

# Mieli 2011

Kansallisten mielenterveyspäivien  
taustamateriaali, luennot ja posterit



*Järjestelytoimikunta*

Eila Okkonen  
Liisa Saaristo  
Anne Martins  
Ritva Mertaniemi  
Minna Laitila

© Kirjoittajat ja Suomen Mielenterveysseura

Taitto: Hannele Hannukainen  
ISBN 978-952-5513-80-6  
Suomen Mielenterveysseura, Helsinki 2011

Multiprint Oy  
Helsinki 2011

## ALKUSANAT

### MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN ON MONIMUOTOISTA TOIMINTAA JA YHTEINEN HAASTE

Mieli 2011 –päivät jatkuvat vuotuisena perinteenä, tällä kertaa Vaasassa. Päivät kokoavat ajankohtaisten mielenterveyskysymysten äärelle alan ammattilaisia, päättäjiä, poliitikkoja ja tutkijoita.

Haasteita riittää. Näinä aikoina punnitaan Mieli 2009-suunnitelman toimenpide-ehdotusten siirtyminen käytännön teoksi. Miten yhden oven periaate mielenterveys- ja päihdetyössä alkaa toteutua? Löytyykö käytäntöjä, joissa kokemusasiantuntijuus asettuu pysyväksi osaksi palvelujen suunnittelua, toteutusta ja arviointia?

Osoittautuuko oman reviirin vartiointi voimakkaammaksi kuin yhteistyön tarve mielenterveys- ja päihdetyössä? Kaikilla Kaste-alueilla on toimintaa meneillään, nyt tarvitaan ennakkoluulottomuutta ja uudistumistahtoa.

Mielenterveyden edistäminen on laaja käsite, joka konkretisoituu ja rajautuu vaikeasti. Mielenterveyteen vaikuttavia yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatason tekijöitä on paljon – yhteiskunnassa vallitsevasta arvoilmapiiiristä ihmisen toimeentuloon, asumiseen ja sosiaalisiin suhteisiin.

Päivien Kylä kasvattaa –teema tuo mieleeni innostavat yhdyskuntatyön kokeilut kymmeniä vuosia sitten. Keskeisinä ajatuksina olivat silloin ihmisten oman toiminnan ja voimavarojen tukeminen sekä ammattilaisten yhteistyö yli sektorirajojen, näkökulmana tietyn rajatun alueen tai yhteisön voimavarat ja mahdollisuudet. Nämä edelleen varsin modernit ajatukset ovat jostakin syystä jääneet sivuun tämän päivän kehittämistyössä.

Mielenterveyden edistäminen on osallisuutta, yhteisöllisyyttä, ihmisten oman äänen kuulumista, oikeudenmukaisuutta, yhdenvertaisuutta ja köyhyyden vähentämistä. Nyt tarvitaan käytännön tekoja.

Marita Ruohonen  
Toiminnanjohtaja  
Suomen Mielenterveysseura



## Sisällys

Alkusanat.....	3
Ohjelma .....	6
SOSIAALISTEN ONGELMIEN YLISUKUPOLVISUUS, MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN JA VASTUUN JAKAUTUMINEN, Pentti Arajärvi.....	8
MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISEN EDELLYTYKSET JA TOTEUTUMINEN Kristian Wahlbeck.....	9
POHJANMAA-HANKE 2005–2014 – KOHTI POHJALAISTA HYVINVOINTIA, Antero Lassila.	12
PAIKALLINEN ALKOHOLIPOLITIIKKA – syrjään sysätty – kohelluksen keskipisteessä, Saara Lång .....	13
”PAIKOILLANNE, VALMIIT, HEP...” – URHEILUSEURAT MIELENTERVEYDEN EDISTÄJINÄ, Mervi Ropponen .....	16
KOULUSSA ELÄMÄÄ OPETTELEMASSA, Marianne Takala.....	18
TYÖNTEKIJÄN JA ASiantuntijan EETTINEN KUORMA, Katja Kurri .....	19
JAETTU ASiantuntijuus – KYSYMYKSIÄ VALLASTA, Minna Laitila .....	22
SOCIALT KAPITAL OCH HÄLSA BLAND 65- OCH 75-ÅRINGAR, Fredrika Nyqvist .....	24
KODIN MERKITYS MIELENTERVEYDELLE: Nyt voin olla sitä, mitä oikeasti olen, Pia Toola ...	25
NUORTEN KÄYTÖS- JA PÄIHDEHÄIRIÖT JA NIIDEN HOITO, Mauri Marttunen, Leena Erling .....	27
MONITOIMIJAINEN LASTEN JA NUORTEN AUTTAMINEN, Leena Erling.....	30
TOIMIVA LAPSI & PERHE II, Mika Niemelä .....	32
PERHE- JA LÄHISUHDEVÄKIVALTA POLIISIN SILMIN, Urpo Lintala .....	33
TURVALLISUUS JA PERHESUHTEET LASTEN NÄKÖKULMASTA, Virpi Hagström .....	35
UUSI TAPA KATKAISTA VÄKIVALLAN KIERRE, Olli Jäppinen .....	37
KOKO KYLÄ KASVATTAÄ – monikulttuurisuus Rinkebyn koulussa, Börje Ehrstrand.....	39
POSTERIT.....	41
POSTERINÄYTTelyn OSALLISTUJAT .....	61

## **OHJELMA**

### **Mieli 2011 – kansalliset mielenterveyspäivät**

**Torstai 3.2.2011**

puheenjohtaja Marita Ruohonen

- 09.00 Ilmoittautuminen, posterinäyttelyyn tutustuminen ja aamukahvi
- 10.00 Leif Färdingin runoja, Runonkulkijat
- Tervehdykset
- Suomen Mielenterveysseura, toiminnanjohtaja Marita Ruohonen
  - Keski-Pohjanmaan shp ja Tervein mielin Pohjois-Suomessa/ Pohjanmaa-hanke, ylilääkäri ja hankejohtaja Matti Kaivosoja
  - Vaasan kaupunki
- 10.30 – 11.15 Sosiaalisten ongelmien ylisukupolvisuus, mielenterveyden edistäminen ja vastuun jakautuminen, Mielenterveysseuran puheenjohtaja tohtori Pentti Arajärvi
- Venyttelytauko
- 11.30 – 12.45 Kommenttipuheenvuorot ja yleiskeskustelu
- Mielenterveyden edistämisen edellytykset ja toteutuminen, tutkimusprofessori Kristian Wahlbeck, THL
  - Kaikista verkoista läpi – vankilaan, vastaava ylilääkäri, tutkimusprofessori Hannu Lauerma, Psykiatrinen vankilasairaala
- 12.45 – 13.45 Lounastauko
- 13.45 – 16.00 Yhteen hiileen puhaltaen – sessiot
- Kohti pohjalaista hyvinvointia, puheenjohtaja, ylilääkäri, LT Antero Lassila, Etelä-Pohjanmaan shp
- Paikallinen alkoholipolitiikka – syrjään sysätty - kohelluksen keski pisteessä, kehittämissuunnittelija Saara Lång, Pohjanmaan maakuntien päihdetyön kehittämiskeskus
  - ”Paikoillenne, valmiit, hep...” – Urheiluseurat mielenterveyden edistäjänä, projektikoordinaattori Mervi Ropponen, Välittäjä 2009 -hanke
  - Koulussa elämää opettelemassa, kehittämissuunnittelija Marianne Takala, Pohjanmaa-hanke/Välittäjä 2009 –hanke
- Työntekijän ja asiantuntijan eettinen kuorma puheenjohtaja, PsT Katja Kurri, Mielenterveysseura
- Tabut sosiaali- ja terveydenhuollossa, sosiaalityön professori Merja Laitinen, Lapin yliopisto
  - Jaettu asiantuntijuus – kysymyksiä vallasta, projektipäällikkö, TtT Minna Laitila, Pohjanmaa-hanke/Välittäjä 2009 -hanke
- Socialt kapital och mental hälsa, ordförande Yvonne Hilli, MediBothnia
- Dialog och delaktighet – hur samverkar det offentliga och det idéella i Sverige. Projektledare Heidi Sandberg, Socialforum, Sverige
  - Socialt kapital och hälsa bland 65- och 75-åringar, Pol. dr., forskare, Fredrica Nyqvist, Åbo Akademi

18.00-19.30 Iltavastaanotto Vaasan kaupungin peilisali, Senaatinkatu 1  
Isäntänä Vaasan kaupunginhallituksen varapuheenjohtaja  
Marjatta Vehkaoja

**Perjantai 4.2.2011**

puheenjohtaja Marita Ruohonen

09.00 - 9.45 Koti ja perhe mielen maailmassamme, professori Riitta Jallinoja,  
Helsingin yliopisto

09.45 - 10.30 Kommenttipuheenvuorot  
• Toiminnanjohtaja Kristiina Aminoff, Omaiset mielenterveystyön  
tukena ry  
• Sairastuneen vanhemman kasvattama, kokemusasiantuntija Pia Toola

10.45 – 12.45 Paljohan tässä teherään... -sessiot

Nuorten käytös- ja päihdehäiriöt ja niiden hoito,  
puheenjohtajana, professori Mauri Marttunen, THL  
• Monitoimijainen lasten ja nuorten auttaminen, suunnittelija, VTT  
Leena Ehrling, Mielenterveysseura  
• Toimiva lapsi & perhe II, projektipäällikkö Mika Niemelä, THL

Onko kotona kaikki hyvin?  
puheenjohtajana kehittämisspäällikkö Helena Ewalds, THL  
• Perhe- ja lähisuhdeväkivalta poliisin silmin, rikosylikomisario  
Urpo Lintala, Etelä-Pohjanmaan poliisilaitos  
• Turvallisuus ja perhesuhteet lasten näkökulmasta, toiminnanjohtaja  
Virpi Hagström, Vaasan Ensi- ja turvakoti – Vasa Mödra- och  
skyddshemm ry.  
• Uusi tapa katkaista väkivallan kierre, psykoterapeutti Olli Jäppinen,  
Mielenterveysseura

Koulu moninaisuuden kohtaamispaikkana,  
puheenjohtajana erikoissuunnittelija Ritva Mertaniemi, THL  
• Koko kylä kasvattaa, rehtori Börje Ehrstrand Rinkebyn koulu, Ruotsi  
(tulkkaus)  
• Kommenttipuheenvuorot

12.45 – 13.30 Lounastauko ja näyttelyyn tutustuminen

13.30 – 14.45 Sessioiden puheenjohtajien yhteenvedot  
– Mieli 2011:n anti ja keskeiset haasteet tulevaan, tutkimusprofessori  
Kristian Wahlbeck, THL

14.45 – 15.30 Kahvitarjoilu ja vapaata keskustelua

## **SOSIAALISTEN ONGELMIEN YLISUKUPOLVISUUS, MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN JA VASTUUN JAKAUTUMINEN**

**Pentti Arajärvi**

Eriarvoisuuden kasvaminen on nykyisin suomalaisen yhteiskunnan trendi. Se näkyy erityisesti tuloeroissa, mutta sillä on yhteys muihin julkisen vallan ja usein myös työmarkkinajärjestöjen toimenpiteisiin, joiden tarkoitus on olla uudelleen jakavia. Julkisen vallan toimenpiteillä tasataan sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja esimerkiksi tuloissa, terveydessä, koulutuksessa, työllisyydessä, asumisessa jne. Kansainvälisten selvitysten mukaan tasa-arvoisuus vähentää sosiaalisia ongelmia. Tällaisia tuloksia on saatu laatimalla esimerkiksi tuloerojen ja sosiaali- ja terveysongelmien indeksien välisiä riippuvuuksia. Sosiaali- ja terveysongelmien indekseihin on sijoitettu sellaisia tekijöitä, kuin elinajan odote, väestön luku- ja matemaattiset taidot, lapsikuolleisuus, henkirikokset, vankien määrä, teiniraskaudet, luottamus, ylipaino, mielenterveysongelmat, päihderiippuvuudet sekä sosiaalinen liikkuvuus.

Ongelmien ratkaisemisessa mielenterveyden edistäminen on tekijä, joka vaikuttaa moneen muuhun ongelmaan. Mielenterveysongelmilla on yhteytensä päihderiippuvuuteen ja molemmat vaikuttavat esimerkiksi ihmisten toimeentuloon, edellytyksiin työllistyä ja tätä kautta saavuttaa yleisesti sitä yhteiskunnallista asemaa ja koettua hyvinvointia, joka osaltaan on pohjoismaisen hyvinvointivaltion edellytys ja saavutus. Tätä taustaa vasten mielenterveyspalvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden vaikeutuminen on varsinkin pitkällä aikavälillä hyvinvointiyhteiskuntaa rapauttava seikka.

Pohjoismaisen järjestelmän yksi keskeisiä tekijöitä on julkisen vallan vastuu ja järjestelmien universaalisuus. Kaikki pidetään mukana, kaikki maksavat ja kaikki saavat. Viimekätinen vastuu on julkisella vallalla, valtiolla ja kunnilla. Tämä järjestelmä on antanut elinkeinoelämälle mahdollisuuden hyödyntää julkisia palveluja, se on osaltaan taannut kasvu- ja työllisyyspolitiikkaa ja esimerkiksi universaaleja koulutusjärjestelmiä. Yhteiskunnassa vallitsee kansalaisten välinen luottamus ja kansalaisten luottamus yhteiskunnan rakenteisiin. Laillisuusperiaatteen vahva läsnäolo on vaikuttanut korruption alhaisuuteen, siitä on seurannut hukkakustannusten vähäisyyttä ja toimivat rakenteet ovat taanneet muun muassa rahoituksen tehokkuuden. Kansalaiset ovat halukkaita maksamaan veroja niin oikeudenmukaisuussyistä kuin sen johdosta, että tuntevat itse saavansa palveluja tai olevansa potentiaalisia palvelujen saajia. Samaan aikaan ei voida kokonaan unohtaa yksilön vastuuta itsestään ja perheestään. Pohjoismaiseen hyvinvointivaltioon kuuluu myös sen oivaltaminen, että jokainen on joskus avuton ja kukaan ei ole aina avuton. Ketään ei jätetä.

## MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISEN EDELLYTYKSET JA TOTEUTUMINEN

### Kristian Wahlbeck

Mielenterveyden edistämisenä tarkoitetaan kaikkea toimintaa, jolla pyritään tukemaan mielen hyvinvointia. Mielenterveys ei ole vain mielen sairauksien puuttumista, vaan se tulee ymmärtää yksilön voimavarana, joka tukee myös fyysistä terveyttä.

Mielenterveys käsitteenä tarkoittaa muun muassa elämänhallintaa, itsetuntoa, elinvoimaisuutta ja psyykkistä vastustuskykyä. Muita hyvän mielenterveyden tunnusmerkkejä ovat hyvä toimintakyky ja kyky luoda ihmissuhteita. Mielenterveyden eroa mielen sairaudesta on haluttu korostaa ottamalla käyttöön myös käsitteet ”positiivinen mielenterveys” ja ”psyykkinen hyvinvointi”. Se on elämän kivijalka, joka mahdollistaa elämän ilon ja toivon, tukee arjessa jaksamista ja auttaa kestäämään vastoinkäymisiä ja selviytymään niistä. (Heiskanen ym. 2006).

Mielenterveys on terveen kansantalouden kivijalka. Tänä päivänä mielenterveyden ongelmat aiheuttavat suurta tuottavuuden laskua, ja mielenterveysperusteisten sairauslomien ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on kasvanut voimakkaasti. Kestävän kasvun tavoitteiden saavuttamiseksi väestön mielenterveyden edistäminen on välttämättömyys.

### Panostaminen terveystekijöihin riskitekijöiden sijaan

Edellä esitettyä mielenterveyden ja mielenterveyden häiriön käsitteellistä erottelua mukaillen myös mielenterveyden edistäminen voidaan erottaa mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisystä. Ehkäisevä mielenterveystyö pyrkii psykiatristen sairauksien ehkäisyyn, kun taas mielenterveyden edistäminen eli promootiotyö pyrkii vahvistamaan positiivista mielenterveyttä. Mielenterveyden edistämiseksi on keskeistä terveyttä hoitava (salutogeeninen) lähestymistapa perinteisen sairaus- ja häiriökeskeisen ajattelun sijaan. Riskiryhmissä olevien ihmisten erittelyn ja jopa erottelemisen sijaan pyritään löytämään yleisiä tapoja, joilla edistää kaikkien ihmisten terveystekijöitä.

### Ilman mielenterveyttä ei ole terveyttä

Yleinen terveyttä edistävä kansanterveystyö korostaa pääasiassa ruumiillista terveyttä. Pyrkimyksenä on parantaa ravitsemus- ja liikuntatottumuksia sekä ehkäistä tupakointia ja runsasta alkoholin kulutusta. Tämä kapea näkemys terveydestä sivuuttaa seikan, että erilaiset mielenterveyden häiriöt muodostavat yhä suuremman osan sairaustaakasta ja pahoinvoinnista. Keskimääräisen elinajanodotteen pidentymisestä ja yleisen terveystilanteen paranemisesta huolimatta ahdistuneisuuteen, univaikeuksiin ja väsymykseen liittyvät ongelmat lisääntyvät.

Monesti syntyikin tunne, että kansanterveystyö pitää ruumiillisen terveyden kohentamiseen tähtäävää työtä mielenterveyden eteen tehtävää työtä tärkeämpänä. Erityisen selvästi yämä näkyy YK:n työssä ei-tarttuvien tautien taltuttamiseksi, josta järjestetään syyskuussa 2011 valtionpäämiestason kokous. On pyrkimyksiä rajoittaa YK:n työtä koskien ei-tarttuvia tauteja koskemaan pelkästään fyysisen terveyden edistämistä ja fyysisten tautien ehkäisyä, vaikka sekä kehitysmaissa että teollisuusmaissa mielenterveyden häiriöt muodostavat yhä suuremman osan väestön tautitaakasta.

Nykyisessä tietoyhteiskunnassa hyvä mielenterveys on yksi tärkeimmistä työntekijöiden ominaisuuksista. Tästä syystä kunnissa ja eri organisaatioissa tapahtuva terveyden edistämistyö on laajennettava kattamaan myös mielenterveyden edistäminen.

## **Mielenterveydellä on monia määrittäviä tekijöitä**

Yksilön mielenterveyttä määrittävät useat yhtäaikaisesti vaikuttavat tekijät. Näitä ovat muun muassa biologiset tekijät (kuten perintötekijät ja huumeiden käyttö), psykologiset tekijät (kuten kasvatusta ja persoonallisuuspiirteet) sekä sosiaaliset tekijät (kuten perhesuhteet ja sosiaalinen verkosto). Mielenterveyden edistämistyö on suunnattava mielenterveyttä määrittäviin tekijöihin. Nämä tekijät ovat usein terveyssektorin ulkopuolella, joten menestyksekkäältä mielenterveyden edistämistyöltä vaaditaan rajoja ylittäviä ja poikkisektoraalisia toimia (WHO 2004).

## **Mielenterveyteen voidaan vaikuttaa**

Tutkimus on osoittanut, että näyttöön perustuvat mielenterveyden edistämistoimenpiteet ovat tehokkaita. Toimenpiteet ovat terveydenhuollon lisäksi toteutettavissa esimerkiksi koulusektorilla, nuorisotyössä, päivähoitossa, kaupunkisuunnittelussa ja kiinteistösektorilla. Mielenterveyden edistämistyö on tästä huolimatta puutteellista. Useimmilta kunnilta puuttuvat sekä mielenterveystyön kokonaissuunnitelmat että henkilöresurssit, joilla kunnan asukkaiden mielenterveyttä voitaisiin edistää (Harjajärvi 2007).

Yksilön perimmäiset oikeudet ovat tärkeitä mielenterveydelle. Demokraattinen kansalaisyhteiskunta tarjoaa hyvän lähtökohdan mielenterveyden edistämistyölle. Mielenterveyteen vaikuttavien seuraamusten huomioiminen päätöksenteossa ei kuitenkaan ole itsestään selvää kunnissa. Monessa tapauksessa mielenterveyteen kohdistuvia seurauksia ei tulla edes ajatelleeksi.

## **Mielenterveys on parhaiten mukana toimenpiteissä, joissa toimitaan yhdessä**

Osa mielenterveyttä määrittävistä tekijöistä on sellaisia, joihin yksilö voi itse vaikuttaa omilla valinnoillaan. Useisiin määrittäviin tekijöihin voidaan kuitenkin vaikuttaa ainoastaan yhteisillä, yhteiskunnallisen tason toimenpiteillä. Maailman terveysjärjestön Ottawa-julistus korostaa, että terveyden edistämistyössä keskeisen lähtökohdan muodostavat rakenteelliset panostukset, joilla luodaan terveyttä tukeva elinympäristö ja oikeudenmukaisia lähtökohtia terveydelle. Väestöön kohdistuvassa mielenterveyden edistämistyössä pyritään lisäämään terveystekijöitä muun muassa luomalla tukevia elinympäristöjä. Panostukset kohdennetaan toimiin, jotka antavat ihmisille mahdollisuuden vaikuttaa omaan elämäntilanteeseensa ja lähiympäristöönsä, tukevat sosiaalista juurtumista ja aktiivista osallistumista, helpottavat arjen vaatimuksista selviytymistä ja terveellisten valintojen tekemistä.

## **Sosiaalinen pääoma ja mielenterveys**

Terveyden edistämistyössä otetaan usein huomioon vain ihmisen fyysinen pääoma sekä osaamispääoma. Mielenterveyden edistämistyössä painoarvoa saa ennen kaikkea sosiaalinen pääoma (McKenzie ja Harpham 2006). Sosiaalinen pääoma muotoutuu lähiyhteiskunnastamme, sosiaalisesta verkostosta, säännöistä sekä keskinäisestä luottamuksesta, jotka mahdollistavat yhteistoiminnan yhteisen hyvän puolesta. Tutkimus on osoittanut, että sosiaalinen pääoma on yhteydessä taloudelliseen kasvuun, vähentyneeseen rikollisuuteen, sosiaaliseen koheesioon sekä parempaan mielenterveyteen.

Myös **yhteisöllisyyttä** tukevia, osallisuutta vahvistavilla, sosiaalista vastuuta kehittäville ja voimaannuttavilla (”empowerment”) interventioilla on todettu olevan hyviä vaikutuksia mielenterveyteen. Yksi tunnettu esimerkki on tutkimus alkujaan amerikkalaisesta ”Communities that Care” -ohjelmasta, joka perustuu lähiympäristön aktivointiin väkivallan vähentämiseksi (Hawkins ym. 2002). Ohjelma perustuu monimuotoisiin panostuksiin

eri tasoilla (lähiyhteiskunta, koulut, perheet ja yksilöt). Ohjelman on todettu vähentävän nuorten käyttäytymishäiriöitä, tukevan vanhemmuutta sekä vähentävän kouluongelmia ja rikollisuutta.

## Viitteet

Harjajärvi M., Pirkola S., Wahlbeck K. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. MERTTU-tutkimuksen palvelukatsaus. Acta 187. Helsinki: Suomen Kuntaliitto ja Stakes, 2006.

<http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/AA8D982E-DDB4-455F-AD51-880AD50791A5/0/187merttuverkkoon.pdf>

Hawkins D., Catalano R., Arthur M. Promoting science-based prevention in communities. *Addict Behav* 2002;27:951-976.

Heiskanen T., Salonen K., Kitchener B., Jorm A. Käsikirja mielenterveydestä ja ensiavusta. 2. pianos. Helsinki: Suomen mielenterveysseura, 2008.

McKenzie K., Harpham T. (red). *Social Capital and Mental Health*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2006.

World Health Organization. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. Geneva: World Health Organization, 2004.

<http://www.aihi.unimelb.edu.au/pdf/publications/promotingMentalHealth.pdf>.

## **POHJANMAA-HANKE 2005–2014 – KOHTI POHJALAISTA HYVINVOINTIA**

**Antero Lassila**

### **Mistä kaikki lähti?**

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat kansanterveyden suurimpia haasteita nyt ja tulevaisuudessa. Pohjanmaa-hanke 2005–2014 käynnistyi vuonna 2005 vastaamaan näihin haasteisiin.

Pohjanmaa-hankkeen tavoitteena on ollut tuottaa kansalliseen käyttöön alueellinen malli vaikuttavasta mielenterveys- ja päihdetyöstä. Mallilla pyrimme lisäämään mm. vaikuttaviksi havaittujen menetelmien käyttöä mielenterveys- ja päihdepalveluissa.

Hankkeemme tavoitteena on myös kääntää mielenterveys- ja päihdeilanteen kehitys myönteiseen suuntaan siten, että se on hankkeen tulosten kannalta keskeisillä mittareilla väestötasoisesti osoitettavissa.

### **Mitä teemme?**

- Tuemme kuntien päihde- ja mielenterveystyön kehittämistä (kuntastrategiat)
- Vahvistamme mielenterveyden edistämistä ja päihhteettömyyttä
- Edistämme ennaltaehkäisyä ja varhaista auttamista päihde- ja mielenterveystyössä
- Tarjoamme työvälineitä hoito- ja palveluketjujen sekä kuntoutuksen kehittämisessä
- Edistämme työhyvinvointia ja työelämässä pysymistä
- Välitämme päihde- ja mielenterveystyön uusinta tietoa

### **Miten teemme?**

Etelä-Pohjanmaan, Keski- Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirien, SONet BOTNIAn sekä sosiaali- ja terveysministeriön yhteinen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishanke toimi alkuperäisessä kokoonpanossaan kolmen pohjalaismaakunnan alueella vuosina 2005–2009.

Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-ohjelman myötä Pohjanmaa-hankkeen rahoitusjärjestelmä ja aluejako muuttuivat. Toisen hankekauden loputtua, syksyllä 2009, Etelä-Pohjanmaan ja Pohjanmaan alueet aloittivat toimintansa osana Välittäjä 2009 -hanketta. Keski-Pohjanmaan alue liittyi Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeeseen

Pohjanmaa-hankkeen toiminta jatkuu eri alueilla nykyään osin eri tavoittein. Etelä-Pohjanmaa on edelleen täysin sitoutunut Pohjanmaa-hankkeen alkuperäisiin tavoitteisiin ja toimintaperiaatteisiin. Parhaan kuvan toiminnastamme saatte hankkeemme kotisivuilta. [www.pohjanmaahanke.fi](http://www.pohjanmaahanke.fi).

Esimerkkeinä esitämme Pohjanmaa-hankkeen työtä paikallisen alkoholipolitiikan, urheiluseurayhteistyön sekä kouluissa tapahtuvan työskentelyn kautta.

## **PAIKALLINEN ALKOHOLIPOLITIikka** – syrjään sysätty – kohelluksen keskipisteessä

**Saara Lång**

Alkoholilain<sup>1</sup> tarkoituksena on alkoholin kulutusta ohjaamalla ehkäistä alkoholipitoisista aineista aiheutuvia yhteiskunnallisia, sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Alkoholilain ja sen nojalla annettujen säännösten ja määräysten valvontaa johtaa ja ohjaa sosiaali- ja terveysministeriö.

Päihdepolitiikan menetelmien vaikuttavuudesta on olemassa runsaasti tutkimus-, kokemus- ja arviointitietoa. Alkoholihaittoihin vaikuttavimmiksi havaittuja keinoja ovat hinnan, saatavuuden ja markkinoiden sääntely. Ilman valtiovallan ja kunnan viestiä sitoutumisesta tähän sääntelyyn ja hyvinvointi- ja terveyslähtöiseen päihdepolitiikkaan kasvatuksen ja valistuksen avulla saatavat tulokset jäävät todella heikoiksi.

### **Kunnan rooli**

Alkoholilaisissa säädetään, että alkoholijuomien vähittäismyyntiä saa harjoittaa ainoastaan kunnassa, jossa kunnanvaltuusto on antanut siihen suostumuksensa. Alkoholijuomien vähittäismyynti voidaan myöntää sille, jolla harkitaan olevan tähän toimintaan tarvittavat edellytykset ja luotettavuus. Vähittäismyyntiä saa harjoittaa vain lupaviranomaisen hyväksymässä myyntipaikassa, joka paikan sijainnin ja myyntitilojen sekä toiminnan osalta on asianmukainen ja jossa myynti on järjestetty niin, että tehokas valvonta on mahdollista. Alkoholilupia myöntää ja valvoo aluehallintoviranomainen. Kunnalla on lain mukaan mahdollisuus myös peruuttaa suostumuksensa vähittäismyyntiin.

### **Anniskelupaikan järjestys**

Alkoholilaki määrittelee, että päihtynyttä ei saa päästää anniskelupaikkaan. Asiakas, joka käyttäytyy häiritsevästi tai jonka päihtymys on selvästi havaittavissa, on poistettava anniskelupaikasta. Suomalainen alkoholikulttuuri kuitenkin ihannoii humalahakuista juomista niin paljon, että lain lavea tulkinta jää valvomatta; kukaan ei rohkene määritellä sitä mitä päihtyneellä tosiasiaa tarkoitetaan.

Päihtymys voidaan kuitenkin jaotella (ja sen myötä määrittää) veren alkoholipitoisuuden avulla lievään humalaan (alkoholipitoisuus alle 1,0 promille -> päihtynyt hilpeä, puhe- lias, mielialaltaan ailahtelevainen), keskivahvaan humalaan (alkoholipitoisuus 1,0-2,0 promillea -> liikkeet käyneet hallitsemattomiksi, tarkkuutta vaativat suoritukset eivät onnistu, puhe sammaltaa, sekä ajan, paikan ja ympäristön tapahtumien seuraaminen häiriintyy), vahvaan humalaan (alkoholipitoisuus 2,0-3,0 promillea -> liikkeet tulleet hyvin haparoiviksi, tajunta hämärtynyt eikä tilaa voida normalisoida edes tahdonvoimalla) ja tajuttomuustilaan, alkoholimyrkytykseen (alkoholipitoisuus 3,0-4,0 promillea -> syvä tajuttomuustila -> alkoholipitoisuus yli 4 promillea -> humalatila aiheuttaa välittömän hengenvaaran).

Promilleiden nousu voidaan laskea ja annostaa. Yksi ravintola-annos sisältää alkoholia 11,5 grammaa. Yksi annos on esim. pullollinen keskialolutta tai pullollinen siideriä tai lasi puna- tai valkoviiniä (12 cl) tai annos väkevää viiniä (8cl) tai annos viinaa (4cl)

Alkoholi jakautuu elimistön vesiosaan, joka naisilla on 66% ruumiinpainosta ja miehillä 75%. Tämän vuoksi naisten ja miesten veren alkoholipitoisuus lasketaan kahden eri kaa- van mukaan. Naisten veren alkoholipitoisuus nousee samasta määrästä alkoholia korke- ammaksi kuin miesten ja heille alkoholimyrkytys tulee herkemmin.

1 Alkoholilaki 8.12.1994/1143

Miehellä nautittu alkoholimäärä  $\text{gr} / (0,75 \times \text{oma paino kiloina}) = \text{promillemäärä}$ , naisilla nautittu alkoholimäärä  $\text{gr} / (0,66 \times \text{oma paino kiloina}) = \text{promillemäärä}$ . Esimerkiksi mies (75kg) juo 6 pulloa keskivolutta nopeasti. Pullollinen vastaa yhtä alkoholiannosta, jolloin promillemäärä saadaan seuraavasti:  $(6 \times 11,5 \text{ grammaa}) / (0,75 \times 75 \text{ kg}) = 1,22 \text{ promillea}$ . Nainen (55kg) juo saman määrän samassa ajassa ja saa promillemääräksi 1,90.

Humalatilaa ja siihen johtavien annosten lukumäärää on mahdollisuus määrittellä melko tarkasti jos niin halutaan. Ilmeisestä liikakäytön aiheuttamista alkoholihaitoista huolimatta tällaiseen määrittelyyn poliittisessa päätöksenteossa ei haluta mennä.

Alkoholielinkeinon intressi on saada alkoholin myynnistä mahdollisimman paljon voittoa. Tämä tarkoittaa, että asiakkaille myydään mahdollisimman suuri määrä alkoholia. Yhdessä tämän intressin kanssa, suomalaisessa kulttuurissa oleva, humalahakuisen juomisen ihannointi muodostaa yhtälön, jota on mahdoton murtaa tai ratkaista toisin vaikkakin yleisesti on pitkään ollut tiedossa tästä ongelmasta aiheutuvat terveydelliset, sosiaaliset ja taloudelliset haitat yksilölle ja yhteiskunnalle. Alkoholin saatavuuden rajoittamiseen ei haluta puuttua vaikkakin sen merkityksestä päihdehaittojen ehkäisyssä on olemassa näyttöä.

### **Alkoholijuomien myynnin rajoituksia**

Alkoholijuomaa ei saa myydä alle kaksikymmenvuotiaalle (mietoa kylläkin 18-vuotta täyttäneelle), häiritsevästi käyttäytyvälle tai selvästi päihtyneelle, alkoholijuoman väärinkäyttäjälle tai sen välittäjälle. Anniskeluluvan haltijalta puolestaan edellytetään täysi-ikäisyyttä, taloudellista tasapainoa, luotettavuutta ja päihdeettömyyttä.

Anniskelulupa voidaan jättää myöntämättä tai lupaviranomainen voi rajoittaa anniskeluaikaa, anniskelualueita, anniskeltavien alkoholijuomien lajeja tai asiakaspaikkojen lukumäärää tai asettaa anniskelun valvonnan ja järjestyksenpidon kannalta tarpeellisia ehtoja mm. jos:

anniskelulupaa haetaan pääosin lapsille tai nuorille tarkoitettujen tai heidän käyttämiensä tilojen yhteyteen tai välittömään läheisyyteen tai paikkaan, jossa elinkeinotoiminnan on katsottava kohdistuvan pääosin lapsiin ja nuoriin;

anniskelulupaa haetaan urheilutapahtumaan tai tilaisuuteen, joka on luonteeltaan perhetapahtuma tai johon muuten osallistuu runsaasti lapsia ja nuoria;

anniskelupaikan sijainti on sellainen, että lupaviranomaisella on saatujen selvitysten ja lausuntojen perusteella syytä epäillä, että anniskelutoiminnasta aiheutuu asuinympäristölle, yleiselle järjestykselle ja turvallisuudelle tai yhdiskunnan palveluille ja toiminnoille häiriöitä tai muita kielteisiä seurauksia.

### **Valvontaviranomaisen keinot**

Mikäli myyntipaikassa on rikottu alkoholilakia tai sen nojalla annettuja säännöksiä ja määräyksiä lupaviranomainen voi antaa vähittäismyyntiluvan haltijalle huomautuksen tai kirjallisen varoituksen taikka supistaa myyntiaikoja tai korvauksetta peruuttaa myyntiluvan joko määräajaksi tai pysyvästi. Anniskelukielloon voi johtaa mm. myynti alle 18-vuotiaalle, häiritsevästi käyttäytyneelle tai selvästi päihtyneelle tai silloin jos on aiheutunut olettaa alkoholijuoman väärinkäyttöä.

Aluehallintovirasto voi antaa alkoholielinkeinonharjoittajalle tai yhteisölle huomautuksen tai kirjallisen varoituksen tai kieltää myynnin määräajaksi, enintään kuudeksi kuukaudeksi.

Poliisi voi myös, jos järjestyksen ylläpitäminen sitä vaatii, keskeyttää tilapäisesti, enintään vuorokauden ajaksi.

### **Historian havinaa – kansalaisen viinakortti**

Viinakortti oli vuosina 1944- 1970 luvulla Suomessa käytössä ollut alkoholiliikkeen antama virallinen henkilötodistus, josta käytettiin alkuun nimitystä myymälätodistus ja myöhemmin henkilötodistus. Kortilla ostajat osoitettiin käyttämään heille nimettyä myymälää tarkoituksena estää alkoholin joutuminen salakauppaan tai väärinkäyttöön. Käynnit alkoholiliikkeessä leimattiin korttiin vuosina 1944 -1955. Myös tehdyt ostot merkittiin korttiin vuodesta 1947 alkaen kokonaisuudessaan, myöhemmin vain väkevien juomien osalta. Vuodesta 1957 ostot merkittiin vain väärinkäytöstä epäiltyjen kortteihin. Mikäli ostoja oli liian usein, henkilökunta saattoi ottaa kortin hetkeksi pois ja asiakas puhuteltiin. Poliisi ilmoitti juopumuspidätykset Alkolle ja tästä saattoi seurata henkilötodistuksen peruttaminen kokonaan tai määräajaksi. Vuoden 2007 syksystä lähtien Alko on tarjonnut vapaaehtoista sähköistä viinakorttia omien juomatottumusten tarkkailuun. Vapaaehtoisen viinakortin lisäksi Alkon sivustoilla löytyy promillemittari, jonka avulla voi esimerkiksi ravintolaillan illan jälkeen laskea promillet.

Järeät saatavuuden sääntelyn mahdollisuudet ovat jääneet kuitenkin jo historiaan. 2000 – luvun menetelminä päihdehaittojen vähentämiseksi on käytetty yhteistyötä alkoholielinkeinon kanssa; vuoropuhelua, koulutusta, ja omavalvonnan kehittämistä.

### **Paikallisen alkoholipolitiikan kehittäminen**

Pohjanmaan alueella on yhdessä kehittämishankkeiden, kolmannen sektorin, yrittäjien alkoholitarkastuksen ja poliisin kanssa järjestetty Vastuullisen alkoholinmyynnin koulutuksia.

Koulutusten keskeisenä tavoitteena on ollut saada alkoholielinkeino yhteistyöhön terveyden- ja hyvinvoinnin edistämiseen. Esillä on pidetty sekä alkoholilain mukaista alkoholipolitiikka ja sen rakentamista, keskusteltu omavalvonnan kehittämisestä ja annettu välineitä vähittäismyynti- ja anniskelupaikoissa tapahtuvaa väkivaltaa tai sen uhkaa varten. Tämän lisäksi on käyty keskusteluja alkoholitarkastuksen ja yrittäjien kanssa ravintoloiden aukioloista ja jatkoajoista.

Keski-Pohjanmaalla on todettu, että yleinen turvattomuus ja yleisillä paikoilla tapahtuvat väkivallan teot ovat yleensä ravintoloiden läheisyydessä. Tämän vuoksi kuntien tekninen toimi yhdessä poliisin kanssa on kartoittanut alueita ja laatinut teknisen valvonnan (valaistus, kamerat, puiston harvennus) suunnitelmia tilanteen rauhoittamiseksi.

Paikallisen alkoholipolitiikan kehittämisen haasteena on alkoholielinkeinon kanssa tehtävä yhteistyö, väestön yleiset asenteet humalahakuista päihteidenkäyttöä kohtaan ja alkoholitarkastuksen ja poliisin vähäiset resurssit alkoholilainsäädännön valvontaan. Pohjalla on kuitenkin alkoholilainsäädännön väljyys; sanotaan asioita, joita ei tarkenneta tai valvota loppuun asti. Kyseessä on osin kaupallisten ja taloudellisten intressien paine, jossa ei oteta huomioon alkoholista aiheutuvia todellisia haittakustannuksia yhteiskunnalle.

## **”PAIKOILLANNE, VALMIIT, HEP...” – URHEILUSEURAT MIELENTERVEYDEN EDISTÄJINÄ**

### **Mervi Ropponen**

Liikunta tukee lapsen laaja-alaista kehitystä ja sen vaikutukset ovat kauaskantoisia. Lap-  
sena ja nuorena omaksuttu tapa säännölliseen liikkumiseen aikaansaa sen, että liikkumi-  
nen aikuis-iälläkin on luontaisempaa. Liikunnan yhteys hyvään mielenterveyteen koko  
elämänkaaren aikana on merkittävä. Liikunnan on todettu kohentavan mielialaa, lisäävän  
itseluottamusta ja elämänhallinnan tunnetta. Joidenkin tutkimusten mukaan se on yhtä te-  
hokas masennuksen hoidossa kuin psykoterapia. Liikunnalla voidaan jopa hoitaa vakavaa  
masennusta (Leppämäki 2007). Morganin (1997) mukaan liikkussa kehossa tapahtuu  
monia muutoksia, jotka vaikuttavat mielialaan (Ojanen 2001). Liikunnalla on todettu ole-  
van eniten positiivisia vaikutuksia ahdistukseen ja masennukseen.

Kokon ym. (2004) mukaan terveyden edistäminen ei pitäisi nähdä pelkästään terveyden-  
huollon tehtävänä, vaan se koskettaa kaikkia yhteiskunnan sektoreita. Urheilu on suosi-  
tuin vapaaehtoistoiminnan muoto Suomessa, ja tämän vuoksi urheiluseuroilla on paljon  
mahdollisuuksia myös terveyden edistäjänä. Urheiluseuroilla on merkittävä rooli myös  
lasten ja nuorten liikuttamisessa. Lähes puolet suomalaisista lapsista ja nuorista on mu-  
kana seurojen toiminnassa. Vuosina 2005–2006 tehdyn kansallisen liikuntatutkimuksen  
mukaan 3–18 vuotiaista suomalaisista 91 % ilmoittaa harrastavansa urheilua ja liikuntaa  
(2006). Urheiluseurojen ulkopuolella olevista lapsista ja nuorista peräti 250 000 haluaisi  
tulla mukaan toimintaan.

### **Kokemuksia yhteistyöstä urheiluseurojen kanssa**

Pohjanmaa-hanke teki vuoden 2007 alussa kumppanuussopimuksen Kaustisen Pohjan-  
Veikkojen (KPV) kanssa. Kaustisen Pohjan- Veikot on 1914 perustettu yleisseura, jos-  
sa toimii 11 jaostoa. Kumppanuussopimuksen kautta oli tavoitteena pilotoida erilaisia  
toimia, joilla pyrittiin vaikuttamaan mielenterveyteen ja päihteisiin liittyviin asenteisiin  
seurassa toimivien keskuudessa. Lisäksi tavoitteena oli tukea seuraa laatimaan pitkäkes-  
toinen hyvinvointistrategia, jonka avulla voitaisiin vahvistaa seuran toimintaa terveyden  
edistäjänä. Pohjanmaa-hanke tarjosi koulutusta 2007–2008 seurassa toimiville valmentajille,  
urheilijoille ja muille aktiivisesti seuratoiminnassa oleville.

Koulutuksissa käsiteltiin niin mielenterveyteen, psyykkiseen valmennukseen kuin päih-  
teiden käyttöönkin liittyviä teemoja. Koulutusten tavoitteena oli myös lisätä seuratoi-  
mijoiden tietämystä ja ymmärrystä koskien mielenterveys- ja päihdeasioita sekä niiden  
merkitystä siten kuin ne seuraympäristössä näyttäytyvät. Samalla pyrittiin välillisesti vai-  
kuttamaan asenteisiin ja poistamaan mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvää leimaa.  
Aktiivisen yhteistyön jälkeen vuonna 2009 tehtiin seuratoimijoille Webropol- kysely, jon-  
ka tarkoituksena oli arvioida sekä kokeiluprosessia että sen vaikutuksia seuratoimijoiden  
(eritoten valmentajien) asenteisiin mm. mielenterveys- ja päihdekysymyksiä kohtaan.

Vastaajat kokivat, että he kaipasivat lisätietoa urheilijan henkisiin ominaisuuksiin ja - val-  
mennukseen liittyviin kysymyksiin. Lisäksi kaivattiin tietoa yleisesti mielenterveysong-  
elmien oireista sekä ennaltaehkäisystä. Äärimmäisen tärkeäksi koettiin se, että urheilu-  
seuratoimijoiden tulisi olla tietoisia päihde- ja mielenterveysasioista. Erityisesti valmen-  
tajat nähdään olevan keskiössä ja esikuvina, jolloin heidän roolinsa kasvattajina ja asen-  
teiden muokkaajana korostuu. Kun kyse on lapsista ja joiden kokonaisvaltainen kasvu on  
keskeneräistä, nähdään valmentajan esimerkin ja vaikutuksen korostuvan. Valmentajilta  
odotetaan myös ymmärrystä ja tietämystä peloista ja tunteista sekä niiden ilmenemisestä.  
Valmentajien vastuu ja toimet eivät rajoitu pelkästään lapsiin ja nuoriin. Koettiin, että vai-  
kutukset yltävät myös lasten ja nuorten vanhempiin. Vanhemmat luottavat valmentajien

mielipiteisiin. Vastaajien mielestä valmentajat saattavat nähdä muutokset lasten ja nuorten käyttäytymisessä herkemmin kuin vanhemmat. Vanhemmat toimivat lastensa kanssa rutiininomaisesti, eivätkä välttämättä kykene aina näkemään lapsilla tai nuorilla tapahtuvia muutoksia, vaan voivat niin sanotusti tottua käyttäytymisen muuttumiseen.

Kehittämisprosessin aikana pyrittiin vaikuttamaan urheiluseuratoimijoihin siten, että urheiluseuralla olisi aiempaa paremmat edellytykset toimia tehtävässään yhteisössä, paitsi terveyden myös positiivisen mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistäjänä. Kehittämisprosessin jälkeen seuratoimijat kokivat tiedon määrän päihde- ja mielenterveysasioista lisääntyneen sekä saaneensa välineitä toiminnassaan. Sen seurauksena edelleen he uskaltavat puhua avoimesti mielenterveysongelmista ja kykenevät ymmärtämään nuorta ja joskus hänen ”rajuja ratkaisujaankin”.

### Muita kokemuksia

Kaustisen pilottihankkeen jälkeen on yhteistyötoimintaa laajennettu myös järjestötasolle. Pohjanmaan Liikunta ja Urheilu ry (PLU) toimii liikuntaväen yhteisenä aluejärjestönä. Aluetoimisto sijaitsee Seinäjoella. PLU:n tavoitteena on innostaa jokainen pohjalainen liikkumaan oman kuntonsa ja hyvinvointinsa vuoksi, tukea liikuntaseurojen, lajien aluejärjestöjen ja lajiliittojen toiminnan kehittymistä. Yhteistyö urheilujärjestö Pohjanmaan liikunta- ja urheilu ry:n (PLU) ja Pohjanmaa-hankkeen kesken käynnistyi vuoden 2008 loppupuolella. Tuolloin toteutettiin ensimmäisenä henkisen valmennuksen - koulutus-tilaisuus, jossa esiteltiin myös seuratoimijoille urheiluseurojen mahdollisuuksia toimia mielenterveys- ja päihdeasioiden edistäjänä. Yhteistyömuotona ovat olleet myös erilaiset seminaaripäivät.

Yhteistyötä on tehty myös Nurmon Jymyn kanssa. Nurmon Jymyn pesäpallon junioritiimi (kattaa noin 300 lisenssipelaajaa ollen Suomessa suurin jäsenmäärältään) kokosi oman pelisääntökirjasensa, johon kirjattiin, että pelaajat, valmentajat ja vanhemmat sitoutuvat päihdeettömyyteen lasten urheiluharrastuksen parissa. Edelleen yhteistyötä on tehty Suomen voimisteluliiton Pohjanmaan alueen kanssa mielenterveys- ja päihdeasioissa. Päihdetön pelikenttä - koulutuksia toteutettiin tänä syksynä myös urheiluseura Teuvan Rivakassa (jalkapallo).

### Lähteet:

- Kansallinen liikuntatutkimus 2005–2006. Lapset ja nuoret. SLU:n julkaisusarja 4/06.  
[http://slu-fi-bin.directo.fi/@Bin/c18fe3706d91b5860c4ffa244fab174/1237880244/application/pdf/119514/Kansallinenliikuntatutkimus\\_2005\\_2006lapsetjanuoret.pdf](http://slu-fi-bin.directo.fi/@Bin/c18fe3706d91b5860c4ffa244fab174/1237880244/application/pdf/119514/Kansallinenliikuntatutkimus_2005_2006lapsetjanuoret.pdf).
- Kokko, S., Kannas, L. & Itkonen, H. 2004. Urheiluseura lasten ja nuorten terveyden edistäjänä. *Liikunta & tiede* 6/2004, 101–112.
- Leppämäki, S. 2007. Liikunta ja depressio. *Duodecim*; 123, 629–630.
- Ojanen, M. 2001. Liiku oikein - voi hyvin. Tammer-paino Oy. Tampere, 121–127.
- Raittiuden Ystävät ry. Päihdetön pelikenttä. <http://www.raitis.fi/tuotteet/pelikentta.html>
- SLU. Reilu peli. [http://www.slu.fi/reilu\\_peli/](http://www.slu.fi/reilu_peli/)
- WHO. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1.  
[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)

## **KOULUSSA ELÄMÄÄ OPETTELEMASSA**

### **Marianne Takala**

Elämäntaitojen opettelussa kouluvuodet ovat tärkeitä vuosia. Kouluympäristössä nousevat esiin vahvuudet ja haavoittuvuudet. Jos lapsen elämässä ei kaikki ole kohdallaan, niin se usein näkyy koulutyössä. Koulu itsessäänkin ympäristönä voi tuoda paineita: on suoriuduttava asioista, jotka jännittävät; on tehtävä tehtäviä, jotka eivät aina miellytä; on tultava toimeen ihmisten kanssa, joita itse ei ole valinnut lähelleen; on pysyttävä aika-tiloissa, joita itse ei ole laatinut. Koulu haastaa kasvamaan! Vaikeudet ja pettymykset kuuluvat elämään, niin myös itsensä voittamisen ilot, sosiaaliset harjoittelutilanteet ja onnistumisen hetket. Kun mieli voi hyvin, lapsi voi hyvin. Koulussa opitaan elämää ja elämään.

### **Mielen hyvinvointi**

Tunnetaidot ovat mielen hyvinvoinnin kulmakivi. Ne ovat ihmisen kykyä selvittää niin omasta itsestä nousevien tunteiden kanssa, kuin myös vuorovaikutuksessa esiin nousevien tunteiden kanssa. Mielenterveyteen kuuluu kyky sietää pettymyksiä ja ajoittaista ahdistusta. Yksi trauma ei lapsen mieltä murra. Kuormittavampaa on negatiivisten asioiden jatkuva toistuminen. Jokainen lapsi tarvitsee realistisia haasteita ja onnistumisen kokemuksia.

### **Lasta suojaavat tekijät ja koulu**

Lasta suojaa ikätasoinen, realistinen tieto ja ymmärrys, ikätasoiset, toimivat sosiaaliset suhteet, harrastaminen, koulunkäynnin sujuminen sekä suhde luotettavaan kodin ulkopuoliseen aikuiseen. Näihin kaikkiin voidaan koulussa vaikuttaa! Opettaja on päivittäiskontaktina näköalapaikalla; koulutyön sujumisen muutos tai muutos lapsen olemuksessa antaa vinkin siitä, että lapsi tarvitsee erityistä tukea.

### **Tunnetaito-opetus koulussa**

Friends-ohjelma on kouluissa toteutettava, ahdistusta ja masennusta ennaltaehkäisevä kahdentoista oppitunnin pituinen ohjelma. Ohjelman avulla lapsia ja nuoria opetetaan tunnistamaan ja käsittelemään erilaisia tunnetilojaan, kuten suruja ja pelkoja. Ohjelman avulla pyritään myös vahvistamaan minäkuvaa ja omanarvontunnetta sekä lisäämään uskoa omaan kyvykkyyteen.

Suomalainen koulu on tiedollisesti tehokas. Mitähän merkitystä kansantaloudellisesti olisi säännöllisellä tunnetaitokasvatuksella? Tunteiden tunnistaminen ja käsitteleminen helpottaa elämää tässä ja nyt, lisäksi niitä hedelmiä poimitaan myös tulevaisuudessa.

Lisätietoja kouluille suunnatusta Friends -tunnetaito-ohjelmasta esimerkiksi: [www.pohjanmaahanke.fi](http://www.pohjanmaahanke.fi)

## TYÖNTEKIJÄN JA ASIANTUNTIJAN EETTINEN KUORMA

**Katja Kurri**

Psykososiaalisen auttamistyön alueella jokainen kasvokkainen tapaaminen sisältää eettisiä kysymyksiä ja niiden ratkaisuja. Jokainen tehty päätös on arvokannanotto. Nämä työn arkisiin käytäntöihin kuuluvia ajatteluprosesseja ja käytäntöjä voi kutsua psykososiaaliseen työhön liittyväksi eettisen arvioinnin mikrokontekstiksi. Tässä ja nyt nopeaa tilanteista toimintaa vaativat ratkaisut lepäävät kuitenkin makrokontekstissaan eli laajemman poliittisen ja taloudellisen kehikon päällä. Terapeutti ja asiakas ovat usein riippuvaisia rahoittajasta, jolloin nousee kysymys siitä kuka määrittelee riittävän muutoksen tason? Jos terapian maksajana toimii sosiaalitoimi, mikä on sen oikeus määrittellä muutoksen tavoitteita? Entä minkälaisia velvoitteita asiakkaalla tai terapeutilla on tai tulisi olla? Entä jos muutosten tavoitteet eri tahoilla ovat kovin ristiriitaisia? Miten rahoittajan näkökulma/tavoite ohjaa terapian eettistä luonnetta eli ajatusta hyvästä terapiasta, riittävästä hoidosta, tavoitteiden asetelusta? Entä minkälaista eettistä prosessointia vaaditaan terapiatilanteen monimutkaisissa ja nopeasti vaihtuvissa, usein erittäin emotionaalisissa tilanteissa? Mikä auttaisi työntekijää ennaltaehkäisemään eettistä kuormittumistaan näissä haavoittuvissa ja tunteista rikkaissa tilanteissa?

### Eettisen kuorman rakentuminen esimerkki 1

Sosiaalityöntekijä istuu toimistossaan edessään lastensuojelun tukitoimien raportti, joka sisältää lyhyen kertomuksen perheen yhteisestä terapiasta, jonka tavoitteena on ollut lapsen huostaanoton estäminen. Sosiaalityöntekijä laskee perheeseen käytettyjen resurssien määrää, siitä saatuja hyötyjä, käytettävissä olevia kokonaisresursseja ja päätyy siihen, että yksityiseltä palveluntuottajalta ostettu perheterapia tulee lopettaa. Sosiaalityöntekijä lähtee päivän jälkeen kotiin väsyneenä, kotimatalla mieli on uupunut. Olisiko lapsi pitänyt ottaa huostaan heti ja sijoittaa kuten isä vaati? Olisiko isoäidin pitänyt ottaa lapsi luokseen niin kuin hän vaati? Oliko oikein jättää lapsi kotiin niin kuin äiti vaati? Mitkä ovat lapsen oikeudet, äidin oikeudet tai isän oikeudet? Mikä oikeastaan on lapsen etu, miten arvioida erilaisten ristiriitaisien versioiden totuudellisuutta? Mitkä ovat työntekijän velvollisuudet? Miten ratkaista erilaisten tavoitteiden viidakko? Joka tapauksessa rahat ovat nyt loppu ajattelee sosiaalityöntekijä uupuneena ja epämääräistä syyllisyyttä kokien.

### Eettisen kuorman rakentuminen osa 2

Terapeutti istuu vastaanotollaan näennäisen tyynenä ja asiakkaitaan kuunnellen. Edessä riitelevä pariskunta, joista molemmat syyttävät toisiaan. Samaan aikaan terapeutin sisäinen todellisuus on täynnä kysymyksiä. Kysymyksiä, joita terapeutti esittää terapiateorialle, itselleen omista tunteistaan ja yllykkeistään, niiden motiiveista ja tekojen mahdollisista seurauksista. Terapeutti tekee havaintoja asiakkaiden äänensävyistä, asennoista, dialogin tyylistä, arvioi kokonaisuutta, josta juuri tässä ja nyt käsillä oleva tilanne on vain osa. Terapeutti pohtii hyvää elämää ja pariskunnan eroavia näkemyksiä siitä, hän miettii onko jommankumman näkemys jollain perusteella oikeutetumpi tai parempi kuin toisen? Vaimo syyttää miestä riittämättömästä tunneilmaisesta ja puhumisesta, kun taas mies näkee vaimon liian emotionaalisenä ja vaatimuksen muuttua epäreiluna. Onko vaimolla jollain eettisillä perusteilla oikeus velvoittaa mies ottamaan hänen tunteensa huomioon vai onko vaimolla velvollisuus ymmärtää ja hyväksyä miehensä tapa toimia emotionaalisissa tilanteissa? Ja toisinpäin: Onko miehellä jollain eettisellä perusteella oikeus vaatia, että vaimo ottaa huomioon hänen tapansa reagoida emotionaalisissa tilanteissa vaikka ne eivät ole linjassa vaimon odotusten kanssa vai onko miehen vastuulla ottaa huomioon vaimon toiveet? Puolisojen perustelut omille näkemyksilleen ja kokemuksilleen ovat varsin vetoavia ja ymmärrettäviä. Tässä tiheässä tilanteessa terapeutin on valittava jokin toiminnan tapa. Hänen on otettava jokin suhde käsillä olevaan moraaliseen eettiseen dilemmaan.

## Miten eettisen kuorman painavuutta voidaan hallita tai vähentää?

Ensimmäisessä esimerkkitapauksessa eettisen kuorman rakentumiseen olennaisella tavalla vaikutti epäselvyys siitä miten perheterapian tuottamaa *muutosta* tulisi arvioida. Tähän liittyen tehdyn työn *tavoitteet* nousevat olennaiseen osaan. Muutoksen määrittäminen ja tavoitteiden asettelu mielletään yleensä asiakkaiden ja terapeutin väliseksi tehtäväksi, jolla on olennainen ja keskeinen tehtävä terapian onnistumisen kannalta. Sosiaalitoimen rahoittaessa terapiaa tilanne kuitenkin mutkistuu myös arvoasetelmaltaan. Tavoitteiden asettelua säätelee esimerkiksi kunnan taloudellinen tilanne. Sosiaalityöntekijä joutuu päivittäin tilanteeseen, jossa palvelujen saajia on arvioitava ja priorisoitava. Liian usein sosiaalityöntekijä joutuu tekemään näitä päätöksiä ”mututuntumalla” ja yksin. Tutkitaanpa miltä tilanne näyttäisi jos eri toimijoiden *vastuu* artikuloitaisiin selkeästi. Olisiko tilanne toisenlainen kaikkien mukanaolijoiden näkökulmasta mikäli vastuut neuvoteltaisiin selkeästi?

**Terapeutin vastuu:** a) Neuvotella terapian tavoitteet perheenjäsenten kanssa riittävän selkeästi. Huolehtia siitä, että tehdyt päätökset tavoitteista ja niiden seuraamisesta kirjataan sosiaalitoimen, asiakkaiden ja terapeuttien yhteiseen sopimukseen. b) Sopia perheenjäsenten kanssa miten tavoitteiden saavuttamista arvioidaan. Pyytää lupa niiden näyttämiseen sosiaalitoimelle. c) Terapeutin vastuulla on myös tehdä ymmärrettäväksi terapeuttisen suhteen merkitys asiakkaalle eli suojella terapeuttista prosessia.

**Asiakkaiden vastuu:** a) Osallistua terapeuttiseen prosessiin ja pyrkiä tuottamaan muutosta sekä terapiatilanteessa että sen ulkopuolella yhteisten sopimusten mukaisesti.

**Sosiaalitoimen vastuu:** a) Seurata psykoterapian tai muiden hoitojen vaikutusta asiakkaiden tilanteeseen. b) Seurata tehtyjen päätösten vaikutusta esim. terapian lopettaminen vaikutusta asiakkaisiin. c) Avata tehtyjen päätösten logiikka asiakkaille ja muille mukana oleville toimijoille.

Hoitotyön eettisten periaatteiden, asiakkaan autonomian kunnioituksen, ei-vahingoittamisen, hyödyllisyyden, oikeudenmukaisuuden, totuudenmukaisuuden ja lojaaliuden (Meara, Schmidt, Day, 1996) noudattaminen ei aina ole helppoa. Mutta mikäli työyhteisöt lausuvat ääneen pyrkivänsä näiden periaatteiden täyttämiseen työssään, se myös helpottaa työntekijöiden eettistä kuormaa. Näin siksi, että mikäli eettinen toiminta asetetaan työn keskeiseksi tavoitteeksi se tarkoittaa myös käytänteiden muokkaamista sellaisiksi, että työntekijän ei tarvitse jäädä yksin miettimään toimintansa eettis-moraalista perustaa. Sille on olemassa yhteinen foorumi ja sen turvaamiseksi on yhteisiä käytänteitä.

Toisessa esimerkkitapauksessa valottuu hoitotyön työntekijälle asettuvan eettisen problematiikan kaksoisluonne. Eettiset kysymykset liittyvät joko sisällöllisiin kysymyksiin siitä mikä on hyvää tai oikein ja toinen työntekijän omaan asemaan suhteessa asiakkaisiinsa. Useimmiten terapeutin ei tarvitse terapiassa ottaa kantaa asiakkaiden elämässä avautuvien eettisten pulmien sisällölliseen puoleen. Terapeutin asemoituminen keskustelussa ”tutkijan” asemaan yhdessä asiakkaan/asiakkaiden kanssa mahdollistaa itse ongelman muodostumisen prosessin tarkastelun ja auttaa asiakkaita saavuttamaan tilanteen, jossa he itse voivat ratkaista sen mikä on oikein ja hyvää heidän elämässään.

Terapiassa muutosta tuottavaksi komponentiksi yleisesti läpi erilaisten terapiateorioiden on hyväksytty toimijuuden lisääntyminen. Ensimmäinen askel tämän saavuttamiseksi on havaitsijaposition saavuttaminen suhteessa omaa toimintaan ja tunteisiin. Tämä prosessi lisää asiakkaan vastuuta omasta toiminnastaan keskustelullisella tasolla ja antaa edellytykset myös oman käyttäytymisen muuttamiseen myös konkreettisella tasolla. Toisin sanoen oman terapeutin aseman selkiyttäminen suhteessa asiakkaisiin on usein riittävä vastaus esimerkin 2 tyyppisissä eettisissä ongelmissa (ks. Kurri, 2006, 2007; Kurri &

Wahlström, 2000, 2005). Terapeutin tehtävä on mahdollistaa asiakkaalle oman käyttäytymisen ja sen seurausten havainnoimista ja antaa mahdollisuuksia pohtia vaihtoehtoisia toimintatapoja. Samaan aikaan kun tällainen toiminta lisää asiakkaan hyötymistä terapiasta se myös vähentää työntekijän eettistä kuormittumista.

Merja Moilanen määritteli sosiaali- ja terveystieteissä aikakauslehdessä *Tessossa* eettisen kuorman kertyvän siitä, kun sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö ei voi eriytyä tehtäviinsä niin hyvin kuin haluaisi ja osaisi. Tämän on olennainen ja arkisesta työstä tuttu osa eettisen kuormittumisen prosessia. Se, että joutuu tekemään kompromissin esimerkiksi taloudellisten syiden takia potilaan tai asiakkaan parhaan hoidon osalta on myös työntekijän hyvinvoinnin kannalta huono asia. Moilasan määritelmästä puuttuva puoli työntekijän eettisestä kuormittumisesta liittyy nopeaan tilanteiseen toimintaan, jossa työntekijän on ratkaistava käsillä olevassa keskustelussa rakentuva moraalinen kysymys. Usein näitä tilanteita ei eksplisiittisesti ajatella eettisenä kuormana, mutta kysymykset, kuten: □miten minun olisi pitänyt menetellä, toiminko oikein, mikä olisi ollut hyvä ratkaisu, kumpi ratkaisusta olisi ollut oikein ja millä perusteella?□, ovat eettistä pohdintaa jotka muodostavat eettistä kuormaa jäädessään kaikumaan työntekijän mieleen. Hoitotyön eettismoraalinen ulottuvuus tulee liian usein sivuutetuksi. Suuri osa psykososiaalisen työn kuormittavuutta muodostuu eettisten ongelmien jälkeensä jättävistä kysymyksistä ja mietteistä. Kasaantuessaan ja jäädessään puhumattomiksi eettiset kuormat lisäävät työntekijän riskiä uupua ja kyynistyä. Eettisen kuormituksen purkamisen tulisi aloittaa työpaikoilla asettamalla selkeät eettiset periaatteet ja miettimällä millä lailla niiden noudattaminen muuttaa vallitsevia käytäntöjä. Toinen paikka eettisen kuormituksen purkamiselle ja ennaltaehkäisylle avautuu koulutuksessa ja työnohjauksessa. Jos eettinen puoli ihmisen elää otetaan osaksi psykososiaalista koulutusta yhtä olennaiseksi osaksi kuin medikaalinen ja psyykinen todellisuus, näiden pulmien kanssa työskentely ja niistä puhuminen tulee helpommaksi.

#### Lähteet:

- Kurri, K. (2006) Terapeutti moraalisenä toimijana pariterapiassa. *Perheterapia* 4, 6-17.
- Kurri, K. (2007) Ongelmanmäärittely asiakkaan ja terapeutin yhteistyönä. *Psykologia* 6, 412-421.
- Kurri, K. ja Wahlström, J. (2000) Moraalin vuorovaikutuksellinen rakentaminen perheväkivaltakeskustelussa. Teoksessa: Jokinen, K. ja Suoninen, E. (toim.): *Auttamistyö keskusteluna: tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta* s. 167-188. Tampere: Vastapaino.
- Kurri, K. & Wahlström, J. (2005) Placement of Responsibility and Moral Reasoning in Family Therapy. *Journal of Family Therapy* 27 (4), 352-369.
- Meara, N.M., Schmidt, L.D., Day, J.D. (1996) Principles and Virtues: A foundation for ethical decisions, policies and character”, *The Counseling Psychologist* 24: 4-77.

## **JAETTU ASiantuntijuus – Kysymyksiä Vallasta**

**Minna Laitila**

Asiakkaan osallisuudesta ja asiantuntijuudesta puhutaan paljon. Mitä nuo käsitteet tarkoittavat ja mitkä ovat osallisuuden toteutumisen mahdollisuudet mielenterveys- ja päihdetyössä? Käytännössä kuitenkin tiedetään, että henkilöt, joilla on mielenterveys- ja päihdeongelmia, kohtaavat edelleen ennakkoluuloja ja leimaamista. Vuoden 2010 Mielenterveysbarometrissa todetaan, että sekä kuntoutujien että omaisten kokemukset leimaamisesta ovat lisääntyneet vuoden 2008 tuloksiin verrattuna. Suurin osa kansalaisista ei kertoisi mielenterveyteen liittyvistä ongelmistaan työyhteisössään, ja erityisesti nuoret aikuiset eli alle 25-vuotiaat jättäisivät asian kertomatta. Mielenterveyskuntoutujia ei pidetä yhteiskunnan täysivaltaisina jäseninä ja heidän terveydentilansa on huonompi kuin muun väestön. Yhtenä syynä on se, että kuntoutujien monet fyysiset sairaudet jäävät huomaamatta ja hoitamatta. Heidän näkemyksiään ei kuulla riittävästi eikä heidän fyysisistä terveyttään myöskään tutkita riittävästi.

### **Tieto on valtaa - ja osallisuuden edellytys**

Riittävä ja ymmärrettävä tiedonsaanti on asiakkaan osallisuuden edellytys. Tarvitaan tietoa mm. sairaudesta, lääkityksestä, erilaisista vaihtoehdoista, etuuksista ja oikeuksista. (Tuohimäki 2007; Hätönen 2010; Laitila 2010.) Asiakkaan oikeusturvan toteutuminen edellyttää, että asiakkaalla on riittävät tiedot omista oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan. Asiakkaan itsemääräämisoikeudella ei ole käytännössä merkitystä, ellei hän saa riittävästi tietoja muodostaakseen perustellun käsityksen asiasta. Viranomaisten neuvonta on usein puutteellista, harhaanjohtavaa ja osin myös virheellistä, mikä vaarantaa erityisesti heikoimmassa asemassa olevien oikeusturvan ja saattaa estää asiakkaan tarvitseman palvelun saamisen. (Karinen 2010.)

### **Kysymyksiä vallasta ja vastuusta**

Osallistumismahdollisuuksien kehittyminen edellyttää, että palvelujärjestelmässä arvostetaan palvelujen käyttäjien kokemuksia ja tietoa. Asiakkaan tulisi olla oman asiansa asiantuntija, joka itse voi osallistua ja vaikuttaa oman avun ja tuen tarpeensa määrittelyyn sekä sen toteutuksen pohdintaan (Harjajärvi 2009).

Mielenterveys- ja päihdetyö ovat erityisen haasteellisia pohdittaessa osallisuuteen, itsemääräämisoikeuteen, valtaan ja vastuuseen liittyviä kysymyksiä. Miten vapaaseen tahtoon ja tietoon perustuvat valinnat voivat toteutua esimerkiksi tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa? Vaikka tavoitteena tulee olla asiakkaan mahdollisimman suuri itsemääräämisoikeus, on tärkeää muistaa se, että joskus tarvitaan myös kiinnipitävää työtettä ja päätösten tekemistä asiakkaan puolesta. Mäkelä (2004) toteaa, että pakon vastakohta on yltiöosallisuus, aloitteellisuuden jättäminen asiakkaalle ja pahimmillaan asiakkaan heitillejättö.

Ajatukseen asiakkaasta kuluttajana liittyy vastuu omien tekojen ja valintojen seurauksista. Leimataanko sellaiset asiakkaat, jotka eivät kanno omaa vastuutaan tai jotka tekevät palvelujärjestelmän näkökulmasta vääriä valintoja, ongelmatapauksiksi (Juhila 2006)? Äärimmillen vietyinä konsumerismi ja kuluttajuus voi johtaa todellisten valinnan mahdollisuuksien ja osallisuuden vähenemiseen. Asiakkaille on tarjolla valmiita vaihtoehtoja, joista tehdä ”supermarketti-valintoja”. Käytännössä ei siis tapahdu asiakkaiden voimaantumista ja vallan tasa-arvoistumista, vaan osallisuus pysyy palveluntuottajien ja ammattilaisten käsissä (Stickley 2006; Speed 2007.)

## Muutos kohti jaettua asiantuntemusta

Asiakkaan asiantuntemuksen hyväksyminen ja osallisuuden korostaminen eivät tarkoita asiantuntijatiedon ja osaamisen väheksymistä. Päinvastoin, mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaat arvostavat työntekijöiden osaamista ja ammattitaitoa (Laitila 2010).

Jottei asiakkaan osallisuus jäisi pelkäksi sanahelinäksi, tarvitaan muutoksia. Työntekijät tarvitsevat substanssiosaamisen lisäksi taitoja, joiden avulla tukea asiakkaiden osallisuutta, itsemääräämisoikeutta ja vaikutusmahdollisuuksia. Organisaatioiden ja johtamisen tulee mahdollistaa asiakaslähtöinen, osallisuutta tukeva työtapa. Valtakunnallisesti tarvitaan ohjeistusta ja puuttumista esimerkiksi osallisuutta vaikeuttaviin taloudellisiin esteisiin. Kenties kaikkein tärkeintä on pohtia ja kehittää mielenterveys- ja päihdetyötä yhdessä asiakkaiden kanssa, muutoin ei tapahdu aitoa muutosta kohti palveluiden käyttäjien osallisuutta.

## Kirjallisuutta

- Juhila, K. 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Vastapaino, Tampere.
- Harjajärvi, M. 2009. Kuntien näkemyksiä kehitysvammaisten ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen kysynnästä ja tarjonnasta sekä kehittämishaasteista. Teoksessa Harjajärvi, M, Kairi, T, Kuusterä, K. & Miettinen, S. Toimivatko kehitysvammaisten ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut? Näkemyksiä palvelujen käyttäjiltä ja niiden järjestäjiltä. Kehitysvammaliitto, Helsinki, 8-58.
- Hätönen, H. 2010. Patient education to support the self-management of patients with mental illness. Väitöskirja. Annales Universitatis Turkuensis. Sarja - ser. D osa 891. Turun yliopisto, Turku.
- Karinen M. 2010. Mielenterveyskuntoutujan oikeusturvasta. Teoksessa Pajukoski M. (toim.): Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti III. THL, Helsinki, 71–78.
- Laitila M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, 31.
- Mielenterveysbarometri 2010. Mielenterveyden keskusliitto.  
<http://www.mtkl.fi/?x752385=872750>
- Mäkelä, R. 2004. Pakko ja hoidon rajat päihdeongelmaisen hoidossa. ETENE. Autonomia ja heitteillejätö – eettistä rajankäyntiä. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 4. kesäseminaari, Helsinki, 18. elokuuta 2003. ETENE-julkaisuja 10, Helsinki.  
<http://www.etene.org/dokumentit/ETENE10fin.pdf>.
- Speed, E. 2007. Discourses of consumption or consumed by discourse? A consideration of what “consumer” means to the service user. *Journal of Mental Health*, 16(3), 307–318.
- Stickley T. 2006. Should service user involvement be consigned to history? A critical realist perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 570–577.

## **SOCIALT KAPITAL OCH HÄLSA BLAND 65- OCH 75-ÅRINGAR**

**Fredrica Nyqvist**

### **Syfte**

Syftet med denna studie är att analysera sambandet mellan socialt deltagande, tillit och den självskattade hälsan bland 65- och 75-åringar i Österbotten/Pohjanmaa.

### **Metod**

För den här studien används data från GERDA-enkäten. Enkäten skickades ut år 2005 till 65- och 75-åringar i Österbotten i Finland och Västerbotten i Sverige. Här analyseras enbart deltagarna från svensk- och finskspråkiga Österbotten. Totalt svarade 1547 personer på enkäten. Svarsprocenten för undersökningen var 67.

I forskningen om socialt kapital åtskiljs vanligen den strukturella och kognitiva sidan av socialt kapital. Den strukturella sidan refererar till nätverk och relationer och mäts i den här studien med frågor om föreningsmedlemskap (index av 9 frågor). Den kognitiva aspekten i sin tur refererar till normerna, tilliten och värderingarna i relationerna och mäts i GERDA-enkäten med frågor om tillit för vänner och grannar (index av 2 frågor). Självskattad hälsa baseras på följande fråga och svarsalternativ: I allmänhet, hur skulle Du vilja säga att Din hälsa är: ”utmärkt”, ”mycket god”, ”god”, ”någorlunda” eller ”dålig”. Logistisk regressionsanalys används för att studera sambanden mellan socialt kapital och hälsa.

### **Resultat**

Resultaten visar ett samband mellan tillit och självskattad hälsa bland 65- och 75-åringar. Det sociala deltagandet i form av föreningsmedlemskap har ett samband med hälsa enbart för 75-åringarna. I den här studien har språkvariabeln en underordnad betydelse för hälsan.

### **Slutsatser**

Resultaten antyder att socialt deltagande och dess samband med hälsa är åldersberoende, medan sambandet mellan tillit och hälsa inte är beroende av ålder. Om man planerar att använda socialt kapital som ett medel för att främja hälsan bör man särskilt lägga fokus på att skapa tillitsfulla miljöer och uppmuntra till social integrering.

## KODIN MERKITYS MIELENTERVEYDELLE: Nyt voin olla sitä, mitä oikeasti olen

### Pia Toola

Kun olin 4–7-vuotias, olin silloin hyvin yksin. Minulle ei ollut varaa hankkia hoitajaa. Isäni päätti, että nelivuotias pärjää päivisin yksin. Ajelin punaisella kolmipyöräisellä ja istuskelin keittiön ikkunalaudalla, seurustelin pikkulintujen kanssa. Söin kylmää ruokaa, raakaa perunaa ja rusinoita, koska en saanut käyttää liettä. Pelkäsin paljon. Tunsin jo 4-vuotiaana kellon, ja tasan klo 12 minun piti olla alhaalla kadulla ja mennä suojatien yli Renvallin papan kanssa. Äitini oli sopinut vanhan pariskunnan kanssa, että syön heillä, ja siskoni hakee minut kotiin. Renvallin pappa ja mamma säilyivät pitkään elämässäni, ja aina olin yhtä tervetullut heidän kotiinsa. Siellä sain tuntea rakkautta, välittämistä ja kannustusta, jota en kotoa koskaan saanut.

Lapsuudenkodissani oli paljon salaisuuksia. En saanut kertoa, että olin päivisin yksin tai että minulla oli eläinystäviä, joiden kanssa keskustelin ääneen. Niin kauan kuin muistan, olin halunnut itselleni jonkun oman eläimen hoivattavaksi: sain isältä pienen kissalelun. Olin liiankin kiltti. En koskaan toiminut vastoin vanhempieni sääntöjä.

Olin isin kiltti tyttö ja sain istua hänen sylissänsä, kun hän luki sanomalehteä. Koskaan hän ei kuunnellut puhettani, vaan luki. Kun lopetin, hän nosti minut pois. Alakouluaikani oli onnetonta ja raskasta. Olin luokan ainoa silmälasipäinen ja hirvittävän ujo. Isä oli ankara, ja koulunkäynnin piti sujua hyvin. Koska aina hain isän hyväksyntää ja kehuja, tein työni aina niin hyvin kuin osasin. Koskaan se ei kuitenkaan riittänyt. Aina isä löysi jotain parannettavaa. Isäni mielestä olin tyhmä, laiska ja lapsellinen. Minulta meni suurin osa elämästäni siihen, että yritin todistaa isäni olevan väärässä.

Täydellisyyden tavoittelusta tuli voima, joka moottoroi minut yhä suurempiin haasteisiin ja kovaan työntekoon. Oikeastaan ainut asia, mihin isäni mielestä kelpasin, oli hänen pukeutumisensa. Hän toimi toimitusjohtajana, ja siksi oli tärkeää, miltä hän näytti. Isä oli kuitenkin värisokea, ja se aiheutti hänelle päänvaivaa vaatteita ja värejä valittaessa. Niin minusta tuli tarkkasilmäinen isän pikku-stylisti jo kolmevuotiaana!

Äitini oli monta kertaa sairaalassa henkisten vaivojen vuoksi jo ennen syntymääni. Luultavasti syntymäni laukaisi hänelle psykoosin, ja äiti vietti vauva-aikani sairaalassa. Lapsuudessani äiti ei koskaan hoitanut minua, vaan yhdeksänvuotias isosiskoni. Minulle ei kuitenkaan koskaan syntynyt emotionaalista suhdetta äitiini mutta ei myöskään sisareni. Lapsuudenkotini opetti minulle toisaalta itsenäisyyttä ja omien päätösten tekoa, mutta turvattomuutta ja yksinäisyyttä se vain lisäsi kaksin verroin. Kotona tavallaan oli rajat, mutta ne sai tietää isältä vasta rikkoessaan ne. Äiti ei koskaan sanonut mitään. Äiti sairastui uudestaan psykoosiin, kun työelämä muuttui vaativammaksi ja koska isä aina vaati häneltäkin paljon. Minulta vei paljon voimia, koska äitini sairaudesta ei tietenkään saanut kertoa kenellekään.

Äidin sairastuttua minusta tuli isäni vaatimuksesta perheeni äiti. Lukioikäisenä hoidin kodin, koulun ja työni. Vointini huononi, ja minulla todettiin epilepsia. Lukion jälkeen menin töihin ja sain vakinaisen viran. Olin jo tavannut nykyisen mieheni ja halusin kotoa pois. Isäni oli muuttunut yhä vaativammaksi, ja meille tuli riitoja lähes päivittäin. Kun en taipunutkaan isäni tahtoon, riitamme muuttuivat väkivaltaisemmiksi. Muutin pois lapsuuskodistani.

Oma elämäni alkoi, mutta tilanteeni oli vaativa. Muutettuani hoidin kahta kotia, koska isäni vaati, että siivoaisin lapsuudenkotiani. Opiskelin toisella paikkakunnalla, minulla oli poikaystäväni ja vihdoinkin myös koko ikäni kaipaamani oma eläin. Menin mieheni

kanssa kihloihin vuonna 1985, ja muutimme yhteen omaan kotiin, rauhan ja toivon kolmioon. Nautimme siitä, että olimme löytäneet toisemme. Meillä oli samanlainen huumori, ja tunsin oloni turvalliseksi. Koin myös alusta asti sen, että mieheni hyväksyy minut ilman ehtoja. Minun ei tarvitse millään lailla ansaita rakkautta, vaan hän kunnioitti ja arvosti minua omana itsenäni. Ajan kuluessa saimme kaksi poikaa ja muutimme toiselle paikkakunnalle ja ennen pitkää omakotitaloon. Isäni keksi, että meillä oli tilaa, joten hän lähetti äitini joka kolmas viikko meille ”hoitoon” viikoksi. Tuntui, että minulla oli kolme lasta, koska äitiä piti vahtia kuin pikkulasta: syö, juo, käy vessassa, ota lääkkeesi. Pienemmän poikani tullessa 3-vuotiaaksi olin monessa mukana.

Aktiivisuuteni meni yli äyräiden, ja aloin väsyä henkisesti. Nukuin vain pätkittäin ja näin painajaisia. Lopulta mieheni vei minut lääkärille. Sain psykoosilääkityksen ja lähes saman tien pakkohoitolähetteen sairaalaan. Toisin kuin lapsuuskodissani mieheni ei koskaan salannut sairastumistani. Ollessani sairaalassa omat ja mieheni vanhemmat tulivat sairaalaan katsomaan minua. Olin hyvin yllättynyt siitä, että sairaanakin kelpasin sukulaisilleni ja erityisesti vanhemmillenikin. Heidän rakkautensa minua kohtaan oli ehdotonta ja aitoa. Mieheni toi myös poikamme sairaalaan katsomaan minua, äitiään.

Lapsuudenkodissani kävi vain kaksi ystävää, joista toinen on edelleen ystäväni. Eläinystävistä nyt on menossa kuudes koira, toinen kissa ja lukuisa määrä pihallamme viihtyviä eläimiä. Lapsuuskodissani asuu enää isäni, mutta välimatka auttaa vain siinä, että saan hoitaa vain yhtä kotia. Isäni kyllä muistuttaa päivittäin, että olen yhä tyhmä, laiska ja lapsellinen. Mutta minulle riittää, että mieheni ja oma perheeni hyväksyy minut. Saan heiltä tukea, kannustusta, ja mieheni arvostaa minua – kuten myös minä häntä.

On ihana huomata, että nyt minulla on sellainen koti, jossa voin olla sitä, mitä oikeasti olen. Vaatteista ja väreistä välittävä, kaikkia eläimiä rakastava ja toisia ihmisiä auttava, jolla on iso sydän ja paljon luovuutta sekä lahjakkuutta, joka saa näkyä ja kuulua.

## NUORTEN KÄYTÖS- JA PÄIHDEHÄIRIÖT JA NIIDEN HOITO

**Mauri Marttunen, Leena Ehrling**

Käytös- ja päihdehäiriöt ovat depressioiden ja ahdistuneisuushäiriöiden ohella yleisimpiä nuorten mielenterveyden häiriöitä. Käytöshäiriöitä luonnehtii toistuva ja pysyvä tapa käyttäytyä epäsosiaalisesti. Nuori rikkoo toistuvasti sosiaalisia normeja ja odotuksia. Oireilu yleistyy varhaisnuoruudessa, saavuttaa huippunsa keskinuoruudessa ja vähenee myöhäisnuoruudessa. Käytöshäiriön esiintyvyydeksi nuoruusiässä on arvioitu noin 6 – 9 %. Etenkin lapsuudessa alkaneet käytöshäiriöt ovat pojilla selvästi yleisempiä kuin tytöillä. Varhain alkavan käytöshäiriön pitkäaikaisennuste ilman tehokasta hoitoa on usein huono (Ebeling ym, 2004). Siihen liittyy aikuisiällä usein väkivaltaisuutta, rikollisuutta, päihdeongelmia ja muita mielenterveysongelmia, vaikeuksia työ- ja perhe-elämässä sekä somaattisen terveyden pulmia. Käytöshäiriöihin liittyy useimmiten muita samanaikaisia mielenterveyden ongelmia, kuten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöitä, päihdehäiriöitä, ahdistuneisuushäiriöitä ja masennustiloja. Käytöshäiriöihin liittyy myös lisääntynyt itsemurha- ja väkivaltakuolleisuus. On viitteitä siitä, että käytöshäiriöt olisivat viime vuosikymmeninä lisääntyneet.

Valtaosa suomalaisnuorista kokeilee päihteitä, yleisimmin alkoholia, ennen täysi-ikäisyyttä. Valtaosalle heistä päihdekäyttö ei muodostu ongelmaksi. Siitä huolimatta päihdehäiriöt kuuluvat nuorten yleisimpiin mielenterveysongelmiin. Niiden tyypillinen alkamiskä on myöhäisnuoruus. Ne ovat usein pitkäkestoisia, vaikeahoitoisia ja toistuvia ja ne vaikeuttavat nuoren kognitiivista, emotionaalista ja sosiaalista kehitystä sekä altistavat nuorta syrjäytymiselle. Mitä nuorempana päihteiden käyttö alkaa ja mitä runsaampaa se on, sitä todennäköisemmin ongelmat jatkuvat aikuisuuteen. Suomalaisnuorten alkoholin käyttö on lisääntynyt 1970-luvulta 1990-luvulle, mutta 2000-luvulla nuorten alkoholin käyttö on vähentynyt. Suomalaisnuorten huumeiden kokeilu kaksinkertaistui 1990-luvun lopulla, mutta 2000-luvulla kokeilut vakiintuivat noin 10 %:n tasolle ja Suomessa nuorten huumeiden käyttö on selvästi vähäisempää kuin monissa muissa Euroopan maissa. Uusimman kouluterveyskyselyn mukaan tosin nuorten 2000-luvun alussa jyrkentyneet asenteet alkoholinkäyttöön näyttävät muuttuneen myönteisemmiksi ja kannabiskokeilut ovat mahdollisesti lisääntyneet. Valtaosa, jopa 80 %, päihdehäiriöstä kärsivistä nuorista kärsii myös muusta mielenterveyden häiriöstä, tavallisimmin käytöshäiriöstä, masennus- tai ahdistuneisuushäiriöstä (Lepistö ym, 2006). Nuorten päihdehäiriöihin liittyy merkittävästi suurentunut itsemurhariski, jota muut samanaikaiset mielenterveyden häiriöt lisäävät. Nuoruuden päihdehäiriöt ennustavat voimakkaasti paitsi nuoren aikuisuuden päihdehäiriöitä myös muita mielenterveyden häiriöitä ja sosiaalista syrjäytymistä.

Nuorten käytös- ja päihdehäiriöiden hoito onkin osoittautunut monimutkaiseksi ja vaikeaksi, koska näiden nuorten ongelmat ovat monimuotoisia ja heijastuvat monelle elämän osa-alueelle (Grella ym, 2001). Näiden nuorten kanssa työskentelyn vaikeutta kuvaa se, että vain noin puolet hoidon aloittavista sitoutuu työskentelyyn ja vie hoidon päätökseen. Niin nuorten käytös- kuin päihdeongelmiinkin kytkeytyy monia muita mielenterveyden häiriöitä. Näiden nuorten ystävyysuhteista leimaa päihteiden väärinkäyttö ja riippuvuus, rikollisuus, koulusta poissaolot ja monet muut tasapainoista kehitystä vaarantavat tekijät. Perheolosuhteisiin vaikuttaa usein vanhempien omat ongelmat ja oin yleistä, että he kokevat toivottomuutta, väsymystä ja luovuttaminen – vanhemmat kokevat, että eivät osaa toimia oikein lapsensa kanssa. Nuori itse ei aina koe tarvitsevansa apua tai ei usko muutoksen mahdollisuuteen.

Suomessa kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten määrä on kasvanut 1990-luvun puolivälistä lähtien 2–5 prosenttia vuosittain (THL, 2008). Erityisesti yli 16-vuotiaiden nuorten sijoitukset ovat lisääntyneet, ja poikia sijoitetaan enemmän kuin tyttöjä.

Vuonna 2008 yli 16 000 lasta ja nuorta oli sijoitettuna kodin ulkopuolelle. Lastensuojelun sijaishuollon kustannukset ovat yli 433 milj. € vuodessa (STM, 2008). Suuri osa sijoituksesta liittyy nuorten käytös- ja päihdehäiriöihin.

### **Erityyppisten hoitomuotojen vaikuttavuus**

Viimeisten 10 – 15 vuoden aikana nuorten käytös- ja päihdehäiriöiden hoitoa koskeva tutkimustieto on lisääntynyt merkittävästi. Monet eri työtavat ovat osoittautuneet tuloksellisiksi. Yksilöterapeuttisista menetelmistä vaikuttavia ovat erityisesti kognitiivinen psykoterapia itsenäisesti sekä yhdistettynä motivoivaan haastatteluun ja käyttäytymisterapia. Erilaiset perheterapeuttiset ja perhettä voimaannuttavat terapiamuodot sekä ryhmämuotoinen psykoedukaatio ovat vaikuttavia kuten myös 12-askeleen Minnesota hoitomalli (Vaughn & Howard 2004; Waldron & Turner 2008; Dennis ym, 2004; Austin ym, 2005).

Vaikka tuloksellisia terapiasovelluksia on löydetty, on epäselvää, mikä hoitomuoto olisi juuri tietylle nuorelle sopivin, miten olosuhteet, nuoren persoonaan ja ympäristöön liittyvät tekijät vaikuttavat hoitotuloksiin (Waldron & Turner 2008). Yksilöhoitojen todellinen vaikuttavuus on kyseenalaistettu, sillä nuoren epäsosiaalinen käyttäytyminen syntyy ja pysyy yllä vastavuoroisessa suhteessa ympäristön kanssa. Monet hoitosuositukset korostavatkin päihde- ja käytöshäiriöisten nuorten hoidossa yleisiä tekijöitä, kuten laaja-alaisuutta ja panostusta sitoutumisvaiheeseen, eivät niinkään jotain tiettyä hoitomuotoa tai sovellusta. Hoitojen tulee vastata nuoren yksilölliseen muutosmotivaatioon ja –vaiheeseen, painottaa luottamuksellisen ja vahvan yhteistyösuhteen muodostamista, olla riittävän intensiivisiä, oikein kohdennettuja ja auttaa myös muissa arkielämän tarpeissa, kuten ihmissuhteissa, koulun käynnissä, työssä ja asumisessa (Drug Strategies, 2003).

### **Yhdistelmähoitot**

Terapeuttinen laaja-alaisuus toteutuu yhdistelmähoidoissa, joissa työskennellään samanaikaisesti yksilö-, perhe- ja/tai verkostotasoilla. Nuorta ja hänen tilannettaan tarkastellaan ns ekologisesta näkökulmasta, osana laajempaa kokonaisuutta. Koska perhesysteemi, vanhemmuuden käytänteet ja sosiaalinen ympäristö vaikuttavat merkittävästi nuoren päihde- ja käytösongelman syntymiseen ja ylläpysymiseen, pidetään perheen, sosiaalisen ympäristön, koulun ja muiden perhettä ja nuorta ympäröivät yhteisöjen kanssa työskentelemistä edellytyksenä muutokselle (Ozechowski & Liddle 2002). Monissa yhdistelmähoidoissa hoidon tavoite kattaa enemmän kuin ”vain” nuoren; työskentelyssä vaikutetaan perheen arkeen vahvistamalla vanhemmuutta ja työstämällä perheen sisäisiä suhteita myönteisemmiksi ja vahvemmiksi. Työskentelyssä panostetaan vanhempien ja nuorten itseymmärryksen lisääntymisen ohella perheen sisäisen vuorovaikutuskulttuurin ja laadun parantamiseen ja ongelmien ratkaisutaitojen lisäämiseen (Henderson ym, 2009).

Yhdistelmähoitoja koskeva tutkimustieto ei ole yhtä kattava kuin perinteisempiä yksilö- ja ryhmämuotoisia hoitomuotoja koskeva tieto. Eniten tutkittuja yhdistelmähoitomalleja ovat multidimensionaalinen perheterapia (MDFT; Liddle ym, 2001), Toiminnallinen perheterapia (Functional Family Therapy FFT; Waldron ym, 2001), lyhyt strateginen perheterapia (Brief Strategic Family Therapy, BFST; Santisteban ym, 2003) ja multisysteeminen terapia (Multisystemic Therapy, MST; Henggeler ym, 2002). Yhdistelmähoitoja voidaan pitää lupaavina työmenetelminä nuorten päihde- ja käytöshäiriöiden hoitamisessa, sillä ne ovat ainakin tavanomaisia avohuollon toimenpiteitä ja yksilöhoitoa vaikuttavampia (Litschge ym, 2010; Williams ym, 2000).

Toiminnallinen perheterapia ja lyhyt strateginen perheterapia ovat suhteellisen lyhytkestoisia, noin 12 - 16 tapaamisesta koostuvia, systeemiseen perheterapiaan nojautuvia sovelluksia, jotka toteutuvat pääsääntöisesti kertaviikkoina perhetapaamisina työntekijöiden vastaanotoilla. Multisysteeminen terapia ja multidimensionaalinen perheterapia ovat noin 4 – 7 kuukauden kestoisia, useita tapaamisia viikossa sisältäviä ja nuoren kotiin ja

kouluun jalkautuvia. Ne eroavat toisistaan siten, että MST-työskentelyssä korostuvat vanhempien tapaamiset eikä nuorella ei ole yksilökäyntejä. MDFT:ssä työskennellään myös nuoren kanssa yksilöllisesti. Kahteen ensimmäiseen verrattuna MDFT:n ja MST:n erityiset vahvuudet ovat lähiverkoston (mm. ystävien) ottaminen mukaan työskentelyyn, mitä pidetään keskeisenä juuri nuorten hoidossa.

## Lähteitä

- Austin, A. M., Macgowan, M. J., & Wagner, E. F. (2005): Effective Family-Based Interventions for Adolescents With Substance Use Problems: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice*, 15 (2), 67-83.
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J. C., Kammerer, Y., Webb, C., Hamilton, N., & Fink, R. (2004): The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197-213.
- Ebeling H, Hokkanen T, Tuominen T, Kataja H, Henttonen A ja Marttunen M. Nuorten käytöshäiriöiden arviointi ja hoito. *Duodecim* 2004;120:33-42.
- Grella, C. E., Hser, Y., Joshi, V., & Rounds-Bryant, J. (2001): Drug treatment outcomes for adolescents with comorbid mental and substance use disorders. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 189, 384-392. doi: 10.1097/00005053-200106000-00006
- Lepistö J, von der Pahlen B, Marttunen M. Nuoren päihdehäiriöiden hoito. *Suomen Lääkäril* 2006; 21-22,2331-2338.
- STM, 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma Kaste 2008-2011, Sosiaali- ja terveysministeriö. THL, Terveystieteiden tutkimuskeskus. Lastensuojelu 2008, THL, Tilastoraportti 19/2009, Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2009.
- Waldron, H. B. & Turner, C. W. (2008): Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescent Substance Abuse. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37 (1), 238-261.

## MONITOIMIJAINEN LASTEN JA NUORTEN AUTTAMINEN

### Mitä yhdistelmähoitot tarkoittavat työntekijöiden kannalta? Esimerkkinä multidimensionaalinen perheterapia (MDFT)

Leena Ehrling

Nuoret, jotka kärsivät vaikeista käytös- ja päihdehäiriöistä muodostavat yhden haastavimmista asiakasryhmistä. Laaja-alaisten ongelmien ratkominen edellyttää monien toimijoiden yhteistyötä. Käytännön kokemus osoittaa, että eri sektoreiden ja palvelujärjestelmien edustajien välinen yhteistyö jää herkästi kapeaksi, mm. erilaisten työtapojen ja prioriteettien, mutta myös resurssien ja yhteistyökulttuurin puutteen ja vastuunjakautumisen ongelmien takia. Kuntoutusjärjestelmään myös usein kytkeytyy ajatus yksilöhoitosta ensisijaisena hoitomuotona. Yksilöhoito ei kuitenkaan pysty vastaamaan nuorten tilanteiden asettamiin haasteisiin, sillä ongelmat ilmenevät myös sosiaalisissa kontakteissa ja toiminnan tasolla; monissa tapauksissa esimerkiksi nuoren päihteiden käyttö liittyy tiettyyn kaveripiiriin, tiettyihin tilanteisiin, jotka saattavat altistaa epäsuotuisille toimintamalleille ja ympäristölle, kuten rikollisuudelle. Pysyvän muutoksen aikaansaaminen edellyttää nuoren itsetuntemuksessa, ajatus- ja toimintatavoissa tapahtuvien muutosten lisäksi voimavarojen rakentamista ja vahvistamista perheiden, kaverisuhteiden, koulun ja harrastusten parissa. Nuori tarvitsee näitä suojaavia tekijöitä (kuten suojaavia suhteita ja toimintatapoja) rakentaessaan itselleen uutta identiteettiä ja elinpiiriä.

Moniongelmaisten nuorten hoitomuodoista erilaiset yhdistelmämallit, joissa yhdistyvät yksilö-, perhe- ja verkostoterapian, ovat osoittautuneet lupaaviksi. Niillä pystytään lyhyessäkin ajassa tekemään tarpeellisia, arjessa nopeasti näkyviä muutoksia, sillä työskentely tapahtuu samanaikaisesti monilla tasoilla ja siten, että kaikki nuoren tilanteeseen ratkaisevasti vaikuttavat tahot osallistuvat työskentelyyn. Ulkomailla kehitetyn työmallin käyttöönottamista kotimaisten mallien kehittämisen sijaan puoltaa se, että valmiit mallit tarjoavat jo kehitetyn ja parannellun toimintatavan ja kokoelman hyväksi havaittuja käytäntöjä. Koulutuksen rakenne ja sisältö ovat muokkautuneet käytännön läheisiksi ja tarjoavat koulutettaville tukevan viitekehyksen työssä oppimiselle ja kehittymiselle.

Tässä esityksessä kuvataan yhden yhdistelmähoiton, multidimensionaalisen perheterapian käyttöön otosta tehtyjä havaintoja ja pohditaan, mitä yhdistelmähoito edellyttää työntekijältä ja taustaorganisaatioilta. Multidimensionaalisen eli monimuotoisessa perheterapiassa korostuu sosioekologinen teoria, jossa yksilöä tarkastellaan osana häntä ympäröiviä sosiaalisia ympäristöjä. Yksilötyöskentelyn osalta työskentelyssä yhdistyy elementtejä mm. kognitiivisesta psykoterapiasta, voimavarasuuntautuneesta ajattelusta, motivoivasta haastattelusta ja riski- ja suojatekijäajattelusta. Perheterapeuttinen viitekehys on systeemiteoreettisessa ajattelussa.

MDFT on yksi eniten tutkituista ja tehokkaimmiksi osoittautuneista yhdistelmähoitoista. Se toteutuu suhteellisen lyhytkestoisena ja intensiivisinä työskentelyjaksona. Suurimpia eroja nykyisiin suomalaisiin työtapoihin on useita, joista kaksi korostuu ylitse muiden. Ensinnäkin, yksi työntekijä vastaa kaikista hoidon osa-alueista ja koko prosessista. Prosessinomistajuus (case management) helpottaa työn etenemistä, vähentää katkoksia tiedonkulussa ja selkeyttää koko prosessia. Toinen käytännön ero perinteiseen työskentelyyn verrattuna on, että yhdistelmähoitoissa työntekijä tapaa asiakastaan (nuorta, perhettä, perheen ulkopuolisia tahoja) useaan otteeseen viikossa ja on kasvokkaisten tapaamisten lisäksi lähes päivittäin puhe-, tekstiviesti- tai sähköpostiyhteydessä asiakkaaseen.

MDFT:ssä intensiivisyys edellyttää työntekijältä huolellista valmistautumista, jokaista tapaamista varten tehtyä suunnitelmaa ja varasuunnitelmaa. Tapaamiselle asetetaan tavoite ja tehtävä ja jokaisen tapaamisen jälkeen tehdään yhteenveto työstetyistä aiheista, rat-

kaisuista ja aiemmin asetettujen välitavoitteiden toteutumisesta, niihin liittyvistä havainnoista ja uusista, seuraavaa tapaamista edeltävistä tavoitteista. Samalla asiakastyöskentely tulee dokumentoitua kattavasti, mikä helpottaa mm. työnohjaajan mahdollisuuksia kohdentaa työnohjaus ajankohtaisiin teemoihin, tarpeisiin ja kysymyksiin. Kaikki tämä tarkoittaa tämä, että yhdellä työntekijällä voi olla vain rajallinen määrä asiakkaita (4-7) kerrallaan.

Koska MDFT toteutuu useissa eri kokoonpanoissa (yksilö, perhe ja verkostomuotoisena) ja tapaamisissa käsitellään laajaa aihealueiden kirjoa (yksilöpsykologisia tekijöitä, emootioita ja kognitioita, päihdetilannetta, toimintamalleja, mutta myös koulunkäyntiin, vapaa-ajan viettoon, työllistymiseen yms. liittyviä asioita), edellytetään työntekijältä laaja-alaisuutta ja joustavuutta työmenetelmissä ja viitekehyksissä, mutta ennen kaikkea kykyä oppia pois vanhoista tutuista työtavoista. Työntekijä perusedellytyksiä ovat yhtäläillä avoimuus, halukkuus oppia uusia asioita ja kehittää omia työtapojaan, kuin kyky sietää painetta ja epävarmuutta.

MDFT, kuin mikä tahansa yhdistelmähoito on työntekijä kannalta varsin haastava työmuoto. Siksi käyttöönotto tapahtuu vankassa (työmallin) työnohjauksessa. MDFT:n työnohjausmateriaalina toimivat videonauhoitukset perhetapaamisista sekä asiakastyöstä tehdyt kirjalliset dokumentit. Työnohjaajina toimivat kouluttajat, mikä puolestaan tuo myös koulutussuhteeseen syvyyttä ja luottamuksellisuutta, kun kouluttajat tuntevat koulutettaviensa kliiniset vahvuudet ja kehitysalueet. Koulutettavien kannalta työnohjaus on ensi arvoisen tärkeää; sillä pyritään varmistamaan terapeuttisen työskentelyn laatu ja sisältö. Työnohjaus onkin yksi keskeisimmistä oppimisen menetelmistä, ja sille tulee varata riittävästi aikaa ja energiaa. MDFT:n työnohjaus poikkeaa suomalaisille tutusta formaatista, sillä siinä fokusoidaan prosessin etenemiseen yhtäläillä kuin työntekijän kliinisiin taitoihin ja tyyliin. Työnohjaus on siis samalla työntekijän tapa saada palautetta tekemästään työstä.

Kaikki tämä todentaa sitä, että MDFT:n käyttöönotto edellyttää työnantajilta monenlaisia resursseja, joustavuutta työaikajärjestelyissä, ymmärrystä rajalliseen asiakasmäärään ja kykyä ymmärtää moniammatillisen yhteistyön mukanaan tuomat konkreettiset ja kulttuuriset haasteet. Maista, joissa MDFT tai jokin muu vastaava yhdistelmämalli on otettu käyttöön, kantautuvat kokemukset ja tutkimustulokset kannustavat kuitenkin ottamaan haasteet vastaan. Työntekijät itse sanovat, että MDFT on motivoinut ja rauhoittanut heitä perustehtävänsä ääreen ja auttanut vastaamaan asiakasryhmän mukanaan tuomiin haasteisiin. Työ haastavan asiakasryhmän kanssa on muuttunut mielekkääksi ja työntekijät kokevat oikeasti voivansa auttaa nuoria ja heidän verkostojaan. Laaja kansainvälinen kollegiaalinen verkosto tarjoaa keskustelufoorumia ja oppimisympäristön; nuorten ongelmat näyttäytyvät kaikissa maissa samankaltaisina, maiden infrastruktuureista huolimatta. Yhdistelmämallien käyttöönottoista tehtyjen tutkimusten mukaan mallit ovat tuoneet organisaatioihin selkeyttä työnjaon ja vastuun jakautumisen suhteen. Prosesseista on tullut hallittavia kokonaisuuksia, joilla selkeä alku ja loppu.

MDFT:n koulutus käynnistyy Suomessa keväällä 2011.

## TOIMIVA LAPSI & PERHE II

### Mika Niemelä

Mielenterveys- ja päihdetyön kokonaissuunnitelma, Mieli 2009 – ohjelma, linjaa ehkäisevässä ja edistävässä työssä yhdeksi painopistealueeksi mielenterveys- ja päihdeongelmien ylisukupolvisen siirtymisen ja syrjäytymisen ehkäisyn. Samaan aikaan Lasten ja nuorten KASTE- ohjelma painottaa palvelujen kehittämistä yli sektori- ja tase-rajajen sekä palvelujen tuomista lasten ja nuorten kehitysympäristöihin (koti, päivähoito, koulu, vapaa-ajan ympäristöt). Nämä linjaukset ohjaavat sekä valtakunnallisen työn kehittämistä että Toimiva lapsi & perhe –työtä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa (THL).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa on toiminut vuodesta 2001 alkaen Toimiva lapsi & perhe – hanke (Tl&p I, 2001-2009). Se on kehittänyt, tutkinut ja implementoinut menetelmiä (nk. Tl&p –menetelmä-perhe) sosiaali- ja terveydenhuoltoon ylisukupolvisen kierteen katkaisemiseksi. Painopiste oli alkuvaiheessa erityispalveluissa. Peruspalveluihin kohdistunut pilotti tehtiin vuosina 2007-2009. Tl&p I:n puitteissa on rakennettu sadoista osajista maankattava verkosto, joka toimii pohjana ja luo edellytykset hankkeen II vaiheelle.

Toimiva lapsi & perhe hankkeen II- vaihe (2010-2015) keskittyy Mieli 2009 – ja Kaste ohjelmien mukaisesti ja aiempaa työtään jatkaen kuntatason päihde- ja peruspalveluihin ja ylisektoraaliseen edistävään ja ehkäisevään työhön. Vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmien lisäksi Tl&p II kohdistuu myös perheisiin, joissa on väkivaltaa, työttömyyttä ja taloudellisia vaikeuksia. Näiden tiedetään liittyvän vanhemman päihde- että mielenterveysongelmiin ja olevan riskitekijöitä lasten kehitykselle ja mm. työttömyyden ja syrjäytymisen ylisukupolvisuudelle.

Toimiva lapsi & perhe II tavoitteena on kehittää ongelmien ylisukupolvista siirtymistä ehkäisevä ja lasten ja nuorten hyvinvointi ja mielenterveyttä edistäviä palvelurakenteita osaksi kuntien strategiaa, palvelujen rakennetta ja toimintaa. Erityisenä haasteena on luoda palveluihin ja hallintoon ylisektoraaliset preventiiviset ja promotiiviset struktuurit ja integroida erityis- ja peruspalvelujen työ KASTE- hankkeen periaatteiden mukaisesti.

Tämän perusteella tuotetaan ehkäisevän työn toteuttamiselle yhtenäinen sertifikaatti, joka linjaa ehkäisevän työn toteuttamista palvelurakenteissa. Sertifikaatti tulee koskemaan ehkäisevän työn rakenteita strategioiden, organisaatioiden johdon sekä asiakastoiminnan tasolla. Valtakunnallisen työn jatkuvaan kehittämiseen liittyen tavoitteena on luoda nk. translationaalinen malli, jossa tutkittu tieto siirtyy mahdollisimman nopeasti ja joustavasti työkäytäntöihin.

Työskentely on alkanut kunta- ja aluekohtaisella vaiheella, jossa kehitetään ja mallinnetaan yhteistyökuntien ja – alueitten kanssa tavoitteen mukaisia toimintoja ja struktuureja. Myös koulun ja päivähoiton kontekstiin kehitetään lasten hyvinvointia edistäviä, ylisukupolvisuutta ehkäiseviä toimintamalleja. Päämääränä on valtakunnallinen implementaatio. Hankkeen tuloksellisuutta arvioidaan olemassa olevan indikaattori tiedon perusteella ja tarkoitusta varten luoduilla mittareilla.

## PERHE- JA LÄHISUHDEVÄKIVALTA POLIISIN SILMIN

Urpo Lintala

Väkivalta on loukkaus ihmisoikeuksia kohtaan. Valtaosa perheen sisäisestä väkivallasta on luonteeltaan piilorikollista. Poliisin tietoon tullut perheväkivalta kohdistuu yleensä naisiin, mutta myös muut läheispiirissä voivat joutua sen kohteeksi.

Perhe- ja lähisuhdeväkivallan piiriin voidaan laskea myös lasten kaltoinkohtelutapaukset ja seksuaalirikokset. Vuoden 2006 alussa voimaan tullut laki muutti lapsen kohdistuneiden seksuaalisten hyväksikäyttörikosten rikosoikeudellista vanhenemisaikaa. Uudistuneen lain mukaan syyteoikeus näissä tapauksissa vanhenee aikaisintaan, kun asianomistaja eli uhri täyttää kaksikymmentäkahdeksan vuotta. Tämä on aiheuttanut sen, että tutkittavaksi on tullut juttuja vuosienkin takaa.

Olkoon uhri kuka tahansa, vahingoittaa väkivalta kaikkia perheenjäseniä, myös sitä seuraaman joutuvia lapsia. Tapahtuu mahdollisesti mallioppimista. Huomataan, että uhri kaikesta huolimatta sietää väkivaltaa, peittelee sitä ja salailee. Lapsen silmin siitä saattaa tulla äärimmillään jopa hyväksyttävää.

Poliisi on huolissaan väkivallan toistuvuudesta ja voisiko sanoa jopa väkivallan periytyvyydestä. Poliisin kokemusten mukaan harvoin nähdään väkivaltaisesti välejä selvittelevien pariskuntien julkisesti tappelevan. Pahoinpitely tapahtuu systemaattisesti seinien sisällä, piilossa. Likapyykki on totuttu pesemään kotona ja suojaaman ulkopuolisilta, mitä meillä tapahtuu. Vanhempiensa väkivaltaa toistuvasti sivusta seuraavat lapset kasvavat viranomaissozialisaatioon, jossa poliisin tiedetään ratkaisevan tilanteen korjaamalla väkivaltaisesti käyttäytyvän vanhemman pois. Opitaan herkästi, että kenenkään ei tarvitse itse ottaa vastuuta käyttäytymisestään eikä välittää muista.

Vaikkakin poliisin tietoon tulleet väkivaltatapaukset Etelä-Pohjanmaan alueella ovat kääntyneet laskuun, on jokainen toisen vahingoittamiseen tarkoitettu teko, niin henkinen kuin fyysinen on liikaa. Rikoslain rangaistuksetkaan eivät välttämättä estä tekojen toistuvuutta. Tekijän henkisessä tilassa on jostain syystä jotain pielessä, jonka korjaaviin toimiin pitäisi päästä heti, kun ensimmäinen väkivallanteko ilmenee.

Poliisin tutkintakynnys on ilmitulleissa tapauksissa matalalla, koska pahoinpitely myös kodin sisällä on virallisen syytteen alainen eli uhrin syytteen nostamistahdosta riippumaton.

Poliisilla yksistään ei ole kovinkaan paljon käytännön konsteja väkivaltakierteen katkaisemiseen, muuten kuin nostamalla asia tutkinnan kautta esiin ja saattamalla asia syyteharkintaan. Poliisin työssä yhtenä keinona kyseeseen tulee perheen sisäisen lähestymiskiellon määrääminen ja saattaminen asia käräjäoikeuden ratkaistavaksi. Näitä on joitain meidänkin alueella määrätty. Useinhan on niin, että uhri pakenee väkivaltaa ja joutuu järjestelemään asumisensa ja olonsa uudelleen väkivallan edessä. Perheen sisäisessä lähestymiskiellossa tekijä joutuu poistumaan ja järjestelemään asuinolonsa uudelleen.

Uusiutuessaan väkivallan tiedetään raaistavan ja johtavan pahimmillaan kuolemaan. Rikoskierteen katkaiseminen vaatii sidosryhmäyhteistyötä sosiaali- ja terveystieteiden, syyttäjän sekä myös koulun kanssa. Väkivallan ennaltaehkäiseminen ei ole yksin viranomaisen tehtävä, vaan vaatii jokaiselta kansalaisrohkeutta puuttua asuinympäristössä tapahtuvaan väkivaltaan.

Poliisi on velvollinen tutkimaan rikosepäilyn, jos on syytä epäillä rikoksen tapahtuneen. Valitettavasti aika ajoin poliisille ilmoitetaan lapsen seksuaalisen hyväksikäytön epäilyjä,

jossa taustalla ei oikeasti mitään tällaista ole tapahtunutkaan, vaan kyse on toisen puolison mustamaalaamisesta huoltajuutta ratkaistaessa. Vaikka myöhemmin todettaisiinkin, ettei epäily ollut aiheellinen, jää syylliseksi leimatulle merkki otsaan. Hän saattaa myös joutua pakkokeinojen kohteeksi ja viaton lapsi erilaisten tutkimusten kohteeksi. Onneksi näitä tapauksia ei ole kovin paljoa.

Perheväkivallasta ollaan aivan aiheesta huolissaan monilla tahoilla ja sen kitkemiseksi ja ennalta estämiseksi on vireillä valtakunnallisella ja paikallisella tasolla hankkeita. Hyvä niin. Tärkeää on, että hankkeet myös tekevät yhteistyötä, ettei samoja asioita tehdä päällekkäin. Voimavarat tulee yhdistää niiltä osin kun se on mahdollista.

Perheväkivaltaan ei pidä kenenkään alistua. Jos se toistuu, on kyseessä vakava signaali siitä, että lisää tulee. Silloin pitää uhrin uskaltaa panna peli poikki ja lähteä hakemaan apua. Myös niillä tahoilla, jotka saavat signaalin/avunpyynnön joko uhrilta tai tekijältä on oltava rohkeus puuttua asiaan ja selvittää mitä on tehtävissä ja tehdä voitavansa. Monen ihmisen hyvinvointi ja tulevaisuus saattavat olla pelissä.

## TURVALLISUUS JA PERHESUHTEET LASTEN NÄKÖKULMASTA

Virpi Hagström

Turvallisuus on hyvin monialainen käsite. Tarkastelen tässä kodin ja siellä vallitsevien perhesuhteiden merkitystä lapsen turvallisuuteen. Lapsi kokee turvallisuuden sisäisenä kokemuksena henkilökohtaisella tasolla, hän ei pysty vielä itse paljonkaan vaikuttamaan turvallisuuteensa rakenteellisella tai kulttuurisella tasolla. Tämä tekee hänen asemastaan hyvin erityisen, siksi vastuu turvallisuudesta on aikuisilla. Suomi on kieltänyt toisena maana maailmassa lasten ruumiillisen kurittamisen vuonna 1984.

Turvallisuus perhesuhteissa lapsen näkökulmasta tarkoittaa sitä, että lapsella on turvallisuuden tunteen luova kiintymyssuhde vanhempiensa kanssa ja sitä, että lapsi saa olla oma itsensä. Hän saa kehittyä ja kasvaa omaksi itsekseen ilman ulkopuolelta tai muilta perheenjäseniltä tulevia fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia esteitä, uhkia ja vaaroja. Hammarlundin (2004, 155) mukaan lapsella ei ole aikuisen tavoin valmista sisäistä toimintamallia ja identiteettiä, jonka avulla hän pystyisi pitämään pahan minuutensa ulkopuolella. Vastaus esimerkiksi toistuvaan väkivaltaan voi olla väkivallan liittäminen omaan minuuteen ja siitä voi tulla osa lapsen persoonaa. Lapsi voi traumatisoitua, eikä ymmärrä minkälaista tavallisen elämän tulisi olla.

Lapsen turvallisuus rakentuu perheen hyvinvoinnin varaan. Kun tuetaan vanhempia, tuetaan myös perheen lapsia. Perhesuhteet näyttäytyvät aikuisten välisenä suhteena, heidän suhteinaan lapseen tai lapsiin sekä sisarusten keskinäisiin suhteisiin ja nämä kaikki vielä yhdistettynä muuhun läheisverkostoon. Lapselle on hyvin merkityksellistä, että häntä ei suljeta tapahtumien ulkopuolelle. Tämä koskee erityisesti sellaisia asioita, jotka voivat herättää lapsessa turvattomuutta. Hänelle tulee antaa joko perheessä tai muiden aikuisten toimesta mahdollisuus löytää sanoja ja tunteita kokemalleen ja kokea tulevansa hyväksytyksi aikuisten taholta.

Keskinen (2005, 348) on tutkinut perheammattilaisten työskentelyn käytäntöjä. Lasten väkivaltakokemusten analyysi toi esiin, että monet lapset olivat paitsi seuranneet vanhempien välistä väkivaltaa, myös itse olleet kohteena. Jos perheen turvallisuus on syystä tai toisesta järkkynyt, auttamistyön ammattilaisten toiminnassa on merkityksellistä perheen, aikuisten ja lasten, ensimmäinen hyväksyvä ja kiinnostunut kohtaaminen. Silloin saadaan aikaan hyvä kokemus, minkä pohjalta yhteistyötä lähdetään tekemään. Perheen asioista pitää kysyä ja lapselle on annettava enemmän tilaa aikuisten maailmassa. Jokaiselle – vaikka ihan pienelle vauvalle – pitää antaa tilaisuus tulla nähdyksi ja kuulluksi itsenään, omista lähtökohdistaan. Lapsi tarvitsee ainakin yhden turvallisen aikuisen, jonka ei välttämättä tarvitse olla lapsen vanhempi.

Ellosen, Kivivuoren ja Kääriäisen (2007, 91) toteuttamassa ”Lapset ja nuoret väkivallan uhreina”- tutkimuksessa tarkastellaan lasten kurittamista, kuritusasenteita sekä lasten pelkoja ja turvattomuuden tunteita. Näyttäisi siltä että Suomessa surmattujen pienten lasten määrä on vähentynyt viimeisen noin puolen vuosisadan aikana. Vakavan väkivallan vuoksi sairaalahoitossa olleiden lasten määrä on lievästi vähentynyt. Poliisin tietoon tulee vuosittain runsaat 2000 lapsiin kohdistuvaa väkivaltarikosta ja noin 1000 seksuaalirikosta. Nuorten todennäköisyys joutua väkivallan uhriksi on laskenut, lasten kokemukset ruumiillisen kurituksen kohteeksi joutumisesta ovat vähentyneet. Myös aikuisten kuritusväkivaltaa koskevat asenteet ovat muuttumassa, yhä harvempi suomalainen hyväksyy ruumiillisen kurituksen lasten kasvatuskeinona.

Hughesin (2008, 20) mukaan lapsen kaltoin kohtelu ja laiminlyönti jättävät jäljen, joka voi vakavasti vaurioittaa pienen lapsen kehitystä. Lapsi ei tunne olevansa turvassa, hän ei

luota muihin ihmisiin, eikä kykene mielihyvää tuottavaan vuorovaikutukseen kiintymyksensä kohteen kanssa, eikä hae turvaa ahdingon hetkellä.

Lasten turvataitoja voidaan kehittää. Turvataitokasvatus, jota voidaan toteuttaa yhteistyössä esimerkiksi koulun ja kotien kanssa, on lapsen omien voimavarojen ja selviytymiskeinojen vahvistamista. Turvataidot ovat taitoja puolustaa itseään ja pitää huolta omista rajoistaan (Lajunen ym. 2007, 14). Turvakodeissa lapset ovat tasavertaisia autettavia aikuisten rinnalla. Heidän kokemuksiaan kuullaan ja kotona tapahtunutta sanoitetaan yhdessä. Turvakodeissa ja perheväkivaltatyön avopalveluissa tehdään sekä aikuisten että lasten kanssa erilliset turvasuunnitelmat uhkaavien tilanteiden varalta. Lapsille ja nuorille on tarjolla tukea verkossa, osoitteessa [www.turvakoti.net](http://www.turvakoti.net).

Hammarlund (2004, 156) kehottaa meitä käsittelemään lapsen kanssa erilaisia kriisejä avoimesti. Meidän tulee antaa avointa ja rehellistä tietoa, antaa lapselle aikaa keskusteluun ja kyselemiseen. Mahdolliset menetykset tehdään todellisiksi. Lapsen oloa helpottaa, jos aikuiset ilmaisevat surua ja ahdistusta, koska silloin tunteet voidaan jakaa yhdessä turvallisesti. Myös muiden aikuisten tulee auttaa avoimesti lasta tunteiden käsittelyssä. Aikuisen on huolehdittava lapsen oikeuksista.

Lapsiasiavaltuutetun toimiston selvityksessä lapset ja nuoret kertovat omien oikeuksiensa toteutumisesta (Tuononen 2008, 15). Kun heiltä kysytään perheen ja kodin asioita, nousee esiin miten konkreettisetkin asiat ovat tärkeitä. Ala- ja yläkouluikäiset lapset kertovat, että vanhempien ja sisarusten lisäksi heille ovat tärkeitä asioita myös ruoka ja koti ja ettei kotona riideltäisi ja että yhteistä aikaa olisi enemmän. Perheen sisäinen työnjako, säännöt ja rajat herättävät myös paljon mielipiteitä.

#### Lähteet:

Ellonen Noora, Kivivuori Janne ja Juha Kääriäinen (2007) Lapset ja nuoret väkivallan uhreina. Poliisiammatikorkeakoulun tiedotteita 64 / 2007. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja.

Hammarlund Claes Otto (2004) Kriisikeskustelu. Tietosanoma Oy.

Hughes, Daniel teoksessa: Becker-Weidman, Arthur & Deborah Shell (toim.) (2008) Auta lasta kiintymään. Vuorovaikutteinen kehityspsykoterapia traumaperäisen kiintymyshäiriön hoidossa. PT-kustannus . Tampere: Esa-Print Oy.

Keskinen Suvi (2005) PerheammattiIaiset ja väkivaltatyön ristiriidat. Sukupuoli, valta ja kielelliset käytännöt. Tampere University Press.

Lajunen Kaija, Andell Minna , Jalava Leena , Kemppainen Kaija, Pakkanen Marjo ja Ylenius-Lehtonen Mirja (2007) Turvataitoja lapsille. Turvataitokasvatuksen oppimateriaali. THL. Helsinki: Erikoispaino Oy.

Tuononen Päivi. (2008) Asiaa aikuisille! Lapset ja nuoret kertovat omien oikeuksiensa toteutumisesta Suomessa. Lapsiasiavaltuutetun toimiston selvityksiä 4:2008. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

## UUSI TAPA KATKAISTA VÄKIVALLAN KIERRE

**Olli Jäppinen**

Suomen Mielenterveysseuran Koulutuskeskus ja Ensi- ja turvakotienliitto ovat yhteistyössä järjestäneet nyt menossa olevan vuoden kestävämmän ammatillisen täydennyskoulutuksen ”Perhe- ja lähisuhdeväkivallan systeminen ja integroitu hoito”, niille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, jotka työskentelevät perhe- ja lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden, väkivaltaa ihmissuhteissaan käyttäneiden tai väkivallalle altistuneiden aikuisten ja lasten kanssa. Koulutus on luonteeltaan syventävää, joten osallistujilla on väkivalta kysymykseen liittyvä koulutus ja kokemusta.

Pääkouluttajana toimii professori Arlene Vetere, University of Surrey, Englanti. Perheterapeutit Arlene Vetere ja Jan Cooper ovat luoneet perhe- ja parisuhdeväkivallan hoitoon systemisen mallin, jossa yhdistetään väkivaltatietoisuus perheterapeuttiseen työskentelyyn. Veteren ja Cooperin työskentelyssä on myös hyödynnetty traumaviitekehystä sekä kiintymyssuhdeajattelua. (Jan Cooper, Arlene Vetere: Domestic Violence and Family Safety, 2008).

Perhe- ja lähisuhdeväkivallan systemisellä ja integroidulla hoidolla tarkoitetaan lähestymistapaa, jossa huomioidaan erityisesti väkivallan eri osapuolten väliset suhteet sekä väkivaltaan liittyvät erityiset kysymykset. Tässä työskentelymallissa yhdistyy trauma- viitekehys, kiintymyssuhdeajattelu ja systeminen näkemys. Lähtökohtina työskentelylle ovat tietoisuus turvallisuuden ensisijaisuudesta sekä siitä, että väkivalta on aina ihmisoi- keusrikkomus ja että sen käyttö on kriminalisoitu.

Yleensä perheväkivaltatyössä on työskennelty erikseen tekijöiden ja uhrien kanssa joko ryhmä- tai yksilötapaamisissa. Väkivaltaa käyttäneet saavat apua omissa ryhmissään ja väkivaltaa kokeneille on omat ryhmänsä. Väkivaltaa kokeneille lapsille on olemassa omat ryhmänsä. Kuitenkin monet perheet asuvat ”saman katon alla” väkivallan tapahtuessa, sen tultua julki tai sen loputtua.

Tämä työskentelymalli tarjoaa riskien arviointia, väkivallan jälkeistä terapeuttista kuntoutusta ja interventioita tulevan väkivallan estämiseksi.

Jatkuva riskien arviointi on osa riskien hallintaa. Kirjoittajat käyttävät ainakin kuusi tapaamista tulevan väkivallan riskin arvioinnissa, esimerkiksi perheen yhdistämisessä tai muussa terapeuttisessa työssä. Tapaamiset terapeuttiselle kolmiolle (perhe, terapeutit ja ns. ”vakaa kolmas”) järjestetään arvioinnin alussa ja sen aikana. Edellytetään, että osalliset jakavat yhteisen vastuun riskeistä hyväksymällä vastuun teoistaan ja kehittämällä yhteistyötä työn ollessa käynnissä. Asiakkaat myös sitoutetaan sopimukseen väkivallattomuudesta ja autetaan heitä luomaan turvallisuutta parisuhteeseen. Haastavaa terapeuteille on auttaa pariskuntia ja perheitä päättäneen väkivallan jälkeen selvittämään tapahtuneen sosiaalista ja psykologista perintöä.

Tämän mallin mukaisessa terapeuttisessa työskentelyssä kolmantena osapuolena toimii virasto tai muu toimija, joka varmistaa turvallisuuden. Tämä ”vakaa kolmas” tukee perhettä kestävämmän turvaverkon luomisen aikana. Hän on perheen luottohenkilö, joka tuntee perheen tilanteen ja tietää perheen sen hetkisistä tapahtumista. ”Vakaa kolmas” toimii linkkinä perheen ja terapeuttien välillä kertoen mahdollisista muutoksista perheen tilanteesta. Tästä käytännöstä on sovittu yhdessä perheen, vakaan kolmannen ja terapeuttien kesken. Turvallisuuden, luottamuksen ja yhteistyön kannalta on välttämätöntä, että kaikki osapuolet toimivat avoimesti ja läpinäkyvästi niin, että kaikki tietävät missä mennään.

Vastuullisuus on tärkeä painopiste. Veteren ja Cooperin mielestä jännite vastuullisuuden ja väkivallan selitysten välillä on olennainen, kuitenkin varmistetaan, ettei selityksiä käy-

tetä väkivaltaisten aikeiden ja tekojen vähättelyyn tai kieltämiseen. On tärkeää, että työssä ei ole salassa pitovelvollisuutta. Tällä muretaan väkivaltaan liittyvä salailu.

Koska tilanteet ovat monitasoisia, käytetään useita teorioita linkittämään tunnepohjaiset ihmissuhteet ja perheen kehityksen sekä näissä suhteissa olevat ongelmat ja sidoskohdat, jotka risteytyvät väkivaltaan, pakottamiseen ja vallan väärinkäyttöön.

He edellyttävät käytöksen, uskomusten, tunnekaavojen ja ihmissuhteiden muutosta, jotta kyky tehdä yhteistyötä ammattilaisten ja yhteisön kanssa kehittyisi.

Työssään heillä on lähestymistapa, jossa huoneessa on johtava terapeutti ja refleктоiva muistiinpanoja tekevä kollega. Tämä tarjoaa mahdollisuuden jatkuvaan observointiin ja refleksiivisyyteen.

Monille Veteren ja Cooperin kohtaamista lapsista perheväkivalta on suljettu salaisuus, joka tunnetaan perheessä, mutta josta ei puhuta ulkopuolisille. Avoimesta salaisuudesta puhutaan laajennetussa perheessä ja naapureille, muttei sosiaalityöntekijöille tai poliisille.

Kirjoittajat käyttävät viittä tekijää ajatellessaan kotiväkivaltaa todistaneen lapsen tarpeita; teorit lapsen kehityksestä, lapsen tieto ja uskomukset aikuisista, aikuisten uskomukset siitä, mikä on parasta lapsille, lasten valta ja vaikutusvalta sekä lapset oppijina. Heidän mielestään on tärkeää kuulla lasten näkökulma, heidän tapansa selviytyä perheväkivallan kokemusten kanssa ja minkä he kokevat hyväksi, kun ammattilaiset auttavat heidän perhettänsä.

Lasten kanssa voi tehdä turvallisuussuunnitelman, joka on sopiva heidän iälleen ja ymmärrykselleen. Suunnitelma voi sisältää muun muassa turvallisen paikan nimeämisen, jonne lapset voivat mennä, jos väkivalta uusiutuu ja että lapset tietävät kuinka soittaa hätänumeroon tai muille ammattilaisille.

Menetelmän kehittäjät kohtaavat haasteita työssään: kuinka auttaa lapsia selviytymään ylivoimaisten ajatusten, tunteiden ja ahdistusten kanssa ja kuinka auttaa lapsia ja heidän perheitään omaksumaan uudelleen päivittäiset tehtävät ja rutiinit, jotka ovat lapsenpsykososiaaliselle kehitykselle tärkeitä. He huomioivat lapsen kuuntelemalla ja ottamalla tämän vakavasti. Kultaisena ohjenuorana kirjoittajien työssä on löytää lapsen kyvyt ja mielenkiinnon kohteet ja käyttää näitä resursseina ongelmanratkaisuisissa.

## KOKO KYLÄ KASVATTA – monikulttuurisuus Rinkebyn koulussa

### Börje Ehrstrand

Rinkebyn koulu sijaitsee Tukholmassa maahanmuuttaja tiheällä alueella. Koulu aloitti toimintansa 1970-luvulla. Niin alueella kuin koulullakin oli pitkään huono maine. Opettajien vaihtuvuus koulussa oli suuri ja koulun tilat olivat erittäin huonossa kunnossa. Rehtorin, koko johtokunnan ja usean opettajan lopettaessa työnsä samanaikaisesti työnsä 1980-luvun lopussa tehtävään kutsuttiin erityisopettaja Börje Ehrstrand.

Tänä päivänä Rinkebyn yläasteen koulussa on 350 oppilasta. Heistä 97 % on maahanmuuttajataustaisia. Koulua on tavoitteellisesti kehitetty vuosien varrella niin, että se pystyi tarjoamaan oppilailleen mahdollisimman hyvän oppimisympäristön ja ilmapiirin. Lähtökohtana on, että ei ole olemassa ongelmia, ainoastaan haasteita, joiden ratkaiseminen vaatii rohkeutta ja kykyä uudenlaiseen ajatteluun.

Koululla on kolme vahvaa profiloitumisyksikköä; tiede-yksikkö joka tarjoaa vahvistettua opetusta luonnontieteissä ja matematiikassa, Eurooppa-yksikkö jonka erityisalueena on kieli ja kommunikaatio-aidot ja englannin kieli sekä urheiluyksikkö, jonka vahvuutena on urheilu ja erityisesti jalkapallo. Koulussa on myös juuri maahan saapuneille oppilaille valmentavaa opetusta sekä erityisluokka kieli- ja puheongelmista kärsiville. Koulukirjasto on tärkeä tuki sekä kielen että osaamisen kannalta.

Koulun tärkein tehtävä on kehittää oppilaiden kielitaitoa ja antaa hyvät tiedot muissakin aineissa niin, että heillä on hyvät valmiudet jatko-opintoihin ja työelämään. Siksi koulun kolme tärkeintä tavoitetta ovat hyvät tiedot, sosiaalinen osaaminen ja terveys. Keskeistä työmenetelmissä on kielen kehittäminen ja integroidut opintokokonaisuudet.

Kantava idea koulun toiminnan kehittämisessä on riittävät resurssit, selvät, kaikkia koskevat säännöt sekä läpinäkyvä ja selkeä organisaatio ja johtaminen koulussa. Opettajat ovat avainasemassa ja työ edellyttää opettajalta ammattitaitoa ja hyvää johtamistaitoa. Monet koulun opettajista ovat itse maahanmuuttajataustaisia. Myös oppilashuollon toimivuus on keskeinen tekijä takaamaan sekä oppimisen että oppilaiden hyvinvoinnin ja yhdenvertaisen kohtelun. Koulussa työskentelee opettajien lisäksi mm. koulukuraattoreita, terveydenhoitaja, sosiaalityöntekijä ja vapaa-ajan ohjaajia. Oppilaiden koulutyötä ja hyvinvointia tukee myös koulussa kehitetty mentor-toiminta.

Koulun työn kannalta ensisijaisen tärkeässä roolissa on oppilaiden vanhemmat, joilla on oltava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa lastensa koulunkäyntiin. Tämä toteutuu mm. sekä luokkakohtaisten että koko koulua kattavien vanhempainoimikuntien kautta. Vähemmän kieltä osaavien vanhempien kanssa työskenneltäessä on varmistettava yhteinen kieli mm. tulkin välityksellä.

Erittäin tärkeää on kiinteä ja saumaton yhteistyö ympäröivän yhteiskunnan eri tahojen ja toimijoiden kanssa. Koulu ei toimi tyhjiössä, vaan yhteistyö ympäröivän yhteiskunnan kanssa on edellytys koulun perustehtävälle. Koulun kehittämistyössä on alusta lähtien panostettu vahvaan viranomaisyhteistyöhön mm. muun opetustoimen, sosiaalipalveluiden, vapaa-ajan sektorin, poliisin ja eri yhdistysten kanssa. Koulu on myös määrätietoisesti luonut yhteyksiä ja kehittänyt yhteistyötä myös poliittisten päättäjien ja yritysten kanssa.

Koulun tulee myös tarjota kohtaamispaikkoja ympäröivälle yhteiskunnalle avaamalla ovensa mm. yhdistyksille ja järjestöille. Koulussa toimii ainoa ympäri vuoden auki oleva vapaa-ajan keskus.

Kouluviihtyvyyssmittaukset osoittavat, että Rinkebyn koulussa kouluviihtyvyys on keskimääräistä parempi ja opettajien vaihtuvuus alhaista. Koulun oppilaat ovat menestyneet kansallisissa koulujen välisissä kilpailuissa eri aloilla. Koulun työ on huomioitu niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin. Koululle on myönnetty monia palkintoja ja opintokäyntejä on tehty niin muista ruotsalaisista kouluista kuin naapurimaista ja kauempaakin.

Hyvän ja turvallisen oppimisympäristön, ilmapiirin ja oppilaiden hyvinvoinnin takaavat kokonaisvaltainen ajattelu ja toiminta. Jos koko ketju toimii, oppilaat saavat hyvän tietopohjan, sosiaalista osaamista ja hyvän terveyden ja he astuvat luottavaisina ja oppimishaluisina ja heillä on kyky kunnioittaa muita ihmisiä.

## Posterit

### PITKÄAIKAISEN MASENNUKSEN HOITOMALLIN KEHITTÄMINEN

**Jeni Hälvä**

Pitkäaikaisen masennuksen hoitomallin kehittäminen on osa Vantaalaisen hyvä mieli -hanketta ja kuuluu Mielen Avain -hanke kokonaisuuteen, jonka tavoitteena on kehittää mielenterveys- ja päihdepalveluita. Pitkäaikaisen masennuksen hoitomallin kehittämistyön tavoitteena on kehittää erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon siirtyville pitkäaikaista masennusta sairastaville potilaille selkeä ja toimiva pitkäaikaiseen sairauteen liittyvä hoitomalli. Lisäksi tavoitteena on osallistaa asiakasta omahoitoon, kehittää yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa sekä hyödyntää ja kehittää omahoitoon liittyviä interaktiivisia ja teknologiaan perustuvia tukimuotoja ja välineitä.

#### **Pitkäaikaisesti masentuneen hoitomalli**

Hankkeen pilotointi vaiheessa kohderyhmänä on pitkäaikaisesti masentuneet potilaat, jotka ovat käyneet erikoissairaanhoidossa hoitosuhteen läpi ja heidän hoito on päätyneessä erikoissairaanhoidossa. Tämä kohderyhmä on jo perusterveydenhuollossa muita palveluita käyttävänä asiakasryhmänä. Potilaat ovat tutkimusten mukaan monihäiriöisiä asiakkaita, joilla on masennuksen lisäksi somaattisia sairauksia, persoonallisuushäiriöitä ja ahdistuneisuutta. Pitkäaikaisesti masentuneen hoitomallissa on huomioitu masentuneen potilaan erityispiirteet ja omahoito on suunniteltu niin, että se on helppo ja selkeä toteuttaa missä tahansa terveyskeskuksessa paikkakunnasta riippumatta. Hoitomalli on linjassa muiden pitkäaikaissairauksien hoitomallien kanssa. Hoitomallissa yhteistyö erikoissairaanhoidon parantuu ja vastuunjako selkiytyy. Omahoitoon kannustaminen aloitetaan jo erikoissairaanhoidossa ja potilas siirtyy hoidon päätyttyä joustavasti perusterveydenhuollon palveluihin. Perusterveydenhuollon keskeisenä tehtävän on vahvistaa potilaan osallisuutta omahoitoon.

#### **Hoitomallin sisältö**

Potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon sisältyy hoitomalliin kolme tapaamista vuoden aikana. Ensimmäinen tapaaminen on potilaan siirtyessä perusterveydenhuoltoon ja seuraavat tapaamiset ovat vuosikontrollin yhteydessä ensi hoitajalla ja sitten lääkärin vastaanotolla. Siirtymisvaiheen tapaamisen jälkeen potilas ohjataan aktiivisesti omahoitoryhmään, jossa vahvistetaan omahoidollista osaamista. Lisäksi kannustetaan potilasta aktiivisesti etsimään omaisten kanssa vertaistukiryhmiä ja hyödyntämään kolmannen sektorin palveluita. Tämän jälkeen potilaalla on seurantakäynnit terveyskeskuksessa säännöllisesti kerran vuodessa. Vuosikontrolliin kuuluu käynti hoitajalla, jossa käydään läpi omahoito ja annetaan elintapa ohjausta. Kolmas käynti on lääkärikäynti, jossa käydään läpi asiakkaan hoito ja tehdään hoitoon ja lääkitykseen liittyvä kokonaisarvio. Suunnitellaan ja aktivoidaan omahoitoa sekä kirjoitetaan reseptit.

Potilaan omahoitoa vahvistetaan omahoitoryhmällä. Omahoito ryhmä on kerran kuussa kokoontuva itsehoitoa tukeva ryhmä. Ryhmä kokoontuu syys- ja kevätkaudella yhteensä 10 kertaa. Ryhmäkerrat on suunniteltu niin, että potilas voi osallistua ryhmään millä

ryhmäkerralla tahansa. Jokainen ryhmätapaaminen on oma kokonaisuutensa. Omahoitoryhmässä vahvistetaan psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista omahoitoa sekä vertaistukea. Ryhmän toimintaan osallistuu eri toimijoita vuorotellen, kuten vertaistukiohjaaja ja terveysaseman henkilökuntaa. Ryhmäaiheet tukevat omahoitoa ja ryhmäkerroilla tuetaan kokonaisvaltaista hyvinvointia ja aktivoidaan potilasta ottamaan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. Hankkeen pilottivaiheessa on suunnitteilla omahoidon tukemiseksi muun muassa Psy Rai- järjestelmän aktiivista käyttöön ottoa, tekstiviestien ja sähköpostin hyödyntämistä itsehoidossa sekä mielialapäiväkirjan hyödyntämistä.

## **UTVECKLANDE AV REGIONAL NÄRSERVICE INOM MENTAL- OCH RUSMEDELSVÅRDEN**

**Ann-Britt Björkström, Päivi Somero, Siv Nyberg**

Projektet *Utvecklande av regional närservice inom mental- och rusmedelsvården* hör till Vasa sjukvårdsdistrikts delprojekt inom Välttjäjä 2009. I kommunerna Korsholm och Vörå är målsättningen att genom olika åtgärder stärka det förebyggande arbetet samt att utveckla tjänster som är lättillgängliga för kunderna.

### **Lågtröskelverksamhet**

Vid Livsstilmottagningen har arbetet med att utveckla lågtröskelverksamheten inletts. Målet är att sänka tröskeln för att söka hjälp när man själv eller en anhörig drabbas av psykisk ohälsa eller rusmedelsproblem. Verksamheten består av rådgivning och stöd till både kommuninvånare och personal; riktad verksamhet till grupper som annars riskera ”falla emellan”, t.ex. görs hälsogranskningar av långtidsarbetslösa. I Livsstilmottagningens verksamhet ingår också att på olika sätt stöda personer med psykisk ohälsa i deras dagliga liv, samt att delta i planering av eftervård för personer som skrivs ut från psykiatrisk sjukhusvård. Personalen vid livsstilmottagningen gör även vid behov hembesök.

### **Öka kompetensen inom mental- och rusmedelsarbetet**

Genom att utbilda personalen inom öppna vården ökas kompetensen för tidigt ingripande och förebyggande arbete. Under projektet har öppenvårdspersonalen utbildats i att kunna identifiera missbruk, att ta upp missbruket till diskussion samt att lära sig bemöta personer med psykisk ohälsa samt att stöda deras rehabilitering.

### **Sektoröverskridande samarbete och utvecklande av vårdkedjor**

För att stärka samarbetet mellan olika sektorer har hemvårdspersonal getts praktisk handledning av personalen vid den psykiatriska rehabiliteringsavdelningen. Genom att öka samarbetet mellan bashälsovården och den psykiatriska specialsjukvården stärks det kundcentrerade arbetssättet.

## **EN DÖRR – LÅG TRÖSKEL**

**Britt-Marie Lindqvist och Maria Lindell**

Kust-Österbottens samkommun (K5, Kristinestad, Kaskö, Närpes, Korsnäs, Malax) deltar i Välttäjä 2009, som är ett utvecklingsprojekt för psykisk hälsa och missbrukarvård som genomförs i Mellan Finland under åren 2009-2011.

### **Utvecklande av när servicemodeller**

Projektet fokuserar på ”en dörr in”- och ”lågtröskel” principen. Skolningar och utbildningar inom mental- och missbrukarvård har ordnats för att stärka kompetensen för vård- och omsorgspersonal. Självhjälpsgrupper har startats upp tillsammans med olika anhörigföreningar. I Malax- Korsnäs området har vårdkedja för rusmedelsvården byggts upp, vilket resulterat i en ny tjänst inom området. Kristinestad, Närpes och Kaskö kommer även att ta i bruk den nybearbetade vårdkedjan.

### **Förebyggande processer**

Självhjälpspunkter för personer med beroendeproblematik har ställts i ordning på hälsovårdscentralerna inom området. Samarbetet med Yrkesakademin och Yrkeshögskolan Novia har intensifierats med målsättningen att höja vårdstuderandes kunskaper inom den förebyggande rusmedelsvården. Förebyggande missbruksarbete har förts ut till skolor genom Örebro prevention program. Addiction severity index metoden, vars syfte är att få en helhetsbild av klientens hela livssituation redan vid första kontakten har tagits i bruk. En handbok och en mini-interventionsguide har färdigställts för personal, som kommer i kontakt med rusmedelsproblematik. En hemsida om missbruk har utformats och kommer att publiceras i januari 2011. Klienter har varit delaktiga i utformningen av hemsidan.

### **Obruten vårdkedja**

Målet är att få en obruten vårdkedja från rusmedelsberoendes första kontakt till eftervården. ”Från en dörr” och ”lågtröskel.” Servicen skall vara lättillgänglig och nära klienten och dennes anhöriga. Avsikten är att göra missbrukarvården klarare och effektivare, befärma nykterheten, förhindra problem, förverkliga vård och rehabilitering utgående från klienternas behov.

## **”MEIDÄN PERHE” –HANKE - TEIDÄN PERHETTÄ VARTEN !**

### **Katja Hovinmäki ja Irajä Pendolin**

Hankkeen tavoitteena on luoda yhteistyömalli Vaasan kaupungin alaisuudessa toimivien nuorisoasema Klaaran ja A-neuvolan sekä keskeisten toisen asteen oppilaitosten, ammattipistojen ja sosiaalityön toimijoiden ym. välille. Tarkoituksena on tukea ja vahvistaa päihteiden käytön negatiivisista seurauksista ja psykiatrisista oireista kärsiviä perheitä ja perheen yksittäisiä jäseniä.

Tavoitteena on perhetyömenetelmin tukea vanhempia oman perheensä 13-18 v. lasten/nuorten auttamiseen sekä katkaista ja ehkäistä negatiivisten mallien sukupolvien siirtymät.

### **Keskeiset menetelmät**

Yhteistyömallin keskeiset perhetyömenetelmät perustuvat Toimiva lapsi & perhe työmenetelmiin joista W. Beardsleen perheinterventiomallia käytetään hankkeessa soveltuvin osin mm. puheen avaamiseen perheessä vanhempien päihdeongelmista ja/tai psykiatrisista oireista ym. vanhemmuuteen vaikuttavista paineista ja vaikeuksista. Yhteistyömallissa hyödynnetään kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja ratkaisukeskeisiin työmenetelmiin perustuvaa osaamista, voimavaralähtöisyyttä sekä päihde- ja mielenterveystyöhön soveltuvaa psykoedukaatiota. Vertaisryhmätoiminta käynnistetään erikseen vanhemmille ja nuorille.

### **Perheen osallisuus**

Vanhemmat auttavat omia lapsiaan avaamalla keskustelua valitsemistaan vaikeista aiheista jotka aiheuttavat paineita perheessä. Vanhemmat tarkastelevat perheen tilannetta yhdessä lastensa ja nuortensa kanssa. Vaietuista ja hankalista asioista puhuminen vahvistaa perhettä, auttaa löytämään vahvuuksia, lisää lasta suojaavia tekijöitä ja ongelmaratkaisuja sekä lisää perheen välistä vuorovaikutusta. Perheenjäsenten halukkuus osallistua vertaisryhmätoimintaan selvitetään kun siihen ilmenee tarvetta ja perheenjäsenet ovat halukkaita ryhmätoiminnalle.

### **Työntekijöiden osallisuus**

Klaaran työntekijät tiedottavat perhetapaamisten mahdollisuudesta nuorilähtöisesti ja A-neuvolan työntekijät vanhempilähtöisesti. Perheinterventiokoulutuksen saaneet Klaaran ja A-neuvolan työntekijät toimivat työpareittain prosessin hoitajina. Työskentely voi alkaa myös muiden perhetapaamisten malliin koulutettujen yhteistyökumppaneiden aloitteesta yhteistyönä Klaaran ja/tai A-neuvolan työntekijöiden kanssa.

### **Yhteistyöverkoston osallisuus**

Yhteistyöverkosto tiedottaa ja ohjaa vanhempia sekä nuoria Klaaraan ja A-neuvolaan. Verkosto on osallistunut runsaslukuisesti hankkeen neljään varhaista päihde- ja psykiatristen oireiden havaitsemista, motivointia, puheeksi ottoa ja lääkeriippuvuutta koskeviin koulutuksiin.

### **Arviointi**

Hanketyöntekijät suorittavat omaa ja Välittäjä hankkeen ohjaamaa itse arviointia ja tavoitearviointia. Keväällä toteutetaan Välittäjän yhteistyöverkoston fokusryhmäarviointi, jolloin haastatellaan ohjasryhmän, yhteistyökumppaneiden, yhteistyötahojen ja asiakkaiden edustajat.

## VAPAAEHTOISENA VAIKUTAT - KELPAAKS SEURA?

### Sinikka Kaakkuriniemi

Vuonna 2011 Vapaaehtoistoiminnan vuotta toteutetaan kaikissa EU-jäsenmaissa. Suomessa teemavuoden kansallinen koordinaatio kuuluu Kansalaisyhteiskuntapolitiikan neuvottelukunta KANE:lle ja teemavuoden toteutusta koordinoi Suomen Nuorisoyhteistyö – Allianssi. Teemavuoden suojelija on tasavallan presidentti Tarja Halonen. Teemavuoden lähtökohtana on tuoda esille vapaaehtoistoiminnan monimuotoisuutta. Se kattaa sekä järjestöjen piirissä tehtävän monipuolisen vapaaehtoistoiminnan että yksilöistä lähtevän omaehtoisen vapaaehtoistoiminnan. Teemavuosi tuo esiin vapaaehtoistoiminnan merkitystä erityisesti yhteiskunnallisen merkityksen, aktiivisen kansalaisuuden, yhteisöllisyyden sekä hyvinvoinnin ja ilon näkökulmista.

Teemavuoden tavoitteina on vahvistaa vapaaehtoistoiminnan edellytyksiä, poistaa esteitä vapaaehtoistyöhön osallistumiseen ja lisätä vapaaehtoistyön arvostusta. Vuoden aikana pyritään myös vahvistamaan vapaaehtoistyön vetovoimaisuutta ja sitä kautta lisätä vapaaehtoistojen määrää. Tärkeänä pidetään myös arvostuksen osoittamista kiittämällä vapaaehtoistojen eri tavoin. Vapaaehtoistointa nostetaan esiin myös oppimisen tapana. Kansallinen teemavuoden slogan on: Vapaaehtoisena vaikutat! Kansallisten toimijoiden tavoitteena on tukea eri järjestöjen ja vapaaehtoistojen omaa viestintää ja koota vapaaehtoistojen elämän makuisia tarinoita. Vapaaehtoistyön vuodelle on avattu omat nettisivut, jonne kootaan järjestöjen vapaaehtoistyönvuoden tapahtumia. Pääideana on tuoda järjestöjen yhteisenä rintamana vapaaehtoistointa esille eri tavoin.

Suomen Mielenterveysseuran tavoitteet vapaaehtoistyön vuodelle ovat hyvin samansuuntaiset kuin kansalliset tavoitteet. Myös slogan noudattaa samoja periaatteita: Vapaaehtoisena vaikutat - kelpaaks seura? Vapaaehtoistoiminnan vuonna seuran tavoitteena on taata osallistumiselle mahdollisimman matala kynnys. Haluamme helpottaa vapaaehtoistointaan pääsyä ja kehittää uusia toimintamuotoja, korostaa osallisuuden ja yhdessäolon merkitystä sekä nostaa vapaaehtoistyön imagoa entisestään. Toivotamme tervetulleeksi uudet toimijat, jotka haluavat edistää mielen hyvinvointia eri puolilla Suomea.

Mielenterveysseura haastaa sekä omat työntekijänsä että paikallisten seurojen työntekijät päivä vapaaehtoisena - teemapäivään tekemään vapaaehtoistyötä valitsemassaan kohteessa. Mielenterveysseura on mukana organisoimassa rollaattorimarssia ympäri Suomea. Tavoitteena on jalkautua esim. vanhusten palvelutaloihin ja viettää aikaa ikäihmisten kanssa ulkoillen vieden samalla hyvää mieltä ikäihmisille. Vuosi 2011 on myös YK:n nuorten vuosi. Uskomme, että lähestyminen oppilaitoksia ja nuorten kanssa työtä tekeviä saa heidät innostumaan Mielenterveysseuran vapaaehtoistyöstä. Pyrimme tarjoamaan nuorille uudenlaisia vapaaehtoistyön muotoja, joissa he voivat tuoda esille omaa osaamistaan mielenterveyden edistämistyössä.

Toisten auttamisen ja tukemisen ohella vapaaehtoistoiminnassa on tärkeää yhteisöllisyys ja osallisuus. Ihmisten osallistuminen yhteiseen harrastukseen, sosiaaliset suhteet ja yhdessäolo vahvistavat tutkimusten mukaan terveyttä. Tieteellinen todistusaineisto puhuu sen puolesta, että voimakkain ihmisten onnellisuutta ennustava tekijä on sosiaalisten suhteiden määrä ja intensiivisyys, joten vapaaehtoistoiminnan vuonna ollaan edistämässä oleellista asiaa ihmisten elämässä.

## PALLO HALTUUN! -nuorten aikuisten kuntoutusmalli

### Outi Ståhlberg

<i>Kohderyhmä</i>	18 – 20-vuotiaat mielenterveyden ongelmista kärsivät nuoret
<i>Toteutus</i>	Mielenterveyden keskusliitto ja Lahden kansanopisto: kuntoutusohjaajat, kansanopiston opettajat ja vertaisohjaaja
<i>Nuorten valinta</i>	Hakemuksen perusteella (ei tarvita lääkärinlausuntoa), jossa omahoitajan tai terapeutin suositus
<i>Kuntoutuskokonaisuus</i>	Alkuhaastattelut (2), viiden päivän avojakso alussa ja lopussa, yksilöllinen viiden päivän ohjausjakso avojaksojen välissä. Avojakson päivän pituus on kuusi tuntia. Kuntoutuksen kesto noin kuusi kuukautta.
<i>Menetelmät pääpiirteittäin</i>	Verkostoituvaa ja jalkautuvaa palvelu- ja kuntoutusohjaus, vertaisohjaus, alustukset, keskustelut, pienryhmätyöskentely, liikunta ja erilaiset toiminnalliset harjoitukset.
<i>Viitekehys</i>	Mielenterveyden keskusliiton kehittämä kuntoutusmalli, jossa yhdistyvät vertaistuki ja ammatillisuus sekä kokemustieto ja asiantuntemus, Banduran pystyvyysteoria, voimavarakeskeisyys, dialogisuus.

#### Kenelle:

Pallo haltuun! -kuntoutus on suunnattu nuorille, joilla on mielenterveysongelmia ja joiden osallistuminen työelämään tai opintoihin on vaikeutunut tai jotka ovat työelämän ulkopuolella. Kuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyn lisääminen ja reitin löytäminen opintoihin tai työelämään. Tavoitteena on tukea niissä selviytymistä. Lähiympäristön mahdollisuudet ja omaiset huomioidaan tavoitteiden asettelussa.

#### Toteutus ja työmenetelmät:

Kuntoutusohjaaja tapaa kaikki hakemusta harkitsevat nuoret yksi kerrallaan ja kertoo Pallo haltuun! -kuntoutuksen sisällöstä. Tapaamisen keskiössä ovat nuoren elämäntilanne, palveluiden tarve ja kuntoutuksen oikea-aikaisuuden pohdinta. Keskustelussa ei ensisijaisesti arvioida hakijan soveltuvuutta Pallo haltuun! -ryhmään. Jos nuori kiinnostuu, ensimmäisen keskustelun jälkeen sovitaan aika toiseen keskusteluun. Tällöin esitellään toimintaa tarkemmin. Nuori itse tekee päätöksen osallistumisestaan.

Ensimmäisellä Pallo haltuun! -avojaksolla tutustutaan ja perehdytään toiminnan sisältöön, kartoitetaan nuoren omia tavoitteita ja elämäntilannetta. Vertaisohjaaja kertoo oman kokemuksensa sairastumisesta ja siitä kuntoutumisesta sekä motivoi ja rohkaisee omalla esimerkillään osallistujia.

Avojaksoa seuraa yksilöllinen pienryhmissä tapahtuva ohjaus, jossa selvitetään nuorten elämäntilanne tarkemmin, jalkaudutaan palvelu- ja kuntoutusohjaustarpeiden mukaisesti esim. erikoistyövoimaneuvojalle, sosiaalitoimistoon jne. Jakson aikana tutustutaan eri oppilaitoksiin, opiskelumahdollisuuksiin ja työkokeilumahdollisuuteen. Pallo haltuun! päättyy toiseen viiden päivän avojaksoon, jonka aikana kerrataan ja vahvistetaan kuntoutumiseen liittyvää tietoa, pohditaan omien tavoitteiden toteutumista, niiden edellytyksiä ja esteitä sekä mietitään tulevaisuutta omien voimavarojen näkökulmasta. Kuntoutuksen jatkopolku varmistetaan liittämällä yhteenveto osaksi kuntoutussuunnitelmaa. Lopuksi järjestetään yhteistapaaminen hoitotahon kanssa.

Omaiset ja läheiset on huomioitu Pallo haltuun! -kuntoutuksessa omana kokonaisuutenaan. Heille järjestetään 15 tuntia kestävä psykoedukatiivinen opintopiiri, joka toteutetaan yhden viikonlopun aikana Lahden kansanopiston tiloissa.

## VÄKIVALLAN VASTAINEN TYÖ

### Veli-Matti Saarinen

Väkivallan vastainen työ on ollut mukana Pohjanmaa-hankkeen kehittämistyössä loka-kuusta 2008 alkaen. Hankkeessa väkivaltaisen käyttäytymisen ehkäisemisen ymmärrettään laajana käsitteenä. Tavoitteena on väkivallan vähentyminen, avun hakemisen ja avun saamisen varhaistuminen Etelä-Pohjanmaalla.

Väkivallan vastainen työ on jaettu kolmeen tavoiteryhmään:

**1) Väestötasolla** tavoitteena on väkivaltaan liittyvien ilmiöiden tunnistamisen kautta tapahtuva uudenlainen ymmärtäminen, josta seuraa avun hakemisen varhaistuminen ja kansalaistaitojen kohentuminen.

**2) Ammattilaisten toiminnan tasolla** tavoitteena on, että ammattilaiset osaavat auttaa ja/tai ohjata eteenpäin väkivallan kokijaa, tekijää ja muita perheenjäseniä.

**3) Päättäjiin suuntautuvan työn** tavoitteena on kunnallisten palveluiden laadusta ja kattavuudesta käytävä keskustelu, jonka seurauksena näihin kiinnitetään huomiota ja laatu sekä tarjonta paranevat.

### Mitä on tehty?

Väestötason vaikuttamisessa on hyödynnetty kokemusasiantuntijoiden kertomuksia mediassa. Lisäksi on laadittu esite parisuhdeväkivallasta ilmiönä ja kaksi kertaa on yhteistyötahojen kanssa järjestetty Ruusukuja 76 -näyttely paikallisen liikekeskuksen aulassa. Ammattilaisille, jotka työssään kohtaavat väkivaltaa on toteutettu seitsemän tapaamiskerran prosessikoulutus: ”Perhe- ja lähisuhdeväkivallan kohtaaminen auttamistyössä - tunnistanko, puutunko ja osaanko auttaa?”, Sen aikana koulutettavat ovat kouluttaneet omat työyhteisönsä ja laatineet yhdessä työyhteisönsä kanssa toimipaikkakohtaisen väkivallan toimintaohjeen. Alueelle on suunnattu ammattilaisten tarpeista lähteviä koulutuksia lisäksi yhden päivän koulutuksina. Alueiden väkivaltatyöryhmien jäsenille ja väkivallan toimintaohjelmia laativille työryhmille on järjestetty keskustelu- ja koulutustilaisuus valtakunnallisena koulutuksena toimintaohjelmien valmiiksi saamiseksi.

### Johtopäätökset

Väestö tarvitsee tietoa väkivallasta ilmiönä, siihen puuttumisen tärkeydestä ja avunhaku-kanavista. Ammattilaiset ovat halukkaita kehittämään väkivaltatyötä omissa työkonteksteissaan, kunhan heillä on kohtaamiseen toimintamallit ja työkalut valmiina. Kuntien, kaupunkien ja sosiaali- ja terveystyöntekijöiden päättäjillä on monta kehittämisaluetta työssään. Usein väkivaltaan puuttumisen toimintamallien laatimiseen ja työryhmien toimintaan ei saada tai haeta resurssia, vaan työ tehdään oman työn ohella vapaaehtoisuuteen perustuen, jolloin toiminnasta muodostuu sattumanvaraista.

## **MIEPÄ -PALVELUPISTE**

### **Hannele Peräkoski**

”Miepä -palvelupisteestä saa yhden kynnyksettömän oven takaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden ohjausta ja neuvontaa.”

### **Tausta ja tavoite**

Vantaalaisen hyvä mieli -hankkeessa suunnitellaan ja kokeillaan täysin kynnyksettömän mielenterveys- ja päihdepalveluiden konseptia. Vantaalaisen hyvä mieli -hanke kuuluu Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishankkeeseen Mielen avaimen, joka on osa Kaste -hanketta. Miepä -palvelupisteen toiminnan tavoitteena on mielenterveyden ja päihitteettömyyden edistäminen ja ongelmien ennaltaehkäisy. Miepä -palvelupiste tulee tarjoamaan kaikille kuntalaisille mielenterveys- ja päihdepalveluita ilman ajanvarausta ja yhden oven periaatteella. Toiminta täydentää jo olemassa olevia terveyden- ja sosiaalihuollon palveluita.

### **Toimintamalli**

Toiminta on avoinna kaikille kuntalaisille ja Miepä -palvelupisteeseen voi hakeutua nimettömänä ja ilman ajanvarausta. Keskeisenä toimintana ovat mielenterveys- ja päihdepalveluiden palveluohjaus sekä psyykkisen että fyysisen terveyden edistäminen sekä oman hoidon ohjaus ja neuvonta.

Menetelminä käytössä mm.

- oirekyselyt
- mini-interventio
- mielenterveysinterventio
- itseapuohjeet
- palveluohjaus
- esitteet
- psykoedukaatio
- opastus internetpohjaisen KelNet-mielenterveystalon käyttöön

### **Toteutus**

Miepä -palvelupiste avataan kirjaston yhteyteen, jolloin sen saavutettavuus on hyvä. Suunnitelmana on, että palvelupiste on avoinna kolmena päivänä viikossa iltapainotteisesti. Miepä -palvelupisteessä toimii samanaikaisesti terveyden- ja sosiaalialan ammattilainen. Pilotointi tapahtuu Tikkurilan kirjaston yhteydessä (Lummetie 4, 01300 Vantaa) vuoden 2011 aikana.

## **KEHITTÄJÄ-TYÖNTEKIJÖIDEN HELMET JA HAASTEET**

### **Saija Valtasaari**

Välittäjä 2009 -hanke on Väli-Suomen alueella vuosina 2009-2011 toteutettava uuden sukupolven mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishanke osana valtakunnallista Kaste-ohjelmaa. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama Mieli 2009 -työryhmä on laatinut kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman. Siinä linjataan ensimmäistä kertaa valtakunnallisesti mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä yhtenä kokonaisuutena.

Toimintamme poikkeaa perinteisestä hanketyöskentelystä usealla tavalla hankesuunnitelmasta alkaen. Kehittämistoiminta määräytyy hankkeen toiminta-aikana ilmenevien paikallisten ja ajankohtaisten tarpeiden perusteella. Hyödynämme avarakatseisesti aiemmin hyviksi koettuja tapoja ja keinoja tehdä työtä, mutta kehitämme myös uusia toimintamalleja, omaa osaamistamme ja tehokkuuttamme.

### **Kehittämistyön tavoitteet**

1. Peruspalveluiden varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyön toimintamallien ja palvelurakenteiden kehittäminen ja jalkauttaminen
2. Asiakkaiden osallisuuden lisääminen
3. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen ja juurruttaminen
4. Päihde- ja mielenterveystyön osaamisen vahvistaminen
5. Saumattomat palveluketjut peruspalveluista erityispalveluihin
6. Alueellisten mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmien laatiminen

### **Kehittämistyön onnistumiset**

Mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmiin liittyvät kartoitukset palvelujen tuottajille, saivat aikaan itsearviointia yksiköissä, yhteydenottoja ja vuoropuhelua hankkeeseen päin ja kiinnostusta myös kartoituksen tuloksista.

Päihde- ja mielenterveystyön osaamista on vahvistettu järjestämällä koulutuksia perustason työntekijöille. Järjestettyjä koulutuksia ovat olleet: Päihteet puheeksi-koulutus, Mielenterveyden ensiapu2-koulutus sekä Motivoivan haastattelun koulutus. Koulutukset ovat olleet suosittuja ja joissain kunnissa/kuntayhtymissä on ollut tarpeen järjestää useampia koulutuksia, kun kaikki halukkaat eivät ole mahtuneet koulutuksiin ensimmäisellä kerralla.

Koulutusten palautteissa on tullut paljon palautetta siitä, että miten vähän omia olemassa olevia perustason resursseja osataan hyödyntää, eikä omiin taitoihin luoteta.

Kehittäjä-työntekijät ovat vahvistaneet palveluketjuja olemalla mukana työparina asiakastilanteissa ja kiinnittäneet erityistä huomiota siihen, että miten sektorien väliset hoitoneuvottelut saataisiin käynnistymään. Tämä vaatii aitoa yhteistyötä eikä toisen sektorin edustajaa saisi kokea uhkana vaan mieluummin mahdollisuutena asiakkaan hyväksi.

### **Kehittämistyön haasteet**

Haasteena kehittämistyölle ovat olleet kunnissa hyvin voimakkaana elävä sektoriajattelun malli eli sosiaali- ja terveyssektorien erillisyys sekä erikoissairaanhoidon ja peruspalveluiden välinen kuilu, lisänsä tälle mielenkiintoiselle ja haasteelliselle kehittämistyölle ovat tuoneet myös kuntarakenteiden uudistukset.

Päihteistä puhuminen asiakastilanteissa koetaan edelleen hankalana. Erään kaupungin päivystysvastaanoton asiakkaille teettämän kyselyn mukaan, vain neljältätoista prosentilla asiakkaista kysyttiin päihteiden käytöstä, kun selkeästi kyselyn mukaan asiakkaat pitävät kysymistä terveydenhuoltohenkilökunnalle kuuluvana. Edellä mainittu seikka on ollut lähtösyyksenä päihdehoitajamallin luomiselle ja pilotoimiselle kaupungin terveyskeskuksessa.

## MILTÄ MAAHANMUUTTO TUNTUU JA MIKSI SIIHEN LIITTYVÄT VAIHEET ON HYVÄ TUNNISTAA?

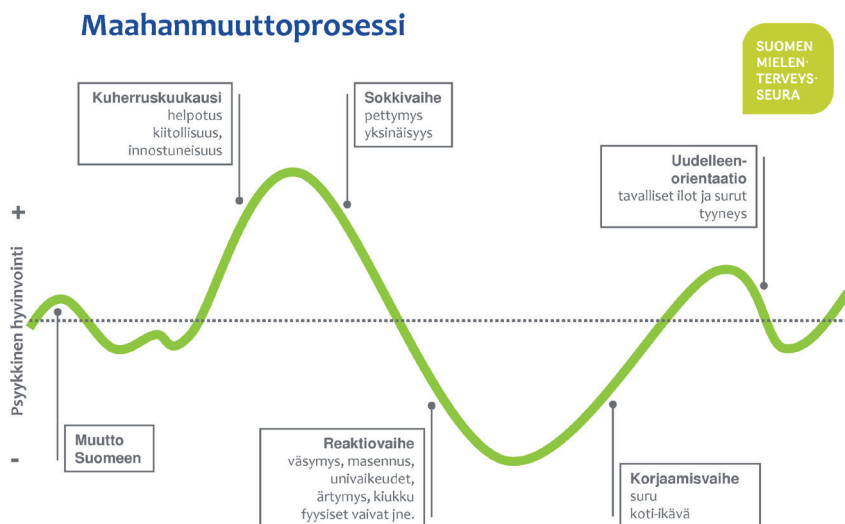
Sari Nyholm

Mielenterveysseuran OVI (2007–2011) vie mielenterveyteen liittyvää tietotaitoa maahanmuuttajayhdistyksiin ja maahanmuuttajataustaisille ihmisille. Heistä moni tarvitsee uusia selviytymiskeinoja niiden tilalle, jotka jäivät lähtömaahan. Usein mieltä painavat myös maahanmuuttoon liittyvät kokemukset ja tunteet.

Tavallista on, että maahanmuuttajayhdistysten aktiivitoimijat ottavat vastaan jäsentensä kokemukset ja niistä seuraavan pahoinvoinnin ilman, että heillä on riittävästi välineitä suojata itseään ja tukea toisia. Mielenterveyspalveluihin liittyy myös paljon ennakkoluuloja, jotka suurelta osin palautuvat lähtömaissa vallinneisiin käsityksiin ja käytäntöihin.

Asiallista tietoa mielenterveydestä tarvitaan. Kokemus on osoittanut, että esimerkiksi tieto maahanmuuton psyykkiseen prosessiin tavallisesti kuuluvista tunteista auttaa ihmisiä ymmärtämään omia reaktioitaan ja tukee näin heidän selviytymistään. Myös maahanmuuttajia kohtaavien tahojen on hyödyllistä tunnistaa tähän prosessiin liittyvät vaiheet, jotta he ymmärtävät asiakkaitaan ja jaksavat työssään entistä paremmin.

Jokainen käy uudessa maassa läpi prosessin, jonka aikana hän käsittelee ulkoisten muutosten vaikutuksia elämälleen. Prosessin kulku on yksilöllinen ja siihen vaikuttavat esim. olosuhteet ja oma henkilöhistoria. Muutokseen sopeutuminen etenee vaiheittain, mutta ei suoraviivaisesti. Valtaosa ihmisistä käy prosessin läpi omin voimin, osa lähes huomauttamatta. Joillekin prosessi on kivulias ja osa tarvitsee ammattiapua eteenpäin päästäkseen.



Lähde: Bremer L. & Haavikko A.: Ulkoisesti erilaisia, sisäisesti samantaisia. Opas mielenterveytyshöön yli kulttuurirajojen. SMS-Tuotanto Oy 2009.

OVI-hankkeen verkkosivuilta löytyy lisätietoja maahanmuuttajille suunnatuista koulutuksista ja muista ajankohtaisista tapahtumista pääkaupunkiseudulla. Sivulla tiedotamme myös, kun sivusto mielenterveyden häiriöistä ja avunhakemisesta julkaistaan suomeksi, englanniksi, venäjäksi, somaliksi ja kurdiksi (sorani). <http://hankkeet.mielenterveysseura.fi/ovi>

## VÄLITIN

### Silja Wahlsten

Välittäjä 2009 -hanke on ottanut yhdeksi kehittämistavoitteekseen teknologian hyödyntämisen päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Tarkoituksena ei ole kehittää uutta tekniikka vaan löytää sopivia tapoja soveltaa olemassa olevaa teknologiaa kuntoutumisessa, asiakastyössä ja palveluiden järjestämisessä. Ensisijaisena tavoitteena on luoda pysyvä toimintamalli päihde- ja mielenterveyspalveluihin vahvistamaan olemassa olevia avopalveluita. Tätä kehittämistavoitetta edistää Välitin.

Välitin muodostuu kahdesta kehittämishankkeesta, Viidakosta ja Kotiruudusta. Viidakko-hankkeessa pilotoidaan videoavusteista avokuntoutumisen mallia päihdeasiakkaiden kanssa. Viidakko-hanketta edistetään Mainiemen kuntoutumiskeskuksessa. Kotiruutu on mielenterveyskuntoutujien kehittämishanke, ja sitä edistää Sopimusvuori ry. Molemmissa hankkeissa pilottiryhmään kuuluvat asiakkaat ovat siirtyneet laitospaikan jälkeen kotiin, itsenäiseen asumiseen.

Välittimessä on käytössä yhteensä 25 kosketusnäytöllistä videoneuvottelulaitetta, joiden välityksellä asiakkaiden kanssa tuotetaan ja kehitetään yksilö- ja ryhmämuotoisia palveluja. Toimijoiden määrää on mahdollista laajentaa läheis- ja viranomaisliittymillä. Laitteet asennetaan asiakkaalle kotiin ja laitteiden avulla he ovat yhteydessä hoitavaan tahoon, verkostoonsa ja läheisiinsä kahden välisillä kuvapuheluilla, sekä osallistuvat keskusteluryhmiin viikoittain. Laitteen kautta pystytään myös tarjoamaan asiakkaille tietoa erilaisista asioista, palveluista sekä ajankohtaisista teemoista.

Välittimen tavoitteena on:

- Asiakkaiden osallisuuden lisääminen palveluissa, sekä niiden kehittämisessä ja arvioinnissa.
- Avopalvelupainotteisuuden lisääminen ja palveluiden monipuolistaminen päihde- ja mielenterveyspalveluita kehitettäessä.
- Luoda toimiva, pysyvä, asiakaslähtöinen ja kustannustehokas malli päihde- ja mielenterveyspalveluihin vahvistamaan olemassa olevia avopalveluita.

## **SELVIÄMISHOITOYKSIKKÖ ELI SELMA SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPUIRIN PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA**

### **Tiina Hakala**

Selviämishoitoyksikkö eli Selma sijaitsee Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen yhteydessä. Yhteispäivystykseen päihtyneet ja päihhteiden suurkuluttajat ja väärinkäyttäjät tulevat jonkin somaattisen ongelman, psyykkisen syyn tai tapaturman seurauksena. Päihtymystila kätkee myös alleen monia oireita, joita ei voi kunnolla arvioida päihtymyksen vuoksi. Päihtyneiden potilaiden hoitaminen vaatii erityisosaamista, hoitoon suunniteltuja tiloja ja potilaan jatkohoitoon motivoimista.

### **Toiminnan tavoite**

Toiminnan tavoitteena on motivoida potilasta hoidon, seurannan ja päihtymyksestä selviämisen jälkeen jatkohoitoon ja järjestää tarkoituksenmukainen jatkohoitopaikka. Jatkohoitopaikkoina voivat olla katkaisuhuoltoasema, terveyskeskuksen vuodeosastot, päihdehuollon ja psykiatrian avopalvelut, keskussairaalan muut osastot ja psykiatrinen sairaala. Hoitoaika yksikössä on noin yksi vuorokausi.

### **Selman toiminta**

Yksikössä on viisi (5) potilaspaikkaa. Selma palvelee kaikkia Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntia ja se sijaitsee Satakunnan keskussairaalan päivystyspoliklinikan yhteydessä. Yhteistyötahoina ovat perus- ja erikoissairaanhoito, jatkohoitopaikat, kolmas sektori, omaiset, seurakunta ja poliisi. Sosiaalityöntekijän on käytettävissä virka-aikana ja maakunnallista sosiaalipäivystystä käytetään virka-ajan ulkopuolella.

### **Henkilökunta**

Selviämishoitoyksikössä työskentelee kuusi (6) sairaanhoitajaa, yksi sairaanhoitaja työvuoroa kohti apunaan muun päivystyksen henkilökunta. Selman henkilökunnalla on sekä psykiatrisen että päivystysosaamisen lisäksi päihdeasioiden tuntemusta. Selman henkilökunta antaa konsultatioapua keskussairaalan muille osastoille, joissa hoidetaan potilaita, joilla on päihhteiden käytöstä johtuvia somaattisia ja/tai psyykkisiä ongelmia.

Selviämishoitoyksikön kehittämistyöhön palkatun projektisuunnittelijan työ rahoitetaan osana Satakunnan ja Varsinais-Suomen alueella toteutettavaa Kaste-ohjelmaan kuuluvaa päihde- ja mielenterveystyön LÄNSI 2012 hanketta ajalla 1.3.2009-30.9.2012.

## PROSESSIKUVAUS TYÖRYHMÄN TYÖSKENTELYSTÄ

**Tuula Löf ja Pia Hakala**

Tavoite: Luoda työikäisten toimivan hoitoketjun toimintamalli psykiatriassa.

Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeen työelämäkorin yhtenä toimintamuotona on koota yhteen eri tahoja kehittämään yhteistyötä. Hankkeen puolesta on luotu puitteet kehittämistyön onnistumiseksi. Kutsuimme työryhmään työterveyshuoltojen, perusterveydenhoidon, erikoissairaanhoidon, KELA:n ja sosiaalityön edustajat. Alussa sovittiin aikataulusta, jonka mukaan kehittämistyö alkoi 14.9. ja olisi valmis 14.12.2010. Aikataulusuunnitelma on erittäin tärkeä sekä työn etenemisen että valmiiksi saattamisen kannalta.

Tervein mielin Pohjois-Suomessa – hankkeen hyvät yhteydet Työterveyslaitokseen auttoivat asiantuntijan mukaan saamisessa. Työryhmän ensimmäiseen kokoontumiseen kutsuttiin Dosentti Marianna Virtanen, joka esitteli Järvenpäässä toteutetun pilottihankkeen: □Masennuksen hoitomalli työterveyshuollossa”. Esitys antoi raameja ja näkökulmia kehittämistyöhön sekä inspiroi ja motivoi työryhmää aloittamaan työskentelyään.

Työryhmän jäsenet kartoittivat aluksi omissa yksiköissään työikäisten hoitoketjun tämänhetkiset ongelmat ja esteet ja työyhteisön toiveet kehittämistyölle. Näitä peilattiin Järvenpään malliin etenkin masennuspotilaan psykososiaalisen tuen porrastuksen osalta. Kartoituksen pohjalta havaittiin, että huomiota tulisi kiinnittää hoitovastuuseen, hoidon koordinointiin, tiedottamiseen ja tiiviiseen yhteistyöhön eri toimialojen kanssa koko hoitoprosessin / -ketjun ajan.

Yhteisten asioiden työstämisen jälkeen saatiin alustava kaavio työikäisten toimivasta hoitoketjusta valmiiksi. Siihen linkitettiin aiemmin työryhmän nimeämät esteet, ongelmat ja toiveet. Tässä vaiheessa työryhmälle annettiin tehtäväksi pohtia oman yksikön näkökulmasta seuraavia asioita: 1) Hyvän yhteistyön kriteerit. 2) Hyvän lähetteen ja hyvän palautteen kriteerit. 3) Asiantuntijatiimin merkitys. 4) Missä tilanteessa yhteistyötä tarvitaan ja millä kokoonpanolla? Näiden pohdintojen avulla muokattiin alustavaa mallia ja luotiin QPR- ohjelmalla mallinnus Viranomaisyhteistyö työikäisten hoitoketjussa.

Asiantuntijatiimin tarkoituksena on kehittää ja ylläpitää yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Se pyrkii varmistamaan hoidon porrastuksen toteutumisen käypähoitosuosituksen mukaiseksi toiminnaksi. Sen työssä korostuu konsultoiva ja työohjauksellinen ote. Sen tavoitteena on lisätä avoimuutta toiminnan kehittämiseksi.

Työryhmän viimeisen kokoontumiseen annettiin tehtäväksi miettiä Asiantuntijatiimin kokoonpano, tarkoitus ja tehtävä jokaisen yksikön näkökulmasta nähtynä. Lisäksi selvitettyä annettiin, miten alkukartoitus hoitoketjun toimivuudesta toteutetaan. Alkukartoituksen avulla seuranta ja arviointi saadaan alusta asti hoitoketjun kehittämistoimintaan mukaan.

Työryhmän viimeinen kokoontuminen pidettiin 14.12.2010. Kokoontumisessa sovittiin alustavat raamit asiantuntijatiimin toiminnalle, jotka muokkaantuvat tulevaisuudessa asiantuntijatiimin työskentelyn mukaan. Asiantuntijatiimin kokoonpanoon kuuluvat erikoissairaanhoidon avohoidon ylilääkäri, perusterveydenhuollon vt. avohoidon ylilääkäri, työterveyshuolloista lääkärit sekä Kela että erikoissairaanhoidon sosiaalityön edustus. Asiantuntijatiimi kokoontuu neljä kertaa vuodessa; 2 kertaa keväällä ja 2 kertaa syksyllä. Kokoontumiskerroista joka toinen kokoontuminen on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen kokoontuminen ja joka toinen koko asiantuntijatiimiä koskettava. Asiantuntijatiimin tehtävänä on koordinoita, organisoida ja pitää huolta hoitoketjujen sisällöistä ja niiden toimivuudesta sekä kehittämisestä.

## **ETELÄPOHJALAISTA HYVINVOINTIA**

### **Tuire Hautala**

Eteläpohjalaista hyvinvointia -lehti on Pohjanmaa-hankkeen (Välittäjä 2009 -hanke) tiedotuslehti, joka ilmestyi ensimmäisen kerran toukokuussa 2010. Lehden tarkoituksena on tarjota Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen ihmisille tietoa päihde- ja mielen-terveyteen liittyvistä asioista sekä esitellä keinoja oman mielenterveyden ja terveellisen elämän edistämiseen.

### **Toteutus**

Tiedotuslehden suunnittelu aloitettiin vuoden 2010 alkupuolella. Kohderyhmäksi valittiin Pohjanmaa-hankkeen hankealueen eli Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen väestö. Tiedotuslehti päätettiin postittaa jokaiseen kotitalouteen, jotta kaikilla olisi tasavertainen mahdollisuus saada tietoa päihde- ja mielenterveysasioista sekä oman hyvinvoinnin edistämisestä. Pohjanmaa-hankkeen yhtenä tavoitteena on hankealueen väestön hyvinvoinnin lisääminen ja eräs keino päästä tavoitteeseen on lisätä väestön tietoutta päihde- ja mielenterveysasioista.

Eteläpohjalaista hyvinvointia -lehden ideointiin, juttujen kirjoittamiseen, kuvittamiseen ja toimittamiseen osallistuivat Pohjanmaa-hankkeen työntekijät. Ensimmäisen lehden aiheiksi valittiin Friends-ohjelma, päihdeet ja mielenterveys, itsetuhoisuus, depressiohoitajat ja väkivaltaisuus parisuhteessa. Lehdessä oli myös lyhyt esittelyteksti Mielenterveyden ensiapu@2 -kurssista. Ensimmäisen numeron painosmäärä oli 89000 kappaletta, joista 87500 toimitettiin suorajakeluna kotitalouksiin ja 1500 jätettiin hankkeen työntekijöiden levitettäväksi.

### **Palaute**

Pyysimme lukijoilta palautetta lehdestä. Lukijoiden mukaan lehti yllätti positiivisesti ja lehdessä käsitellyt asioita pidettiin tärkeinä. Aiheista kerrottiin lukijoiden mukaan jämäkästi, mutta informoivasti, lehteä pidettiin helppotajuisena ja selkeänä, käytettyjä kuvia pidettiin selvinä. Aiheet olivat lukijoiden mukaan mielenkiintoisia ja erityisesti henkilötarinat koettiin kiinnostaviksi ja ajatuksia herättäviksi. Palautteissa myös todettiin, että lehti tekee mielenterveyskysymykset helposti lähestyttäväksi. Päihde- ja mielenterveysaiheiden nostaminen esille nähtiin myös tärkeänä.

## **PSYKOOSIN VARHAINEN TUNNISTAMINEN NUORELLA – HYVÄN KÄYTÄNNÖN KUVAUS**

**Päivi Vuokila-Oikkonen, Riitta-Liisa Heikkinen, Marianne Karttunen, Marja-Liisa Läksy, Sirkku Maikkula ja Varpu Wiens**

Psykoosiriskissä oleva nuori tulisi tunnistaa mahdollisimman varhain ja hoito tulee aloittaa riittävän nopeasti. Nuoren hoitamiseksi valittujen interventioiden tulee olla tarpeenmukaisia, riittävän pitkäkestoisia ja perheitä huomioivia.

Psykoosiin sairastuminen on yksi nuoren elämän mullistavimmista kriiseistä. Mielenterveyden häiriöistä sekä psykoosiin että skitsofreniaan sairastuminen aiheuttavat potilaalle ja hänen perheelleen kärsimystä, leimautumista ja häpeää (Vuokila-Oikkonen 2002). Tärkeää olisi tunnistaa psykoosiriskissä oleva nuori mahdollisimman varhain ja valita tarpeenmukaiset interventiot nuoren hoitamiseen. Varhainen tunnistaminen auttaa nuorta pääsemään mahdollisimman pian takaisin hänen normaaliin elämäänsä ja nuoruuteen liittyvien kehitystehtävien läpikäymiseen. Varhainen tunnistaminen vähentää mahdollisesti sairauden tuomaa leimautumista, häpeää ja stigmaa jotka ovat yhteydessä psykoosiin sairastumiseen (Kiviniemi 2008). Nuoren psykoosin varhainen tunnistaminen ja interventioiden tulee olla laadukkaita ja vaikuttavia. Ensipsykoosiin sairastuneiden hoidon kehittäminen on tärkeää; sairastuminen tapahtuu usein iässä, jolloin kehitykselliset vaiheet ovat kesken. Pahimmillaan psykoosin tai skitsofreniaan nuorena sairastuminen voi tarkoittaa psykososiaalisen kehityksen hidastumista, pysähtymistä tai jopa taantumista. Psykooseille, jotka ovat varsin heterogeeninen mielenterveyden häiriöiden tautiryhmä, on tyypillistä oireiden ilmaantuminen ja ennen varsinaisen todettavissa olevan psykoosin ilmaantumista (European Commission. 2009.)

### **Psykoosi**

Psykoosin käsitteellä voidaan tarkoittaa mielisairautta tai oiretta. Psykoosi on ihmisen kyvyttömyyttä säilyttää raja oman itsensä ja ulkomaailman välillä (Läksy 2004). Psykoottinen tila on ymmärrettävä siten, että se on sillä hetkellä ihmiselle paras mahdollinen egon tasapainotila. Psykoottisuus merkitsee ihmiselle emotionaalista ja fyysistä minän tilan muuttumisen ja itsehallinnan menetyksen tunnetta (Koivisto 2003.)

### **Nuori**

Nuorella tarkoitetaan tässä 13 -23-vuotiaista, tästä ikäkaudesta käytetään myös nimitystä nuoruusiän kehitystehtäviä ovat irrottautuminen lapsuuden vanhemmista ja heidän tarjoamasta tyydytyksestä ja heihin kohdistuneista toiveista sekä vanhempien löytäminen uudelleen aikuisella tasolla. Nuoren pitää jäsentää omaa identiteettiään suhteessa muuttuvaan ruumiinkuvaan ja seksuaaliseen identiteettiin. Ikätoverien apuun turvautuminen on tyypillistä nuoruusiän kasvun ja kehityksen aikana. Nuoret tarvitsevat fyysistä ja emotionaalista tilaa kehittyä, oppia tuntemaan itsensä, rajansa ja mahdollisuutensa. Kognitiivinen ja psyykinen kehitys tapahtuvat vuorovaikutuksessa vanhempien, ikätoverien ja ympäröivän yhteiskunnan kanssa. Suotuisa kehitys edellyttää riittävän hyvää kasvuympäristöä. Nuoren kehityksen tärkeä tavoite on sosiaalinen integroituminen.

### **Tunnistaminen**

Mielenterveyden edistämisessä on tärkeää tunnistaa mielenterveyttä uhkaavat tekijät. Uhkaavien tekijöiden tunnistaminen ei kuitenkaan ole ongelmatonta, kun mietitään psykoosin tunnistamista eettisestä näkökulmasta. Ennako-oireisiin liittyviin arviointimenetelmiin liittyvä epätarkkuus voi antaa vääriä tuloksia. Kaikki arvioinnin seurauksena ennako-oireisiksi määritellyt henkilöt eivät todellisuudessa tule sairastumaan psykoosiin. Näin psykoosiriskin toteaminen ja siihen liittyvät hoidot aiheuttavat turhaan henkilölle

leimautumista ja ahdistusta. Vielä tarvitaan tutkimukseen perustuvaa tietoa jopa psykoosikäsittelyn käytöstä ja siitä, milloin psykoosia ryhdytään aktiivisesti hoitamaan ja mitkä interventiot ovat hyväksyttäviä (French & Morrison. 2008).

### **Tarkoitus**

Psykoosin varhainen tunnistaminen nuorella – hyvä käytäntö on tarkoitettu valtakunnalliseksi ohjeeksi perusterveydenhuollossa, sosiaalityössä, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa, kirkonalalla ja järjestöissä toimiville työntekijöille. Edellä mainituissa palveluissa niistä vastaavien johtajien eri sektoreilla tulee osaltaan mahdollistaa hyvän käytännön käyttö. Suositusta voidaan käyttää myös oppimateriaalina ammatillisessa perus- ja täydennyskoulutuksessa. Psykoosin varhainen tunnistaminen on tärkeää, koska pitkä hoitoviive liittyy huonompaan potilaan selviytymiseen ja sairauden ennusteeseen. Toisaalta myös täytyy huomioida, että ennaltaehkäisevät palvelut ovat todennäköisesti taloudellisesti kustannustehokkaita koska ne vähentävät kalliita sairaalahoidon palveluita. Varhaisella tunnistamisella voidaan ehkäistä vastentahtoista hoitoa, joka on aina traumaattinen kokemus potilaalle ja hänen läheisilleen.

### **Psykoosin varhainen tunnistaminen nuorella – hankkeen toteutus**

Hankkeessa kuvataan hyvä käytäntö psykoosin varhaiseksi tunnistamiseksi nuorella. Hyvä käytäntö on sosiaali- tai terveysalan käytäntö, joka on koettu toimintaympäristössään toimivaksi ja arvioitu asiakkaalle hyvää tuottavaksi. Hyvä käytäntö on eettisesti hyväksyttävä ja se perustuu mahdollisimman monipuoliseen tietoon toiminnan vaikuttavuudesta ja/tai toimivuudesta. Hyvä käytäntö kuvataan niin, että lukija pystyy arvioimaan, millaiseen tietoon käytännön toimivuus perustuu ja millainen tieto siitä puuttuu ja tiivistetään riittävän selkeästi ja yksityiskohtaisesti. Kuvaus on tarpeeksi yleistettävissä niin, että sen käyttöönotto on mahdollista.

Hyvän käytännön pohjaksi laadittiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Sillä tarkoitetaan tieteellistä tutkimusmenetelmää, jossa määritellään ja rajataan tutkimuskysymykset, etsitään olemassa oleva tutkimustieto systemaattisin kirjallisuushaun, arvioidaan kootun tiedon laatu, kootaan näyttö ja tulkitaan tulokset.

Kirjallisuuskatsauksessa haettiin vastausta seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten aikaisempi tutkimustieto kuvaa psykoosin varhaista tunnistamista nuorella?
2. Miten aikaisempi tutkimustieto kuvaa psykoosin hoitoon liittyviä interventioita nuorella? Kun kirjallisuuskatsaus oli tehty ja käsitteet täsmentyneet tutkimuskysymys tarkentui seuraavasti:
3. Millainen hyvä käytäntö kuvaa nuoren psykoosin varhaista tunnistamista?

### **Aineisto**

Kehittämistyön aineisto muodostuu kansainvälisistä ja kansallisista tieteellisistä julkaisuista. Ei-tieteellisiä julkaisuja (raportteja, ohjeita yms.) käytetään täydentämään tieteellistä tutkimusta. Yhteensä aineistona on 124 tieteellistä artikkelia, tutkimusta, lausuntoa tai asiantuntija-arviota.

### **Aineiston analysointi**

Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003) ja analyysissä käytettiin Sairaanhoidtajaliiton näytöllä tuloksiin käsikirjaa. Artikkeleille laadittiin sisäänottokriteerit, jotka niiden tuli täyttää tullakseen valituiksi psykoosiriskissä olevan tunnistamiseksi ja interventioiksi. Analyysi täsmentyi seuraaviin teemoihin. *Psykoosin tunnistaminen* ja *Interventio*. Analyysin edetessä muodostettiin yksi teema, joka nimettiin psykoosin varhaiseksi tunnistamiseksi nuorella.

Psykoosin varhainen tunnistaminen

Alustavien tulosten mukaan psykoosiriskin tunnistaminen sekä siihen liittyvät interven-

tiot edellyttävät monitieteistä ja – alaista lähestymistapaa ja selkeää toimintamallia. Psykoosin ennakko-oireet ovat epäspesifejä, eikä niiden perusteella voida olla varmoja psykoosiin sairastuminen todennäköisyydestä. Varhaiset merkit ovat niitä, kun nuori ei enää selviydy kehitystehtävistään ja jokapäiväisistä rutiineistaan. Psykoosiriskin taustalla voi olla traumaattinen kokemus (esim. kiusaaminen), kokemus masentuneisuudesta tai ahdistuneisuudesta sekä itsemurha-ajatukset. Siihen voi myös liittyä epärealistinen huolen kokemus ja hankaluudet voivat näyttäytyä myös oppimisvaikeuksina. Varhaisia merkkejä voivat olla vetäytyminen sosiaalisista suhteista, sosiaalisten tilanteiden pelko, mielialan vaihtelut, unettomuus ja passiivisuus, joka voi näkyä myös toimintakyvyn laskuna. Psykoosiriskissä oleva nuori kokee itsensä mahdollisesti erilaiseksi ja todellisuudentaju voi hämärtyä. Lähempänä psykoosin varsinaista puhkeamista voi esiintyä positiivisia oireita kuten harhaisuutta.

Psykoosiriski tulee *tunnistaa* varhaisessa vaiheessa ja hoito tulee aloittaa riittävän nopeasti, hoitoon pääsyn tulee olla mahdollisimman helppoa ja ympärivuorokautista. Psykoosin varhaisessa tunnistamisessa korostuu henkilökunnan osaaminen, sillä on osattava tunnistaa se mikä kuuluu normaalin nuoren kehitykseen ja milloin tulee huolestua. Siksi on tärkeää, että perusterveydenhuollossa on riittävästi asiantuntijuutta ja hoitopolut olisivat selkeitä. Varhainen puuttuminen ei ainoastaan ole eettisesti oikein, se on myös kustannustehokasta.

*Interventioiden* tulee olla välittömiä, joustavia, oikea-aikaisia ja tiiviitä. Interventioissa on tärkeää tarpeenmukaisuus sekä eri hoitomuotojen integrointi että vuorovaikutuksen dialogisuus. Keskustelun pitää kohdistua enemmän nuoren omiin kokemuksiin. Kuitenkin interventioiden on oltava joustavia ja jatkuttava riittävän pitkään. Selviytymisen kannalta on merkittävää, että nuori säilyttää normaalielämän aktiviteetit kuten koulu, ystävät ja kaverit.

## Hoito

Hoidossa on huomioitava jokaisen potilaan omat iänmukaiset tarpeet ja elämäntilanne. Hoitosuhteessa korostuu potilaslähtöisyys, kognitiivisuus ja yhteisen kielen löytyminen joka tarkoittaa potilaan kertomuksen kuulemistä. Hoitosuhteessa potilaan on mahdollista saada eheyttäviä kokemuksia. Dialogisuus mahdollistaa jokaisen osallistumisen hänen omalla tavallaan. Toivon ylläpitäminen ja nuoren ja hänen läheistensä voimavaroihin uskomisen ja luottaminen ovat keskeisiä toipumisessa. Vuorovaikutukseen tarvitaan aikaa ja kykyä kuunnella ja jossa yhteisen kielen löytyminen ja vastavuoroisuus on tärkeää. Kuuntelun tulisi olla empaattista ja tukevaa. Tärkeää on potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja tiedon antaminen oikea-aikaisesti. Ihanteellisinta olisi, jos samat työnteekijät ottavat vastuun hoitoprosessista sekä avo- että sairaalahoidossa.

Omaiset sekä potilaan läheiset ja tarvittaessa viranomaiset osallistuvat alusta alkaen hoitoon. Perheiden mukaanotto tulisi tapahtua mahdollisimman nopeasti, sillä potilaan perhe on tärkeä yhteistyökumppani. Mukaanoton lisäksi tärkeää on perheen kuuleminen ja heidän mielipiteen arvostaminen, heille tulee olla tunne siitä, etteivät jää yksin. Perheen kuulluksi tuleminen ja osallistuminen päätöksentekoon parantavat hoidon tuloksia. Perheen ja muiden läheisten mukaan ottaminen hoitoon ennaltaehkäisee heidän väsymistä, se on heidän huolien kuulemistä ja vastaanottamista ja heidän tukemista. Tärkeää olisi tavata perhettä heidän omassa ympäristössään esim. kodissa. Ryhmämuotoinen, intensiivinen psykososiaalinen hoito sekä perheiden muodostamat vertaisryhmät ensipsykoosin kohdalla edistävät selviytymistä ja potilaan tunnetta normaaliudesta.

## Lähteet

Aaltonen, J., Seikkula, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., Sutela, M. (1997) The Western Lapland project: A comprehensive family-and network centered community psychiatric project. ISPS Abstracts and lectures 12-16 October 1997. London.

European Commission. 2009. Mental Health. Promoting of Mental Health and Well-being of Children and Young

People – Making it Happen. Thematic Conference Mental health in Youth and Education Organised by European Commission and Swedish Ministry of Health and Social Affairs under the auspices of the Swedish Presidency, Stockholm, 29th - 30th September 2009.

French P. & Morrison A.P. 2008. Psykoosin varhaisoireet. Tunnistaminen ja kognitiivinen psykoterapia. Otavan kirjapaino Oy.

Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin hoitotyössä - käsikirja hoitotyön suositusten laadintaan. [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/mp/db/file\\_library/x/IMG/12395/file/Naytollatuloksiinkasikirja120404.pdf\(viitattu 14.8.2007\)](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/12395/file/Naytollatuloksiinkasikirja120404.pdf(viitattu%2014.8.2007))

Kiviniemi L: 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren ja aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 150.

Koivisto K.(2003) Koettu hallitsematon minuu psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Akateeminen väitöskirja Series D 721 Medica. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen julkaisu. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto.

Latvala E. & Vanhanen-Nuutinen L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S., Nikkonen, M. (toim.) (2003)

Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Juva. 2. uudistettu painos.

Läksy, K (2004). Psykoosit. Kirjassa Matikainen E, Aro T, Huunan-Seppälä A, Kivekäs J, Kujala S, Tola S (toim.) Toimintakyky, Arviointi ja kliininen käyttö. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Vuokila-Oikkonen, P. & Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2002 Patient initiatives in psychiatric care concerning shame in the discussion in co-operative team meetings. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing 9 (1) 23-32.

Yhteystiedot: Päivi Vuokila-Oikkonen, Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hyvinvointipalvelut tutkimusohjelma, Uusikatu 46, 90100 Oulu. Sposti: [paivi-vuokila-oikkonen@diak.fi](mailto:paivi-vuokila-oikkonen@diak.fi) , [Varpu Wiens, Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri Keroputaan sairaala/Tervein Mielin Länsi-Pohjassa, Toivolantie 1, 95410 Tornio. Sposti: varpu.wiens@lpshp.fi](mailto:Varpu.Wiens.Laansi-Pohjan.sairaanhoitopiiri.Keroputaan.sairaala/Tervein.Mielin.Laansi-Pohjassa.Toivolantie.1.95410.Tornio.Sposti:varpu.wiens@lpshp.fi)

## POSTERNÄYTTTELYN OSALLISTUJAT

<b>Posterin nimi</b>	<b>Tekijä(t)</b>
1. Pitkäaikaisen masennuksen hoitomallin kehittäminen	Jeni Hälvä
2. Utvecklande av regional närservice inom mental- och rusmedelsvården	Ann-Britt Björkström Päivi Somero Siv Nyberg
3. En dörr – låg tröskel	Britt-Marie Lindqvist Maria Lindell
4. Meidän perhe-hanke – Teidän perhettä varten	Katja Hovimäki Iraja Pendolin
5. Vapaaehtoisena vaikutat – kelpaaks seura	Sinikka Kaakkuriniemi
6. Pallo haltuun ! – nuorten aikuisten kuntoutusmalli	Outi Ståhlberg
7. Väkivallan vastainen työ	Veli-Matti Saarinen
8. Miepä-palvelupiste	Hannele Peräkoski
9. Kehittäjä työntekijöiden helmet ja haasteet	Saija Valtasaari
10. Miltä maahanmuutto tuntuu ja miksi siihen liittyvät vaiheet on hyvä tunnistaa	Sari Nyholm
11. Välitin	Silja Wahlsten
12. Selviämishoitoyksikkö eli Selma	Tiina Hakala
13. Prosessikuvaus työryhmän työskentelystä	Tuula Löf Pia Hakala
14. Eteläpohjalaista hyvinvointia	Tuire Hautala
15. Psykoosin varhainen tunnistaminen nuorilla - Hyvän käytännön kuvaus	Varpu Wiens Sirkku Maikkula Marja-Liisa Läksy Marianne Karttunen Riitta-Liisa Heikkinen Päivi Vuokkila-Oikkonen