunen .....</b>	<b>8</b>
<b>Kokonaisvaltainen ihminen hoidon haasteena</b>	
MITÄ TAPAHTUU HOIDETTAVAN JA HOITAJAN KOHDATESSA, Helinä Siikala .....	9
ESTEET HOIDON SAATAVUUDESSA, Kristian Wahlbeck .....	10
<b>Mielenterveyden edistäminen puheen ja toiminnan tasoilla, Kaisa Haatainen .....</b>	<b>11</b>
MIELENTERVES JA SEN EDISTÄMINEN KUNNALLISESSA PÄÄTÖKSENTEOSSA, Pia Solin .....	13
TERVE KUOPIO - VIREÄ ELÄMÄ, VALOISA TULEVAISUUS, Petri Kervola .....	14
MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN KÄYTÄNNÖN TOIMINNAKSI, Eija Stengård .....	15
<b>Median luomat kuvat ja nuorten mieli, Tarja Heiskanen .....</b>	<b>16</b>
NUORTEN TUKEMISTA NETISSÄ, Marika Ketola .....	17
MITÄ TERVEYDEN- JA SOSIAALIHUOLLON ETIIKASTA ON JÄLJELLÄ? Aira Pihlainen.....	18
UUDET TAVAT JÄRJESTÄÄ SOSIAALITURVAA JA OIKEUS APUUN – SAIRAILLE SOPIVAA? Laura Kalliomaa-Puha .....	19
<b>Omavastuu ja jaettu asiantuntijuus, Eira Tikkanen .....</b>	<b>20</b>
HENKIN JA HENGELLINEN HOITOTYÖ MIELENTERVEYSTYÖSSÄ, Ikali Karvinen .....	21
<b>Työelämän selviytymistarinoita – vetoa ja työntöä</b>	
KUNTOSAVOTTA EDISTÄÄ MONIPUOLISESTI YRITTÄJIEN HYVINVOINTIA, Susanna Kähkönen ...	22
INTEGROIDUN KUNTOUTUKSEN MAHDOLLISUUDET PÄIHDETYÖSSÄ, Päivi Tourunen .....	23
TYÖTERVEYSHUOLLON MAHDOLLISUUDET JA HAASTEET, Birgitta Kinnunen .....	24
<b>Puhetta kuolemasta ja elämästä, Liisa Saaristo .....</b>	<b>25</b>
ITSEMURHAKUOLEMISTA, Timo Partonen .....	27
ITSEMURHAN UHRIT JA POSTVENTIO, Pirjo Saarinen .....	28
MITEN HYVÄ KUOLEMA ON MAHDOLLISTA, Juha Hänninen .....	29
<b>Posterit .....</b>	<b>30</b>
<b>Posterinäyttelyyn osallistujat .....</b>	<b>41</b>

## Ohjelma

### Mieli 2010 - kansalliset mielenterveyspäivät

Torstai 4.2.2010 *Puheenjohtajana Eila Okkonen, Suomen Mielenterveysseura*

9.00 Ilmoittautuminen, posterinäyttelyyn tutustuminen ja aamukahvi

10.00 Tervetuloa Kuopioon, Kaikkien alojen asiantuntija Waikko Joe

10.15 Avauspuhe, pääjohtaja Pekka Puska, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Tervehdykset

- Kuopion kaupunki, kaupungin valtuuston puheenjohtaja Marja-Leena Puputti
- Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, johtaja Matti Pulkkinen
- Suomen Mielenterveysseura, puheenjohtaja Jussi Huttunen

11.00 Mieli ja keho – sairauksien yhteenkietoutumisen haasteet, professori Jussi Huttunen

11.45 Palvelujärjestelmän kehittämisen uhat ja mahdollisuudet mielenterveys- ja päihdetyössä – keskustelua ja kriittisiä puheenvuoroja

Puheenjohtajana Suomen Mielenterveysseuran toiminnanjohtaja Marita Ruohonen

Keskustelijoina mm.

- ylilääkäri Veijo Nevalainen, THL, hallintopäällikkö Juha Kauttonen, Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä, toiminnanjohtaja Timo Peltovuori, MTKL, kehittämisjohtaja Ari Saarto, A-klinikkasäätiö, Helsingin sosiaaliamies Lilli Autti

13.15 – 14.15 Lounas (omakustanteinen) - Posteriesitykset ja näyttelyyn tutustuminen

14.15 – 16.15 Rinnakkaisseisot

Kokonaisvaltainen ihminen hoidon haasteena, puheenjohtaja Jussi Huttunen, Mielenterveysseura

- Psykoosia sairastavien fyysinen terveys ja toimintakyky, lääkäri Jaana Suvisaari, THL
- Mistä hoitotapahtumassa on kysymys? lääkäri Helinä Siikala
- Esteet hoidon saatavuudessa, tutkimusprofessori Kristian Wahlbeck, THL

Mielenterveyden edistäminen puheen ja toiminnan tasoilla, dosentti Kaisa Haatainen, Kuopion yliopisto

- Mielenterveys ja sen edistäminen kansallisessa päätöksenteossa, tutkija Pia Solin, Tampereen yliopisto
- Terve Kuopio – vireä elämä, valoisa mieli, ohjelmapäällikkö Petri Kervola, Kuopio
- Mielenterveyden edistäminen käytännön toiminnaksi, yhteistyökeskuksen johtaja Eija Stengård, THL

Median kuvat ja nuorten mieli, viestintäjohtaja Tarja Heiskanen, Mielenterveysseura

- Nuorten tukemista netissä, projektipäällikkö Marika Ketola, Mielenterveysseura
- Sosiaalinen media ja väestön hyvinvoinnin edistäminen, verkostojohtaja Jyri Wuorisalo, Avence
- Nuorten hätä verkossa – kuinka autan? Sosiaalisen median asiantuntija Matti Kari

-----

17.00 – 18.30 Kuopion kaupungin vastaanotto, isäntänä talous- ja strategiajohtaja Paavo Kaitokari  
Valtuusto-virastotalo, Suokatu 42, A-rappu/pääovi, 70110 Kuopio

Perjantai 5.2.2010 *Puheenjohtaja Marita Ruohonen, Suomen Mielenterveysseura*

8.30 Aamukahvi ja posterinäyttelyyn tutustuminen

9.00 Mitä terveyden- ja sosiaalihuollon etiikasta on jäljellä? Pääsihteeri, TtT  
Aira Pihlainen, Etene

Uudet tavat järjestää sosiaaliturvaa ja oikeus apuun – sairaille sopivaa?  
Tutkija Laura Kalliomaa-Puha, Kela

Keskustelua

10.15 Rinnakkaissessiot

Omapastuu ja jaettu asiantuntijuus, kehittämispäällikkö Eira Tikkanen, Mielenterveysseura

- Henkisyys ja hengellisyys mielenterveystyössä, TtT Ikali Karvinen
- Asenneilmapiirin jyrkkeneminen? toiminnanjohtaja Janne Juvakka, Tekry

Työelämän selviytymistarinoita – vetoa ja työntöä, tutkija Birgitta Kinnunen, TTL

- Kuntosavotta edistää monipuolisesti yrittäjien hyvinvointia, hankevetäjä Susanna Kähkönen, Aluekehityssäätö/Maito-Savo
- Integroidun kuntoutuksen mahdollisuudet päihdetyössä, kuntoutussuunnittelija Päivi Tourunen, Kuopion seudun Päihdepalvelusäätiö
- Työterveyshuollon mahdollisuudet ja haasteet, tutkija Birgitta Kinnunen, TTL

Puhetta kuolemasta ja elämästä, kehittämisjohtaja Liisa Saaristo, Mielenterveysseura

- Itsemurhakuolemista, dosentti Timo Partonen, THL
- Itsemurhan uhrin ja postventio, dosentti, osastonylilääkäri Pirjo Saarinen, Kuopion psykiatrian keskus
- Kun kuolema tulee perheeseen, toimittaja Hilikka Olkinuora
- Miten hyvä kuolema on mahdollista, ylilääkäri Juha Hänninen, Terhokoti

12.15 – 13.15 Lounas (omakustanteinen) ja näyttelyyn tutustuminen

13.15 Mieli 2010 anti ja keskeiset haasteet tulevaan,  
tutkimusprofessori Kristian Wahlbeck, THL

- Puheenjohtajien yhteenvedot sessioista ja reflektointia keskustelua

14.45 Kiitos käynnistä!

15.00 Kahvitarjoilu ja vapaata keskustelua



## MIELI JA KEHO – SAIRAUKSIEN YHTEEN KIETOUTUMISEN HAASTEET

JUSSI HUTTUNEN

Psyykkisillä ja sosiaalisilla tekijöillä on tärkeä merkitys monien sairauksien, kuten diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän ja sydän- ja verisuonisairauksien synnyssä. Osa vaikutuksista välittyy aineenvaihduntaan, hormonitoimintaan, vastustuskykyyn ja sisäelinhermostoon liittyvien tapahtumaketjujen kautta, mutta osa syntyy hyvin arkisella tavalla. Jos mieli on hyvä ja usko tulevaisuuteen, on helppo muuttaa ruokavalio terveellisemmäksi, lopettaa tupakointi tai lisätä liikuntaa. Masentuneelta ihmiseltä jäävät hyvät päätökset usein tekemättä.

Koulutus, ammatti ja tulotaso vaikuttavat terveyteen. Hyvin ansaitsevat ja ylempiin sosiaaliryhmiin koulutetut ihmiset ovat keskimäärin terveempiä kuin vähän koulutetut ja vähäosaiset kansalaiset. Ero tulee esille eliniän pituudessa, sairauksien yleisyydessä, koetussa terveydessä ja toimintakyvyssä. Alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvilla on enemmän syöpää, sydänsairauksia, diabetesta ja mielenterveyden ongelmia kuin hyväosaisilla väestöryhmillä.

Yksinäisyys lisää sairastumisen ja ennen aikaisen kuoleman vaaraa. Yksinäisyyden vaikutukset ovat kuitenkin yksilöllisiä ja riippuvat olosuhteista. Riittävä parisuhde voi lisätä sairastumisriskiä ja joillekin yksinään eläminen sopii ja silloin se on terveyden kannalta hyvä asia. Tärkeä sepelvaltimotaudilta ja monilta muiltakin sairauksilta suojaava tekijä on ihmissuhteiden määrä ja laatu. Mitä enemmän ihmisellä on ystäviä, mitä useampaan ryhmään hän kuuluu ja mitä aktiivisempi hän on, sen pienempi on sairastumisvaara. Vaikutus on erityisen voimakas jos sairastuneilla: sydäninfarktin jälkeen ennuste on sitä parempi mitä enemmän on ystäviä ja tukea.

Suuret elämänmuutokset, kuten läheisen omaisen kuolema, työpaikan vaihto, taloudelliset vaikeudet ja työttömäksi jääminen, lisäävät kuolemanvaaraa. Elämänmuutoksiin liittyvä sairastumisvaara on useimmiten ohimenevä ilmiö. Kun uuteen tilanteeseen totutaan, palautuu riski entiselle tasolle tai ainakin lähelle sitä. Vaaran suuruus riippuu sosiaalisen tuen määrästä. Mitä enemmän läheiset antavat meitä, sen helpommin vaikeista tilanteista selvitään.

Toivottomuus ja masennus lisäävät sydän- ja verisuonisairauksien, mutta myös muiden sairauksien, kuten diabeteksen riskiä. Erityisen vaarallinen näyttää olevan väsymys- ja voimattomuustilanne, johon liittyy alentunut itsetunto, toivottomuutta ja lisääntynyt ärtyvyys. Tällainen yhdistelmä kuuluu usein vaikeaan työuupumukseen. Työttömyys aiheuttaa usein samanlaisia oireita, ja siten on todennäköistä, että työttömyys lisää sekä lyhyellä että keskipitkällä aikavälillä sairastumisvaaraa.

Työn määrä ja edes kiire eivät näytä olevan ainakaan suorassa yhteydessä terveyteen ja sairauteen. Vaarallisia asioita ovat sen sijaan työn pakkotahtisuus ja puuttuvat mahdollisuudet itse vaikuttaa töiden järjestelyyn ja sisältöön. Komenteleva ja epädemokraattinen esimies ja huonot ihmissuhteet työpaikalla ovat myös vaaratekijöitä. Eri ammateissa sairastumisriski vaihtelee. Johtajilla riski on pienin ja fyysistä, mekaanista työtä tekevillä suurin. Ei kuitenkaan varmuudella tiedä, johtuvatko ammattiryhmien erot itse työstä vai muista elämänoloista.

Psyykkisten tekijöiden merkitys esimerkiksi sepelvaltimotaudin synnyssä saattaa olla yhtä suuri kuin vanhojen tuttujen kolesterolin, verenpaineen ja tupakoinnin. Jotkut ovat arvelleet, että suomalaisten miesten suuri sydänsairastavuus johtuisi ystävien ja ihmissuhdeverkkojen puuttumisesta. Naisten kohdalla asiat ovat paremmin - murheet jaetaan ystävättärien kanssa ja näin taakka kevenee. Suomalaisten naisten sairastuvuus onkin kansainvälisissä vertailuissa kohtuullinen.

## MITÄ TAPAHTUU HOIDETTAVAN JA HOITAJAN KOHDATESSA

HELINÄ SIIKALA

”Potilaan ja lääkärin välinen suhde vaihtelee kolmen erilaisen psykososiaalisen ulottuvuuden mukaan. Se on asiakkaan ja asiantuntijan välinen suhde, **kahden ihmisen välinen vuorovaikutussuhde** ja apua tarvitsevan ihmisen suhde auktoriteettiin.” (Rechardt, 1974)

**Hoitosuhde** on ammatillinen yhteistyösuhde, johon liittyy erityisiä jopa salakavalialia vaatimuksia. Rechardt'n luonnehdinta lähtee ikään kuin itsestään selvästä työnjaosta hoitavan ja hoidettavan välillä. Toinen on asiantuntija ja auktoriteetti, toinen asiakas ja tarvitsee, tulee ostamaan apua. Ihmisten välinen vuorovaikutussuhde on painotettu, roolien polarisoitumista se ei kuitenkaan poista.

**Onko polaarisuus** hoitosuhteessa välttämätöntä tai edes totta? Ei, ei ja ei.

**Asiakas-asiantuntija-akselilla** hoitajalla on koulutuksensa antama asiantuntijuus, jota hoidettava tarvitsee. Totta, vaan ei koko totuus. Hoidettava on itsensä ja oman elämänsä ainoa pätevä ja todellinen asiantuntija. Ilman hänen asiantuntemustaan hoitaja on avuton käyttämään omaa ammatillista tietämystään. Tasa-arvoinen, molemminpuolinen riippuvuus on kiistaton.

**Apua tarvitseva-apua antava-ulottuvuudella** yhdenvertaisuus on yhtä vankka. Voin lääkärinä asettaa tarkan ja oikean diagnoosin ja määrätä (sic!) täydellisen hoidon potilaalleni. On kuitenkin välttämätöntä, että välillemme on syntynyt yhteys, joka saa potilaan tuntemaan että välitän hänestä todesti ja olen siksi nähnyt ja kuullut häntä kokonaisuena ihmisenä. Ilman sitä luottamusta hän voi jättää ohjeeni noudattamatta eikä ota määräämiäni lääkkeitä, ei ehkä edes mene apteekkiin hakemaan niitä. Olemme tässäkin kokonaan kohtaamisestamme, itsestämme ja toisistamme riippuvaisia .

**Kahden ihmisen välinen vuorovaikutussuhde** heittää minut, lääkärin ja hoitajan, kokonaan itseni ja pelkkää tietotaitoa syvemmän ammatillisuuden vaatimuksen armoille. Toisen ihmisen todellisuutta voin ja uskallan nähdä ja kuulla vain niin pitkälle kuin olen uskaltanut nähdä ja kuulla ihmistä itseäni. Mitkään ulkoa opitut tai päälle liimatut keinot eivät riitä. Kaikissa hoitotapahtumissa hoitajan on vastattava mielenterveyden ongelmista kärsivälle hoidettavalleen koko persoonallisuudellaan (“with the whole of his personality”), sanoo Jung. Sama pätee myös somaattisiin ongelmiin, poikkeuksetta, niin ehdoton on ruumiin ja psyyken ykseys.

**Polaarisuus on muistettava.** Ellen hoitajana näe keskinäistä riippuvuutta ja tarvitsevuutta hoidettavan kanssa, tapahtuma polarisoituu ja sen tärkein elementti, kahden ihmisen vuorovaikutussuhde, jää toteutumatta tai vinoutuu pahasti.

## ESTEET HOIDON SAATAVUUDESSA

KRISTIAN WAHLBECK

**YDINVIESTI: Mielenterveyden häiriöistä kärsivien ja muun väestön välillä on olemassa terveysero, joka ilmenee viidentoista vuoden erona elinaikaodotteessa. Eron kaventaminen on mahdollinen, mutta se vaatii tavoitteellista ja systemaattista toimintaa.**

Mielenterveysongelmista kärsivillä on muita suurempi riski sairastua fyysisiin sairauksiin ja he kuolevat keskimäärin noin viisitoista vuotta keskivertosuomalaista aiemmin. Eriarvoisuuden syitä on monia: epäedullisten elintapojen lisäksi myös psyykinen terveydentila sinänsä, leimautuminen (stigma) ja esteet terveyspalvelujen saatavuudessa myötävaikuttavat mielenterveys- ja päihdepotilaiden ennenaikaisiin kuolemiin.

Suomalaisten elinaikaodote on kasvanut. Myönteisestä yleiskehityksestä huolimatta mielenterveysongelmaisten ja muun väestön välistä terveyseroa ei ole ratkaisevasti pystytty kaventamaan. Hoidettavissa olevat fyysiset sairaudet, kuten sydän- ja verisuonitaudit, diabetes tai hengityselinten taudit jäävät usein mielenterveyden ongelmista kärsivien henkilöiden kohdalla hoitamatta. Fyysinen sairaus voi jäädä psyykkisten oireiden katveeseen. Mielenterveyspotilaita voidaan kohdella huonosti terveyspalveluissa, ja suoranaista syrjintääkin esiintyy. Hoitoon hakeutumista voi hankaloittaa myös se, että potilas kokee leimautuvansa tai joutuvansa syrjinnän kohteeksi.

Suomessa esiintyy mielenterveyskuntoutujien syrjintää. Kaksi kolmesta suomalaisesta mielenterveyskuntoutujasta kertoi syrjinnästä ystäväpiirissä ja lähes puolet perheessään. Vain harva koki saaneensa positiivista erilliskohtelua mielenterveysongelmansa takia. Syrjintä johtaa itsesyrjintään ja eristäytymiseen. Enemmistö skitsofreniaa sairastavista mielenterveyskuntoutujista oli diagnoosinsa takia jättänyt hakematta työtä tai koulutusta. Syrjinnän ja itsesyrjinnän kierre muodostuu esteeksi hoidon hakemisessa.

Myös monet muut tekijät vaikeuttavat terveydenhoitoon pääsyä, koska mielenterveyden häiriöihin liittyy enemmän köyhyyttä, yksinäisyyttä, työttömyyttä ja myös kodittomuutta. Suomalaisen terveydenhuollon kolmijako kunnalliseen terveydenhuoltoon, yksityiseen terveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon vahvistaa epäoikeudenmukaisuutta. Moni mielenterveys- ja päihdekuntoutuja on työterveyshuollon ulkopuolella ja yksityisen terveydenhuollon maksut ovat liian kalliit. Tilannetta vaikeuttaa entisestään kunnallisen terveydenhuollon korkeahkot asiakasmaksut. Maksukattojen käyttö tukee terveydenhoidon saatavuutta, mutta ovat riittämättömiä kaikesta heikoimmassa asemassa oleville.

Julkisen terveydenhuollon haasteena onkin havaita haavoittuvat ja syrjäytymisvaarassa olevat ryhmät ja kitkeä potilaiden eriarvoista kohtelua. Tarvitaan tietoisuutta ongelmasta, uusia toimintamalleja ja jopa positiivista syrjintää terveyserojen kaventamiseksi. Hyviä kokemuksia on esimerkiksi nuorten miesten syrjäytymistä ehkäisevästä Aikalisä-toimintamallista, työttömien terveystarkastuksista ja huumeikäyttäjien terveysneuvontapisteistä. Kokemusasiantuntijoiden käyttö laatu- ja kehittämistyössä edistää saatavuusesteiden tunnistamista. Erillisen psykiatrisen hoitojärjestelmän valtavirtaistaminen osaksi yleisiä terveyspalveluja voi kansainvälisten kokemusten mukaan tukea fyysisen terveydenhuollon saatavuutta.

Lähde: Wahlbeck K, ym. Quality in and equality of access to healthcare services. HealthQUEST. Country Report for Finland. STAKES Reports 1/2008, Helsinki 2008.

Yhteystiedot: Kristian Wahlbeck

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

PL 30, 00271 Helsinki, e-mail: kristian.wahlbeck@thl.fi

## MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN PUHEEN JA TOIMINNAN TASOLLA

KAISA HAATAINEN

Viime vuosina on julkaistu runsaasti mielenterveyttä sekä sen terveydellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia vaikutuksia koskevaa tutkimusta. Näyttöön perustuvat mielenterveyden edistämistoimet ovat osoittautuneet tehokkaiksi terveydenhuollon lisäksi myös koulussa, nuorisotyössä, päivähoidossa, kaupunkisuunnittelussa, kiinteistöalalla jne. Internetissä on saatavilla kattavia aineistoja erilaisten hyvien käytäntöjen leviämiseksi maasta toiseen.

Hosmanin (2009) mukaan 2010-luvulla on

1. vahvistettava edelleen prevention epidemiologista tietoperustaa
2. integroitava preventio- ja promootiotyötä
3. integroitava mielenterveyden edistäminen kansanterveystyöhön, yleiseen terveyden edistämiseen ja sosiaalipolitiikkaan
4. kehitettävä asiantuntemusta, toimintapolitiikkaa ja työkaluja yhdessä toteutettujen hankkeiden paikalliseen hallintaan
5. vahvistettava tietoisuutta preventiotyön sosiaalisista ja taloudellisista vaikutuksista
6. edistettävä interventioita, joilla tavoitetaan suuri osa väestöstä
7. keskityttävä priorisoituihin teemoihin
8. kehitettävä alan asiantuntemusta sekä tiedon ja ohjelmien levitystä.

Osa mielenterveyttä määrittävistä tekijöistä on sellaisia, joihin yksilö voi itse vaikuttaa omilla valinnoillaan. Useisiin tekijöihin voidaan kuitenkin vaikuttaa ainoastaan yhteisillä yhteiskunnallisilla toimilla. Mielenterveystyötä kohdennetaan toimiin, jotka antavat ihmisille mahdollisuuden vaikuttaa omaan elämäntilanteeseensa ja lähiympäristöönsä, tukevat sosiaalista juurtumista ja aktiivista osallistumista sekä helpottavat arjen vaatimuksista selviytymistä ja terveellisten valintojen tekemistä. (THL:n Mielenterveyden edistämisen yksikkö.) Suurin osa kuntalaisten mielenterveyteen vaikuttavista ratkaisuista tehdään terveydenhuollon ulkopuolella: ympäristö-, kaavoitus- ja liikennesuunnittelussa, sosiaalitoimessa, kulttuuritoimessa, opetus- ja koulutoimessa, työvoimapolitiikassa, poliisin toiminnassa jne.

Jané-Llopis ja Andersonin (2005) mukaan mielenterveyden edistämisen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn kymmenen keskeistä kohdealuetta ovat

1. vanhemmuuden tukeminen ja varhaislapsuuden turvaaminen
2. mielenterveyden edistäminen kouluissa
3. mielenterveyden edistäminen työpaikoilla
4. ikääntyneiden mielenterveyden edistäminen
5. riskiryhmiin kohdistuvat toimet
6. depression ja itsemurhien ehkäisy
7. väkivallan ja päihteiden väärinkäytön ehkäisy
8. perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saaminen mukaan mielenterveyden edistämistyöhön
9. mielisairausten haittojen ja leimaavuuden vähentäminen
10. palvelualojen rajat ylittävän yhteistyön kehittäminen.

Kullakin kohdealueella voidaan heidän mukaansa asettaa keskeiset tavoitteet.

Esimerkiksi vanhemmuuden tukemisen ja varhaislapsuuden turvaamisen alueelle Jané-Llopis ja Anderson ehdottavat tavoitteiksi 1) vanhempien lapsilleen antaman tuen ja vanhemmuuden taitojen lisäämistä, erityisesti kun perheessä on ongelmia, 2) alkoholin, huumeiden ja tupakoinnin vähentämistä raskauden aikana ja 3) lasten päivähoitoon ja esikouluun pääsyn helpottamista perheissä, joissa on ongelmia. He ehdottavat myös käytännön toimia keskeisten tavoitteiden saavuttamiseksi.

Edellä kuvatut esimerkit ja linjaukset antavat mielenterveyden edistämistyölle tarvittavat suuntaviivat. Pysyvien muutosten aikaansaaminen vaatii pitkäjänteistä, paikallista sekä alueellista kehittämistä sekä verkostomaista työtettä.

#### LÄHTEET

Hosman C. 2009. Future Challenges of Prevention of Mental Health Disorders. WHO Collaborating Centre for Mental Health Promotion, Prevention and Policy Seminar on the 20th March 2009.  
IMPLEMENTATION OF MENTAL HEALTH PROMOTION AND PREVENTION National Institute for Health and Welfare (THL), Helsinki, Finland.  
Jané-Llopis E, Anderson P. 2005. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe. Radboud University Nijmegen, Nijmegen.

## **MIELENTERVEYS JA SEN EDISTÄMINEN KANSALLISESSA PÄÄTÖKSENTEOSSA**

PIA SOLIN

### **YDINSANOMA: Terveyspolitiikan tutkiminen voi auttaa tunnistamaan mielenterveyden edistämisen ongelmakohtia päätöksenteon tasolla.**

Mielenterveys poliittisen päätöksenteon tutkimuskohteena ollut suhteellisen vähäistä, vaikka mielenterveyden edistämisessä piilee ongelmia, joiden paikantaminen on vaikeaa. Mielenterveyspolitiikka koetaan monesta syystä hankalaksi. Jo pelkästään käsitteenä 'mielenterveys' on häilyvä ja sisältää erilaisia tulkintoja. Käsite rakentuu kulttuurisesti ja sosiaalisesti tehden sen määrittelystä vaikeaa (Downie & al 1996; Rogers & Pilgrim 2001). Mielenterveyden determinantit taas jakautuvat useisiin osa-alueisiin, eikä mielenterveyden ongelmille voida osoittaa yksiselitteistä kausaliteettia kuten monissa somaattisissa sairauksissa. Näiden ongelmien takia terveydenedistämispolitiikka helposti laajenee vaikeasti hallittavaksi (Solin 2006). Mielenterveyden ongelmat on tunnustettu sekä taloudelliseksi että yhteiskunnalliseksi taakaksi ja siten sen paikka kansanterveysprioriteettina on legitiimi. Kuitenkin on väitetty, ettei mielenterveys olisi tarpeeksi houkutteleva prioriteetti pitkän tähtäimen suunnitteluun, vaan että se toimisi lähinnä klassisena lyhyen tähtäimen politiikanteon malliesimerkkinä (Kemp 2004).

Mielenterveyttä on ollut tutkijoiden mukaan vaikea sijoittaa terveydenedistämispolitiikkaan ja -käytäntöihin. Syynä tähän ovat edellä mainitun mielenterveyden käsitteen määrittelyn ongelmallisuus sekä sen integroiminen kokonaisterveyteen. Mahdollisuuksien molempia osapuolia hyödyttävään yhteistoimintaan on sanottu jäävän vähäisiksi, mikäli mielenterveyspolitiikkaa suunnitellaan erillään somaattisesta terveyspolitiikasta. (Braidwood 1997) Puheenvuoro pyrkii tutkimushavaintojen kautta edistämään keskustelua siitä, millaisena käsitteenä, sairautena ja päätöksenteon kohteena mielenterveys ymmärretään terveyspolitiikassa. Puheenvuorossa tarkastellaan muun muassa millaisena terveydenedistämisen tavoitteena mielenterveys nähdään, miten mielenterveyden sijoitumista terveydenedistämisen kentälle perustellaan sekä millaisia erityisvaatimuksia on otettava huomioon suunniteltaessa ja toteutettaessa mielenterveyspolitiikkaa.

Lähteet:

- Braidwood, E. (1997) In search of a shared concept? In Trent, Dennis R. & Reed, Colin A. (eds) (1997) *Promotion of Mental Health*. Volume 6, 1996 pp 55-72. Ashgate, Aldershot & Brookfield.
- Downie, R. S., Fyfe, C and Tannahill A. (1990): *Health Promotion: Models and Values*. Oxford University Press, Oxford.
- Kemp, Donna R (ed)(1993): *International Handbook on Mental Health Policy*. Greenwood Press: Westport.
- Rogers, A. & Pilgrim, D. (2001) *Mental health policy in Britain* (2<sup>nd</sup> edition). Palgrave, Hampshire & New York.
- Solin, P. (2006) The determinants of mental health – a qualitative analysis of health policy documents. *International Journal of Mental Health Promotion* 8(2) pp 3-11.

## TERVE KUOPIO – VIREÄ ELÄMÄ, VALOISA TULEVAISUUS

PETRI KERVOLA

### **Terve Kuopio terveyden edistämisen kehittämiskäytännönä**

Terve Kuopio on Kuopion kaupungin koordinoima laaja hyvinvointiosaamisen kehittämisohjelma, joka on toiminut Kuopion alueella vuodesta 2002 saakka. Terve Kuopion tehtävänä vuonna 2010 on ennaltaehkäisevien ja terveyttä edistävien hyvien käytäntöjen levittäminen. Terve Kuopio edustaa Suomea Maailman terveysjärjestön WHO:n Healthy Cities -verkostossa ja toimii aktiivisesti THL:n koordinoimassa kansallisessa Terve kunta -verkostossa. Toimintaa ohjataan poikkihallinnollisen Terve Kuopio –työryhmän sekä Hyvinvointiohjauksiryhmän avulla. Keskeiset painopistealueet Terve Kuopiassa ovat terveellinen elinympäristö ja kaupunkisuunnittelu, terveellinen elämäntapa ja terveyttä edistävät yhteisöt. Ohjelmatyössä korostetaan terveyden ja hyvinvointimahdollisuuksien tasa-arvoa. Kohderyhminä ovat erityisesti lapset ja nuoret sekä ikääntyneet. Toiminnalla tuetaan yhteistyötä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden välillä.

### **Sosiaalinen markkinointi terveyden edistämisen tukena**

Terve Kuopio toimii aktiivisesti kuntalaisten terveiden elämäntapojen ja palveluiden markkinoijana. Haasteena on, että julkisen sektorin hyvinvointimarkkinointia tehdään usein korostamalla epäterveen elämäntavan haittoja. Englannissa toimiva National Social Marketing Centre (NSMC) (<http://www.nsms.org.uk>) on erikoistunut hyvinvointialan markkinointiin sosiaalisen markkinoinnin menetelmillä. NSMC on organisoitunut sosiaalisen markkinoinnin koulutusta WHO:n seminaareissa, joihin Terve Kuopion asiantuntijat ovat osallistuneet. Sosiaalisella markkinoinnilla tarkoitetaan toimintaa, jossa markkinointia käytetään ihmisten hyödyksi eikä taloudellisen voiton turvaamiseksi. Sosiaalisen markkinoinnin perusidean voi kiteyttää siten, että terve elämäntapa pitää tehdä ihmisille hauskaksi, helpoksi ja suosituksi. Tavoitteena on haastaa ja rohkaista ihmisiä muuttamaan elintapojaan vähän kerrallaan. Sosiaalisen markkinoinnin kohteena ovat aina myös poliitikot ja asiantuntijat, joiden päätöksillä on suuri merkitys siihen, miten ihmiset voivat tehdä valintoja terveytensä edistämiseksi. Kuopion kaupungin erityishaasteena on uudistaa koko palveluorganisaatio vuoden 2011 alusta asiakaslähtöiseen prosessimalliin, jossa väestön terveyttä edistävät hyvinvointipalvelut ovat keskeisessä asemassa. Terve Kuopion tukee palvelualueuudistusta siten, että WHO:n tavoitteet terveyden tasa-arvon näkökulmasta otetaan huomioon ja kehittämistyössä huomioidaan mm. järjestöjen osallisuus.

### **Järjestötoiminta kuntalaisten terveyden edistäjänä**

Tutkimusten mukaan seuraelämä edistää terveyttä vähintään yhtä paljon kuin liikunta ja laihdutus. Sosiaalisesti aktiiviset ihmiset elävät myös pidempään. Tästä voi vetää sen johtopäätöksen, että kansalaisjärjestötyö on sellaisenaan terveyttä edistävää toimintaa, jota julkisen sektorin kannattaa tukea. Kun kansalaisjärjestöjen työ tähtää hyvinvoinnin ylläpitämiseen on niillä sama tavoite kuin kunnilla. Kuopion kaupunki onkin linjannut omia yhteistyötavoitteitaan kansalaisjärjestöstrategialla. Myös Terve Kuopio pyrkii lisäämään kaupungin ja järjestöjen välistä yhteistyötä asukkaiden hyvinvoinnin lisäämiseksi.

Lisätietoja: [www.tervekuopio.fi](http://www.tervekuopio.fi)

## MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN KÄYTÄNNÖN TOIMINNAKSI

EIJA STENGÅRD

**Ydinsanoma: Mielenterveyden edistäminen on laaja-alaista eri sektorien yhteistyötä edellyttävää toimintaa, jonka tulee perustua tietoon kuntalaisten tarpeista. Käytettävissä olevista tietokannoista löytyy jo lukuisia menetelmiä, joiden vaikuttavuudesta on näyttöä.**

Mielenterveys on osa terveyttä ja siten ensiarvoisen tärkeää yksilöiden hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kannalta. Hyvän mielenterveyden tunnusmerkkejä ovat mm. kyky ihmissuhteisiin, työntekoon ja sosiaaliseen osallistumiseen. Se on tärkeä voimavara yksilöille, perheille ja yhteisöille ja vaikuttaa myönteisesti koko yhteiskunnan toimintaan ja tuotavuuteen. Mielenterveyttä luodaan ja ylläpidetään arkipäivän tilanteissa mm. kotona, kouluissa ja työpaikoilla.

Mielenterveyden edistämällä pyritään saamaan aikaan yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen hyvinvointia edistäviä olosuhteita. Tavoitteena on suojella, tukea ja ylläpitää emotionaalista ja sosiaalista hyvinvointia sekä luoda olosuhteita, jotka mahdollistavat psyykkisen ja psykofyysisen kehityksen, joustavan sinnikkyuden, pärjäämisen ja voimaantumisen.

Mielenterveyden edistäminen on laaja-alaista toimintaa, jonka tulee perustua tietoon kuntalaisten tarpeista. Käytettävissä olevat voimavarat ovat usein rajalliset ja siksi on tärkeää valita toimenpiteitä, joiden vaikuttavuudesta on näyttöä ja joiden avulla saadaan aikaan mahdollisimman hyvä tulos suhteessa käytettyihin resursseihin.

EU:n mielenterveyssitoumuksessa

([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf))

tärkeimmiksi mielenterveyden edistämisen teemoiksi on valittu depression ja itsemurhien ehkäiseminen, mielenterveyden edistäminen työpaikoilla, nuorten ja ikääntyneiden mielenterveyden edistäminen sekä stigman vähentäminen ja syrjäytymisen ehkäisy. Mielenterveyssitoumuksessa suositellaan myös kuhunkin teemaan kohdentuvia kehittämistoimenpiteitä. Käytännön esimerkkejä arvioiduista hyvistä käytännöistä on koottu komission Mental Health Compass -tietokantaan ([https://webgate.ec.europa.eu/sanco\\_mental\\_health/public/showDescriptionForm.html?categoryId=1&pageNumber=1](https://webgate.ec.europa.eu/sanco_mental_health/public/showDescriptionForm.html?categoryId=1&pageNumber=1)).

ProMenPol -hanke jatkohankkeineen tukee osaltaan EU:n poliittisia tavoitteita mielenterveyden edistämiseksi. Hanke toteutettiin yhdeksän eurooppalaisen partnerin yhteistyönä vuosina 2007-2009 Euroopan komission kuudennesta puiteohjelmasta myönnetyllä rahoituksella. ProMenPol -hankkeen tuotoksena syntyi kaikille avoin sähköinen tietopankki ([www.mentalhealthpromotion.net](http://www.mentalhealthpromotion.net)), joka sisältää yli 400 mielenterveyden edistämisen työkalua koulujen, työpaikkojen ja ikääntyneiden asumispalveluiden käyttöön. Työkalut soveltuvat niin päätöksentekijöiden, tutkijoiden kuin työntekijöiden käytettäväksi.

Tietopankki sisältää englannin-, saksan-, hollannin-, viron-, suomen- ja ruotsinkielisiä työkaluja ja siitä voi tehdä erilaisia hakuja esimerkiksi kielen tai toimintaympäristön mukaan. Tietopankki sisältää lähes sata suomenkielisiä mielenterveyden edistämisen työkalua.

Yhteystiedot:

Eija Stengård

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, WHO:n mielenterveysalan yhteistyökeskus

PL 30, 00271 Helsinki, puh. 020 610 7184, 040 5188959 e-mail: [ejja.stengard@thl.fi](mailto:ejja.stengard@thl.fi)



## MEDIAN LUOMAT KUVAT JA NUORTEN MIELI

TARJA HEISKANEN

Media on vahva vaikuttaja, mielikuvien, mielipiteiden ja näkemysten luoja suomalaisessa yhteiskunnassa. Elämme medioituneessa maailmassa. Media ei pelkää heijasta todellisuutta vaan nimenomaan rakentaa sitä erilaisin arvo- ja näkökulmavalinnoin. Kun puhutaan nuorista ja mediasta, ajatukset toisaalta median vaikutusvallasta ja toisaalta nuorten kyvystä ja taidosta käyttää ja lukea mediaa, menevät usein pahasti ristiin.

### **Keskiössä ongelmat**

Nuori itse nousee valtamediajulkisuuteen usein ongelmien kautta. Nuori määrittellään tietynlaiseksi esimerkiksi päihteiden, sairauksien, masennuksen tai koulukiusaamisen kautta. Moniin asioihin, ilmiöihin ja sairauksiin, joihin yhdistetään jonkinlaista erilaisuutta, huonommuutta tai syyllisyyttä, laitetaan herkästi stigman leima. Susan Sontagin (1991) mukaan mikä tahansa sairaus, jonka aiheuttaja on epäselvä, on taipuvainen kylpemään merkityksissä. Sama pätee myös moniin muihin asioihin. Mikä tahansa yleisistä normeista poikkeava ilmiö voi myös alkaa toimia metaforana esimerkiksi pahuudelle tai synnille. Tämä luo pahimmillaan maaperää myös moraalipaniikeille. Ongelmakeskeinen käsitteilytapa selittää myös sitä, että jotkut nuoriin liittyvät asiat tai ilmiöt saavat sosiaalisen ongelman statuksen.

Nuori itse jää valtamediassa usein toiseksi. Nuorta määrittävät toisaalta asiantuntijat ja toisaalta sairaudet tai ongelmat. Media esittää usein ongelmat tai sairaudet aktiivisina toimijoina. Esimerkiksi masennus hyökkää lehtien sivuilla nuoren kimppuun, ottaa vallan tai ajaa tuohon. Nuoren oma ääni jää monesti kuulumattomiin. Toinen tapa on asettaa nuori jo ennalta valmiiksi luotuun kehikkoon, ennalta määriteltyyn kuvaan, jotka vahvistetaan tietyin metaforin, rinnastuksin tai esimerkein.

### **Ei pelkkä kohde vaan aktiivinen toimija**

Koko mediakenttää ja varsinkin sosiaalista mediaa ajatellen nuori ei kuitenkaan ole pelkäänsä median käyttäjä tai kohde vaan myös aktiivinen sisällöntuottaja, osallistuja ja kommentoija. Hän on myös uudenlaisten kuvien ja näkemysten luoja. Media avaa uusia yhteisöllisyyden muotoja, tapoja olla ja tehdä yhdessä sekä myös rakentaa itseään. On selvää, että nuori on erilainen median käyttäjä ja kuluttaja kuin aikuinen. Mikä aikuista saattaa kauhistuttaa tai ihmetyttää, on nuorelle arkipäiväistä elämää.

## NUORTEN TUKEMINEN NETISSÄ

MARIKA KETOLA

**Ydinsanoma:** Nuorille suunnattu toiminta verkossa on hyvin moninaista. Haasteena on luoda erilaisten palvelujen välille toimivia yhteistyömuotoja.

Nuorten tukeminen verkossa voi tapahtua hakeutumalla nuorten pariin näiden suosimiin verkkopalveluihin tai tarjoamalla nuorille palveluja palveluntuottajan omilla verkkosivuilla.

Nuorten suosimissa verkkopalveluissa (mm. kaupalliset palveluntarjoajat IRC-Galleria ja Habbo) toimivat tällä hetkellä mm. Netari, (Helsingin kaupungin nuorisoasiainkeskus, OPM, STM) Elämä on parasta huumetta ry, Pelastakaa lapset ry sekä poliisi. Suositujen verkkopalveluntarjoajien yhteydessä toimivien organisaatioiden toiminnassa on nuorisotyön näkökulma ja toimintamuotona on reaaliaikainen keskustelu verkkopalveluissa.

Omilla sivustoillaan verkkopalveluja tarjoavat mm. Tukinet - kriisikeskus verkossa, Mannerheimin lastensuojeluliiton Nuortennetti, Nyyti ry, A-klinikkasäätiön päihdelinkki sekä kirkon palveleva netti. MLL:n nuorten nettiä sekä osittain Nyytin verkkopalveluja lukuun ottamatta em. palvelut on suunnattu kaikille verkosta apua hakeville, ei ainoastaan nuorille. Kuitenkin esim. Tukinetin käyttäjistä yli puolet on alle 29 -vuotiaita. Verkkopalveluita tarjoavien organisaatioiden näkökulma nuorten tukemiseen vaihtelee, Tukinetin näkökulma on ennaltaehkäistä mielenterveyden ongelmia antamalla tukea kriiseissä. Palveluntarjoajien toimintamuodot vaihtelevat: yleisiä toimintamuotoja ovat käyttäjän ja ammatti- tai tukihenkilön väliset kahdenkeskiset, ei reaaliaikaiset keskustelut; kysymys – vastauspalvelut sekä reaaliaikaiset keskustelut ryhmässä tai kahden kesken käyttäjän ja ammatti- tai tukihenkilön välillä.

Nuorille suunnatun verkkotyön foorumi kokoaa yhteen toimijoita, jotka tuottavat nuorille palveluja verkossa. A-klinikkasäätiö, Elämä On Parasta Huumetta ry, Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Netari (Helsingin kaupungin nuorisoasiainkeskus) ja Pelastakaa lapset ry perustivat vuonna 2007 yhteistyöryhmän, jonka tarkoituksena on mm. toimia verkossa tehtävän nuorten tukemisen äänitorvena ja vastata koulutustarpeeseen. Tällä hetkellä foorumi laajenee ja sen toimintaa vakiinnutetaan.

## MITÄ TERVEYDEN- JA SOSIAALIHUOLLON ETIIKASTA ON JÄLJELLÄ?

AIRA PIHLAINEN

1800-luvun alussa oli tavallista, että psykiatrisina pidettäviä häiriöitä pidettiin moraalisisina ongelmina ja potilaita kohdeltiin rikollisina. 2000-luvulla vastakkainasettelut ovat lieventyneet, eikä esimerkiksi lääkehoitoja ja psykoterapiaa pidetä toistensa vaihtoehtoina. Kirjoittavat Louhiala ja Launis (2009) käsittelevään psykiatrista etiikkaa.

ETENE julkaisi (2009) mielenterveysetiikkaa käsittelevän raportin. Siinä korostetaan sitä, että mielenterveyden häiriöihin ja sairauksiin aika suhtautua niin kuin muihinkin sairauksiin. Mielenterveystyön suuret muutokset ovat tapahtuneet taloudellisesti vaikeaan aikaan. Mielenterveystyö asettaa haasteita kaikille yhteiskunnan alueille, ei vain sosiaali- ja terveydenhuollolle. Tästä syystä kaikkia päätöksiä tulisi arvioida sen valossa, kuinka ne vaikuttavat koko väestön henkiseen hyvinvointiin. Hyvän mielenterveystyön eettiset periaatteet sisältävät mm. seuraavia vaatimuksia: Terveellinen ja turvallinen elinympäristö tukee kaikenikäisten mielenterveyttä. Mielenterveystyö auttaa kansalaisia selviytymään omassa elämässään, arjessaan ja yhteiskunnassa mahdollisimman itsenäisesti. Sujuva, tarkoituksenmukainen ja turvallinen mielenterveystyö on ihmisen kokonaisuhoitoa. Kansalainen saa tarvitsemansa yksilölliset, sairautensa ja oireidensa edellyttämät mielenterveyspalvelut nopeasti ja joustavasti. Luottamuksellinen, pysyvä ja jatkuva hoitosuhde takaa, että mielenterveyden häiriöstä kärsivä ei joudu kantamaan sairauden aiheuttamaa leimaa. Ihmisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on kaiken hoidon ja palvelun perusta. Mielenterveystyön asiantunteva ammattihenkilöstö antaa tarkoituksenmukaista ohjausta ja tietoa. Hyvä työpaikka tarjoaa työntekijöille mahdollisuuden käyttää ammattitaitoaan ja kehittyä työssään.

Ihmisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ovat mielenterveystyössä kaiken hoidon ja palvelun perusta. Itsemääräämisoikeutta rajoittavia toimia käytetään ainoastaan lain perusteella ja vasta viimeisenä keinona, jos muut hoitotoimenpiteet eivät ole auttaneet. Itsemääräämisoikeutta rajoittavien suoja- ja rajoitustoimenpiteiden käytön tarkoituksena on potilaan tai asiakkaan turvallisuus, hoitotoimen toteutus tai poikkeustilanteissa hätävarjelutilanne. Ennen suoja- ja rajoitustoimenpiteiden käyttöä on arvioitava se, mitä vaaratilanteita tai vahinkoa niiden käytöstä voi aiheutua potilaalle tai asiakkaalle. Itsemääräämisoikeuden rajoituksia suunniteltaessa, käytettäessä ja arvioitaessa tulee ottaa huomioon oikeudenmukaisuus, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, potilaan ja asiakkaan etu sekä hyvä hoito.

Miten edellä esitetyt ihmisen hyvään, itsemääräämiseen sekä hyvään hoitoon ja kohteluun suuntautuvat arvot ja periaatteet pärjäävät vaikuttavuutta, tehokkuutta, tuloksellisuutta ja taloutta painottavassa yhteiskunnassa? Onko muutospainetta liian suuri perinteisten arvojen säilyttämiseen ja ylläpitämiseen? Kykeneekö eettiset argumentit puolustamaan asemaansa muuttuvassa maailmassa?

Lähteitä:

ETENE 2001, Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet.

ETENE 2009, Mielenterveysetiikka, sinulla ja minulla on moraalinen vastuu.

Koivusalo M., Ollila E., Alanko A. 2009 Kansalaisesta kuluttajaksi, markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Gaudeamus.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 ja muutokset.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Louhiala P, Launis V. 2009 Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Edita.

Syrjäpalo K 2006 Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Oulun yliopisto

## **UUDET TAVAT JÄRJESTÄÄ SOSIAALITURVAA JA OIKEUS APUUN – SAIRAILLE SOPIVAA?**

LAURA KALLIOMAA-PUHA

### **Jokaisella on oikeus huolenpitoon**

Meillä kaikilla on oikeus julkisen vallan järjestämään, viimekätiseen hoivaan ja huolenpitoon. Viime aikoina julkisen huolenpidon järjestämisessä on yhä useammin mukana yksityisiä toimijoita. Näin on esimerkiksi silloin, kun palvelut järjestetään ostamalla palveluita ostopalveluin ja palvelusetelillä tai ottamalla omaiset mukaan julkisen hoivan järjestämiseen, kuten virallisessa omaishoidossa. Tällöin tarvitaan sopimuksia: sopimuksia yritysten ja julkisen vallan välillä, mutta myös kansalaisen ja yrityksen tai kansalaisen ja julkisen vallan välillä.

### **Kansalaisesta kuluttajaksi**

Valittu tapa järjestää sosiaaliturvaa vaikuttaa myös sisältöön ja muokkaa palveluntuottajien, kansalaisten ja julkisen vallan keskinäisiä suhteita. Uudessa sääntelyssä korostetaan aktiivista kansalaista vastakohtana passiiviselle edunsaajalle: hallintoalamainen on vaihtunut ainakin retoriikan tasolla tasavertaiseksi sopimuskumppaniksi, asiakkaaksi ja yhä enemmän täysiveriseksi kuluttajaksi kuluttajan oikeuksin ja velvollisuuksin.

### **Valinnanvapautta ja yksilöllisiä palveluita**

Tavoitteet ovat hyviä: puhutaan yksilöllisyydestä, itsemääräämisoikeudesta, valinnan vapaudesta ja sitouttamisesta. Totta onkin, että yksilöllisellä sopimisella saadaan entistä sopivampia ja mieluisampia palveluita. On hyvä, että kansalaiset otetaan mukaan omien asioiden järjestelyyn tälläkin tavalla ja annetaan tilaisuus valita itselleen sopivia palveluita.

Mutta onko meistä kaikista tällaisiksi valitsijoiksi? Mitä tämä tarkoittaa hauraiden vanhusten, mielisairaiden tai vammaisten kannalta? Onko heistä aktiivisiksi sopimusneuvottelijoiksi, jotka neuvottelevat itselleen sopivat hoidot, järjestävät asumisensa ja hankkivat palvelut, ymmärtävät ostaa ennaltaehkäiseviä palveluita, osaavat ylipäättään valita itselleen sopivat ja terveyttään edistävät palvelut? Sopiminen edellyttää myös juridista jälkihoitoa. Miten tämä ryhmä valvoo palvelujen laatua ja tarvittaessa reklamoi kuntaan ja kuluttajaviranomaisille tai vaatii vahingonkorvausta?

### **Miten turvata huolenpito kaikille?**

Jotta uusien järjestämistapojen hyvät puolet tavoittavat kansalaiset, edellytetään myös uusia tapoja toimia. Kun järjestelmiä muutetaan aktiivisuutta vaativaan suuntaan, pitää myös panostaa tukitoimiin, ohjaukseen ja neuvontaan. Yksittäiset työntekijät ovat paljon vartijoina. Mitä enemmän harkinnan varaa työntekijöille jätetään, sitä enemmän heillä on mahdollisuus ottaa asiakkaan yksilölliset elämäntilanteet huomioon – ja sitä suuremaksi kasvaa myös yksittäisen työntekijän vastuu hyvistä päätöksistä. Kaikesta tuesta huolimatta kaikista kansalaisista ei ole kuluttajiksi. Huolenpito pitää taata heillekin.

Laura Kalliomaa-Puha  
tutkija, OTT

Kelan tutkimusosasto, e-mail: laura.kalliomaa-puha@kela.fi

## OMA VASTUU JA JAETTU ASIANTUNTIJUUS

EIRA TIKKANEN

### Hahmottoman vastuun ongelma palveluissa

Meidän on usein hankala hahmottaa omaa vastuutamme toiminnastamme ja sen seurauksista monimutkaisessa maailmassa osana erilaisia ryhmiä ja systeemejä. Perinteisen individualistisen vastuukäsityksen mukaan yksilö voi olla vastuussa ainoastaan niistä tapahtumista, joiden syntymisessä hänellä on ollut tietoinen kausaalinen rooli. Vastuuta arvioidaan yksinomaan tahdon sisällön ja toiminnan vaikutusten sekä normien perusteella. Toisten toimintaan ja siihen, miten he olisivat oikeutettuja vastaamaan heihin kohdistettuun toimintaan, ei kiinnitetä huomiota. Tämä on ongelmallista ns. minä - me tilanteissa, joissa minä osallistun meidän toimintaamme, josta aiheutuu vahinkoa, mutta josta minä en ole vastuussa esimerkiksi osallistumiseni merkityksettömyyden kautta.

Mielenterveys- ja psykososiaalisissa palveluissa pitkälle viety erikoistuminen, ongelmalähtöisyys ja pirstaleinen, epätasa-arvoinen palvelujärjestelmä aiheuttavat myös epäselviä vastuukysymyksiä tai vastuun katoamista. Näihin ongelmiin on etsitty ja etsitään vastauksia mm. asiakaslähtöisen, perhe- ja verkostokeskeisen sekä moniammatillisen yhteistyön keinoin. Auttamista ja hoitoa on alettu mieltää enenevästi hoidon / avun antamisen ja saamisen sijasta myös yhteistyösuhteina, joissa sosiaalinen tulkinta vastuusta korostuu. Ihminen ymmärretään sosiaalisena toimijana ja suhteessa toisiin ihmisiin. Tilivelvollisuus, osallisuus ja osallistuminen korostuvat.

### Jaetun asiantuntijuuden mahdollisuudet ja voimaantuminen

Yksi palveluiden kehittämistä ja uudistamista hankaloittava tekijä on ns. vertikaalinen, yksilöön liittyvä käsitys asiantuntijuudesta. Asiantuntijuus ja erikoistuminen kohdistuvat kapealle sektorille. Erikoistuvasta asiantuntijuudesta seuraa ihmisen elämän kokonaisuuden kaventuminen. Tarvitaan entistä enemmän horisontaalista eli jaettua asiantuntijuutta. Horisontaalisella asiantuntijuudella tarkoitetaan toimintatapoja, jotka mahdollistavat jaetun asiantuntijuuden ja asiakkaan täysivaltaisen osallisuuden. Horisontaalinen asiantuntijuus mahdollistaa asiantuntijamusten yhdistämisen ja ”osaamisreviirien” purkamisen asiakkaan / potilaan ja hänen perheensä asiantuntijuutta oman elämänsä suhteen ei voida sivuuttaa. Esimerkiksi perheterapiatapaaminen voidaan ymmärtää vertikaalisen ja horisontaalisen asiantuntijuuden risteyksenä, jossa terapeutilta edellytetään avoimuutta ottaa reflektion piiriin sekä itsessään että vuorovaikutuksessa tapahtuvia asioita.

Asiantuntijuustutkimus on alkanut painottua huippusuoritusten tutkimuksesta jokapäiväisiin työtehtäviin liittyvään osaamiseen. Tällöin korostuvat sellaiset kysymykset kuin: ”Kuinka saadaan aikaan hyviä tuloksia?” ja ”Minkälainen toiminta tuottaa hyvää?” Hierarkisuus ja abstraktit rituaalit ovat poistumassa ja tilalle ovat tulleet selontekovelvollisuus, avoimuus, läpinäkyvyys sekä tietoon ja luottamukseen liittyvä neuvoteltavuus. Myös vastuista voidaan neuvotella. Oma vastuu, yhteinen sekä jaettu vastuu tulevat selkeämmin määritellyiksi. Hyvän yhteistyösuhteen, jaetun asiantuntijuuden ja oppimisen prosessin tuloksena sekä autettava että auttaja voivat voimaantua (empowerment). Voimaantuminen ilmenee mm. itsenäisenä päätöksen tekona, itsensä määrittelynä ja itsearvostuksen tunteina. Voimaantumista edistävät olosuhteet, joissa painottuvat tasavertainen yhteistyö, toimintavapaus ja autonomia, ihmisen äänen kuuleminen sekä luottamuksellisuus.

Lähteet: Laitila, A. (2004) Dimensions of Expertise in Family Therapeutic Process.

Kotola, M.(2008) Vastuu ja yhteistoiminta – moraalisen vastuun vahvat ja heikot muodot.

Larivaara,P., Lindroos, S.& Heikkilä, T.(toim.) (2009) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Duodecim.

Yhteystiedot: eira.tikkanen@mielenterveysseura.fi

## HENKINEN JA HENGELLINEN HOITOTYÖ MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

IKALI KARVINEN

**Ydinsanoma** Henkinen ja hengellinen hoitotyö on jokaisen terveydenhuollon asiakkaan oikeus kaikilla eri erikoisaloilla. Jokaisella terveydenhuollon asiakkaalla on oikeus tulla kohdatuksi kokonaisvaltaisena persoonana; myös henkisten ja hengellisten tarpeidensa tasolla.

### Henkisyiden ja hengellisyyden aktualisoituminen yhteiskunnassa ja lääketieteessä

Sekä suuri yleisö että terveydenhuollon asiantuntijat ovat viime vuosina kiinnostuneet yhä enemmän uskonnon ja henkisyiden merkityksestä lääketieteessä ja potilastyössä. Muun muassa yhdysvaltalaisista potilaista huomattava osa toivoo lääkärin keskustelevan potilaan kanssa hengellisistä kysymyksistä tai rukoilevan heidän kanssaan. Lisäksi tutkimusmielenkiinto uskonnon merkitykseen potilastyössä on kasvanut. Lähes 30 yhdysvaltalaisista lääketieteellistä tiedekuntaa on alkanut tarjota opiskelijoilleen uskontoa, henkisyitä ja terveyttä tutkivia kursseja. Henkisyiden, hengellisyyden ja uskonnollisuuden sekä lääketieteen yhdistäminen pohdinnoissa ei sinänsä kuitenkaan ole mitään uutta, vaan sitä on aina esiintynyt teologis-filosofisessa pohdinnassa. Esimerkiksi Raamatun vertauskuvat kärsimyksestä, sairaudesta ja parantumisesta ovat herättäneet keskustelua spiritualiteetin ja lääketieteen suhteesta aina kristinuskon alkuajoista lähtien.

### Henkisyiden ja hengellisyyden huomioiminen hoitosuhteessa

Uskonnollisen aktiivisuuden tukeminen hoitosuhteessa on kuitenkin hankalaa ja herättää useita eettisiä kysymyksiä, ja siksi myös kriittisiä kannanottoja uskonnon ja lääketieteen yhdistämisestä on ilmaantunut. Lisäksi terveydenhuoltohenkilöstöä ei ole juurikaan koulutettu vastaamaan potilaiden hengellisiin tarpeisiin. Myös psykiatrisessa hoitotyössä henkisyiden ja hengellisyyden ilmiöitä vierastetaan ja näiden kysymysten käsitteleminen hoitosuhteessa koetaan hankalana. Henkistä ja hengellistä tukemista tapahtuu potilastyössä monilla eri tasoilla. Lisäksi henkistä tukea nimitetään erilaisilla termeillä käsitteen määrittelyn vaikeudesta johtuen, minkä vuoksi henkisen tukemisen tunnistaminen saattaa olla haasteellista. Henkiseksi tukemiseksi voidaan länsimaisessa lääketieteessä ymmärtää psykiatrinen hoitotyö, psykologinen auttamistyö, hengellinen hoitotyö (*spiritual nursing / spiritual care*) ja sairaalasielunhoito. Myös populaaripsykologiassa on yhä enemmän alettu käyttää henkisen hyvinvoinnin käsitettä. Toisaalta henkiseksi auttamistyöksi voidaan ajatella myös länsimaiselle lääketieteelle vieraat menetelmät, joita varsinkin luonnonuskonnoissa edelleen käytetään runsaasti. Näitä voivat olla erilaiset henkien karkottamiset tai muut parantamisrituaalit. Länsimaisessa lääketieteessä uskonnollisena henkisenä tukemisena pidetään useimmiten tiettyjä uskonnollisia aktiviteetteja, kuten rukousta potilaan kanssa tai keskustelua hengellisistä asioista. Erityisesti monikulttuuristuminen on luonut paineita henkisen, hengellisen ja uskonnollisen hyvinvoinnin huomioimiselle myös länsimaisessa terveydenhuollossa.

## KUNTOSAVOTTA-HANKE EDISTÄÄ MONIPUOLISESTI YRITTÄJIEN HYVINVOINTIA

SUSANNA KÄHKÖNEN

Kuntosavotta-hankkeen kohderyhmänä ovat pohjoissavolaiset yrittäjät puolisoineen ja lomittajat. Hankkeessa on mukana jo 737 henkilöä. Hankkeen tavoitteena on havahduttaa yrittäjät tiedostamaan hyvinvointiinsa liittyvien tekijöiden merkitys ammatissa jaksamiseen. Hankkeessa autetaan yrittäjiä löytämään henkilökohtaiset keinot ylläpitää omaa henkistä ja fyysistä työkykyään niin, että lisääntyvä työmäärä ei uuvuta heitä. Hankkeen toimenpiteet rakentuvat yrittäjille tehtyyn tarvekartoitukseen. Hanke markkinoi työterveyshuoltoa ja kannustaa yrittäjiä liittymään siihen. Hankkeessa yrittäjiä ohjataan ottamaan itse vastuuta omasta hyvinvoinnistaan.

**Henkilökohtainen hyvinvointisuunnitelma:** Hankkeen aikana laaditaan kullekin osallistujalle henkilökohtainen hyvinvointisuunnitelma, joka sisältää mm. terveyden tilan kartoituksen, elämäntapojen arviointia, mielen hyvinvoinnin kartoituksen, peruskestävyyskunnan mittauksen, työympäristöpiirteiden arviointia ja lisäksi seurannan vuoden kuluttua, jolloin hyvinvointisuunnitelmaa ja tavoitteita suunnataan uusiksi tarpeen mukaan. Palautekeskustelussa rakennetaan oma hyvinvointisuunnitelma henkilön toiveiden ja mahdollisuuksien pohjalta.

**Ryhmätoiminnot:** Toiminnalliset ryhmät tukevat henkilökohtaisten suunnitelmien tavoitteita. Niissä on käsitelty osallistujien toivomia ja tarvitsemia aiheita mm. liikunta, painonhallinta, ravitsemus, ajankäyttö, tupakoinnin lopettaminen, stressi ja voimavarat, mielenvireys, työnkehittäminen, parisuhde. Ryhmät kokoontuvat kuntakohtaisesti.

**Luennot ja koulutuspäivät:** Aiheet ovat keskittyneet ravitsemukseen ja liikuntaan. Luennot järjestetään vuorovaikutteisesti toiminnan kautta ja niillä on kiinteä yhteys ryhmätoimintoihin. Lisäksi hankkeen sidosryhmille on järjestetty yksi koulutuspäivä henkisen hyvinvoinnin tukemisesta.

**Kuntoremonttikurssit:** Hankkeessa opetamme MTK-yhdistykset hakemaan yhdistystensä jäsenille 5+2 vrk kestäviä kuntoremonttikursseja. Tähän mennessä kuntoremonttikursseja on toteutunut kaksi.

**Irti arjesta -ryhmät:** Irti arjesta -ryhmät tarjoavat mahdollisuuden yleiseen virkistytymiseen niille, joilla ei ole mahdollista lähteä useaksi päiväksi pois kotoa. Irti arjesta -ryhmien toteutuksessa hyödynnetään vertaistukea ja vuorovaikutteisuutta. Irti arjesta -ryhmissä etsitään keinoja, työkykyongelmat huomioon ottaen, työssä jaksamisen parantamiseksi tukemalla henkistä ja fyysistä hyvinvointia. Irti arjesta -ryhmien pituus on yleensä 2 vuorokautta. Tähän mennessä ryhmiä on toteutunut kolme.

**Voimavarariihi:** Voimavarariihi palvelu on työhyvinvointilähtöistä muutosneuvontaa. Se auttaa hallitsemaan yritysten muutosten kuormittavuutta ja riskejä muutostilanteessa. Voima-varariihestä yrittäjä saa näkemyksen omista ja yrityksensä vahvuuksista ja kehittämiskohteista sekä asiantuntijan arvion etenemistavasta. Tarkastelun alla ovat; työolot, työntekijä, työyhteisö ja ammatillinen osaaminen. Palvelun avulla yrityksessä muutos voidaan toteuttaa ennakoidusti, hallitusti ja suunnitellusti, niin että välttyään yllätyksiltä. Voimavarariihi palvelua on tähän mennessä käyttänyt 16 yritystä ja tilattuna on 18 palvelua.

Aluekehityssäätiö/Maito-Savo, Kuntosavotta-hanke, Susanna Kähkönen, Alamäentie 6A, 74300 Sonkajärvi. P. 044-534 4215. susanna.kahkonen@aluekehityssaatio.fi,  
[www.kuntosavotta.fi](http://www.kuntosavotta.fi)

## INTEGROIDUN KUNTOUTUKSEN MAHDOLLISUUDET PÄIHDETYÖSSÄ

PÄIVI TOURUNEN

### **Ydinsanoma: Integroitu kuntoutus osana päihdepotilaan kokonaiskuntoutumista.**

Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiössä on kehitetty päihdekuntoutuksen malli, integroitu kuntoutus. Tässä mallissa laituskuntoutusjakso liitetään kiinteäksi osaksi avohoidossa tapahtuvaa kokonaiskuntoutumista. Kuntoutusjakson suunnittelu-, toteutus- ja seuranta-vaiheessa tehdään yhteistyötä kuntoutujan, hänen läheisten ja eri yhteistyötahojen kanssa. Kuntoutus suunnitellaan neljän viikon mittaiseksi laituskuntoutusjaksoksi siten, että kuntoutuja tulee kahden viikon mittaiselle perusjaksolle ja myöhemmin kaksi kertaa viikon mittaiselle intervallijaksolle. Laitosjaksojen välille suunnitellaan yksilöllisesti kuntoutujan tarpeita vastaava avohoito, joka voi tapahtua joko päihde- tai mielenterveyspalveluissa tai erilaisissa vertaistukiryhmissä. Intervallijaksot ajoitetaan yksilöllisesti kunkin kuntoutujan kokonaistilanne huomioiden.

Integroitua kuntoutusjaksoa suunniteltaessa kuntoutussuunnittelija kokoaa tarvittavan verkoston koolle yhteispalaveriin, jossa tulevaa kuntoutusta suunnitellaan yhdessä kuntoutujan, hänen läheisten ja mahdollisten eri hoitotahojen kanssa. Kuntoutujan elämäntilanteen selvittäminen auttaa kokonaistilanteen kartoittamisessa ja asioiden priorisoinnissa. Yhteistyö pääsee käynnistymään jo suunnitteluvaiheessa ja helpottaa jatkohoidon tarpeen arviointia.

Kuntoutusjakso antaa kuntoutujalle mahdollisuuden keskittyä itseensä ja päihdeongelmansa tarkasteluun. Kuntoutusjaksolla opetellaan tunnistamaan omaa käyttäytymistä, annetaan tietoa päihdeongelmasta ja sen aiheuttamista haitoista, mietitään päihteen merkitystä itselle ja pohditaan muutoksen mahdollisuutta omassa elämässä. Jokaisen kuntoutujan kanssa laaditaan yhteistyössä kuntoutussuunnitelma ja suunnitellaan hänen jatkohoitonsa.

Integroidun kuntoutuksen aikana pyritään huomioimaan kuntoutujan elämäntilanne kokonaisuudessaan. Tärkeän osan kuntoutujan kokonaiskuntoutumisessa muodostavat hänen elämäänsä kuuluvat tekijät kuten perhe ja läheiset sekä työ ja mahdollisesti opiskelu. Siksi onkin tärkeää, että integroidussa kuntoutuksessa nivotaan myös nämä eri elämänsäikeet tukemaan kuntoutujan selviytymistä arkipäivässä.



## TYÖTERVEYSHUOLLON MAHDOLLISUUDET JA HAASTEET

BIRGITTA KINNUNEN

Työ ja työpaikka ovat pääsääntöisesti mielen hyvinvointia tukevia asioita. Suomessa työterveyshuollon piiriin kuului 1,87 miljoonaa henkilöä vuoden 2007 lopulla ja työntekijöiden työterveyshuollon kattavuus oli 87 %. Työterveyshuollon tavoitteena on palvella tarpeenmukaisesti ja tasapuolisesti koko ammatissa toimivaa väestöä. Koska työterveyshuoltopalvelut kattavat lähes 90 % työikäisestä väestöstä, on tämän palvelunjärjestelmän kautta mahdollisuus vaikuttaa laajalti mielen hyvinvointiin. Vähiten kosketuspintaa työterveyshuolloilla on yrittäjiin ja maatalousyrittäjiin. Maatalousyrittäjistä 39 % kuuluu työterveyshuoltoon ja yksinyrittäjistä vielä pienempi osa.

Työterveyshuollon velvollisuudeksi on annettu joukko tehtäviä henkisen hyvinvoinnin tukemiseksi työpaikoilla. Työterveyshuoltolain (1383/2001) mukaan työterveyshuollon tehtävänä on työn ja työolosuhteiden terveellisyys- ja turvallisuuden selvittäminen sekä työntekijöiden terveydentilaa ja työ- ja toimintakykyä arviointi. Työterveyshuollon tulee selvittää mm. työn fyysinen ja psyykinen kuormittavuus, työntekijän yliköllisistä ominaisuuksista aiheutuva sairastumisen vaara sekä työstä johtuvan väkivallan vaara. Työterveyshuollon tulee tehdä toimenpide-ehdotuksia työn terveellisyys- ja turvallisuuden parantamiseksi sekä antaa tietoja, neuvoja ja ohjausta työntekijöiden terveyteen liittyvissä asioissa.

Työterveyshuollon tulee antaa neuvontaa ja ohjausta päihteiden väärinkäytön ehkäisemiseksi ja päihdeongelmaisten varhaisesta tunnistamisesta sekä hoitoon ohjaamisesta. Työstä tai työtilanteista johtuvien psyykkisten reaktioiden hallitsemiseen kohdistuva neuvota ja ohjaus kuuluu ensiapuvalmiuden järjestämiseen.

Työterveyshuollon ydinprosesseihin kuuluu työyhteisön toimivuuden edistäminen ja osana sitä psyykkisten ja sosiaalisten kuormitustekijöiden arviointi ja tarvittavien toimenpide-ehdotusten tekeminen asioiden korjaamiseksi. Henkisen jaksamisen arviointi on osa työterveyshuollon kaikkia prosesseja kuten työpaikkakäyntejä ja terveystarkastuksia. Työterveyshuollon ammattihenkilöt ja asiantuntijat voivat tehdä kyselyjä, kartoituksia ja järjestää koulutustilaisuuksia.

Haasteena työterveyshuolloille ovat pienet työyhteisöt ja yksinyrittäjät. Työterveyshuollon järjestelmä ei välttämättä tavoita heitä. Usein henkistä hyvinvointia edistetään projektien kautta. Nämä projektit eivät aina tavoita työpaikkaa tai työterveyshuoltoa. Työyhteisöllä on mahdollisuus olla jokaisen työntekijän henkisen hyvinvoinnin tukena varhaisen puuttumisen kautta.

Lähteet

Manninen P. (toim.) Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2007 ja kehitystrendi 1997–2007.

Työterveyslaitos ja sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2009.

Työterveyshuoltolaki 1383/2001

Työturvallisuuslaki 738/2002

VNa hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden

koulutuksesta 1484/2001

## PUHETTA KUOLEMASTA JA ELÄMÄSTÄ

LIISA SAARISTO

*Virta venhettä vie.  
Mihin päättyvi tie?  
Lyö kuohut purren puuta ja talkaa.  
Mikä ihminen on?  
Virvaliekki levoton.  
Jo hiekka heljä riitelempi jalkaa.*

*Yks syntyy meistä riemuun ja toinen murheeseen  
ja kullakin on kellonsa pohjass' sydämen;  
kun se seisahtaa, niin kuolon aika alkaa,  
kun se seisahtaa, niin kuolon aika alkaa.*

- Eino Leino

Meidän aikamme ulkoistaa asioita. Sitä ei ole, mikä ei ole toteen näytettävissä. Kuolema, joka on väistämätön elämän päätepiste, on suuri loukkaus tällaista ajattelua kohtaan. Senpä takia se on ulkoistettu ajatusmaailmastamme; sen ymmärtämiseksi ja hahmottamiseksi ei nähdä vaivaa.

Suuri kysymys on, näemmekö kärsimyksen, luopumisen ja menettämisen ja myös kuoleman osana normaalia elämäntilaa, normaalia tavallista ihmisyyttä. Eri tieteenaloilla on paljon tarjottavaa ihmisten hätään — ei kuitenkaan kaikkeen. Elämän arvaamattomuus ja hauraus on ja pysyy kaikesta osaamisestamme huolimatta. Varteenotettava kysymys on, lisäämmekö lopulta ihmisten kärsimystä sillä, että uskottelemme tieteen ja teknologian poistavan inhimillisen kärsimyksen. Emmekö voisi myöntää, että vanheneminen, rapistuminen ja kuolema kuuluvat ihmisyyden biologiaan? Jo kuoleman sattumanvaraisuus ja selittämättömyys kertovat, että olemme tämän taistelun hävinneet.

Kuoleman ymmärtämisen ja merkityksen etsintään tarvitaan tieteiden rinnalla muitakin inhimillisen tiedostamisen tapoja, kuten kirjallisuutta, musiikkia, kuvataidetta ja ennen kaikkea ihmisten omia tarinoita.

Perheenjäsenen – isän, äidin tai lapsen – kuolema tuo perheeseen suuria sisäisiä ja ulkoisia muutoksia. Suurimman surureaktion jälkeen perheenjäsenet yrittävät sopeutua tilanteeseen ja jatkaa elämäänsä, vaikka tilanne on muuttunut perheessä peruuttamattomasti. Perheenjäsenten kuolema vaikuttaa jälkeen jääneisiin eri tavoin: toiset näyttävät selviytyvän nopeasti, toiset taas oireilevat pitkään.

Yksilöiden surureaktioita perheenjäsenen kuoleman jälkeen on kuvattu muun muassa seuraavanlaisesti: unihäiriöinä, keskittymiskyvyn puutteena, eristyneisyytenä, syyllisyytenä, voimattomuuden, levottomuuden ja avuttomuuden tunteina, erilaisuutena, kuolemanpelkona, sairastumisalttiutena, pelkotiloina, masennuksena, vihana, painajaisina ja niin edelleen; tässä vain tavallisimpia mainitakseni. On epäselvää, kuinka kauan oireita voidaan pitää normaaliin suruprosessiin kuuluvina. Jotkut tutkijat määrittelevät surun patologiseksi keston ja voimakkuuden perusteella. Joku pitää rajaa vuodessa.

Tutkimukset eivät ole tuottaneet järjestelmällistä tietoa, jonka pohjalta voitaisiin arvioida surureaktiota ja sitä, ovatko yksilölliset reaktiot patologisia vai normaaleja. Epätietoisuutta ilmenee myös siitä, milloin suru kestää normaalin ajan ja miten suruun reagoidaan.

Yksinkertainen tulkinta edellä mainitusta on, että jokainen ihminen on yksilöllinen, myös

surressaan, ja että jokainen kuolema on yksilöllinen ja aiheuttaa erilaisia reaktioita jälkeen jääneille. Raja epänormaalin ja normaalin välillä on enintään kuin veteen piirretty viiva. Erityisesti lasten reaktiot voivat vaihdella hyvinkin paljon riippuen iästä, tuesta ja lapsen persoonallisuudesta.

Perheen sisällä taakkaa läheisen kuolemasta on vaikea jakaa keskenään. Jokainen perheenjäsen tuntee oman taakkansa niin painavaksi, ettei henno rasittaa muita enää omalla surullaan. Sitä paitsi jokainen perheenjäsen on ollut omanlaisessa suhteessa vainajaan, jokainen on menettänyt juuri omien, henkilökohtaisten tunteittensa kohteen. Perheenjäsenten surureaktion sisältö on myös yksilöllinen riippuen myös siitä, miten elämä vainajan ja surijan välillä on sujunut.

Erilaiset tunteet yksilöllisissä muodoissaan järkyttävät jokaisen perheenjäsenen sisäistä ja ulkoista maailmaa; aina ei edes pysty tunnistamaan, mikä on mielen sisältä tullutta ja mikä muualta. Lisäksi kaikki perheenjäsenet joutuvat selvittämään uudelleen roolinsa perheessä: kenen vaimo olen, olenko enää kenenkään äiti, voinko olla koskaan isä, olenko enää mies, nainen? Läheisen kuolema järkyttää myös näitä turvallisuutta lisääviä ja identiteettiä vahvistavia rooleja.

Suruprosessin edetessä nämä roolit täyttyvät jokaisen kohdalla uudelleen, uusilla sitoumuksilla, uusilla määritteillä ja loputtomilla kysymyksillä: pitääkö minun korvata omalla olemassaolollani muille tuota menetystä vai riittääkö pelkkä olemassa oloinen?

## ITSEMURHAKUOLEMISTA

TIMO PARTONEN

**YDINSANOMA** Itsemurhien ehkäisemiseksi itsemurhariskin parempi tunnistaminen ammattihenkilöstön toimesta on ollut tehokas vaikutuskeino. Itsemurhien ehkäisyohjelmilla onnistutaan vähentämään itsemurhia.

Suomessa itsemurhakuolemia on tilastoitu 1700-luvulta alkaen ja itsemurhakuolleisuutta on voitu seurata luotettavasti 1920-luvulta lähtien. Vuosina 1751–2007 Suomessa tehtiin yhteensä 93 323 itsemurhaa, joista miesten itsemurhia oli 73 921 ja naisten 19 402. Edeltäneiden 100 vuoden aikana Suomessa itsemurhakuolleisuuden yleissuunta on ollut kasvava lukuun ottamatta vuoden 1990 jälkeistä aikaa. Itsemurhakuolema ole väistämätön, vaan itsemurhien määrässä tapahtuu yhtäältä riskitekijöiden, toisaalta suojatekijöiden muutoksista johtuvia trendimuutoksia. Näistä trendeistä riippumatta itsemurhien määrä on huipussaan keväisin ja kesäisin, viikon alussa ja keskipäivän molemmin puolin. Itsemurhaan johtaneet tekijät saattavat juontua kaukaa henkilön taustasta (kohorttivaikutus), vaikka lähes aina on löydettävissä ajankohtaisia laukaisevia tekijöitä (perioditekijät). Suomessa itsemurhariski pysyy korkeana läpi aikuisiän.

Itsemurhakuolemalle tunnusomaisia piirteitä ovat aiemman itsetuhoisen käyttäytymisen lisäksi etenkin masennustilat ja alkoholinkäytön häiriöt, kielteisiksi koettujen elämäntapahtumien kuten erojen ja menetysten suuri määrä, sosiaalisen tuen puute sekä vakavat elimelliset sairaudet. Usein itsemurhaa edeltää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasuhde, mutta jälkikäteen nähtävissä on niin asiakaslähtöisiä kuin järjestelmästä johtuvia puutteita. Riskitekijöistä merkittävimpiä on vakava (sairaalahoitoa vaativa) mielenterveyden häiriö. Miesten itsemurhat ovat kolme kertaa niin yleisiä kuin naisten.

Itsetuhoa ennakoivat seikat muuttuvat ihmisen varttuessa. Nuorilla päivittäisen tupakoinnin aloittaminen ja tavallista vakavammat masennusoireet ennakoivat pysyviä itsemurhan ajatuksia jopa kolmen vuoden ajan. Iän myötä kertyvät elämäntilanteisiin liittyvät rasitukset voivat tuoda esille itsemurhan ajatuksia. Aikuisilla nimenomaan masennustilat kaksinkertaistavat riskin itsemurhan yrityksille. Umpikujassa olemisen tai epätoivon tunteet, taloudellinen ahdinko ja taipumus toimia ennen harkintaa madaltavat kynnyksiä ajatuksista tekoihin.

Tällä hetkellä Suomessa tarvitaan itsemurhien ehkäisemiseksi tiedottamisen ohella muita keinoja. Kansallisilla itsemurhien ehkäisyohjelmilla on Suomen tavoin onnistuttu vähentämään itsemurhia. Itsemurhariskin parempi tunnistaminen ammattihenkilöstön toimesta ja välineiden saatavuuden rajoitukset ovat olleet keskeisiä vaikutuskeinoja. Itsemurhan ehkäisyn kulmakivi Suomessa on ollut se, että masennustila havaitaan, masentuneelle tarjotaan tarpeellinen tuki ja jokainen vakavasti masentunut saa tehokkaan ja monipuolisen hoidon. Alkoholinkäytön kehittyminen elämänongelmien ratkaisuksi tulisi välttää, ja sen tilalle tulisi saada selviytymistä paremmin tukevia keinoja. Myös ruumiillisten sairauksien hoitokäytäntöihin tulisi lisätä henkistä ja sosiaalista tukea. Erilaiset kriisipsykologiset keinot, kuten auttavat puhelimet ja kriisikeskukset, voivat tarjota hädän hetkellä tarpeellisen ja riittävän tuen. Terveyttä suojaavien psykologisten selviytymistaitojen (eräänlaisten psykologisten ensiapukurssien) opettamisen on osoitettu suojaavan nuoria itsemurhalta. Myös sosiaalisen median kautta tapahtuvalla nuorisotyöllä saattaa olla samankaltainen vaikutus.

Kirjallisuutta: Hiltunen L, Partonen T, Haukka J, Lönnqvist J. Itsemurhakuolleisuuden käännekohtat Suomessa 1947–2006. *Duodecim* 2009; 125: 1802-1806.

## ITSEMURHAN UHRIT JA POSTVENTIO

PIRJO SAARINEN

**Ydinsanoma: Itsemurha ei ole enää samalla tavalla tabu kuin vielä pari kolme vuosikymmentä sitten. Postvention järjestäminen ja tieto strukturoidusta ohjelmasta lisäävät henkilöstön turvallisuuden tunnetta.**

Itsemurhan tekijä on sen ensimmäinen uhri riistämällä teollaan sen tulevaisuuden, jonka loppuelämä voisi hänelle tarjota. Omaiset puolestaan kantavat surun, syyllisyyden, vihan ja usein myös häpeän taakkaa pitkälle tulevaisuuteen, jotkut läpi elämän. Itsemurhaan päättyneen liikenneonnettomuuden tai väkivaltatilanteen yhteydessä täysin sivulliset henkilöt joutuvat välillisesti itsemurhan uhreiksi. He joko loukkaantuvat, jopa kuolevat tai ainakin haavoittuvat henkisesti. Osallisia voi pahimmillaan olla suuri joukko.

Terveyden- ja sosiaalihuollon työntekijät joutuvat kohtaamaan tähän epätoivoiseen teokseen päätyneitä henkilöitä kaikista hoito- ja avunantoyrityksistään huolimatta. Ammatillisen epäonnistumisen tunne voi olla joskus hyvin syvä ja vain kyynistynyt ihminen ei tunne minkäänlaista syyllisyydentunnetta potilaansa tai asiakkaansa itsemurhan johdosta. Samat tunteet koskettavat myös ystäviä, opettajia, työtovereita tai työnantajia, pelastusalan ammattilaisia sekä itsemurhan tehneen lähiverkoston kuuluneita henkilöitä. Läheisensä menettänyt voi omalla nimellään, kuvallaan ja tarinallaan tulla julkisuuteen toisten avuksi. Tämä kertoo suuresta kulttuurisesta muutoksesta, joka on tapahtunut itsemurhakuoleman suhteen. Mielenterveys- ja kriisihoidon ammattilaisten antama tuki omaisille ja muille uhreille on arkipäivää, samoin vertaistuki- ja sururyhmät.

Itsemurhan jälkihoidosta, postventiosta on kirjoitettu muun muassa valtakunnallisessa itsemurhien ehkäisyprojektissa ”Itsemurhat Suomessa” saatujen kokemusten valossa. Asia ei ole edelleenkään ristiriidaton ammattilaisten ja tieteellistä tutkimusta tekevien mielessä. Onko itsemurhan jälkihoidosta apua vai peräti haittaa? Onko sitä tarjottava kaikille jälkipuintityypisistä vai vasta sen jälkeen, kun posttraumaattisen stressireaktion tai depression diagnoosi voidaan tai pitää asettaa? On selvää, että kaikki uhrin eivät jälkihoitoa halua tai tarvitse. Ammatilliseen osaamiseen kuuluu tunnistaa henkilön tilanne ja kunnioittaa hänen mielipidettään. Ihmisten aliarvioimista voi olla sekin, ettei uskota esimerkiksi omaisen pystyvän kieltäytymään turhasta avuntarjonnasta. Myös terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaiset tarvitsevat postventiota. Se antaa tilaisuuden arvioida tapahtunutta ja oppia siitä, mutta samalla se on työterveydellinen ja työsuojelullinen mahdollisuus.

Kirjallisuutta:

1. Saarinen P, Hintikka J, Lehtonen J, Lönnqvist J. Läheisen itsemurhaan sopeutuminen. *Duodecim* 2001;117:1436-40.
2. Saarinen P. Itsemurhan postventio. Pääkirjoitus. *Duodecim* 2006;122:387-8.
3. Marjamäki M. Seurantatutkimus itsemurhan tehneiden henkilöiden puolisoitten selviytymisprosessista. Turun yliopiston julkaisuja, Turku 2007; Sarja C, osa 260.
4. Huovinen V. Pojan kuolema. Helsinki: WSOY 2007.
5. [www.bereavedbysuicide.com](http://www.bereavedbysuicide.com).

Pirjo Saarinen

LT, dosentti, osastonylilääkäri, Kuopion psykiatrian keskus, KYS ja Kuopion kaupunki

## MITEN HYVÄ KUOLEMA ON MAHDOLLISTA

JUHA HÄNNINEN

Kansalaisilla on tiettyjä perustavaa laatua olevia ihmisoikeuksia ja terveydenhuollolla niihin liittyviä yhteiskunnallisia velvoitteita. Tällaisia ovat tasa-arvoinen oikeus terveyteen ja kivun lievitykseen sekä oikeus välttyä kidutukselta tai siihen verrattavalta julmalta ja epäinhimilliseltä hoidolta.

Usein tuntematon ahdistaa. Oman olemassaolon lakkaaminen on vaikeasti ymmärrettävää. Näin on etenkin silloin kun ajattelu perustuu egosentriseen maailmankuvaan, missä maailman olemassaolo kyseenalaistetaan kun ajattelevaa henkilöä ei enää ole. Hyvin harvoin kuolema nähdään päätepisteenä, koska näyttäisi olevan niin että ihmisen ajattelussa jatkuvuudella on keskeinen osa. Ahdistus liittyy paitsi omaan kuolemiseen ja kuolemaan myös siihen mitä jäljelle jääneille tapahtuu. Kuolevaa saattaa lohduttaa uskonnon tuoma ajatus jälleennäkemisestä toisessa todellisuudessa. Usealle kuolema on musta aukko, johon minuus olemassaolon lakkaamisen myötä häviää.

Lääkärin (ja hoitajan) ja potilaan välisellä yksinkertaisella keskustelulla tulevista elämän ja kuoleman optioista voidaan vaikuttaa kuoleamisen laatuun ja jopa terveydenhuollon kustannuksiin. Potilailla joiden kanssa ei käydä keskustelua kuolemasta lähiaikojen rea-liteettina näyttäisi olevan enemmän hengityskonehoitoja, elvytysyrityksiä, tehohoitoa ja muita lääketieteellisen epätoivon ilmentymiä viime elinviikkoinaan. Tuolloin usein käytetään aggressiivisempiä lääketieteellisiä hoitoja, joilla harvoin on todellista vaikuttavuutta mutta usein potilaan elämänlaatu heikkenee ja läheisten riski sairastua masennukseen lisääntyy.

Lääkäri ja potilas saattavat toisinaan liittoutua yhdessä jaettuun valheelliseen optimismiin tulevan suhteen. Tutkimusten mukaan lääkäreillä on taipumus asettaa ylioptimistisia ennusteita ja samaten on voitu havaita että potilaat - saatuaan jonkin hoidon - haluavat saada optimistisia ennusteita. Lääkärit eivät halua kertoa kuolemantuomioita ja potilaat eivät niitä myöskään halua kuulla. Toisinaan on ongelmallista tietää, onko parempi kertoa totuus - joka ei välttämättä sovi yksin potilaan oman elämäkertomuksen kanssa - vai liittoutua väärään optimismiin.

Elämän loppumisen synnyttämä ahdistus muuttaa usein myös toivon luonnetta. Se, mikä terveenä on toivon kohteena ei välttämättä ole sitä enää kun kuolema on jo osa lähitulevaisuutta. Tuolloin myös hoitavien ihmisten yritykset kiinnittää potilaan toivo johonkin, mikä ei ole mahdollista (paraneminen) ei auta potilasta. Saattaa olla hyvin vahingollista suojella potilasta todellisuudelta ja ohjata hänen hoitonsa ja ajatuksensa pois siitä, mitä todella tulee tapahtumaan. Se voi johtaa potilaan turpoamiseen ja keuhkopöhöön ("janotipan laittaminen"). Se voi toisinaan jopa nopeuttaa potilaan kuolemaa ja tehdä siitä vaikean ("yritetään vielä tätä hoitoa"). Kuoleman herättämässä ahdistuksessa onkin hyvä erottaa toisaalta lääkärin ja hoitajan ja toisaalta potilaan ahdistus. Kun kuolema tulee reaalisesti osaksi potilaan tulevaisuutta, tapahtuu hänen ajatusmaailmassaan muutos jota voi olla vaikea ymmärtää. Kuolemasta saattaa tulla toisinaan jopa toivottu tapahtuma heikkenevän elämän päätepisteeksi.

## Posterit

### KANSALLISEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDESUUNNITELMAN, MIELI 2009, TOIMEENPANO

KRISTIAN WAHLBECK

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa Mieli 2009 linjataan mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen vuoteen 2015. Mieli-suunnitelmalla pyritään vahvistamaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asemaa, edistämään väestön mielenterveyttä ja päihhteettömyyttä ja ehkäisemään päihdehaittoja sekä painottamaan avo- ja peruspalveluja mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kehittämisessä. Tavoitteiden saavuttamiseksi kaikilla kunnilla tulisi olla mielenterveys- ja päihdestrategia.

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut Mieli-suunnitelman toimeenpanon ohjausryhmän vuosiksi 2010–2015. Suunnitelman toimeenpanon tukeminen on annettu THL:n tehtäväksi. Alueelliset Kaste-hankkeet ovat keskeisiä toimijoita suunnitelman toimeenpanossa.

THL toteutti suunnitelman toimeenpanon tueksi toukokuussa 2009 sidosryhmäkyselyn, jossa kysyttiin vastaajien näkemyksiä Mieli-suunnitelmaan kuuluvien ehdotusten merkityksellisyydestä. Vastauksia kyselyyn saatiin 246. Puolet vastaajista edusti kuntasektoria, ja noin 20 % vastaajista tuli järjestöistä.

Kysely osoittaa kentän laajaa sitoutumista Mieli-suunnitelman toimenpide-ehdotuksiin. Ehdotetusta toimenpiteestä riippuen 40 – 60 % vastaajista piti ehdotusta erittäin tärkeänä. Kaikkein merkityksellisimpänä pidettiin perus- ja avohoitopalveluiden kehittämistä - lähes 80 % vastaajista piti tätä erittäin tärkeänä. Vastaajat korostivat asiakkaan aseman parantamisessa erityisesti mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden yhdenvertaista kohtelua palvelujärjestelmässä. Monet vastaajat esittivät toiveita suunnitelman konkretisoimisesta selkeällä ohjeistuksella, toimintamalleilla ja sitovilla suosituksilla.

Suunnitelman toimeenpanossa THL priorisoi vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden vahvistamista palvelujärjestelmän kehittämisessä, kuntien tukemista mielenterveys- ja päihdetyön strategioiden luomisessa, mielenterveys- ja päihdeongelmien ylisukupolvisen siirtymiseen ja syrjäytymisen ehkäisemiseen liittyvien työmenetelmien kehittämistä ja juurruttamista, sekä toimintamallien kehittämistä matalakynnyksisten mielenterveys- ja päihdepalvelun järjestämiseksi peruspalvelujen yhteyteen. Toimeenpanon tueksi THL kehittää verkkopalvelua [www.thl.fi/mielijapaihde](http://www.thl.fi/mielijapaihde).

Suunnitelman toimeenpanon tueksi ja vaikutusten seuraamiseksi THL ehdottaa käytettäväksi joukon osoittimia. Vaikuttavuusosoittimia ovat mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyksien määrä, itsemurha-, huume ja alkoholi kuolemat, ja väestön psyykinen hyvinvointi, jota voidaan seurata esimerkiksi alueellisten terveys- ja hyvinvointitutkimusten ja kouluterveyskyselyn yhteydessä. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimivuutta ehdotetaan seurattavaksi asiakastyytyväisyyskyselyillä sekä hoito- ja palvelutakuun toteutumisen, kanteluiden ja hoitovirheiden määrän, psykiatristen pitkäaikaissotilaiden määrän ja pakon käytön määrän seurannalla. Ehkäisevän työn seuranta voidaan toteuttaa terveyskeskuskyselyiden yhteydessä ja seuraamalla koululaisten päihdekäyttöä, koulutuksen ulkopuolelle jääneiden nuorten määrää ja ehkäisevien toimintamallien käyttöä palveluissa.

Yhteystiedot:

Kristian Wahlbeck

THL Mielenterveys, PL 30, 00271 Helsinki

[kristian.wahlbeck@thl.fi](mailto:kristian.wahlbeck@thl.fi)

## MIELENTERVEYTTÄ KANNATTAA EDISTÄÄ – IÄKKÄÄNÄKIN

EIJA STENGÅRD JA KRISTIINA PUOLAKKA

Ikääntyneiden palvelustrategiaa tarvitaan

Ikäkäiden määrä tulee kasvamaan tulevina vuosikymmeninä nopeasti. Tämä kehitys haastaa erityisesti kuntien poliittiset päättäjät ja johdon pohtimaan niitä keinoja, joilla ikääntyneiden palvelut järjestetään laadukkaasti: arvokkaasti ja asiakasta kunnioittaen sekä vaikuttavasti ja taloudellisesti kestävästi. Hyvän toimintakyvyn omaaville ikääntyneille tarvitaan toimintaa, joka tarjoaa kokemuksia elämän mielekkyydestä. Huonokuntoisille ikääntyneille tarvitaan monipuolisia palveluja kotona asumisen tukemiseksi. Positiivisen mielenterveyden merkitys onnistunutta ikääntymistä tukevana voimavarana kasvaa nykyisestään.

### **Tutkimus, kehittämistyö ja käytännön kokemus käyttöön!**

ProMenPol -projekti toteutettiin Euroopan komission rahoituksella vuosina 2007-2009. Projektin tavoitteena oli tuoda tutkimuksen, kehittämistyön ja käytännön kokemuksen kautta työkaluja mielenterveyden edistämishjelmien tueksi. ProMenPol -tietokannassa on yli 400 mielenterveyden edistämisen työkalua, luokiteltuna kolmeen eri toimintaympäristöön:

Koulut

Työpaikat ja

Ikääntyneiden asumispalvelut

Ikääntyneiden asumispalveluilla tarkoitetaan kaikkiin pysyviin asuinpaikkoihin liittyviä palveluja, oli sitten kyse vanhainkodista, palveluasunnosta tai omasta kodista. ProMenPol -tietokannasta löytyy suuri joukko näihin ikääntyneiden palveluihin liittyviä kehittämistyökaluja. ProMenPolin kahdessa jatkohankkeessa tuotetaan mielenterveyden edistämisen koulutusohjelma ja käsikirja. Suomen erityisvastuualueena näissä jatkohankkeissa on ikääntyneiden asumispalvelut.

Ikääntyneiden mielenterveyttä voidaan edistää lukuisilla keinoilla. Mielekäs toiminta, terveet elintavat, liikunta, osallisuus, positiiviset ihmissuhteet, koettu turvallisuus ja mahdollisimman itsenäinen asuminen sekä ikääntymistä koskeviin kielteisiin asenteisiin vaikuttaminen ovat kaikki tutkimuksissa vaikuttaviksi todettuja keinoja edistää ikääntyneiden mielenterveyttä.

Lisätietoa työkaluista ja mahdollisuus liittyä mielenterveyden edistämisen eurooppalaiseen verkostoon osoitteessa: [www.mentalhealthpromotion.net](http://www.mentalhealthpromotion.net)

Kirjallisuutta:

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. 2008

Lehtinen V. (2008). Building Up Good Mental Health. Stakes.

Cattan, M. (2009). Introduction. In Cattan, M. (Ed). Mental health and well-being in later life. Glasgow: Open University Press, pp. 1-8.

Yhteystiedot: Eija Stengård ja Kristiina Puolakka

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

WHO:n mielenterveysalan yhteistyökeskus, PL 30, 00271 Helsinki

puh. 020 610 7184, 040 5188959, e-mail: eija.stengard@thl.fi



## MYÖNTEISESTI MIELENTERVEYDESTÄ

KAISA HAATAINEN, MARI HUTTUNEN JA PIRKKO DAAVITSAINEN

Yhteistyöllä uutta ymmärrystä ja osaamista

Mielenterveysjärjestöjen ja KYSin psykiatrian klinikan yhteistyöverkosto vuodesta 1996 alkaen

Mielenterveysjärjestöjen ja Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) psykiatrian klinikan yhteistyö alkoi vuonna 1996 psykiatrian klinikan, Mielenterveyden Keskusliiton ja Omaiset Mielenterveystyön Tukena OMA ry:n yhteistyöprojektina. Suomen Mielenterveysseura liittyi mukaan tammikuussa 2002.

Yhteistyön päämääränä on ollut kaataa toimijoiden välisiä raja-aitoja ja rakentaa siltaa KYSin mielenterveysyksiköiden ja mielenterveysjärjestöjen välille lisäämällä tietoa puolin ja toisin. Tavoitteena on ollut mielenterveysyksiköiden ja järjestöissä työskentelevien ammattilaisten keskinäisen tiedon välittäminen potilaille sekä heidän omaisilleen. Verkoston yhteistyöstä, kokemustiedosta ja vertaistuesta on ollut hyötyä hoidon ja kuntoutuksen eri vaiheissa oleville potilaille ja kuntoutujille, heidän omaisilleen ja läheisilleen. Mielenterveyden edistäminen on ihmisen omien voimavarojen lisäämistä ja muuttamista sellaisiksi, että elämisen mahdollisuudet paranevat ja hyvä arki toteutuu. Tässä työssä tarvitaan monenlaisia asiantuntijoita: asiakkaita, potilaita, kuntoutujia, vertaishenkilöitä, omaisia, järjestöjä ja terveydenhuollon työntekijöitä. Hyvän yhteistyön avulla tätä toimintaa kehitetään ja parannetaan edelleen siten, että pystytään tarjoamaan asiakaslähtöisiä toimintamalleja, jotka palvelevat potilaita ja heidän läheisiään sairauden eri vaiheissa. Verkoston yhteistyö on vakiintunutta, aitoa ja konkreettista toimintaa. Siihen kuuluvat mm. ensitietopäivät, järjestöjen esittelypäivät Julkulan, Tarinan ja Puijon sairaaloissa sekä Kuopion psykiatrian keskuksessa, järjestötyöntekijöiden vierailut osastoilla, erilaiset ryhmätoiminnot, Kynttilätapahtuma itsemurhan tehneiden muistolle ja verkostokokoukset. Vaikuttamistyötä ja suurelle yleisölle suunnattua tiedottamista tehdään myös kirjoittamalla artikkeleita ja yleisöosastokirjoituksia.

Yhteistyöhön ovat osallistuneet KYSin psykiatrian klinikan eri yksiköiden yhdyshenkilöt sekä Omaiset Mielenterveystyön Tukena Itä-Suomi ry (OMA ry), Suomen Mielenterveysseura, Mielenterveyden Keskusliitto, Kuopion Mielenterveystuki ry ja Mannerheimin Lastensuojeluliiton (MLL) Kallaveden yhdistys ry:n Tukiverkko-projekti ja Pohjois-Savon Muisti ry.

Lisätietoja Kaisa Haatainen: [kaisa.haatainen@kuh.fi](mailto:kaisa.haatainen@kuh.fi)

Mari Huttunen: [mari.huttunen@mielenterveysseura.fi](mailto:mari.huttunen@mielenterveysseura.fi)

Pirkko Daavitsainen: [pirkko.daavitsainen@suomi24.fi](mailto:pirkko.daavitsainen@suomi24.fi)

## PERHEARVIOINTI – PERHEEN VOIMAVAROJEN, VAHVUUKSIEN JA VAIKEUKSIEN ARVIOINTIMENETELMÄ

OLLI JÄPPINEN JA MARJUKKA LAUKKANEN

Perhearviointimenetelmä nousee perheterapien kentästä ja perustuu yli kahdenkymmenen vuoden aikana Englannissa kehiteltyihin perhetyön menetelmiin ja lähestymistapoihin. Arnon Bentovim ja Liza Bingley Miller ovat johtaneet mallin kehittämistä. Perheen toimintakyvyn, voimavarojen, vahvuuksien ja vaikeuksien arviointimenetelmä keskittyy perheen elämään ja keskinäisiin suhteisiin, sekä siihen miten ne vaikuttavat jokaiseen perheenjäseneseen. Arviointimenetelmän avulla perheen toimintakykyä, vahvuuksia ja vaikeuksia voidaan kuvata yksityiskohtaisesti.

**Menetelmän avulla pyritään tunnistamaan yhdessä perheen kanssa vahvuudet, joiden varaan voidaan rakentaa ja vaikeudet, joita pyritään lievittämään. Menetelmä soveltuu työkaluksi ammattiauttajille, jotka tekevät arvioita perhe-elämästä ja perhesuhteista joko perheen kotona, vastaanotolla, sairaalassa tai lastensuojelulaitoksissa.**

Arviointiprosessin aikana käytetään menetelmiä, joilla vahvistetaan ja kehitetään perheenjäsenten keskinäistä vuorovaikutusta. Perhearvioinnissa arvioidaan niin perhettä kokonaisuutena kuin sen jäsenten keskinäisiä suhteita. Arviointi perustuu prosessin aikana kerättyyn näyttöön ja sen analysointiin. Perheen toimintaa arvioidessa ja tukitoimia suunniteltaessa otetaan huomioon myös ne perheen ulkopuolelta tulevat tekijät, jotka haittaavat tai tukevat perheenjäsenten kykyä vastata lasten tarpeisiin. Lapsen kasvaessa perheessä, muodostaa juuri perhe lapsen kehitystä ja hyvinvointia keskeisimmin määräävän viitekehyksen. Lasten hyvinvointi riippuu kyvystämme tunnistaa perheessä ne vahvuudet, joiden varaan voi rakentaa ja ne vaikeudet, joita pyrimme lievittämään.

Perhearvioinnin periaatteet:

- lapsikeskeinen
- perustuu lapsen kehitykseen
- ekologinen
- tasa-arvoinen, läpinäkyvä
- edellyttää työskentelyä perheiden ja lasten kanssa
- käsittelee yhtälailla voimavaroja kuin vaikeuksia
- soveltuu käytettäväksi moniammatillisessa palvelujen tarjonnassa
- näkee arvioinnin jatkuvana prosessina enemmän kuin yhtenä tapahtumana
- soveltuu käytettäväksi muiden toimenpiteiden ja palvelujen rinnalla
- perustuu näyttöön

SMS/Koulutuskeskuksessa käytetään, kehitetään ja koulutetaan Perhearviointimenetelmää. Vuoden 2010 loppuun mennessä jo yli 300 sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammatti-ihmistä ovat käyneet järjestämämme koulutuksen ja heillä on valmiudet käyttää työssään Perhearviointia.

Olli Jäppinen  
perheterapeutti VE  
olli.jappinen@mielenterveysseura.fi

Marjukka Laukkanen  
perheterapeutti ET  
marjukka.laukkanen@mielenterveysseura.fi

## MASENNUSTALKOOT II: Masennus ja päihdeet tutkimus- ja kehittämissuunnitelman esittely

MARJA KOIVUMÄKI, OLLI KAMPAN, ANTERO LASSILA, JYRKI TUULARI, ESA AROMAA JA  
MERVI ROPPONEN

Alkoholista on tullut Suomessa merkittävä kansanterveydenongelma, johon tulisi kiinnittää terveydenhuollossa yhä enemmän huomiota. Samanaikaisen alkoholiongelman ja masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito parantavat potilaan ennustetta ja vähentävät myös yhteiskunnalle koituvia kustannuksia (Mikkonen 2007). Samanaikaisen alkoholi-ongelman ja masennuksen hoitoon suositellaan integroitua arviointimallia, jossa mielen-terveyshäiriö, päihdeongelma ja toimintakyky arvioidaan kunkin ongelman vaikeusaste huomioiden (Kampman & Lassila 2007).

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä kehitetään depression ja päihdeongelman arviointi- ja hoitomallia. Kehittämistyöhön liittyvä tutkimus toteutetaan yhteistyössä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin viiden avopoliiklinikan ja yhden osaston kanssa.

Tavoitteena on, että tutkimukseen osallistuu 200 potilasta (joista 100:lla depressio ja 100:lla sen lisäksi päihdeongelma). Tutkimukseen osallistuvien yksiköiden henkilökunta koulutettiin arviointi- ja hoito-ohjelman käyttöön syksyllä 2009.

Depressio + päihde-ryhmässä hoito aloitetaan päihdeinterventiolla (mini-interventio tai motivoiva haastattelu), jonka laajuus riippuu päihdeongelman vaikeusasteesta. Molemissa tutkimusryhmissä käytetään depression hoidossa mielialälääkitystä ja sen vasteen systemaattista arviointia sekä kognitiivisen käyttäytymisterapian käyttäytymisen aktivaatiomalli -menetelmää, josta on olemassa tuloksellisuusnäyttö. Tutkimusryhmien hoidon tuloksellisuutta ja kulkua seurataan kahden vuoden ajan.

### Lähteet:

Kampman O & Lassila A. 2007. Samanaikaisen mielenterveys- ja päihdeongelman hoitoon on kehitetty integroitu arviointimalli. Suomen Lääkärilehti 47/2007 vsk 62.

Mikkonen A. 2007. Samanaikaisen alkoholi-ongelman ja masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito parantavat ennustetta. Suomen Lääkärilehti 51–52/2007 vsk 62, 4747–4750.

### Yhteystiedot:

Marja Koivumäki/ Pohjanmaa-hanke  
Keskuskatu 13 A, 60100 Seinäjoki  
Puh: 044 415 3230  
Email: marja.koivumaki@epshp.fi

## BAROfi-HAASTATELUN LASTENSUOJELUN ALKUARVIOINNIN JA KOULUN SOSIAALITYÖN TYÖVÄLINEENÄ

MINNA LAITILA, HELENA KUVAJA, MATTI KAIVOSOJA JA LEO HEIKKILÄ

BARO (Basis Raads Onderzoek/Basic Council Examination) on sosiaalityöhön kehitetty strukturoitu työprosessi ja -väline. Alun perin menetelmä kehitettiin rikoksia tehneiden nuorten elämäntilanteen arviointiin, mutta se soveltuu myös erilaisten muutos- ja nivelvaiheiden tuen tarpeen arviointiin 12–18 -vuotiaiden kohdalla lastensuojelun tarpeen arvioinnissa ja/tai koulun sosiaalityössä (esim. pidemmät koulusta poissaolot). Lapsen tai nuoren laajempi BAROfi-haastattelu kestää noin 1-1,5 tuntia, samoin vanhemman/ huoltajan haastattelu. Ns. kolmannen informantin haastattelu kestää ½ t. Mini-BAROfi:lla nuoren/ huoltajan haastattelut kestävät noin 45 minuuttia. BAROfi on ollut Helsingin Sosiaalipäivystyksen nuorisoyksikössä käytössä vuodesta 2002 lähtien. Menetelmän käyttäjäkoulutusohjelma on kolmipäiväinen, ja Pohjanmaa-hankkeen toimesta on hankealueelle koulutettu noin 40 BARO-haastattelijaa.

Seinäjoen AMK:ssa tehtiin opinnäytetyö (Kuvaja 2009), joka esittelee BAROfin lastensuojelun alkuarviointivälineenä. Työn tavoitteena oli saada tietoa mm. siitä, 1) miten paljon lasten ja nuorten kanssa tapahtuvassa sosiaalityössä yleensä käytetään erilaisia menetelmiä; 2) millaisia odotuksia BAROfi-menetelmää kohtaan oli; sekä 3) millainen BAROfi-menetelmä on käytännön arjessa eli kuinka sen eri työvaiheet on koettu ja mitä kehitettävää siinä olisi. Aineisto kerättiin lomakekyselyn avulla BAROfi-menetelmäkoulutukseen osallistuvilta (n=21) sekä teemahaastattelemalla neljää sosiaalityön ammattilaiselta, joilla oli kokemusta BAROfi-menetelmän käytöstä.

Lomakekyselyyn vastanneet työntekijät käyttivät erilaisia menetelmiä työssään, mutta niistä näyttäisi puuttuvan suunnitelmallisen työn kehikko. Menetelmien toivottiin olevan ennaltaehkäiseviä sekä lasta ja nuorta kuulevia. Vastaajat toivoivat, että BAROfi juurtuisi menetelmäksi arkityöhön nuorten ja perheiden kanssa. Kokemukset BAROfi-menetelmästä olivat positiivisia: Sekä BAROfi-haastatellut nuoret että heidän vanhempansa olivat suhtautuneet menetelmään hyvin ja sen kautta oli saatu kokonaisvaltaista tietoa perheen tilanteesta.

### **Barofi-menetelmän vahvuuksia ovat:**

- Sekä nuori että vanhemmat voivat tuoda asiaan oman näkökulmansa ja kaikkien mielipidettä kuunnellaan. Vanhemmat otettiin nuoren kanssa tehtävään työhön mukaan.
- Strukturoidussa haastattelumallissa kysymykset ovat valmiina ja työntekijän on helppo ottaa ne käyttöön. Menetelmä toi työhön suunnitelmallisuutta.
- Strukturoidun menetelmän käyttö vähensi emotionaalista kuormitusta ja helpotti vaikeiden asioiden esille ottoa. Kun haastattelujen aikana vaikeat asiat oli jo kertaalleen sanottu ääneen, työntekijän oli helpompi nostaa ne esiin palautekeskustelussa asiakkaan omin sanoin.
- Loppupalautteen avulla voidaan jakaa tietoa kaikille lapsen asioissa toimiville viranomaisille. Yhteenveto toimi selkeänä, sosiaalialan ammattilaisen lausuntona.
- Jatkopalvelut oli helppo kohdentaa oikein.

Lähde: Kuvaja H. (2009) Lastensuojelutarpeen selvitys osana lastensuojelutyötä: Odotuksia ja kokemuksia BARO-menetelmän käytöstä. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Saatavissa: <https://publications.theseus.fi>.

Minna Laitila, Pohjanmaa-hanke/Välittäjä 2009-hanke  
Keskuskatu 13 A, 60100 Seinäjoki  
Puh: 040-8304131, sähköposti: minna.laitila@seamk.fi

## **KOTIINPARAS TUTKIMUS: Kotikuntoutuspoliklinikan toiminnan tutkimuksen esittely**

MARJA KOIVUMÄKI, LIISA RAUHALA JA ESA NORDLING

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on aloitettu vuonna 2007 kotikuntoutuspoliikkatoiminta. Kotikuntoutus on tarkoitettu psykoosi- ja masennuspotilaille, jotka tarvitsevat pitkäaikaista tukea ja kuntoutusta. Toimintamalli muodostuu vähitellen erilaisten kokeilujen ja tehdyn työn kautta. Tutkimuksella on tarkoitus arvioida toiminnan vaikutavuutta.

Tutkimuksen kohderyhmän muodostavat kotikuntoutuksen piiriin tulevat potilaat ja vertailu-ryhmän kuntouttavalta psykiatriselta osastolta uloskirjoitettavat potilaat. Sekä kohderyhmään että vertailuryhmään tulevat arvioidaan kahteen kertaan. Lisäksi tutkimuksen aikana kotikuntoutuspoliklinikan työryhmän jäsenet arvioivat omaa työtään sekä työryhmän ilmapiiriä kolme kertaa.

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa:

1. Miten hyvin työryhmän toiminta edistää potilaiden kuntoutumista
2. Minkälaisia potilaita kotikuntoutuspoliklinikan työryhmän toiminnan piiriin ohjautuu
3. Ketkä heistä hyötyvät eniten
4. Minkälaisia kuntoutuksen työmuotoja työryhmän toiminta sisältää
5. Miten työmuodot muuttuvat.
6. Mitkä ovat työryhmän yhteistyökumppanit ja miten yhteistyö sujuu yhteistyökumppaneiden kanssa
7. Minkälainen on työryhmän työskentelyilmapiiri

Aineistonkeruu on aloitettu syksyllä 2009 ja työryhmä on kuvannut omia työmuotojaan päiväkirjojen avulla. Kuntoutuksen työmuodot psykiatrisella kotikuntoutuspoliklinikalla ovat erilaiset käynnit, kehittäminen ja koulutus, työnohjaus, yhteistyö eri tahojen kanssa, verkostoituminen, hoidon suunnittelu, erilaiset hoitomuodot, ohjaus, konsultointi ja kirjaaminen. Kotikuntoutuspoliklinikan toimintaa ohjaavia arvoja ovat muun muassa asiakaslähtöisyys, vastuullisuus, luottamuksellisuus, suvaitsevaisuus, ymmärrys.

### Yhteystiedot:

Marja Koivumäki/ Pohjanmaa-hanke  
Keskuskatu 13 A, 60100 Seinäjoki  
Puh: 044 415 3230  
Email: marja.koivumaki@epshp.fi

## PSYKIATRIAN KURSSIYKSIKKÖ

TIA KOTILAINEN JA KALLE VIITASALO

**Toimijat:** Toimijoina psykiatrian kurssiyksikössä ovat; kuntoutusohjaaja, sairaanhoitaja, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, sosiaalityöntekijä, asiakas ja psykologi. Lisäksi kursseilla on mahdollisuus käyttää eri alojen asiantuntijoita.

Toimijoiden ominaisuuksia ovat; hyvät ryhmäohjaustaidot, eli huomioida samanaikaisesti sekä ryhmä että yksilöt, ryhmädynaamisten ilmiöiden tunnistaminen ja hyödyntäminen sekä hyvät vuorovaikutustaidot. Toimijalla tulisi olla tieto psykiatrisesta evidenssiin perustuvasta hoitotyöstä ja hyvä psykiatrisen hoitotyön kokemus ja siihen liittyvä tieto. Työssä on myös tärkeää kuntoutusprosessin tunteminen ja taito tukea kuntoutujaa/omaisista prosessin eri vaiheissa. Lisäksi pitää tuntea psykiatriset sairaudet ja häiriöt ja osata hyödyntää vertaistukea ja olla kyky eri-ikäisten ihmisten kohtaamiseen.

**Resurssit:** Arvoperustana on Doughertyn v. 1991 määrittelemät kuntoutuksen 3 perusarvoa, vapaus, onnellisuus ja oikeudenmukaisuus. Muita resursseja ovat riittävät tilat ryhmätoiminnan toteuttamiselle, psykoedukatiivinen lähestymistapa, moniammatillinen asiantuntijuus, ryhmätyö, vertaistuki, koulutus ja tieto omaistyöstä. Psykiatrian kurssiyksikkö toimii fyysisesti Keski-Pohjanmaan keskussairaalan psykiatrian poliklinikan yhteydessä. Hallinnollisesti kurssiyksikkö kuuluu Psykiatrian osasto 16, joka on painotukseltaan kuntouttava yksikkö. Suurin osa hakemuksista/läheteistä tulee avohoidon yksiköistä, eli Psykiatrian poliklinikoilta tai terveystieteiden psykiatrisilta sairaanhoitajilta tai A-klinikan työntekijöiltä. Läheteitä tulee myös psykiatrian osastoilta.

**Prosessi:** Kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseille hakeutuminen edellyttää erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa tehtyä arviota kuntoutuksen tarpeellisuudesta ja tavoitteista. Kuntoutuskurssi on yksi osa asiakkaan kokonaisuhoito- ja kuntoutussuunnitelmaa ja keskeistä kurssille hakeutumisessa on asiakkaan oma motivaatio kuntoutumiseen.

Kurssille osallistuminen on kurssilaiselle maksutonta, koska kurssi on sopeutumisvalmennusta. Hakeminen kurssille tapahtuu kurssiyksikön omalla kaavakkeella, joka sisältää hakijan tiedot, asiakkaan oman hakemuksen että hoitavan työntekijän läheteen. Omaiskurssin ja Unelmatyöpajan hakemus ei sisällä lähetettä. Omaiskurssit järjestetään iltaisin, että mahdollisimman monella omaisella on mahdollisuus osallistua kursseille. Avohoidon ja osastojen henkilökuntaa informoidaan Omaiskurssista. Lähteet käsitellään kerran viikossa, kurssitiimillä. Kurssille pääsystä, jonoon asettumisesta ja aloitusajankohdan arviosta ilmoitetaan sekä hakijalle että lähettävälle työntekijälle. Hakemiskäytännössä toteutuu ns. jatkuvan haun periaate eli kurssitarjonnalla pyritään joustavasti vastaamaan siihen tarpeeseen joka kulloinkin on ajankohtainen. Kurssin edetessä tehdään jokaisesta kokoontumiskerrasta kirjaus osallistujan sairauskertomukseen. Kurssiin osallistuneet täyttävät asiakastytyväisyyskyselyn. Tällä hetkellä kurssiyksikössä toteutetaan 9 erilaista kurssia, jotka ovat: Depressiokurssi, Elämäntaitokurssi, Kaksisuuntaisen mielialahäiriön kurssi, Oireidenhallintakurssi, Omaiskurssi, Painonhallintakurssi, Mielekäs-päivä kurssi, Ääniäkuulevien kurssi ja Unelmatyöpaja.

K-PKS

PsykiatrianKurssiyksikkö

Mariank. 16 -20

67200 Kokkola

tia.kotilainen@kpsHP.fi

kalle.viitasalo@kpsHP.fi

p. (06) 826 3270, 044 – 723 2368

## TERVEIN MIELIN POHJOIS-SUOMESSA JA LAPIN OSAHANKE 2009–2011

JORMA POSIO

Viisi pohjoista sairaanhoitopiiriä käynnistivät maaliskuussa 2009 yhteistyössä mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeen ”Tervein mielin Pohjois-Suomessa”. Hanketyö painottuu peruspalvelujen kehittämiseen, terveyden edistämiseen ja ehkäisevään työhön. Sairaanhoidon alueella hanke parantaa hoitoketjujen toimivuutta ja kuntoutuksen vaikuttavuutta. Hanke edistää niitä päämääriä, joita on ehdotettu Kansallisessa mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmassa (Mieli 2009).

Lapin osahankkeen tavoitteena on toimivien mielenterveys- ja päihdepalveluiden turvaaminen ja edistää vuosina 2004–2009 toteutetuissa hankkeissa kehitettyjen toimintamallien juurruttamista osaksi käytäntöä.

### **Tervein mielin Pohjois-Suomessa hankkeen painopistealueet**

1. Mielenterveys- ja päihdestrategioiden laatiminen ja toteuttaminen yhteistoiminta-alueilla
  2. Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kehittäminen
  3. Terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ
  4. Hoitoketjujen kehittäminen
  5. Työhyvinvointi
- Lapin osahankkeen painopistealueet

1. Mielenterveys- ja päihdestrategioiden laatiminen osana Lapin hyvinvointiohjelmaa. Prosessissa tulee olla mukana kunnallinen päättäjätaso, peruspalvelujen toimijat, yksityiset palvelutuottajat ja palvelujen käyttäjien edustajat.
2. Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kehittäminen  
Kuntoutuksessa tavoitteena on kehittää palvelukokonaisuus, jossa otetaan huomioon sekä julkiset palveluiden tarjoajat että yksityiset palveluiden tuottajat, järjestöt ja sosiaaliset yritykset. Kehittämisen lähtökohtana on yksilökohtainen kuntoutuksen tarpeen arviointi ja kuntoutustarpeiden tunnistaminen sekä niiden yhtenäinen kirjaaminen. Erityisesti paneudutaan avokuntoutuksen kehittämiseen sekä asumiskuntoutuksen laadun ja vaikuttavuuden parantamiseen.
3. Terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ  
Tavoitteena on kehittää eri ikäryhmille toimintamallit tukemaan ennaltaehkäisyä, yhteisöllisyyden vahvistamista sekä osallisuuden ja suojaavien tekijöiden lisäämistä. Työssä huomioidaan mielenterveysongelmiin liittyvän stigman vähentäminen.

Hankkeen hakija ja hallinnoija on Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ky. Lapin osahankkeen toteuttajana on Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrisen hoidon tulosalue. Hanke kuuluu KASTE –rahoituksen piiriin.

Hankkeen kotisivu: [www.lshp.fi](http://www.lshp.fi)

Yhdyshenkilö: jorma.posio@lshp.fi

## DEPRESSIOKOULU VIDEOTEITSE LAPISSA

JORMA POSIO

Suomen mielenterveysseura toi depressiokoulumenetelmän Suomeen ja muokkasi suomalaiseseen masennuksen ennaltaehkäisyyn ja itsehoitotaitojen vahvistamiseen soveltuvaiksi. (Kuusi K. & Koffert T. Depressiokoulu. 2008). Menetelmä otettiin pohjaksi kehitettäessä mielenterveysongelmien ehkäisyä Lapin alueella. Lapin pitkät etäisyydet vaikeuttavat osallistumista erilaisiin terapioihin ja ryhmämuotoisiin hoitoihin. Tietokoneen välityksellä on mahdollista saada itsehoitotaitoja ja vertaistukea ilman ajallisesti aikaa vievää matkustamista. ”Mielenterveys- ja päihdetyön seudullinen kehittäminen Lapin sairaanhoitopiirin alueella” –hankkeen ja UULA-projektin yhteistyönä syksyllä 2008 toteutettiin depressiokoulu videoneuvotteluteitse Lapin alueella. Kehittämistyötä ovat rahoittaneet Euroopan aluekehitysrahasto EAKR, Lapin kunnat, Lapin lääninhallitus ja Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suomen ensimmäiset monipisteneuvotteluna toteutetut depressiokoulut toteutettiin videoneuvotteluteitse Lapin sairaanhoitopiirin alueella. Ryhmien kokoamiseen kiinnitettiin erityistä huomiota, jotta mukaan saatiin jäseniä koko alueelta. Lapin kuntien mielenterveystoimistot ohjasivat ryhmäläiset videoneuvotteluteitse toteutettavaan depressiokouluun. Toinen ryhmistä koostui eri puolilta Lapin lääniä - kaukaisin Utsjoelta - tulevista henkilöistä. Toisen ryhmän jäsenet tulivat Posiolta, Ranualta ja Rovaniemeltä. Ryhmäläiset osallistuivat depressiokouluun joko kotoaan tai terveyskeskuksesta. Ryhmän ohjaajat toteuttivat ohjauksen Rovaniemeltä.

Depressiokoulun ensimmäinen kokoontuminen oli yhteinen tapaaminen Rovaniemellä, jossa asiakkaita ja ohjaajia opastettiin videoneuvotteluohjelmiston asennuksessa ja käytössä. Koulutuksen avulla pyrittiin välttämään suurimmat ongelmat, joita asiakas saattaisi kohdata asentaessaan videoneuvotteluohjelmistoa kotikoneelleen. Oppilaiden kuvayhteys toteutui tietokoneen näytöllä ja ohjaajilla kuvayhteys muodostettiin videotykin välityksellä. Ääniyhteyteen käytettiin kotikoneilla sankamikrofoneja (head-set) ja videoneuvottelutiloissa oli pöytämikrofonit.

Videoneuvotteluteitse toteutettua depressiokoulua arvioitiin useamman kerran koulun aikana internetin kautta täytettävän kyselylomakkeen avulla. Arviointiin osallistuivat sekä oppilaat että ohjaajat. Arvioitavia osa-alueita olivat tekninen toteutus, depressiokoulun sisältö ja käytetty aika sekä menetelmän toimivuus. Arviointitapaamisessa koulun lopussa tuli ilmi, että koti toimii tilana hyvin. Sairaaloissa tulisi kiinnittää huomiota tilojen suunnitteluun, jotta tilat soveltuisivat videoteitse toteutettavaan depressiokouluun paremmin.

Yhteenvetona voidaan todeta, että videoneuvotteluteitse toteutettava depressiokoulu on normaalia depressiokoulua vaativampi menetelmä, koska ryhmäläiset joutuvat opiskelemaan sekä tekniikan että menetelmän. Menetelmä osoittautui toimivaksi. Depressiokoulu tietokoneen välityksellä on ensimmäinen askel mielenterveystyössä toteutettavalle kotiin annettavalle ryhmämuotoiselle hoidolle.

Lapin sairaanhoitopiiri ky. Psykiatrisen hoidon tulosalue

Hankkeen kotisisu: [www.lshp.fi](http://www.lshp.fi)

Yhdyshenkilö: jorma.posio@lshp.fi



## TUNNEKUUNTELEMINEN – PUOLISTRUKTUROITU HAASTATTELU- MENETELMÄ – KESKUSTELUSTA ENEMMÄN

Malli on kehitetty muodostamalla uusi näkökulma tuttuun defusing-purkukeskusteluun mahdollistaen menetelmän monipuolisemman käytön. Sisältöteemoja ovat traumatisoituminen, muistiin tallentuminen, myötätuntouupumus, empatia, defusing, reflektio ja dialogisuus.

Tuntemukset mahdollisimman pian käsittelyyn

Tunnekuuntelukeskustelun jälkeen olo normalisoituu nopeammin, koska liian korkea viireystila laskee usein jo keskustelun aikana ja ihminen tuntee helpotusta. Menetelmä on puolistrukturoitu, jossa synnytetään dialogi haastateltavan ja haastattelijan välille. Haastatteliija johdattelee keskustelua kysymysten avulla. Hän ei esitä kuulemastaan mielipiteitä, arvioita, tulkintoja, eikä tee johtopäätöksiä. Ylikuormittavissa tilanteissa, kuten äkillisten, traumaattisten tilanteiden yhteydessä ihmisen aivojen tunnekeskukset ovat hyvin aktiiviset ja tällöin ihminen tallentaa kehoonsa mieltään järkyttäneen kokemuksen ei-tietoiseen muotoon. Purkamattomina nämä kokemukset saattavat jäädä stressienergian kehoon ja voivat myöhemmin aiheuttaa terveysongelmia. Tunnekuuntelun avulla nämä kehon tallenteet pyritään purkamaan ennemmin kuin ne alkavat aiheuttaa terveyshaittoja. Haastateltavaa autetaan tietyssä järjestyksessä esitettyjen kysymysten avulla tapahtuneen sanoittamisessa niin, että haastateltavan oma ymmärrys kokemukseen lisääntyy. Näin käsitellen kehollinen kokemus saa sanallisen muodon ja olo helpottuu. Asiakastyössä menetelmän sovellutus auttaa mm. suruprosessin käynnistämisessä, joka on tärkeää toimimisen kannalta.

Menetelmä sopii työterveyshuollon ja työsuojelun työvälineeksi vaativien työtilanteiden purkamiseksi. Sopii myös asiakastyöhön kohdattaessa äkillisen traumaattisen tapahtuman kokeneita henkilöitä kuin myös toimimattomien vuorovaikutustilanteiden korjaamiseen. Mallia voidaan käyttää yksilö-, pienryhmä tai vertaispurkuna.

1 - päiväinen peruskoulutus antaa valmiudet vertaispurkuun.

3 - päiväinen ohjaajakoulutus antaa valmiudet toimia istunnon ohjaajana sekä soveltaa menetelmää asiakastyöhön.

3 – päiväinen kouluttajakoulutus antaa valmiudet kouluttaa peruskursseja ja ohjaajia.

Kouluttajat ohjaavat työpaikoilla peruskursseja ja tekevät menetelmää tutuksi sekä kouluttavat ohjaajia työelämän ja asiakastyön tarpeisiin.

### LISÄTIETOJA:

Kuitunen, Sirkka-Liisa. Psykoterapeutti VET

sirkka-liisa.kuitunen@mielenterveysseura.fi

Blomqvist, Mia. Psykoterapeutti ET

mia.m.blomqvist@gmail.com

## Posterinäyttelyyn osallistujat

<i>Tiivistelmän nimi</i>	<i>Tekijä(t)</i>
1. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, Mieli 2009, toimeenpano	Kristian Wahlbeck
2. Mielenterveyttä kannattaa edistää - iäkkäänäkin	Eija Stengård & Kristiina Puolakka
3. Myönteisesti mielenterveydestä	Kaisa Haatainen, Mari Huttunen & Pirkko Daavitsainen
4. Perhearviointimenetelmä - perheen vahvuuksien, voimavarojen ja vaikeuksien arviointimenetelmä	Olli Jäppinen & Marjukka Laukkanen
5. Masennustalkoot II: Masennus ja päihteet tutkimus- ja kehittämissuunnitelman esittely	Marja Koivumäki, Olli Kampman, Antero Lassila, Jyrki Tuulari, Esa Aromaa & Mervi Ropponen
6. BAROfi-haastattelu lastensuojelun alkuarvioinnin ja koulun sosiaalityön työvälineenä	Minna Laitila, Helena Kuvaja, Matti Kaivosoja & Leo Heikkilä
7. Kotiinparas tutkimus. Kotikuntoutuspoliklinikan toiminnan tutkimuksen esittely	Marja Koivumäki, Liisa Rauhala & Esa Nordling
8. Psykiatrian kurssiyksikkö	Tia Kotilainen & Kalle Viitasalo
9. Tervein Mielin Pohjois-Suomessa ja Lapin osahanke 2009-2011	Jorma Posio
10. Depressiokoulu videoteitse Lapissa	Jorma Posio
11. Tunnekuunteleminen - Puolistrukturoitu haastattelumenetelmä – keskustelusta enemmän	Sirkka-Liisa Kuitunen Mia Blomqvist

SUOMEN  
MIELEN-  
TERVEYS-  
SEURA

**Suomen Mielenterveysseura**

Maistraatinportti 4  
00240 Helsinki  
Puhelin (09) 615 516  
[www.mielenterveysseura.fi](http://www.mielenterveysseura.fi)

**Koulutuskeskus**

Ratamestarinkatu 9  
00520 Helsinki  
Puhelin (09) 4150 3600  
[www.koukes.fi](http://www.koukes.fi)



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS