

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
SOSIAALI- JA TERVEYSALA

Positiivinen mielenterveys

– Hyvän elämän perusta

Nelli Björkbacka & Saara-Maria Martimo & Elina Nurmikumpu

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

Kemi 2012

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysala

Hoitotyön koulutusohjelma

NELLI BJÖRKBACKA & SAARA-MARIA MARTIMO & ELINA NURMIKUMPU
POSITIIVINEN MIELENTERVEYS

Hyvän elämän perusta

Opinnäytetyö 67 sivua ja 3 liitettä

Ohjaajat: Hannele Pietiläinen & Annette Suopajarvi

30.4.2012

Asiasanat: positiivinen mielenterveys, mielenterveyden edistäminen, mielenterveystyö, ohjaus

Mielenterveys on koko elämän ajan jatkuva kehitysprosessi. Se ei ole pysyvä tila, vaan tilanteeseen ja aikaan sidoksissa oleva voimavara. Sitä voidaan vahvistaa ja se vaikuttaa elämän laatuun. Siihen kuuluu positiivinen mielenterveys sekä erilaiset mielenterveyden sairaudet ja häiriöt. Positiivinen mielenterveys käsittelee mielenterveyttä voimavarana. Negatiivinen mielenterveys taas sisältää psyykkiset ongelmat, oireet ja häiriöt.

Projektimuotoisen opinnäytetyön tavoitteena on tehdä esite Kemin mielenterveysaseman tarjoamista palvelu- ja hoitomuodoista. Työn tarkoituksena on antaa tietoa palveluista terveydenhuollon henkilökunnalle. Tässä opinnäytetyössä teoreettisena viitekehystenä on positiivinen mielenterveys, johon syvennytään funktionaalisen mielenterveydenmallin avulla. Työssä käsitellään teorian avulla myös mielenterveystyötä, mielenterveyden edistämistä sekä ohjausta ja psykoedukaatiota.

Työ toteutettiin perehtymällä laajasti alan kirjallisuuteen ja tutkimustuloksiin sekä haastatteleamalla Kemin mielenterveysaseman ja kuntoutuskotien henkilökuntaa. Tämän projektinmuotoisen opinnäytetyön tuloksena tehtiin esite Kemin mielenterveysaseman tarjoamista palvelu- ja hoitomuodoista.

Esitteen avulla pyritään lisäämään terveydenhuollon henkilökunnan tietämystä Kemin mielenterveyspalveluista. Tämä helpottaa asiakkaan ohjaamista asianmukaiseen hoitoon. Esite toteutettiin Kemin mielenterveysaseman henkilökunnan toiveiden mukaisesti ja sitä arvioivat mielenterveysaseman työntekijät ja tärkeimmät yhteistyökumppanit.

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Social Services and Health Care

Degree Programme in Nursing

NELLI BJÖRKBACKA & SAARA-MARIA MARTIMO & ELINA NURMIKUMPU

POSITIVE MENTAL HEALTH

Foundation of a good life

Bachelor's Thesis 67 and 3 appendixes

Advisors: Hannele Pietiläinen & Annette Suopajarvi

30.4.2012

Keywords: positive mental health, promoting mental health, mental health work, guidance

Mental health is a development process that continues through life. It is not a permanent condition, but it's a resource that links with situation and time. Mental health may be established and it has an effect on the quality of life. Mental health includes a positive mental health as well as various mental diseases and disorders. Positive mental health deals with mental health as a resource. Negative mental health on the other hand includes psychological problems, diagnostics and disturbances.

The aim of this project is to make a brochure of services and cures in Kemi's mental health stations. The meaning of this project is to give knowledge of services in mental health station to professionals of health care. Theoretical framework in this thesis is a positive mental health, which can go deeper into the functional mental health. In this thesis, mental health work, promotion of mental health, guidance and psychoeducation are also based on a theory.

The work was carried out by studying widely the literature and resource data of this subject. Also the professionals of Kemi mental health station and rehabilitation centres were interviewed. The result of this thesis was to make a brochure of services and treatments that Kemi mental health station provides.

The brochure helps the health care professionals to increase their knowledge of Kemi mental health services. It makes easier to guide the client to proper care. The brochure was made like the Kemi mental health station professionals wished. It was estimated by the professionals of the station and the most important partners they work with.

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	7
2 POSITIIVINEN MIELENTERVEYS	9
2.1 Positiivisen mielenterveyden näkökulmia	9
2.2 Funktionaalinen malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana	11
2.3 Mielenterveyden edistäminen.....	12
3 MIELENTERVEYSTYÖ	14
3.1 Ohjaus ja psykoedukaatio.....	16
4 KEMIN MIELENTERVEYSASEMAN PALVELUMUODOT	18
4.1 Ensihoito- ja päivystyspalvelut	18
4.2 Lääkäripalvelut	20
4.3 Kriisihoito.....	20
5 KEMIN MIELENTERVEYSASEMAN TERAPIAMUODOT	23
5.1 Yksilöpsykoterapia	24
5.2 Ryhmäpsykoterapia	25
5.3 Kuvataideterapia.....	27
5.4 Perheterapia sekä perhe- ja verkostokeskeinen hoito.....	28
5.5 Pariterapia.....	30
5.6 Supporttiivinen psykoterapia	31
6 KEMIN MIELENTERVEYSASEMAN KUNTOUTUSPALVELUT.....	33
6.1 Kotikuntoutus	33
6.2 Mielialanhallintaryhmät	34
6.3 Toiminnalliset ryhmät	35
6.4 Inkakoti.....	36
6.5 Kiveliönkoti.....	37
6.6 Klubitalo	38
7 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN	40

7.1 Tavoite ja tarkoitus	40
7.2 Rajaus, liittymät ja organisaatio	41
7.3 Projektin kulku	41
7.4 Tuotteiden ja tulosten tarkastelu.....	43
7.5 Luotettavuuden tarkastelu	44
8 ETIIKAN NÄKÖKULMIA	45
8.1 Projektityön etiikka	46
8.2 Mielenterveystyön etiikka	47
9 PROJEKTIN ARVIOINTI.....	50
10 POHDINTA	52
LÄHTEET.....	56
LIITTEET	63

1 JOHDANTO

”Mielenterveys on kyky rakastaa ja tehdä työtä”

– Sigmund Freud

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan ”Ei ole terveyttä ilman mielenterveyttä”. Ihmisen hyvinvoinnin perusta on mielenterveys, joka koostuu fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja henkisestä ulottuvuudesta. Se on voimavara sekä perusta mielekkäälle ja yksilölliselle elämälle. Sen avulla kyetään ihmissuhteisiin ja toisista välittämiseen sekä inhimilliseen vuorovaikutukseen. Mielenterveyteen liittyy kyky työntekoon ja tarvittaessa oman edun valvontaan sekä tunteiden ilmaisemiseen. Hyvä mielenterveys auttaa kestämaan vastoinkäymisiä sekä selviytymään niistä. Mielenterveys on elämäntaidollinen käsite ja se mahdollistaa elämän monia asioita. Siihen vaikuttavat kasvuolosuhteet, elämisen puitteet sekä sosiaalinen verkosto. Se on myös oma itsenäinen kokonaisuus, jossa korostetaan elämän myönteisiä puolia. Mielenterveyttä voi vahvistaa ja se vaikuttaa elämän laatuun. Mielenterveyteen kuuluu positiivinen mielenterveys sekä erilaiset mielenterveyden sairaudet ja häiriöt. Positiivinen mielenterveys käsittelee mielenterveyttä voimavarana. Negatiivinen mielenterveys taas sisältää psyykkiset ongelmat, oireet ja häiriöt. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; Heiskanen & Salonen & Sassi 2010, 17, 19, 20; Heikkinen-Peltonen & Innamaa & Virta 2009, 8-9; Stengård & Savolainen & Sipilä & Nordling 2009, 7.)

Mielenterveys on koko elämän ajan jatkuva kehitysprosessi. Se ei ole pysyvä tila, vaan tilanteeseen ja aikaan sidoksissa oleva voimavara. Mielenterveyttä tarkastellaan useista eri näkökulmista. Luonnontieteissä huomio kiinnitetään mielenterveyden fysiologiseen ja biologiseen taustaan. Yksilöpsykologisessa näkökulmassa huomioidaan ihmisen varhainen kehitys ja asiat, jotka altistavat häiriöille tai edistävät terveyttä. Kehityspsykologinen näkökulma yhdistää nämä kaksi tieteen alaa. Yhteiskuntatieteissä ihmistä tutkitaan yhteisön ja ryhmän jäsenenä. Yhteisöjen asenteilla ja arvoilla on myös merkityksensä mielenterveyteen; toteutuuko oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus vai leimataan-ko mielenterveysongelmista kärsivä ihminen? (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 8-9.)

Tämän projektimuotoisen opinnäytetyön tavoite on laatia esite Kemin mielenterveysaseman tarjoamista palvelu- ja hoitomuodoista. Työn tarkoituksena on antaa terveyden-

huollon henkilökunnalle tietoa mielenterveysaseman tarjoamista palveluista. Opinnäytetyön tekijät tutustuvat projektityön vaiheisiin, mistä mielenterveys rakentuu, mielenterveystyöhön sekä sen toteutumiseen. Apuna käytetään eri teoria- ja tutkimuslähteitä sekä mielenterveysaseman ja kuntoutuskotien henkilökuntien haastatteluita. Idea opinnäytetyön aiheeseen syntyi mielenterveyspalveluiden tarpeen yleisyydestä sekä palvelua haavevien leimaantumisen pelosta.

Aromaan (2011, 17) tutkimuksen "Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland" mukaan yleiset asenteet mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä kohtaan ovat muuttuneet viime vuosien aikana yhä leimaavammiksi myös Suomessa. Suomessa tilanne on kuitenkin parempi kuin muissa Euroopan maissa. Tilastojen mukaan mielenterveyspalvelujen käyttö Suomessa on lisääntynyt samalla kun palveluiden saatavuus on huonontunut. Psykiatriset sairaalat ovat vähentyneet ja tulevat vielä vähemmän entisestään. Tavoitteena on mielenterveyspalveluiden painottuminen entistä enemmän perus- ja avohoitopalveluihin. (Kuhanen & Oittinen & Kanerva & Seuri & Schubert 2010, 45.)

Tässä työssä mielenterveyttä lähestytään positiivisesta näkökulmasta, joka on työn teoreettinen viitekehys. Sisältö alkaa määritelmällä positiivinen mielenterveys, mielenterveyden edistäminen sekä mielenterveystyö. Positiiviseen mielenterveyteen perehdytään funktionaalista näkökulmasta. Työssä avataan Kemin mielenterveysaseman tarjoamat palvelu- ja hoitomuodot teoria- ja haastattelutietojen avulla. Työn loppuosa koostuu projektityön toteutumisesta, etiikasta, arvioinnista sekä pohdinnasta.

Tämä työ rajataan siten, että se käsittelee vain ne palvelu- ja hoitomuodot, joita Kemin mielenterveysasema tarjoaa. Rajaus tehtiin tilaajan toiveiden mukaisesti.

2 POSITIIVINEN MIELENTERVEYS

Mielenterveys on ollut erillään perinteisestä kansanterveydestä, niin poliittisesti, lainsäädännöllisesti, akateemisesti kuin organisatorisestikin. Tämän vuoksi vuonna 1999 Euroopan Unionissa puheenjohtajuuteen valmistautuessa Suomi nosti mielenterveyden EU:n asialistalle. Suunnitelma ei aluksi saanut kannatusta, mutta lopulta nousi luoksaan EU:n kansanterveyshistorian menestyksekkäimmäksi. Mielenterveys on ollut EU:ssa hyvin esillä Suomen puheenjohtajuuskauden jälkeen. Perustuslain kansanterveysartiklassa puhutaan nykyisin terveydestä ja mielenterveydestä pelkän terveyden sijaan. Hanketta ”Mielenterveys Euroopan asialistalle” ohjasi Suomessa sekä sosiaali- ja terveysministeriön terveysosasto että sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. (Leppo 2004, 9)

EU:n Mielenterveysraportin mukaan nykypäivänä huomio tulisi kohdistaa positiiviseen mielenterveyteen, sen sijaan, että kiinnitettäisiin huomio psyykkisiin ongelmiin. Tällaista näkökulmaa tulisi korostaa etenkin mielenterveyden seurannassa. (Lavikainen & Lehtinen & Lehtinen 2004, 5.)

2.1 Positiivisen mielenterveyden näkökulmia

Positiivisella mielenterveydellä pyritään siirtämään ajattelua pois sairaus- ja ongelmanäkökulmasta. Positiivinen mielenterveys on tavoiteltava asia, joka nähdään selviytymiseen liittyvänä taitona. Se tarkastelee mielenterveyttä voimavarana. Positiiviseen mielenterveyteen sisältyvät yksilön voimavarat, itsetunto sekä kyky solmia ja ylläpitää ihmissuhteita. Positiivisen mielenterveyden avulla voidaan havaita, ymmärtää ja tulkita ympäristöä sekä sopeutua tai muuttaa sitä tarpeen tullen. Nämä asiat vahvistavat yksilön kykyä tulla toimeen sosiaalisissa verkostoissa sekä yhteiskunnan jäsenenä. Positiivinen mielenterveys tukee arjessa jaksamista ja auttaa kokemaan elämän mielekkäänä. Sen avulla yksilö kykenee toimimaan tuottavana ja luovana yhteiskunnan jäsenenä. Hyvä mielenterveys auttaa sietämään menetyksiä ja hyväksymään omassa elämässä tapahtuvat muutokset. Terve mieli kykenee lisäksi erottamaan oman ajatusmaailman ja ulkoisen todellisuuden toisistaan. (Heiskanen ym. 2010, 20; Lavikainen ym. 2004 16.)

Pietiläinen (2012, 14–15) on määritellyt artikkelissaan positiivisen mielenterveyden olevan elämänhallintaa, elinvoimaisuutta, itsetuntoa, psyykkistä vastustuskykyä sekä tyytyväisyyttä elämään. Se on myös arvo itsessään. Positiivisen mielenterveyden taidoksi hän määrittelee tunne-, vuorovaikutus-, kommunikaatio- sekä ongelmanratkaisutaidot.

George Vaillant on tarkastellut positiivista mielenterveyttä kuudesta eri näkökulmasta. Ensimmäinen on mielenterveys hyvänä psykososiaalisena toimintakykynä. Toinen käsittelee mielenterveyttä positiivisena psykologiana. Tämä kuvaa muun muassa sopeutumiskykyä erilaisissa elämän haasteissa ihmisen vahvuuksien, kykyjen, lahjakkuuden ja optimistisen elämänasenteen kannalta. Kolmas näkökulma on persoonallinen kypsyyden, joka ilmenee ihmisen kykynä oppia ja kehittyä elämäkokemuksistaan. Neljäs näkökulma painottaa tunnepohjaista ja sosiaalista lahjakkuutta, joka on muun muassa itsensä ja muiden huomioimista eli niin sanottua tunneälyä. Viidennellä näkökulmalla kuvataan koettua subjektiivista hyvinvointia, joka ei riipu pelkästään yksilöstä, vaan siihen vaikuttaa usealla tavalla myös ympäristö. Kuudes näkökulma kuvaa psykologisen joustavuuden ja muuttumiskyvyn vaikutusta ihmisen mielenterveydelle elämäntilanteiden muuttuessa. (Lehtonen & Lönnqvist 2010, 29.)

Marie Jahoda (1999, 23) on kuvannut teoksessa *Current Concepts of Mental Health* positiiviselle mielenterveydelle kuusi lähestymistapaa. Ensimmäisen mukaan positiivisen mielenterveyden mittareita tulisi etsiä yksilön asenteesta omaa itseään kohtaan. Toisen mukaan yksilön mielenterveyttä voi ilmaista itsetoteutuksen, kasvun sekä kehityksen kautta. Kolmas tapa saadaan yhdistämällä kaksi ensimmäistä. Neljännen lähestymistavan mukaan yksilön itsehallinto eli kyky itsenäisyyteen heijastuu omasta mielenterveydestä. Viidennen mukaan mielenterveys puolestaan näkyy yksilön kykynä havainnoida todellisuutta. Kuudennes lähestymistapa mielenterveydelle on yksilön kyky hallita ympäristöään.

”Tulla lähelle vaatii sinulta voimaa, paljon väkevää voimaa

Olla lähellä vaatii sinulta rohkeutta, paljon paljasta rohkeutta

Päästää lähelle, sisälle, vaatii sinulta vain uskoa toiseen ihmiseen”.

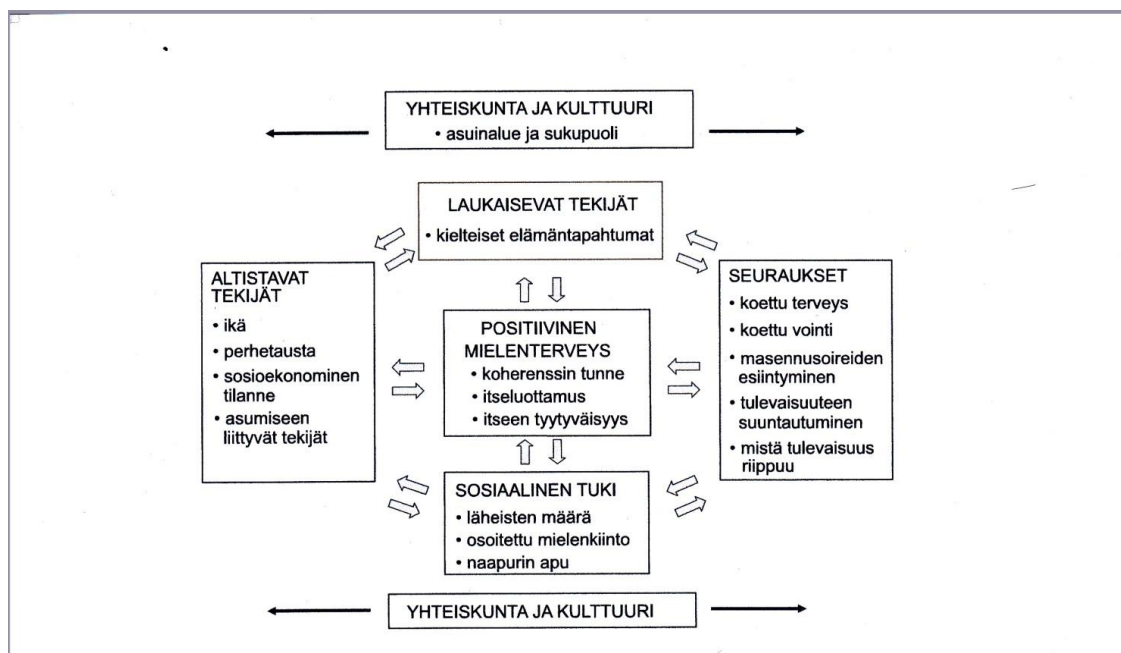
-Tommy Tabermann

2.2 Funktionaalinen malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana

Sohlmanin (2004, 32) tutkimuksessa käy ilmi, että funktionaalisen mielenterveyden mallin on kehittänyt Clemens Hosman. Mallissa mielenterveys kuvataan mielenterveyttä edeltävien tekijöiden, sen seurausten sekä henkilöiden käytössä olevien voimavarojen avulla. Funktionaalinen malli on kehitetty lähtökohdaksi mielenterveyden edistämisen ja ehkäisyn käsitteelliseksi kehikoksi.

Sohlman (2004, 39–40.) käsittelee positiivista mielenterveyttä tutkimuksessa ”Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana” (kaavio 1). Positiiviseen mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä ovat yhteiskunta ja kulttuuri, jotka käsittävät asuinalueen ja sukupuolen. Sohlman kuvaa positiivista mielenterveyttä **koherenssin tunteena, itseluottamuksena ja tyytyväisyytenä itseensä**. Kaaviossa positiivinen mielenterveys on kokonaisuudessaan jaettu altistaviin ja laukaiseviin tekijöihin, sekä seurauksiin ja sosiaaliseen tukeen. Altistavia tekijöitä ovat perhetausta, ikä, sosioekonominen tilanne sekä asumiseen liittyvät tekijät. Kielteiset elämäntapahtumat ovat laukaisevia tekijöitä. Positiivisen mielenterveyden seurauksia ovat kohdehenkilöiden terveydentilaan liittyvät asiat sekä tulevaisuuteen suuntautuminen. Sosiaaliseen tukeen liitetään läheisten määrä, ihmisten osoittama mielenkiinto sekä naapureilta saatu apu.

Kaavio1 Funktionaalinen mielenterveydenmalli positiivisen mielenterveyden kuvaajana



Sohlmanin (2004, 39–42) tutkimuksesta käy ilmi, että koherenssin tunteen kehittäjä on Aaron Antonovsky. **Koherenssin tunne** liittyy siihen, kuinka yksilö kokee oman toimintaympäristönsä ymmärrettäväksi, hallittavaksi ja mielekkääksi. Ymmärrettävyydellä kuvataan sitä, kuinka yksilö ymmärtää omaa elämäntilannettaan. Hallittavuus liittyy siihen tunteeseen, että yksilöllä on käytettävissään riittävästi keinoja erilaisten tilanteiden kohtaamiseen ja niistä selviytymiseen. Mielekkyys on koherenssin tunteen tunteellinen osa. **Itseluottamus** on Sohlmanin mukaan psykologinen voimavara tai henkisen terveyden kulmakivi. Positiivisen mielenterveyden viimeinen tekijä on **tyytyväisyys itseensä**. Sohlman on määritellyt sen hyvän itsetunnon osa-alueeksi ja ihmisen ominaisuudeksi. (Sohlman 2004, 39–42; Toivio & Nordling 2009, 194.)

2. 3 Mielenterveyden edistäminen

Maailman ensimmäinen mielenterveyden edistämiseen tähtäävä järjestö ”Suomen mielenterveysseura” perustettiin vuonna 1897. Järjestön perustamisen jälkeen mielenterveyden edistäminen on kehittynyt ympäri maailmaa. Maailman mielenterveysjärjestö World Federation for Mental Health perustettiin vuonna 1947. Sen tarkoitus on edistää mielenterveyttä ja lisätä ymmärrystä psyykkisesti sairaita kohtaan. Myös World Health Organization (WHO) on tärkeä osallinen mielenterveyden edistämässä. (Tudor 1996, 1.)

Health Education Authorityn julkaiseman raportin Quality Framework (1997) mukaan mielenterveyden edistämässä on kyse toiminnasta, joka vaalii hyvää mielenterveyttä vähentäen heikentäviä ja vahvistaen mielenterveyttä edistäviä tekijöitä. Edistäminen on toimintaa, joka vaalii hyvää mielenterveyttä lisäten ihmisten hyvinvointia, vähentäen kärsimyksiä ja mielenterveysongelmien ilmaantuvuutta sekä ehkäisten psyykkisiä sairauksia. (Toivio ym. 2009, 308; Lavikainen ym. 2004, 34; Lehtinen & Riikonen & Lahtinen 1999, 8.)

WHO määrittelee kolme erilaista mielenterveyden edistämisen tavoitetta. Ensimmäisenä tavoitteena pidetään toimenpiteitä, jotka edistävät mielenterveyttä ja hyvinvointia yksilö- ja väestötasolla. Toinen tavoite on edistää yksilön asemaa, perheiden ja yhteiskunnan tasolla. Kolmas tavoite on lisätä yksilöiden, perheiden, yhteisöjen ja ryhmien kykyä

vahvistaa sekä tukea positiivisia kokemuksiaan. Mielen terveyden edistäminen viittaa enemmän positiiviseen kuin negatiiviseen mielen terveyteen. Terveyden edistämässä päämääränä on positiivinen mielen terveys (World Health Organization 2002, 8-9.)

Stakesin mukaan mielen terveyden edistämistä on kolme eri tasoa. **Yhteiskuntataso** (metataso) kattaa väestöstrategiat valtakunnan tasolla sekä terveys- ja hyvinvointipoliittikan. **Yhteisötasoon** (mesotasoo) kuuluvat paikalliset kuntapalvelut ja strategiat, koulut, työpaikat, eri organisaatiot sekä asuinalueet. Häiriöiden ennaltaehkäisy, voimavarojen ja elämäntaitojen sekä ongelmaratkaisukykyjen vahvistaminen, riskitekijöiden vähentäminen sekä tiedon lisääminen kuuluvat **yksilötasoon** (mikrotasoo). (Savolainen 2007, 32.)

Canadian Institute for Health Information (2009, 10) mukaan mielen terveyden edistäminen on prosessi, jolla pyritään parantamaan yksilön ja yhteisöjen kykyä hallita omaa elämäänsä ja parantaa heidän mielen terveyttä. Mielen terveyden edistäminen käyttää keinoja, jotka kehittävät tukea antavia ympäristöjä ja yksilön sietokykyä kunnioittaen kulttuuria, oikeudenmukaisuutta, sosiaalista oikeutta, yhteyttä sekä ihmisarvoa.

3 MIELENTERVEYSTYÖ

Vuonna 2004 kirjoitetun EU:n Mielenterveysraportin mukaan mielenterveystyö käsittää mielenterveyden edistämisen, ongelmien ehkäisyä, hoidon ja kuntoutuksen sekä kuolleisuuden ehkäisyä. Käytettäviä mielenterveystoimia on mielenterveyden edistäminen. Siihen kuuluu primaari- ja sekundaaripreventio, hoitava/kuntouttava ote sekä kuolleisuuden ehkäisy. Näitä edellä mainittuja toimia toteutetaan yksilö-, yhteisö- ja yhteiskunnallisella tasolla (liite 1). (Lavikainen ym. 2004, 19.)

Kemin mielenterveysaseman toiminta sijoittuu pääasiassa paikallisiin yhteisöihin. Sekundaariprevention avulla turvataan henkilön pääsy palveluihin, jotka mahdollistavat varhaisen toteamisen ja hoidon. Lisäksi hoitavalla ja kuntouttavalla otteella tehdään yhteistyötä terveys- ja sosiaalipalveluiden sekä työvoimatoimistojen kanssa mielenterveysongelmaisten hyväksi. Kemin mielenterveysasemalla painotetaan verkostokeskeistä hoitotyötä. (Henkilökunnan haastattelu 2011.)

Mielenterveystyössä on kyse yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja myönteisen persoonallisuuden kehityksen edistämisestä. Se on myös mielisairauksien ja mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, lievittämistä ja parantamista. Mielenterveystyö voi olla rakentavaa, ehkäisevää tai korjaavaa. **Rakentava** (konstruktiivinen) työ on psyykkisen terveyden turvaamista ja sosiaalisen turvallisuuden luomista. Tällöin huolehditaan yksilön yleisestä hyvinvoinnista. **Ehkäisevän** (sekundaaripreventio) työn tavoite on tukea ihmisen selviytymistä ja hyvinvointia. Se pyrkii tunnistamaan mielenterveyttä uhkaavat tekijät ja torjumaan niitä. Tavoitteena on varhaisen toteamisen ja nopean hoidon avulla tunnistaa ensioireet ja lyhentää häiriön kestoja. Esimerkiksi päiväkodeissa huomioidaan erityisesti lapset, joilla on vaikeuksia sopeutua ryhmään. Kouluissa taas annetaan päihdevalistusta oppilaille ikäkauteen sopivalla tavalla. **Korjaava** (tertiaaripreventio) työ sisältää mielenterveyshäiriöiden tunnistamisen, tutkimisen, hoitamisen ja kuntoutumista tukevan mielenterveystyön. Se lieventää asiakkaan häiriötä ja palauttaa toimintakykyä. (Hietaharju & Nuutila 2010, 16–17, 20; Kuhanen ym. 2010, 28–30; Stengård ym. 2009, 7-8; Noppari & Kiiltomäki & Pesonen 2007, 120; Lavikainen ym. 2004, 19.)

Erikoissairaanhoitolain 1991 mukaan jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään ja järjestettävä kuntalaisille tarpeellinen erikoissairaanhoito. Kuntaliiton tulee huolehtia palvelujen yhteensovittamisesta sekä suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa niin, että toiminnallisen kokonaisuuden muodostavat kansanterveysystyö ja erikoissairaanhoito. Pääasiallisesti mielenterveyspalvelut pyritään järjestämään avohoitona. Ensisijainen hoitopaikka on perusterveydenhuollon peruspalveluissa, toissijainen erityispalveluissa ja erikoissairaanhoidon järjestämässä avohoidossa. Sairaalahoitoon ohjataan jos edellä mainitut palvelut eivät riitä. Muita mielenterveyspalveluja säättäviä lakeja ja asetuksia ovat kansanterveyslaki 66/1972, mielenterveyslaki 1116/1990, mielenterveysasetus 1247/1990 sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 55, 74–77, 118; Kuhanen ym. 2010, 179–180.)

Psykiatrisen avohoidon keskus on yleensä mielenterveystoimisto, joka vastaa aikuisväestön mielenterveysongelmien hoidosta useiden tahojen kanssa. Mielenterveystoimisto toteuttaa rakentavaa, ehkäisevää, hoitavaa sekä kuntouttavaa mielenterveystyötä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Päämääränä on tarjota nopea, riittävä ja asiantunteva apu kriisi sekä ongelmatilanteissa. Mielenterveystyö on moniammatillista osaamista. Työryhmät koostuvat psykiatreista, terveyskeskuslääkäreistä, psykologeista, sosiaalityöntekijöistä, sairaanhoitajista, lähihoitajista, toiminta- ja fysioterapeuteista sekä tarvittaessa muista asiantuntijoista. (Kuhanen ym. 2010, 28–30; Stengård ym. 2009, 7-8; Hietaharju, ym. 2010, 20.)

Mielenterveyslain 1116/1990 mukaan palvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina tukien oma-aloitteista hoitoon hakeutumista. Ehkäisevä mielenterveystyö on yhteiskunnallemme tärkeä, sillä suomalaisista noin neljännes kärsii arkielämää haittaavista psyykkisistä oireista. Yleisimmät diagnosoitavat mielenterveydenhäiriöt ovat erilaiset masennustilat, päihteisiin liittyvät häiriöt sekä ahdistuneisuus. Näitä edellä mainittuja diagnooseja on tilastojen mukaan 15–20 prosentilla väestöstämme. (Hietaharju ym. 2010, 16–17.)

Hyvösen tutkimuksen (2004, 13–17) mukaan mielenterveystyö kohdistuu koko väestöön, oli henkilöillä mielenterveydenhäiriö tai ei. Perusterveydenhoidon tavoitteina ovat väestön hyvinvointi, sekä omatoimisuuden ja turvallisuuden säilyttäminen. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön keskeiset tehtävät ovat ennaltaehkäisy, ongelmien tunnis-

taminen, lievien ongelmien hoito sekä jatkohoitoon ohjaaminen. Mielenterveystyötä toteuttavat lukuisat eri tahot, kuten koulut, päiväkodit ja poliisi. Ulkopuolisiksi yhteistyökumppaneiksi nimettiin mielenterveystoimisto, psykiatriset sairaalat, kotipalvelu, päivähoito ja seurakunta. Perusterveydenhuollon kautta hoitoon hakeutuminen koettiin helpommaksi, koska leimaantumisen pelko oli matalampi. Tutkimuksesta selvisi myös, että mielenterveystyön toteuttamiskeino koettiin jäävän taka-alalle niukkojen resurssien vuoksi. Mielenterveystyön koettiin olevan rajoittunutta ammattitaidon puutteen ja negatiivisten asenteiden vuoksi. Näiden taustalla oli avuttomuutta, pelkoa ja tietämättömyyttä. Hoitohenkilökunta kaipasi lisää neuvoja ja ohjeita mielenterveysasiakkaan hoitoon. Lisäksi salassapitosäädökset hankaloittivat ammattien välistä yhteistyötä ja joissakin tilanteissa sitä jopa käytettiin väärin. (Hyvönen 2004, 13–17.)

3.1 Ohjaus ja psykoedukaatio

Potilaan tiedonsaantioikeutta koskevassa laissa on määritelty, että potilaalle tulee selvittää häntä koskeva terveydentila, hoidon merkitys, eri vaihtoehdot sekä niiden vaikutukset. Lisäksi tulee antaa selkeä selvitys muista tärkeistä asioista, jotka liittyvät hänen hoitoonsa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2:5 §.)

Asiakasohjaus on käsite, jota käytetään useissa yhteyksissä. Hoitotyössä se on osa hoitoprosessia sekä hoitohenkilöstön ja asiakkaan välistä tavoitteellista toimintaa. Laadukkaaseen ohjaukseen sisältyy tiedollinen, emotionaalinen sekä konkreettinen tuki. Tiedollinen tuki tarkoittaa sitä, kuinka hyvin ja ymmärrettävästi asiakkaalle on kerrottu hoidon kannalta välttämättömät tiedot ja kuinka hän on sisäistänyt ne käyttöönsä. Lisäksi tähän sisältyvät valmiudet, joita itsensä hoitaminen edellyttää. Emotionaalinen tuki pitää sisällään kaiken tunteisiin liittyvien asioiden käsittelyn, jotta hoito ei häiritse asiakkaan elämää. Konkreettisella tuella tarkoitetaan välineellistä tukea. Ohjauksessa keskeistä on asiakaslähtöisyys sekä ohjaajan ja asiakkaan jaettu vastuullisuus ja asiantuntijuus. Jaetulla vastuullisuudella tarkoitetaan sitä, että asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja ohjaajalla on ammattinsa perusteella asiantuntijuus ohjauksen sisällöstä, menetelmistä sekä oppimisesta. Ohjaus muodostuu asiakkaan henkilökohtaisista oppimistarpeista. (Kynäs & Hentinen 2009, 76–79.)

Ohjauksessa on viisi tärkeää tekijää, joilla pyritään auttamaan asiakasta. Ohjauksen tulee tarjota asiakkaalle huolenpitoa, tukea ja toivoa. Lisäksi annettu tieto tulee olla oikeellista. Tarkoitus on auttaa asiakasta luomaan omat tavoitteet ja kuvan tulevaisuudesta sekä tunnistamaan omat voimavarat. Lisäksi asiakasta autetaan valinnoissaan ja suunnitelmissaan sekä käsittelemään tiellään olevat esteet. Ohjaussuhde voi tarjota turvaa asiakkaalle, ellei yksilöllä ole ketään kenen puoleen kääntyä. Hyvä ohjaaja kuuntelee ja ymmärtää asiakasta sekä tuo ongelmanratkaisuun järkevää rakennetta. Hänellä on tarjota tietoa apua-antavista verkostoista, yhteiskunnan palveluista sekä hän toimii väliaikaisena emotionaalisen tuen antajana. (Vance Peavy 1999, 18–19, 24.)

Psykoedukaation tarkoitus on antaa tietoa, tukea sekä ohjausta asiakkaan lisäksi hänen läheisilleen. Alunperin psykoedukatiivista työskentelymallia on käytetty opetuksellisena menetelmänä skitsofreniaan tai psykoosiin sairastuneen potilaan ja hänen perheensä hoidossa. Nykyään se on käytetty työmenetelmä yleisesti mielenterveystyössä. Sen kehityksen juuret yltävät Englantiin ja Yhdysvaltoihin 1970-luvulle. Psykoedukatiivinen lähestymistapa perustuu biopsykososiaaliseen sairausmalliin. Se voi olla perhetyötä, työntekijän ja asiakkaan välistä sekä ryhmä- tai kurssimuotoista työskentelyä. Työskentelyssä pyritään maksimaaliseen avoimuuteen. Työntekijän tulee antaa tietoa sairaudesta ja keskustella siihen liittyvistä käsityksistä. Asiakkaan kanssa selvitetään ongelmien käsittelemisen vahvat ja heikot puolet sekä pohditaan uusia menetelmiä vaikeuksien ratkaisemiseksi. Työntekijän tulee myös kannustaa, motivoida ja antaa positiivista palautetta onnistumisista. Psykoedukaation tavoite on normalisoida ongelmat ja saada niihin positiivinen sisältö. Ryhmämuotoisessa työskentelyssä vertaistuen avulla jaetaan tietoa ja kokemuksia samasta tilanteesta sekä selviytymisestä. Psykoedukatiivisen työskentelyn tarkoitus on se, että ongelmaan voidaan vaikuttaa työskentelemällä yhdessä asiakkaan ja hänen perheensä kanssa. Siksi painopiste onkin menneisyyden sijaan nykyisyydessä ja tulevaisuudessa. (Kuhanen ym. 2010, 90–91; Toivio ym. 2009, 285, 287; Berg & Johansson 2003, 9-10, 28.)

4 KEMIN MIELENTERVEYSASEMAN PALVELUMUODOT

Mielenterveystoimiston palvelut pitävät sisällään psykoterapeuttista yksilö-, pari- ja perhetyötä, lääkehoitoa, hoidon arviointia sekä potilaiden sosiaalisen ja toiminnallisen kuntoutuksen suunnittelua ja seurantaa. Lisäksi mielenterveystoimisto tarjoaa ohjausta, neuvontaa ja konsultaatioapua. Kunnan toimintamallista riippuen mielenterveystoimistoon voi hakeutua joko lähetteellä tai ilman. Hoidon maksusta huolehtii kunta. Asiakas käy vastaanotoilla hänelle sovitun työntekijän luona. Hoidosta vastaa työryhmä, joka koostuu eri ammattien edustajista, kuten psykiatreista, psykologeista, sairaanhoitajista, mielenterveyshoitajista ja sosiaalihoitajista. Ensimmäisten käyntien aikana sovitaan yhdessä asiakkaan kanssa hoidon tavoitteet, työmenetelmät ja käyntien määrä. (Hietaharju ym. 2010, 20.)

Kemin mielenterveysaseman henkilökuntaan kuuluu ylilääkäri (psykiatri), avohoidon erikoislääkäri (psykiatri), kolme psykologia, yksi sosiaalityöntekijä, neljä sairaanhoitajaa, joista yksi on osastonhoitaja, kaksi mielenterveyshoitajaa sekä palvelusihteeri. Palvelusihteeri vastaa asiakaspalvelusta neuvomalla asiakasta paikan päällä arkisin klo 8.00–11.00 ja 11.30–13.00 välisenä aikana sekä puhelimen välityksellä klo 8.00–11.00 ja 11.30–14.00. Palvelusihteeri ei tee ajanvarauksia. Hän ohjaa asiakkaan ottamaan yhteyttä ensisijaisesti päivystyspuhelimeen. Lisäksi hänen työnkuvaansa kuuluu reseptiasioiden hoitaminen ja soittopyyntöjen välittäminen. Kemin mielenterveysasemaa perustettaessa henkilökunta päätti kutsua toimipistettään asemaksi toimiston sijaan. (Henkilökunnan haastattelu 2011.)

4.1 Ensihoito- ja päivystyspalvelut

Mielenterveyden ensiavun tarkoituksena on suojella yksilön elämää, vahvistaa voimavaroja, poistaa mielenterveyttä haittaavia tekijöitä sekä tukea mielenterveyttä. Tärkeintä on hyvän mielenterveyden vahvistaminen sekä ongelmien ehkäiseminen. Lisäksi tavoitteena ovat asenteisiin vaikuttaminen ja leimaamisen vähentäminen sekä tiedon antaminen mielenterveydestä ja sen häiriöistä. Tämän avulla pyritään antamaan välineet mielenterveydestä huolehtimiseen. Lisäksi rohkaistaan huolehtimaan omasta ja läheisten mielenterveydestä. Mielenterveyden ensihoidossa työntekijältä vaaditaan johdonmukai-

suutta, rauhallisuutta ja kärsivällisyyttä. Pyrkimyksenä on luoda luottamuksellinen ja tasa-arvoinen yhteistyösuhde. Asiakkaan hädän rauhoittamiseksi on tärkeää antaa hänelle riittävästi oikeellista tietoa tilanteesta ja jatkohoidosta. Ensisijaisen tärkeää on arvioida avunhakijan mahdollinen itsetuhoisuuden riski. (Heiskanen & Salonen & Kitchener & Jorm 2005, 31–32; Heiskanen ym. 2010, 13; Rasku & Sopanen & Toivola 1999, 224–225.)

Terveydenhuolto tekee yhteistyötä sosiaalihuollon kanssa. Päivystyspisteet mahdollistavat asiakkaan kiireellisimpien ongelmien hoidon aloittamisen. Kriisikeskus palvelee kuntalaisia puhelimitse ympäri vuorokauden. Avunhakijaa voidaan auttaa kriisipäivystyksen tiloissa, mutta tarvittaessa myös asiakkaan kotona. Kriisikeskus toimii yhteistyössä sosiaalitoimen, terveydenhuollon, poliisin, sairaalan sekä paikallisten järjestöjen kanssa. (Rasku ym. 1999, 271; Dyregrov 1999, 52–53.)

Kemin mielenterveysasemalla toimii puhelinpäivystys arkisin klo 8.15–11.00, jossa kaikki työntekijät päivystävät vuorollaan. Puhelinpäivystyksen kautta pyydetään aikavaroituksia. Asiakas ottaa yhteyttä puhelinpäivystykseen ja kertoo asiansa. Puhelun jälkeen arvioidaan, mikä on oikea hoitopaikka, tarvitseeko asiakas tapaamisen heti vai tuleeko hänet ohjata esimerkiksi perheneuvolaan tai A-klinikalle. Puhelun aikana henkilökunta alkaa järjestää hoitoryhmää ja suunnitella tapaamista. Jos puhelun aikana asiakkaan katsotaan tarvitsevan hoitoa välittömästi, hänelle järjestetään aika käyntipäivystykseen. Sisäänkirjaamisen jälkeen asiakkaasta tulee potilas. (Henkilökunnan haastattelu 2011.)

Käyntipäivystys toimii arkisin klo 12.00–13.00 välisenä aikana. Käyntipäivystyksessä hoidetaan kriisitapauksia. Viikonloppuisin ja arkisin klo 16.00 jälkeen päivystyspalveluista huolehtii Keroputaan sairaala ja terveyskeskuksen yhteispäivystys. Potilaat ohjataan tarvittavaan hoitoon ja arvioidaan sairausloman tai lääkityksen tarve. Arviointitilanteessa työparin lisäksi paikalla on tarvittaessa lääkäri. (Henkilökunnan haastattelu 2011.)

Puhelin- ja käyntipäivystyksestä tulleet potilaat ohjataan moniammatilliseen työryhmään eli hoitoarvioryhmään, jossa potilas on aina mukana. Siellä suunnitellaan potilaan tarpeidenmukainen hoito ja kuntoutus. Lopullisesta hoidosta päättää psykiatri, joka myös vastaa hoidon toteuttamisesta yhdessä työryhmän kanssa. Alkuvaiheessa potilasta

voidaan tavata jopa useasti viikossa tilanteesta riippuen, kuitenkin vähintään kerran viikossa. Kestoltaan hoito voi olla yhdestä kolmeen kertaa, tai jopa vuoden riippuen potilaan voinnista. Hoitajakson aikana pidetään hoidontarpeen arviointikokouksia, joissa pohditaan hoidon jatkuvuutta tilanteen mukaan. (Henkilökunnan haastattelu 2011.)

4.2 Lääkäripalvelut

Psykiatri on lääkäri. Hänen on täytynyt suorittaa kuudesta kahdeksaan vuotta kestävä erikoislääkärin tutkinto psykiatrian erikoisalalla. Psykiatri johtaa yleensä psykiatrista työryhmää, joka koostuu eri asiantuntijoista muodostaen hoitotiimin. Psykiatri päättää asiakkaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, diagnosoinnista ja hoidosta. (Lehtonen ym. 2010, 16; Isohanni 2008, 311.)

Kemin mielenterveysasemalla lääkärinä työskentelee kaksi psykiatria; ylilääkäri ja avohoidon erikoislääkäri. Heidän vastuualueisiinsa kuuluu lääke- ja muun hoidon sekä kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus. Ylilääkäri huolehtii työntekijöiden koulutuksien ajantasaisuudesta, lääkeluvista ja niihin kouluttautumisista. Lisäksi potilaan pää- ja kokonaisuhoitovastuu potilaan hoidon suunnittelussa sekä diagnosoinnissa kuuluu ylilääkärin työnkuvaan. Lääkäri kirjoittaa sairauslomat sekä lausunnot mahdollisia Kelan etuuksia ja kuntoutuksia varten. Lääkärijohtoiset moniammatilliset työryhmät kokoontuvat maanantai-, keskiviikko-, ja perjantaiamuisin. Näissä ryhmissä suunnitellaan potilaiden hoitoa ja kuntoutusta, samoin kuin psykologijohtoisissa työryhmissä maanantaisin, tiistaisin ja torstaisin. (Henkilökunnan haastattelu 2011.)

4.3 Kriisihoito

Sana kriisi luo usein mielikuvan paniikista, hädästä ja kaaoksesta. Kriisit ovat kuitenkin vain osa elämää, eikä niitä tulisi pitää epänormaaleina. Elämässä tapahtuu muutoksia ja odottamattomia sattumuksia. Kriisihoidosta puhutaan silloin, kun muutos aiheuttaa niin suurta painetta, että sen hyväksyminen tuntuu ylitsempääsemättömältä. Kriisihoito on kehitetty hoitomuodoksi vakaviin kriisi- ja traumatilanteisiin. Kehityskriiseissä psykisen kriisin voi laukaista jokin liian raskaaksi käyvä vaihe elämässä, kuten lapsen syn-

tymä tai sairastuminen. Jokin äkillinen tapahtuma, esimerkiksi läheisen yllättävä kuolema tai onnettomuus voi johtaa traumaattiseen kriisiin. (Tikkanen 1998, 100; Saarelainen & Stengård & Vuori-Kemilä 2000, 136; Kuhanen ym. 2010, 232; Kanel 2007, 1-2.)

Kriisiasiakkaan hoitotyössä on olennaista, että hoitajan toiminta on positiivista, rauhallista ja rohkaisevaa. Kriisiä läpikäyvän asiakkaan tulee tuntee, että häntä kuunnellaan ja ymmärretään. Kriisillä on aina neljä eri vaihetta. Shokkivaihe alkaa välittömästi tapahtuneen jälkeen ja kestää siitä hetkestä muutamaan vuorokauteen. Shokkivaiheessa hoitajan suhtautuminen tilanteeseen on tärkeää. Shokissa olevan tulee tuntee olevansa turvassa ja kokea, että häntä auttavat ihmiset hallitsevat tilanteen. Reaktiovaiheessa asiakkaan on tärkeä tulla kuulluksi ja välitetyksi, jolloin hoitajalta vaaditaan kärsivällisyyttä ja ymmärrystä. Tiedon antaminen asiakkaalle on tässä vaiheessa tärkeää. Kriisin työstämis- ja käsittelyvaiheessa asiakkaalle on yhä tärkeää kuulluksi tuleminen, mutta mielen-terveyshoitotyössä korostuu tukeminen eteenpäin suuntautumisessa. Hoitajalta vaaditaan pitkäjänteisyyttä ja rauhallisuutta uudelleen suuntautumisen vaiheessa. Lisäksi tulee muistaa, että hoidon avulla asiakas saa kohdata kriisin aiheuttaneen asian, mutta se ei tuo takaisin jo menetettyä. (Kuhanen ym. 2010, 233–236; Noppari ym. 2007, 159–160; Heiskanen ym. 2010, 37–38.)

Suomessa on kehitetty onnettomuuksien varalle akuutin kriisityön toimintamalli. Koko maanlaajuinen paikallisten kriisiryhmien verkosto antaa traumaattisten tapahtumien uhreille välittömästi psykososiaalista tukea ja palvelua. Kriisiryhmien pääpaino on arkielämän traumaattisissa tapahtumissa, kattaen kuitenkin myös suuronnettomuustilanteet. Jokaisella paikkakunnalla on oma kriisityöryhmänsä, joka koostuu moniammatillisesta työryhmästä. Malli edellä mainittuun on rantautunut Norjasta ja siinä puhutaan debriefing-menetelmästä. Siinä perusajatuksena on, että onnettomuuteen osallisille järjestetään ryhmäistunto kaksi tai kolme päivää järkyttävän tapahtuman jälkeen. Siinä käydään läpi jokaisen ryhmän jäsenen kokemat traumaattiset tapahtumat ja niiden aiheuttamat tunnereaktiot. Kriisihoitotyön tavoitteena on lievittää surua, rauhoittaa tilannetta sekä ehkäistä traumaperäisen stressireaktion kehittymistä. Lisäksi tavoitteena on edistää tapahtuman prosessointia ja näin ollen ehkäistä psyykkisten traumojen kehittymistä. (Eskola & Karila 2007, 106–108, 116; Pylkkänen & Pöllänen & Upanne 1996, 37; Kuhanen ym. 2010, 235–236.)

Kriisiasiakkaan hoitoprosessi alkaa ensimmäisestä yhteydenotosta. Selvitetään hoitoon hakeutumisen syy, tilanteesta huolissaan olevat läheiset ja kysytään, ovatko he aiemmin hakeneet apua. Yhteydenottajan kanssa mietitään keiden olisi hyvä osallistua ensimmäiseen tapaamiseen. Sovitun tapaamispaikan on oltava mahdollisimman turvallinen asiakkaan ja muiden osallisten näkökulmasta. Usein tapaaminen järjestetään kotikäyntinä. Se antaa työryhmälle tietoa asiakkaan elämäntavoista, sosiaalisesta selviytymisestä sekä kyvystä huolehtia itsestään ja ympäristöstään. Ensimmäinen tapaaminen sovitaan 24 tunnin sisällä yhteydenotosta. Kriisiin liittyvät tapahtumat tulevat esille yleensä ensimmäisten vuorokausien aikana. (Saarelainen ym. 2000, 138.)

Päivystyspuhelun vastaanottanut työntekijä kokoaa hoitavan työryhmän. Hoitoryhmän on luotava asiakkaalle turvallinen hoitoilmapiiri. Jos asiakkaalla on aikaisempi hoitokontakti, on tärkeä saada joku aikaisemmasta työryhmästä mukaan kyseiseen hoitoprosessiin. Hoitava työryhmä koostuu kahdesta työntekijästä. Psykoosipotilaille on aina mukana kolme työntekijää, joista yhdellä on oltava riittävästi erityisosaamista kriisityöstä sekä perhe- ja verkostokeskeisestä hoidosta. Hoitava työryhmä voi koostua eri organisaatioiden työntekijöistä ja heillä on hoitovastuu koko hoitoprosessin ajan hoitopaikasta riippumatta. (Saarelainen ym. 2000, 138.)

Kriisihoitoa toteutetaan arkisin sekä mielenterveysasemalla että päivystyspuhelimien kautta. Hoito suunnitellaan jokaisen asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Viikonloppua varten ja virka-ajan ulkopuolella potilaalle annetaan yhteystiedot Keroputaan sairaalan päivystävälle sairaanhoitajalle, jonne hän voi ottaa tarvittaessa yhteyttä. Kriisihoidon kesto riippuu potilaan tilanteesta. Se voi kestää yhdestä kolmeen kertaan tai jopa vuoden. Jatkohoidon tarvetta arvioidaan koko kriisihoidon ajan. (Henkilökunnan haastattelu 2011.)

5 KEMIN MIELENTERVEYSASEMAN TERAPIAMUODOT

Psykoterapianimike on yhteinen useille eri psykoterapiamuodoille. Se on tietoinen ja ammatillinen keino, jonka avulla voidaan tutkia, ymmärtää ja hoitaa yksilön tai ihmisryhmän psyykkisiä häiriöitä sekä niiden aiheuttamia ongelmia. Psykkisten häiriöiden hoitamisen lisäksi psykoterapian tavoitteena on ihmisen psykologisen normaalikehityksen ja peruskykyjen tukeminen. Pyrkimyksenä on myös lisätä yksilön kykyä tunnistaa, ymmärtää ja käsitellä omia tunteitaan sekä sisäisiä ristiriitoja ja ongelmia. Lisäksi tavoitteena on lisätä kykyä hahmottaa ihmissuhteitaan, itseään, elämäntilannettaan, oireitaan ja harjoitella tämän avulla konkreettisia taitoja selvitäkseen omassa elämässään. Psykoterapia on teoriaan perustuvaa vuorovaikutushoitoa, joka vaatii erityisvalmiuksia sekä hoitohenkilökunnalta että asiakkaalta. Se ei sovi kaikenlaisten häiriöiden hoitoon. Psykoterapian keskeisiä käyttöaiheita ovat erilaiset ahdistuneisuushäiriöt, masennustilat, jotkin persoonallisuushäiriöt sekä kriisitilanteet. (Saarinen 2010, 26–27; Pirkola & Sohlman 2005, 29; Helsingin Psykoterapiayhdistys Ry 2010–2011.)

Psykoterapeuttina voi toimia vain henkilö, joka on saanut siihen oikeuden Terveystieteiden tutkimuskeskukselta (TEO). Henkilön on pitänyt suorittaa perusterveydenhuollon perustutkinnon lisäksi 3-vuotinen erityistason koulutus, ylemmän erityistason tai 5–6-vuotisen erityistason koulutus. (Tikkanen 1998, 20.)

Psykoterapiasta voidaan puhua, kun hoitoa-antava on saanut koulutuksen käyttämäänsä psykoterapiamuotoon. Kyseessä on vuorovaikutussuhde asiakkaan ja hoitajan välillä. Psykoterapiaa voidaan käyttää silloin, kun asiakkaalla on todettu jokin mielenterveydellinen häiriö, tai hänellä on ongelmia tunne-elämässä tai vuorovaikutustilanteissa. Hoidon vaikutus perustuu psykologisiin keinoihin. Hoitomuoto perustuu johonkin teoriaan mielenterveyden häiriöistä ja asiakkaan ongelmista. Hoidon tavoitteena on avunhakijan vaikeuksien lievittäminen. (Saarinen 2010, 28.)

Kemin mielenterveysaseman työtä ohjaa psykodynaaminen viitekehys. Se perustuu Sigmund Freudin ja Melani Kleinin psykoanalyttiseen tutkimustyöhön. Tässä lähestymistavassa kiinnitetään huomiota ihmisen mielensisäiseen maailmaan, mielikuviin ja psyykkiseen kasvuun. Lisäksi siinä korostuu ennaltaehkäisevä mielenterveystyö ja varhaisen vuorovaikutussuhteiden merkitys persoonan kehityksessä. Kemin mielenterve-

ysasemalla jokainen terapiamuoto on psykoterapiaa. (Henkilökunnan haastattelu 2011; Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 45.)

5.1 Yksilöpsykoterapia

Psykodynaamisessa yksilöpsykoterapiassa ihmisen lapsuudella on suuri merkitys, sillä nämä terapiat perustuvat siihen että, kuinka menneisyys vaikuttaa ihmisen nykyiseen kokemusmaailmaan. Varsinkin varhaislapsuuteen kiinnitetään huomiota. Pohja ihmisen kehitykselle rakennetaan lapsuudessa, mutta siinä tapahtuu jatkuvasti muutoksia. Lapsuuden yksittäiset traumaattiset kokemukset pyrkivät selittämään psyykkiset häiriöt. Kuitenkin syyt ovat monimutkaisempia ja kehitykseen vaikuttavat myös kasautuneet kokemukset. Psykodynaamisen teorian mukaan psyykkiset voimat ovat tiedostamattomia. Tunteet, mielikuvat, muistot, asenteet, toiveet ja odotukset sekä halut sisältyvät yksilön piilotajuntaan. Kokemukset, joita lapsi ei kykene käsittelemään tai hyväksymään, siirtyvät tietoisuuden ulkopuolelle. (Aalberg 2010, 763.)

Tiedostamatonta reagoitua, jossa siirretään lapsuuden tärkeisiin henkilöihin liittyviä tunteita, kokemuksia sekä asenteita nykyhetken ihmisiin ja tilanteisiin, kutsutaan transferenssiksi eli tunteen siirroksi. Transferenssireaktio tapahtuu helpommin silloin, kun psyykkisiin häiriöihin liittyy varhaisia tiedostamattomia ristiriitoja. Vuorovaikutustilanteeseen yksilö tuo aikaisempia kokemuksiaan varhaislapsuudesta saakka. Tunteensiirto liittyy kaikkiin ihmissuhteisiin ja on tärkeä osa psykoterapioita. Tunteensiirto on muistamisen muoto ja tärkeä tiedonlähde, jonka avulla asiakas kertoo aikaisemmista kokemuksistaan auttaen psykoterapian kulkua. (Aalberg 2010, 764.)

Yksilöpsykoterapiaa on monenlaista. Se voi olla kriisiluonteista, lyhytkestoista tai vuosia kestävä. Keskimäärin Kemin mielenterveysasemalla yksilöpsykoterapia kestää noin kahdesta kolmeen vuoteen. Psykoterapiatapaamisia on kerran viikossa, tiiviimmässä terapiassa kaksi kertaa viikossa tai tarpeen mukaan. Jokaisen asiakkaan kohdalla hoidon muoto ja intensiivisyys arvioidaan hoitokokouksessa. Kokouksessa ovat mukana yleensä psykiatri ja erikoissairaanhoitaja. Hoitokokouksen jälkeen asiakkaan kanssa sovitaan terapian aloittamisesta, muodosta ja tapaamisista. Psykoterapian kesto ja lopetus on asiakaslähtöistä. Yksilöpsykoterapiasta voidaan puhua vain, kun sitä toteuttavalla henki-

löllä on psykoterapeutin koulutus. Kemin mielenterveysasemalla on 12 työntekijää. Suurimmalla osalla heistä on riittävä koulutus toteuttaa psykoterapiaa. Psykoterapiaa toteuttavien henkilöiden työpareina toimivat työntekijät, joilta riittävä koulutus puuttuu. (Henkilökunnan haastattelu 2011.)

5.2 Ryhmäpsykoterapia

Ajatus ryhmäpsykoterapiasta perustuu siihen, että ihmisenä oleminen on vuorovaikutuksessa olemista toisten ihmisten kanssa. Ihmisten ongelmat alkavat ja näkyvät yleensä vuorovaikutussuhteissa, joten niitä kannattaisi hoitaa ryhmissä. Ryhmätilanteessa terapeutti kykenee seuraamaan yksilöiden keskinäistä vuorovaikutusta ja siihen sisältyviä tunnesuhteita. Ryhmäpsykoterapian soveltuvuusalue on laaja. Sen avulla voidaan hoitaa tavallisimpia psyykkisiä vaikeuksia, kuten masennusta, ahdistusta ja itsetunto-ongelmia. Lisäksi voidaan hoitaa työuupumusta, psykosomaattista oireilua, jännittämistä, sosiaalista arkuutta sekä ihmissuhdeongelmia. Ryhmäpsykoterapiaa voidaan myös toteuttaa tietyille rajatuille ryhmille, esimerkiksi parisuhdevaikeuksista tai paniikkihäiriöistä kärsiville. Ryhmän eteneminen sekä erilaisten asioiden painottaminen riippuu ryhmänvetäjän työskentelytavoista ja koulutustaustasta. (Saarinen 2010, 81–84; Tikkanen 1998, 105, 109; Lönnqvist 1999, 660.)

Ryhmäpsykoterapian päämuotoja ovat toiminnalliset, supportiiviset, ongelmanratkaisu-, psykoedukatiiviset sekä psykodynaamiset ryhmäpsykoterapiat. Toiminnalliset ryhmät ovat käytetyimpiä kuntoutumisvaiheen asiakkaille. Toiminta voi toteutua esimerkiksi musiikin, rentoutumisen tai askartelun avulla. Supportiiviset ryhmät antavat sosiaalista tukea pitkäaikaispotilaille. Supportiivista eli tukea-antavaa ryhmäpsykoterapiaa käytetään silloin, kun halutaan vähentää yksinäisyyttä ja eristäytymistä. Ongelmanratkaisu-ryhmät ovat tehokkaita erityisongelmien käsittelyssä, kuten päihdeongelmaisten ja syömishäiriöiden hoidossa tai tietyissä somaattisten sairauksien hoidossa. Psykoedukatiiviset ryhmät ovat tarkoitettu samankaltaisissa tilanteessa oleville asiakkaille tai omaisille. Ryhmien tarkoitus on auttaa jäseniään sopeutumaan somaattisiin sairauksiin, vakaviin oireisiin sekä tiettyihin elämäntilanteisiin. Psykodynaaminen ryhmäpsykoterapia perustuu vapaiden miellelyhtymien käyttöön ja ryhmässä keskusteluun. Näiden avulla pyritään pysyviin henkilökohtaisiin muutoksiin. Siinä on kyse pitkäkestoisesta ja suljetusta

avohoidon ryhmästä, jonka vetäjällä on ryhmäpsykoanalyytikon koulutus. (Lönnqvist 2010, 799–800.)

Psykodynaamisilla tekijöillä on keskeinen merkitys psykoanalyysissa ja siihen pohjautuvissa ryhmäpsykoterapiamenetelmissä. Terapian kulun määrää psyykkisten voimien jatkuva liikkuminen sekä vuorovaikutus asiakkaan ja terapeutin välillä. Hoitoryhmässä nämä tekijät ovat mutkikkaampia, sillä yksilön dynamiikan lisäksi kaikkiin ryhmän jäseniin vaikuttaa ryhmälle ominaiset dynaamiset tekijät. Jokainen ryhmän jäsen reagoi terapeuttiin ja muihin jäseniin omien edellytystensä mukaan. Lisäksi he reagoivat ryhmään kokonaisuutena. (Lönnqvist 1999, 661–662.)

Kaikki psykoterapiaryhmät käyvät läpi kehitysprosessin. Psykoterapian alkaessa jäsenet totuttelevat uuteen ympäristöön, jonka jälkeen seuraa kehitysvaihe. Kehitysvaiheessa jokainen ryhmäläinen etsii oman asemansa. Ryhmätyöhön kyetään vasta näiden kahden kehitysvaiheen jälkeen. Jäsenten erilaisuus tuo lisäarvoa ryhmään, kun jokainen tuntee olevansa hyväksytty. Ryhmän kehittyessä sen yhteishenki kasvaa, sisäinen kilpailu loppuu ja jäsenet keskittyvät tarkastelemaan enemmän ulkoisia suhteitaan. Ryhmäterapian puolivälissä sen loppuminen alkaa muodostua jäsenten mieliin, valmistuen heitä terapian päättämiseen. Paras työvaihe on yleensä terapian loppu. (Lönnqvist 1999, 661–662.)

Ryhmässä on yleensä kuudesta kahdeksaan henkilöä ja he kokoontuvat kerran viikossa puolitoista tuntia kerrallaan, vähintään kolmen vuoden ajan. Hoidon onnistuminen edellyttää jäseniltä sitoutumista, halua keskustella itsestään ja ongelmistaan sekä lisäksi myös kykyä kuunnella muita jäseniä. Ryhmäpsykoterapia perustuu vapaaseen assosiaatioon antamalla ajatusten ja mielikuvien virrata vapaasti ilmaisemalla niitä avoimesti. (Saarinen 2010, 81–84; Tikkanen 1998, 109.)

Kemin mielenterveysasemalla psykoterapiaryhmä kokoontuu kerran viikossa puolitoista tuntia kerrallaan. Ennen terapian alkua asiakas haastatellaan. Ehdottomia esteitä ryhmäterapialle ovat vakava psykoosi, päihdeongelma ja itsetuhoisuus. Ryhmä on suljettu ja kesto ennalta sovittu. Tällä hetkellä Kemin mielenterveysaseman ryhmien kesto on kolme vuotta. (Henkilökunnan haastattelu 2011.)

5.3 Kuvataideterapia

Taideterapiassa sovelletaan erilaisia taiteen muotoja parantumisprosessin tukemiseksi. Terapiassa puhe korvataan taideilmaisulla ja luovuudella. Taideterapiasuuntauksia ovat muun muassa tanssi-, musiikki-, valokuvaus ja kuvataideterapia. Taideterapian menetelmät ja tavoitteet vaihtelevat käyttötarkoituksen, tilanteen sekä käyttäjien ja heidän tarpeittensa mukaan. Taideterapeutti tarvitsee työssään psykoterapeuttisia taitoja sekä tietoa ihmisen psyykkisten häiriöiden eri muodoista. Toimia voi joko tietystä psykoterapeuttisesta viitekehystä käsin tai käyttää apuna taidelähtöisiä teorioita ja menetelmiä. Tärkeintä on kuitenkin molempien alueiden osaaminen ja tuntemus sekä niiden johdonmukainen hyödyntäminen. Terapeutin työhön kuuluu eheytyksen mahdollistavan psyykkisen ympäristön luominen, sekä asiakkaan kanssa yhdessä hänen elämäntilanteensa ja ongelmiansa jäsentäminen. Lisäksi asiakasta tuetaan muutoksessa. Ei ole yhtä oikeaa tapaa tehdä taideterapiaa, vaan jokainen toteuttaa sitä omalla tavallaan. (Kukasjärvi & Linnosuo & Sutinen 2011, 50; Heikkilä & Paloheimo & Taipale 2000, 13; Rankanen & Hentinen & Mantere 2007, 31, 53.)

Kuvataideterapiassa tuotetaan kuvia ja tarkastellaan niitä terapiatilanteessa. Terapiaa toteutetaan muun muassa piirtäen, maalaten, muovailten tai rakentaen. Kuvista voidaan puhua terapiaprosessin välineenä, sen aineksena tai psykoterapeuttisen tulkinnan kohteena. Tässä tapauksessa käytetään hyväksi kuvakielen symbolisia merkityksiä tulkitsemalla niitä. Lisäksi taidetta itseään voi korostaa, eli luottaa sen psyykkistä eheyttä ja elämänvoimaa antavaan merkitykseen. (Heikkilä ym. 2000, 13–14; Tikkanen 1998, 137.)

Kuvataideterapiaa voi toteuttaa joko ryhmässä tai yksilönä. Se voi tapahtua kertaluontoisesti tai olla pitkä prosessi. Hoitomuotona kuvataideterapiaa sovelletaan psykiatristen sairaaloiden ja avohoidon lisäksi myös sosiaalityön sektoreilla. Kuvataideterapiassa asiakas luo jotakin konkreettista. Taide toimii terapiasuhteessa motivoivana tekijänä sekä inspiraation lähteenä. Se mahdollistaa aistein havaittavasti ja konkreettisesti mielikuvien, muistojen ja sanattomien kokemusten esittämisen. Menneisyyden muistot, nykyhetken kokemukset tai tulevaisuuden haaveet ja niihin liittyvät tunteet sekä mielikuvat voidaan saada näkyviin värein ja muodin. Taiteen avulla voidaan prosessoida myös sellaisia asioita, joille ei ole sanoja tai merkitykset ovat vasta muodostumassa. Lisäksi

taideterapia kehittää vuorovaikutustaitoja yhdessä tekemisen kautta. Kun tuntemukset ja mielessä olevat asiat on ulkoistettu kuvaksi, voi terapeutin kanssa keskustella siitä. Asiakas säilyttää itsenäisyytensä asettumalla terapeutin tavoin tarkastelemaan tuotostaan, näin ollen tulkitseminen tapahtuu asiakkaan ja terapeutin yhteistyössä. (Heikkilä ym. 2000, 13–14; Tikkanen 1998, 136–137; Rankanen ym. 2007, 35–36; Case & Dalley 2000, 50–51; Saarinen 2010, 76.)

Kuvataideterapia toimii Kemin mielenterveysasemalla ostopalveluna. Terapiaryhmät ovat pitkäkestoisia ja täydentyvät välillä. Ryhmäläiset haastatellaan ja heidän soveltuvuutensa ryhmään testataan. Pitkäkestoisin ryhmä on toiminut vuodesta 2003. Tällä hetkellä toimii kaksi ryhmää, jotka kokoontuvat kerran viikossa tiistaisin ja torstaisin. Kuvataideterapia sopii kenelle tahansa, mutta erityisesti henkilöille, joilla omista tunteuksistaan puhuminen on vaikeaa. Lisäksi terapian tehokkuus perustuu vertaistukeen ja sitä voidaan käyttää ennaltaehkäisevässä mielenterveystyössä. Kuvataideterapiaryhmässä ei yleensä ole teemaa, mutta jos on, siitä ilmoitetaan osallistujille etukäteen. Työskentelytavat vaihtelevat yhteistyöstä parityöhön ja yksilötyöskentelyyn. Terapian aluksi käydään alkukeskustelu, jonka jälkeen aletaan työstää töitä valitulla tavalla. Terapiassa käytetään useita eri menetelmiä asiakkaiden valinnan mukaan esimerkiksi puukyniä, vesivärejä ja joskus myös savea. Lopuksi tuotokset käydään läpi ja työskentely puretaan. Mielenterveysasema tarjoaa kuvataideterapiaa myös yksilöterapiana, jonka keskimääräinen kesto on noin 20 kertaa. (Henkilökunnan haastattelu 2011.)

5.4 Perheterapia sekä perhe- ja verkostokeskeinen hoito

Perheterapia on säännöllistä ja tavoitteellista keskustelua kahden tai useamman perheenjäsenen kanssa. Sen avulla pyritään vaikuttamaan perheen vuorovaikutukseen ja dynamiikkaan. Perheterapian tavoitteena on osoittaa kommunikaation vääristymät, löytää ristiriidat, poistaa perheen salaisuuksia ja tunnistaa perheenjäsenten välisiä tunnetiloja. Pyritään saamaan esille perheen omat positiiviset voimavarat. Perheterapiat eroavat perheistunnoista niin, että perheenjäseniltä odotetaan valmiutta nähdä perheen ongelmat vuorovaikutuksellisia. Ensimmäinen terapiaistunto on tärkein, sillä sen aikana pyritään luomaan perheelle motivaatio pitkäjänteisen hoidon toteuttamiseen. Lisäksi perheenjäsenten tarkoitus on päästä yhteisymmärryksen terapian rakenteesta, muodosta ja ta-

voitteista. Perheen kanssa keskustellaan tavoitteista avoimesti ja tarvittaessa muutetaan niitä terapiaprosessin aikana. Pyrkimyksenä on muodostaa terapia säännöllisten ja etukäteen sovittujen tapaamisten varaan. Yhden terapiaistunnon kesto on yleensä puolitoista tuntia. Kokonaisuudessaan terapian kesto vaihtelee muutamista tapaamiskerroista jopa kolmeen vuoteen, riippuen perheen tarpeesta. Vakavimmissa pitkäaikaishoitoa vaativissa tilanteissa terapia suunnitellaan pitkäkestoisemmaksi, tai perheterapia voi olla osa jotakin muuta hoitokokonaisuutta. (Punkanen 2001, 77; Toivio ym. 2009, 265.)

Perheterapia koostuu monista työskentelymuodoista. Sitä käytetään erilaisten kriisitilanteiden tutkimisessa ja hoidossa, yksilön ongelmatilanteissa sekä perheen, parisuhteen ja lasten ongelmissa. Lisäksi sitä käytetään työyhteisöjen ja muiden vuorovaikutusverkostojen ongelmissa, psykiatristen sairauksien hoidossa sekä muiden psykoterapiamuotojen tukihoitona. Keskeisimpänä indikaationa mielenterveyden häiriöiden hoidossa ovat kaikki psykoositasoiset häiriöt, erityisesti skitsofrenia. Terapeutin tehtävänä on tunnistaa perheessä esiintyvät ja kätkeytymät, sekä löytää keino, jolla saadaan perhe kommunikoimaan vaikeista asioista. Sen myötä saadaan käynnistettyä ratkaisu ongelmaan. Muita perheterapian hoitoaiheita ovat erilaiset sairaudet, joissa vuorovaikutuksen alueella esiintyy vaikeita riippuvuusongelmia, kuten alkoholin ja huumeiden käyttö sekä syömishäiriöt. (Aaltonen 1999, 653–655; Punkanen 2001, 77; Saarinen 2010, 87.)

Perheterapiassa on montaa eri suuntausta ja toteuttamistapaa. Psykodynaaminen suuntaus käsittelee perheen sisäistä vuorovaikutusta ja sen tekemistä tietoiseksi. Tunteiden ilmaisu on keskeistä hoitoprosessin aikana. Se on tärkeää perheen vuorovaikutuksen ja toimintakyvyn kannalta. Elämyseskeisessä suuntauksessa kiinnitetään huomiota perheenjäsenten keskinäisiin suhteisiin. Tavoitteena on saada perheenjäseneet tunnistamaan, puhumaan ja ilmaisemaan tunteitaan, sekä ottamaan omalta osalta vastuu perhe-elämän onnistumisessa. Struktuaalisessa suuntauksessa tavoitteena on löytää ja vahvistaa uudestaan sukupolvien välisiä rajoja sekä muuttaa perhesysteemiä. Oppimisteoreettinen suuntaus keskittyy terapiaprosessin aikana perheen sisäiseen kommunikointiin erilaisten tehtävien myötä. Systemisessä suuntauksessa otetaan huomioon perheen kokonaisuus, tiedostaen jokaisen vaikuttavan toisiinsa sekä antavan ja ottavan vaikutteita toisiltaan. Kaksoissidos on tilanne vuorovaikutustilanteessa. Tässä suuntauksessa se korostuu yksilön sanoen toista ja näyttämisen toista. (Punkanen 2001, 77–79.)

Kemin mielenterveysasemalla perheterapiaa toteutetaan samoilla periaatteilla kuin muitakin psykoterapioita. Perheterapiassa korostuu perhekeskeinen työote. Mielenterveysaseman tiiviinä yhteistyökumppaneina toimivat a-klinikka, sosiaalityöntekijät, perheneuvola ja muut perusterveydenhuollon toimijat. Perheterapiaa toteutetaan mahdollisimman avoimessa yhteistyössä ja potilaan hoidossa korostuu avoimen dialogin malli. Mitään asioita ei päätetä potilaan tietämättä. Hoito toteutetaan aina työpareittain. Perheterapiassa määritellään hoidon kesto ja tavoitteet, joita arvioidaan koko hoidon ajan. (Henkilökunnan haastattelu 2011.)

Jukka Aaltonen on vuonna 1982 määritellyt perhekeskeisen psykiatrisen hoitomuodon olevan hoitoa, ”jossa työntekijä tapaa yhtä tai useampaa perheenjäsentä yhdessä tai erikseen ja jossa hoidon tietoisena tavoitteena on perheen sisäisen vuorovaikutusjärjestelmän muuttuminen”. (Saarelainen ym. 2000, 121.) Perhekeskeisyyttä laajennetaan ottamalla mukaan myös yhteisö, jossa perhe elää tai koko yhteiskunta. Silloin on kyse verkostokeskeisestä työstä. (Saarelainen ym. 2000, 121.)

Mielenterveyshoitotyössä perhekeskeisyys on tärkeä lähestymistapa. Yhden perheenjäsenen sairastuessa on tärkeää huomioida kaikki perheenjäsenet. Yksilön hyvinvoinnille on tärkeää se miten läheiset voivat. Muiden perheenjäsenten terveydentila vaikuttaa perheen terveyteen. Verkostokeskeinen työ auttaa huomaamaan ongelmakentän laajemmin ja se helpottaa eri organisaatioiden työntekijöiden samanlaisen hoitolinjan luomista ja ylläpitämään sitä. Verkostotyö ja perhekeskeinen työote korostuvat jokaisessa hoitotyössä. (Kuhanen ym. 2010, 94; Punkanen 2001, 77, 82–83.)

5.5 Pariterapia

Pariterapia on alkanut jo 1930-luvulla. Se eroaa muista terapioista siten, että työskennellään parin kanssa, joilla on yhteinen historia, tämä hetki ja tulevaisuus. Siinä pyritään huomioimaan ja tunnistamaan puolisoitten tiedostamattomat ja kehitykselliset prosessit. Lisäksi yritetään mahdollistaa puolisoitten omakohtaisten kokemusten esilletulo ja työstäminen sekä tutkitaan heidän elämänsä ja parisuhteensa välisiä ristiriitoja. Tavoitteena on itsensä, toisensa ja suhteensa ymmärtämisen syventäminen sekä muutosten mahdol-

listaminen. (Tuhkasaari & Wahlbeck & Kumpula & Koskinen & Malinen 2007, 12, 32, 106.)

Parisuhdetta kuormittavat erilaiset kriisit. Tällaisia voivat olla esimerkiksi fyysiset ja psyykkiset sairaudet, riippuvuusongelmat, puolison masentuneisuus tai seksuaaliset vaikeudet. Lisäksi kriiseinä voivat olla vuorovaikutusongelmat, lapsettomuus, uskottomuus sekä mustasukkaisuus. Yleisin syy hoitoon hakeutumiselle on saada parisuhde toimimaan. Parin omat toiveet ja tavoitteet ovat terapian lähtökohtana ja tapaamisissa keskustellaan niistä aiheista, jotka puoliso itse tuovat esille. Terapeutilla on ammatillinen tieto toimivasta parisuhteesta, sen vaiheista ja hoitamisesta sekä käyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä. Näiden avulla terapeutti voi auttaa puolisoita määrittämään tavoitteet heidän parisuhteen osalta. Terapian kesto määräytyy tarpeen mukaan, muutamasta käynnistä useisiin käynteihin. Tapaamisia on kahden – neljän viikon välein puoli- toista tuntia kerrallaan, akuuteissa kriiseissä tiheämmin. (Saarinen 2010, 86; Tuhkasaari ym. 2007, 12; Väliatalo 2010; Väestöliitto 2011.)

Kemin mielenterveysasemalla pariterapia perustuu avoimen dialogin malliin ja on joustavaa, tarpeenmukaista hoitoa, jonka kesto määräytyy tilanteen mukaan. Pariterapiassa molemmat osapuolet ovat aina läsnä. Jos toinen estyy saapumasta tapaamiseen, se peruetaan. (Henkilökunnan haastattelu 2011.)

5.6 Supporttiivinen psykoterapia

Tukea antava eli supporttiivinen psykoterapia soveltaa samaa teoreettista viitekehystä kuin dynaaminen psykoterapia. Painopiste ei kuitenkaan ole terapiassa esiin tulevassa tunteensiirrossa tai persoonallisuuden rakenteen muuttamisessa. Supporttiivisessa psykoterapiassa pyritään vahvistamaan ja tukemaan asiakkaan mielen normaaleja toimintoja, vähentämään kärsimystä sekä minimoimaan oireet. Hoito on oireenmukaista ja sen tarkoitus on tukea olemassa olevia suojakeinoja, tarjota ratkaisuja sekä vahvistaa tosiasioiden havaitsemista. Sillä pyritään lievittämään ja poistamaan ahdistuneisuutta. Lisäksi sen keskeisenä tehtävänä on vahvistaa asiakkaan omia selviytymiskeinoja sekä psyykeä, joka on kroonisesti tai akuutisti heikentynyt. (Isohanni 2008, 267; Achté 1992, 10, 14,

42; Tikkanen 1998, 52; Toivio ym. 2009, 250; Vilkkö-Riihelä 1999, 615; Aalberg 2010, 768–769.)

Supporttiivinen psykoterapia sopii hyvin tilapäisen avun, akuutin kriisin ja lyhytkestoisen terapian hoitomenetelmäksi. Parhaiten tästä terapiasta hyötyvät asiakkaat, joilla on jokin somaattinen sairaus ja tarvitsevat apua sen aiheuttamien psyykkisten oireiden takia. Lisäksi apua saavat pitkäaikaisen mielenterveyshäiriöstä kärsivät asiakkaat, jotka tarvitsevat jatkuvaa ohjausta ja tukea jokapäiväisessä elämässä. Supporttiivinen psykoterapia sopii myös henkilöille, jotka tulevat hoitoon ulkoisen paineen takia, hakeakseen hetkellistä helpotusta ongelmiinsa tai joilla on jokin tietty ongelma-alue elämässään. Asiakkaan diagnoosista huolimatta tukea antava asenne korostuu jokaisessa hoitotyössä. Sillä luodaan positiivinen hoitosuhde ja hyvä vuorovaikutus. Supporttiivisen psykoterapian kesto voi vaihdella päivistä ja viikoista useampiin kuukausiin tai vuosiin. (Toivio ym. 2009, 250; Achté 1992, 39; Pylkkänen ym. 1996, 627–628; Aalberg 2010, 752, 769.)

Kemin mielenterveysasemalla toteutetaan supporttiivista psykoterapiaa edellä mainittujen periaatteiden pohjalta. Tukea-antava asenne korostuu jokaisessa terapiamuodossa. (Henkilökunnan haastattelu 2011.)

6 KEMIN MIELENTERVEYSASEMAN KUNTOUTUSPALVELUT

Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujan kuntoutumisvalmiuden edistäminen, elämänhallinnassa auttaminen, päämäärien toteuttaminen sekä sosiaalisissa yhteisöissä toimimisen tukeminen. Siinä korostuu kuntoutujan omatoimisuus prosessin aikana sekä kuntoutujan omien positiivisten kykyjen korostaminen. Kuntoutuminen on toimintakyvyn palauttamista sekä uusien ajattelutapojen oppimisen myötä mielekkyyden löytämistä omaan elämäänsä. Kuntoutuksen järjestämiseen osallistuvat Kemlin mielenterveysasema, Keroputaan sairaala, Kiveliönkoti, Inkakoti, mielenterveysjärjestöt, Klubitalo sekä Kela. Kuntoutus on aina moniammatillista yhteistyötä ja kuntoutuja käyttää näitä eri palveluja kuntoutusjaksonsa aikana. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 224; Henkilökunnan haastattelu 2011.)

Kuntoutuskodit ovat asiakkaan kokonaisvaltaisempaa kuntoutusta varten. Ne ovat porrastettu asiakkaan tarpeen mukaan. Joissakin on mahdollisuus ympärivuorokautiseen tukemiseen. Yhteisöllisessä kuntoutuksessa kuntoutuja ottaa vastuun yhteisön asioista ja sosiaalinen kanssakäyminen muiden yhteisön jäsenten kanssa korostuu. Psykososiaalisessa kuntoutusmallissa asiakas kuntoutumisensa edistymisen myötä siirtyy itsenäisempään asumismuotoon. Kuntoutus voidaan jakaa lääkinälliseen, sosiaaliseen, ammatilliseen ja kasvatukselliseen kuntoutukseen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 234, 225–226.)

Lavikainen (2004, 48) korostaa kuntoutuksessa asiakkaan mahdollisuutta suunnitella ja päättää itse. Kuntoutuja itse on oman elämänsä asiantuntija. Työntekijän rooli on neuvoa ja toimia yhteistyökumppanina sekä tukea tulevaisuuden suunnitelmissa ja päätöksissä. Kuntoutusprosessissa asiakas kasvaa itsenäisyyden kokemuksen kautta.

6.1 Kotikuntoutus

Kotikuntoutuksella tarkoitetaan asiakkaan kotiin tuotua asumiskuntoutusta. Sen tarkoitus on ohjata ja tukea kuntoutujaa selviytymään arjessa omassa kodissaan. Se alkaa kuntoutujan tilanteen kartoituksella, jonka avulla laaditaan kuntoutussuunnitelma hoitajan ja asiakkaan yhteistyön pohjaksi. Kuntoutujan tilanteen tarkentamisella luodaan perusta

toimintatavalle ja tavoitteiden asettamiselle. Yleensä kotikuntoutus aloitetaan päivittäisten toimintojen harjoittamisella, jonka tavoitteena on itsestä huolehtiminen. Opetellaan päivittäiseen elämään kuuluvia taitoja, kuten kodinhoitoa, ruoanlaittoa sekä kodin ulkopuolella asioimista. Tärkeitä taitoja ovat lisäksi sosiaalinen kanssakäyminen ja ihmissuhteiden ylläpitäminen. Asiakkaan kanssa luodaan selkeä toimintasuunnitelma päivälle. Kuntoutuksen tukena voidaan käyttää kirjallisia ohjeita tai käytännön harjoitteita. Tärkeää on, että ohjaus ja ohjeet ovat riittäviä ja selkeitä. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2002; Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 226, 231–232.)

Kemissä kotikuntoutuksessa ei ole omaa työryhmää. Sitä toteuttavat yhteistyössä Kemien mielenterveysaseman, Inkakodin, Kiveliönkodin sekä Klubitalon työntekijät oman perustyönsä ohella resurssien mukaan. (Henkilökunnan haastattelu 2011.)

6.2 Mielialanhallintaryhmät

Psykoedukatiivisten ryhmien tavoite on kokemusten jakaminen ja vertaistuen saaminen materiaalina käyttäen erilaisia työkirjoja. Yksi työkirja on Tarja Koffertin ja Katariina Kuusen vuonna 2002 kirjoittama depressiokoulu, joka pohjautuu Kalifornian yliopiston ”Control your depression” –kurssiin vuodelta 1986. Se on opetuksellinen ryhmähoitomenetelmä, jota käytetään masennuksen hoidossa. Lisäksi Suomessa sitä käytetään muun muassa työuupumuksen, päihde- ja muiden riippuvuuksien sekä pitkäaikaistyöttömien hoidossa. Depressiokoulun rakenne on aina sama. Ryhmässä on yleensä kuudesta kahdeksaan henkilöä ja se toimii ohjaajan johdolla. Se kokoontuu viikoittain, mutta kesto ja opetuksen yksityiskohdat määräytyvät yksilöllisesti ryhmän tarpeista riippuen. Tapaamiskertoja on 8–16 ja jokaisella kerralla käydään läpi yhtä teemaa kymmenestä. Teemat käsittelevät ajatuksia, toimintoja, ongelmanratkaisua, sosiaalisia suhteita, tulevaisuutta sekä omia rakentavia menetelmiä. Jokainen suorittaa kotitehtäviä itseopiskeluna ja tehtävät käydään yhdessä läpi seuraavissa tapaamisissa. Tavoitteena on itsehoitokeinoja opettelemalla lyhentää masennusjaksojen kestoja, lievittää niiden voimakkuutta sekä ennaltaehkäistä vakavien masennuksien puhkeamista. (Koffert & Kuusi 2010, 4–6; Kuhanen ym. 2010, 118.)

Kemin mielenterveysasemalla mielialanhallintaryhmää käytetään jälkihoitona masennuksen jälkeen ja ennaltaehkäisevänä työmuotona. Ryhmää ohjaa kaksi työntekijää. Siinä on kuudesta yhdeksään asiakasta ja se kokoontuu kerran viikossa yhteensä yhdeksän kertaa. Mielialanhallintaryhmät ovat opetuksellisia ryhmiä, joissa osallistujat saavat keinoja mielialojensa hallintaan. Tärkeää ryhmissä on myös vertaistuki. Ryhmällä on käytössä työkirja, jossa on teoriaa ja tehtäviä. Tapaamiskerroilla käydään läpi teoriaa, joiden pohjalta jäsenet saavat oppimistehtäviä. Tehtävät käydään läpi seuraavalla kerralla. Tapaamisten päätyttyä työkirja jää potilaan käyttöön tulevaisuutta varten. (Henkilökunnan haastattelu 2011.)

6.3 Toiminnalliset ryhmät

Toiminnallisissa ryhmissä asiakkaan arjessa selviytymistä tuetaan erilaisin toiminnallisilla keinoin. Tavoitteina voi olla arkielämän taitojen ja vuorovaikutustaitojen opettelu sekä niiden ylläpitäminen. Lisäksi voidaan kehittää itsetuntemusta, itseilmaisua sekä tukea sosiaalista kanssakäymistä. Tällaisia ryhmiä voi olla esimerkiksi ruoka- ja keittiöryhmät tai erilaiset retkitoiminnat. Toiminnalliset ryhmät ovat osa kuntouttavaa mielenterveyshoitotyötä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 115–116; Kuhanen ym. 2010, 111.)

Nykyään kuntouttavassa hoitotyössä on painotettu psykoedukatiiviseen ryhmätoimintaan perinteisten terapiatekniikoiden sijaan. Ryhmän tavoitteet yhdessä ryhmäläisten omiin tavoitteisiin tekevät toiminnasta kuntouttavan. Tavoitteiden saavuttamiseksi tulisi ryhmän kokoontua ympäristössä, jossa toimintaa yleensä toteutetaan. Psykoedukaation näkemykseen perustuvia ryhmiä ovat myös erilaiset kuntoutuskurssit. Niissä yhdistetään tietoa sairaudesta ja kuntoutuksesta toimintaan. Psykoedukatiivisilla ryhmillä on selkeä tavoite ja sisältö sekä monipuolisia toiminnallisia ryhmämuotoisia harjoituksia. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 115–116; Kuhanen ym. 2010, 111.)

Toiminta vaikuttaa keskeisenä osana ryhmän rakennetta. Ryhmien avulla yksilöillä on mahdollisuus oppia itsestään ja muista ihmisistä sekä välttää eristäytymistä. Lisäksi ryhmien tavoitteena on palauttaa jäsenten selviytymistaitoja omassa elinympäristössään. Tehtävänä on rohkaista ja motivoida jäseniä toimimaan sekä ottamaan vastuuta. Ryh-

missä voi lisäksi kohdata omien henkilökohtaisten tarpeiden lisäksi myös muiden ryhmän jäsenten kautta ympäristön odotukset. Toiminnan valinnassa huomioidaan myönteisten suhteiden kehittyminen ja motivoivien toimintojen hyödyntäminen. Ryhmien toiminnan tulisi soveltua jäsenten kiinnostusten kohteisiin sekä kehityksellisiin tarpeisiin. Kun sovelletaan erilaisia toimintoja, voi sosiaalisten taitojen oppiminen olla helpompaa. Toiminnan tarkoitus on tehdä jäsenille mahdolliseksi avoin kommunikointi sekä itsensä vapaa ilmaiseminen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 115–116; Kuhanen ym. 2010, 111; Holvikivi & Kallonen, 1995, 47–48, 50–51.)

Kemin Mielenterveysasemalla on tällä hetkellä toiminnassa kaksi ryhmää; naisten toiminta- ja keskusteluryhmä. Ryhmät kokoontuvat kerran viikossa. Jäsenet saavat itse suunnitella ja päättää toiminnasta sekä keskustelujen aiheista. Naisten toimintaryhmän jäsenet voivat muun muassa käydä kahviloissa, uimahallissa, näyttelyissä tai tehdä käsitöitä. Keskusteluryhmä on avoin ryhmä, jossa jäsenet keskustelevat yleensä haluamista asioista. Joskus ryhmällä on teema, jonka pohjalta lähdetään rakentamaan keskustelua. Lisäksi osana Klubitalon toimintaa on Sosiaaliklubi, jossa toisena ohjaajana on seurakunnan mielenterveystyötä tekevä diakonissa. Sosiaaliklubilla käy mielenterveyskuntoutujia, jotka ovat sekä miehiä että naisia. Henkilöt voivat tulla ryhmään nimettömänä saamaan vertaistukea tai olemaan yhdessä omana itsenään. (Henkilökunnan haastattelu 2011.)

6.4 Inkakoti

Yhteisöhoidon juuret yltävät 1700-luvulle aikaan, jolloin mielisairaalahoittoa uudistettiin inhimillisemmäksi. Uudistajina toimivat ranskalainen Philippe Pinel ja englantilainen William Tuke. Yhteisöhoidossa yhteisö on hoidollisten, kuntoutuksellisten sekä kasvatuksellisten tavoitteiden toteuttaja. Sen rakenne koostuu selkeistä toimintamalleista sekä teoreettisesta perustasta, jossa hoito- ja viikkosuunnitelma muodostavat rungon toiminnalle. Vuorovaikutusta korostetaan erilaisten ryhmien ja retkien avulla sekä merkitykselliseksi nousevat perhekeskeisyys ja verkostotyö. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 100–104.)

Kemin kaupungin mielenterveyspalveluihin kuuluu psykiatrinen kuntoutuskoti Inkakoti, joka toimii yhteisöhoidon periaatteilla. Kuntoutumiskoti tarjoaa useita erilaisia tarpeenmukaisia kuntoutuspalveluja, joiden tavoitteina ovat asiakkaan arjessa selviytymisen tukeminen. Inkakodilla on 18 asukaspaikkaa. Paikoista kaksi on intervallipaikkaa, yksi on päiväkäyntipaikka ja loput ovat tarkoitettu pitempään oleville asiakkaille. Kemin mielenterveysasemalta tulee erikoislääkärin, sosiaalityöntekijän ja tarvittaessa psykologin palvelut. Henkilökunta koostuu kolmesta sairaanhoitajasta, kahdesta lähihoitajasta, kahdesta kodinhoitajasta, yhdestä sosiaaliohjaajasta, yhdestä kuntouttavasta hoitajasta sekä yhdestä siivoojasta. Asiakaskuntaan kuuluvat kaikki kemiläiset mielenterveyskuntoutujat, joilla on tarvetta kuntoutukselle ja tuelle. Inkakodille tullaan Kemin mielenterveysaseman lisäksi Keroputaan sairaalasta, Kiveliönkodilta tai omasta kodista. Joskus Inkakodin henkilökunta käy arvioimassa asiakkaan voinnin, mikäli heihin otetaan yhteyttä esimerkiksi vuodeosastolta. (Henkilökunnan haastattelu 2012.)

Asiakkaan tulo kuntoutumaan käy asteittain. Ensiksi vain tutustutaan ja kerrotaan paikan toiminnasta. Tämän jälkeen ollaan päivän verran, jonka jälkeen kuntoutuja jää vasta yöksi. Lisäksi kuntoutusta toteutetaan jaksottaisina intervaleina, jolloin asiakas on esimerkiksi Inkakodilla viikon ja kolme viikkoa kotona. Jokaiselle asiakkaalle tehdään hoito- tai kuntoutussuunnitelma, joita päivitetään tarpeen vaatiessa. Lisäksi he toteuttavat kotikuntoutusta yhteistyössä Kemin mielenterveysaseman, Kiveliönkodin ja Klubitalon henkilökunnan kanssa ja antavat tukea-antavia puheluja niitä tarvitseville. Lisäksi toiminnallisia ryhmiä toteutetaan yhteistyössä Kiveliönkodin ja Klubitalon kanssa. Näitä ryhmiä ovat esimerkiksi leivonta- ja naistenryhmä. Kuntoutujilla on myös mahdollisuus osallistua erilaisille retkille ja kuntoutuskursseille, joita toteutetaan yhteistyössä Kemin kaupungin ja seurakunnan kanssa. (Henkilökunnan haastattelu 2012.)

6.5 Kiveliönkoti

Yksilöhoidossa korostetaan hoidon periaatteita, kuten itsenäisyyttä, vastuullisuutta, kokonaisvaltaisuutta, ohjausta sekä jatkuvuutta. Lisäksi siinä korostuu asiakaskeskeisyys. Yksilöhoito perustuu asiakkaan ja hoitajan yhteistyöhön, jossa molemmat työskentelevät asiakkaan terveyden edistämiseksi. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 74.)

Kiveliönkoti on Kemissä sijaitseva yksilöllinen asumispalvelukeskus, joka tarjoaa kuntoutuspalveluita mielenterveystoimintajille. Toiminta perustuu yksilöhoidon periaatteeseen. Kiveliönkoti koostuu viidestä rivitalosta. Kolmessa talossa on yksiötä ja kahdessa kahden hengen asuntoja. Asumispaikkoja on yhteensä 24 asiakkaalle. Kiveliönkodilla työskentelee seitsemän työntekijää; kolme sairaanhoitajaa, yksi sosiaaliohjaaja, kaksi mielenterveyshoitajaa sekä yksi lähihoitaja. He ovat tavoitettavissa arkisin klo 08.00–20.00 ja viikonloppuisin klo 09.00–18.00 välisenä aikana. Kiveliönkodille voi tulla esimerkiksi kotoa, sairaalan, Kemin mielenterveysaseman tai Inkakodin kautta. Ennen muuttamista asiakkailla on myös tarvittaessa mahdollisuus lyhyeen intervallijaksoon. Asiakkaat tulevat Kiveliönkodille aina hoitokokouksen kautta, jolloin asiakkaalle tehdään kuntoutumissuunnitelma. Hoito Kiveliönkodilla toteutuu aina asiakaskohtaisesti korostaen asiakkaan vahvoja puolia ja tukien heikompia. Lisäksi kuntoutukseen kuuluu asukkaan avustaminen arkiaskareissa. Kiveliönkodin asukkaat saavat vertaistukea muista asukkaista. Lisäksi siellä järjestetään ryhmä- ja retkitoimintaa yhdessä Klubitalon ja Inkakodin kanssa. (Henkilökunnan haastattelu 2012.)

6.6 Klubitalo

Pohjois-Amerikasta lähtenyt Fountain House- Klubitalomalli on sovellus kuntoutukselta, jossa samaan aikaan tarjotaan ammatinvalinta-, yhteisö- ja sosiaalipalvelut. Se on psykososiaalinen kuntoutuksen muoto, jossa tavoite on yksilön elämänlaadun parantaminen. Klubitalon päivittäiset toiminnot suunnitellaan asiakaslähtöisesti ja asiakkaat myös osallistuvat suunnitteluun ja päätöksentekoon. Päivätoimintakeskus tukee mielenterveyskuntoutujaa omatoimisuuteen ja edistää sosiaalisia taitoja. Se perustuu vertaistukseen erilaisten keskustelu- ja toiminnallisten ryhmien kautta. Lisäksi harjoitellaan erilaisia arkipäivän toimintoja, kuten ruoanlaittoa. Päivätoimintakeskus on joko mielenterveysyksikön alaisuudessa sekä säätiön tai vapaaehtoistoiminnan kustantamaa toimintaa. (Lavikainen ym. 2004, 74; Hietaharju ym. 2010, 26.)

Kemin Klubitalo edustaa kolmatta sektoria. Sen toiminta on sovellettu malli virallisesta Klubitalomallista. Se on Mielenterveydenkeskusliiton (MTKL) alainen paikallisyhdistys, jota rahoittavat RAY (Raha-automaatti yhdistys) ja Kemin kaupunki. Klubitalon yhteydessä toimii potilasyhdistys Yhdessä ry. Näiden toiminta tukee virallista hoito-

organisaatiota toteuttaen kuntouttavaa toimintaa päivätoimintakeskuksena. Kuntoutus tapahtuu erilaisten ryhmien kautta toteuttaen yhteisöhoidon periaatetta. Klubitalo on avoinna arkisin klo 08.00–15.00 ja sunnuntaisin klo 12.00–15.00. Se on avoin kaikille sinne haluaville. Vertaistuki ja asiakkaan ohjaus korostuvat yhteisön toimintaperiaatteissa. (Henkilökunnan haastattelu 2012.)

7 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

Projektilla on aina alku ja loppu. Näiden välissä on vaihteleva määrä eri vaiheita. Projektin elinkaari muodostuu seuraavista vaiheista; tarpeen tunnistaminen, suunnittelu- ja aloittamisvaihe, kokeilu- ja toteuttamisvaihe, päättämisen- ja vaikuttavuuden arviointivaihe ja projektin sulauttamisvaihe, jossa esitys tai tuotos otetaan käyttöön. Projekti on johonkin määriteltyyn tavoitteeseen pyrkivä, harkittu ja suunniteltu hanke, jonka tulisi tuottaa hyötyä sekä kohteelle, että asettajilleen. Tärkein vaihe on kyetä määrittelemään työlle tavoitteet, sillä ne antavat perussuunnan projektille. Työn onnistumista tarkastellaan sille asetettujen tavoitteiden pohjalta. Jotta hanke onnistuu, avainasemassa ovat tarkasti rajattu teema ja tehtävä. Projektille määritellään yksi päätavoite, joka tarvittaessa jaetaan osatavoitteisiin. (Paasivaara & Suhonen & Nikkilä 2008, 103, 123; Rissanen 2002, 13–14.)

7.1 Tavoite ja tarkoitus

Projektin päämäärä on toteuttaa sille määrätyt tavoitteet ja tehtävät. Lisäksi sen tarkoitus on tuottaa hyötyä ja lisäarvoa asettajalleen tavoitteiden toteuttamisen kautta. Tavoitteet luovat työlle perussuunnan koko sen elinkaaren ajan. Projektin tavoitteita asettaessa projektiryhmä keskittyy muovaamaan riittävän rajatun ongelman, jotta se voidaan ratkaista yhdellä projektilla. On tärkeää tarkastella, että työpanos suuntautuu asetettuun tavoitteeseen, ja kaikki osapuolet ovat yhteisymmärryksessä tavoiteltavasta lopputuloksesta. Projektin toteuttajien tehtävä on luoda tuote, joka ratkaisee hankkeen tilaajan ongelman ja tyydyttää mahdollisimman hyvin heidän tarpeensa. (Paasivaara ym. 2008, 7, 123; Rissanen 2002, 14; Karlsson & Marttala 2002, 24.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa esite Kemin mielenterveysaseman tarjoamista palvelu- ja hoitomuodoista. Projektimuotoisen opinnäytetyön tarkoituksena on antaa tietoa mielenterveysaseman tarjoamista palveluista terveydenhuollon henkilökunnalle. Projektin tuotoksena syntyvästä esitteestä käy ilmi mielenterveysaseman tarjoamat palvelut ja toimintamalli. Projektin on tilannut Kemin mielenterveysaseman henkilökunta, sillä heillä ei ole aikaisempaa ohjetta tarjoamistaan palveluista.

7.2 Rajaus, liittymät ja organisaatio

Rajaukset selventävät ja muotoilevat projektia ja sen päämäärää. Sen avulla määritellään kaikki asiat, alueet ja tehtävät, jotka siinä käsitellään. Projektin rajausvaiheessa päätetään mitä lopputuloksia se tuottaa, miten niihin päästään ja mitä ominaisuuksia tuloksilta vaaditaan. Projektin täytyy olla kohtuullinen ja looginen kokonaisuus. Yhdessä projektissa ei hoideta kaikkia organisaation kehitystarpeita kuntoon. Ryhmä pyrkii rajaamaan ongelman niin, että se pystytään ratkaisemaan yhdellä projektilla. Virheellinen rajaus näkyy koko prosessissa sekä työn lopputuloksessa. (Karlsson ym. 2002, 63–64; Ruuska 2007, 42, 186–187; Paasivaara ym. 2008, 123.)

Tämä työ rajataan siten, että se käsittelee vain ne palvelu- ja hoitomuodot, joita Kemin mielenterveysasema tarjoaa. Rajaus tehtiin tilaajan toiveiden mukaisesti. Se auttaa työntekijöitä pysymään aiheessa.

Projektiorganisaatio toimii välineenä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi, sen tehtävä on johtaa, tukea ja luoda mahdollisuuksia toiminnalle. Organisaation koko vaihtelee projektin edetessä. Projektiorganisaatio muodostuu sen asettajasta, johtoryhmästä sekä projektiryhmästä. Näillä kaikilla on omat vastuualueensa. Projektin asettajan päätöksellä käynnistetään projekti ja nimitetään sille johtoryhmä. Lisäarvoa projektille tuo hyvä tiimityöskentely, joka on myös yksi väline projektin toteuttamiseen. (Heikkilä & Jokinen & Nurmela 2008, 40; Ruuska 2007, 21, 126–129; Rissanen 2002, 79.)

Projektityön tilaaja on Kemin mielenterveysasema, joka myös ohjaa tuotosta. Projektin työntekijöinä toimivat Nelli Björkbacka, Saara-Maria Martimo ja Elina Nurmikumpu. Opinnäytetyötä ohjaavat Kemi-Tornion ammattikorkeakoululta lehtorit Annette Suopajarvi sekä Hannele Pietiläinen.

7.3 Projektin kulku

Aikataulu määritellään projektin työvälineeksi sekä tärkeäksi perustekijäksi. Se ei ole tavoite. Projektityössä päävaiheet kirjataan ajoitusten suunnitellun kulun mukaan. Suunnitteluvaiheessa tulee pitää yhteyttä käyttäjiin ja muihin projektiryhmän jäseniin.

Aikataulua laadittaessa tulee huomioida realistisuus, oleellisen asian löytäminen sekä aikataulusta kiinnipitäminen. Suunnittelussa on otettava huomioon lomat, työviikkojen pituudet, tehtävien luonne sekä henkilöiden käytettävyyden ja lukumäärä. (Rissanen 2002, 126, 186; Ruuska 2007, 198–199.)

Dokumenttien avulla tehostetaan tiedon etsimistä, hyödyntämistä ja sen ylläpitoa. Jokaisesta dokumentista tulee löytyä projektin nimi, tekijät, päivämäärä, aihe ja tilastoinnit sekä muutoshistoria. Kaiken dokumentoidun tiedon ei tarvitse olla näkyvissä, mutta tulee tietää mistä tieto löytyy. Koko projektin ajan jokainen vaihe ja tapahtuma kirjataan. Ylöskirjatut asiat ovat dokumenttina projektia arvioitaessa sekä tärkeänä lähteenä loppuraporttia kirjoitettaessa. Dokumentoinnin myötä projektin asiakkaat, osalliset ja rahoittajat saavat selkeän käsityksen projektin tavoitteista, tuloksista ja toimintaperiaatteista. Hyvä dokumentointi käy pohjaksi myös tuleville projekteille. Projektin päätyttyä dokumentit arkistoidaan. (Ruuska 2007, 240–243; Heikkilä ym. 2008, 115–116.)

Aihe opinnäytetyöhön saatiin alkuvuonna 2011. Projektityön aihe hyväksyttiin helmikuussa 2011, jonka jälkeen alkoi projektisuunnitelman työstäminen. Projektisuunnitelma valmistui toukokuussa 2011 ja hankkeistamissopimus (liite 2) allekirjoitettiin toukokuun lopulla 2011. Tämän jälkeen projektityöntekijät alkoivat kerätä teoriatietoa työhön, sekä suunnittelemaan haastatteluja Kemin mielenterveysaseman henkilökunnan ja kuntoutuskotien kanssa.

Haastatteluja kerättiin vuoden 2011 kesän ja syksyn ajan. Samalla työstettiin myös opinnäytetyön kirjallista osiota. Syksyn aikana saatiin opinnäytetyöhön ohjausta, joiden pohjalta tehtiin muutoksia ja lisäyksiä työhön. Kirjallista osaa työstettiin tiiviisti loppuvuosi 2011 ja 2012 alkuvuosi. Helmikuussa 2012 alkoi projektissa syntyvät esitteen työstö. Esitteen alustavaa versiota arvioitiin hoitoalanhenkilökunnalla ja heidän antaman palautteen pohjalta esitteeseen tehtiin muutoksia. Vuoden 2012 maaliskun ja huhtikuun ajan työstettiin esitteen ulkoasua, sekä tehtiin viimeisiä korjauksia opinnäytetyöhön.

7.4 Tuotteiden ja tulosten tarkastelu

Tuloskäsitteellä viitataan jonkin työyhteisön ja palveluprosessien aikaansaannoksiin. Se on siis toiminnan kautta syntyvä saavutus. Tuloksellisuudesta puhuttaessa työyhteisön on kyettävä tunnistamaan toiminnan edut ja tarpeet. Lisäksi tulee kiinnittää huomiota johtamiseen ja organisaatioon sekä aikaansaannoksiin. Tulosten aikaansaamiseksi tarvitaan riittävästi voimavaroja sekä palveluprosessi, joka on tarkoituksenmukaisesti järjestetty. (Paasivaara ym. 2008, 27–28.)

Projektin tuloksena syntyy kirjallinen tuotos, esite. Jotta päästään luotettaviin tuloksiin, projektityön tekijät haastattelevat mielenterveysaseman ja kuntoutuskotien toimihenkilöitä. Lisäksi työn tekijät keräävät teoriatietoa kirjoista ja muista luotettavista lähteistä sekä perehtyvät aikaisempiin tutkimuksiin ja tilastoihin. Työ perustuu ammattikorkeakoulun yleisten ohjeiden pohjalle. Lopullisia tuloksia arvioi projektiryhmä, Kemin mielenterveysasema ja Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu.

Olennaista ohjeen laadinnassa ei ole pelkästään mitä sanotaan, vaan miten sanotaan. Ensimmäiseksi tulee vastata kohderyhmän kysymyksiin ja toiseksi välittää muita neuvoja. Jos ohje ymmärretään vain tiedon välittäjäksi, sen merkitykset jäävät sivuun. Samanaikaisesti välitetään informaatiota, tuotetaan merkityksiä ja kutsutaan osallistumaan. Ei ole itsestään selvää, mikä on oikeaa tietoa, eli tiedon oikeellisuuteen ja ymmärrettävyyteen on kiinnitettävä tarkkaan huomiota. (Torkkola & Heikkinen & Tiainen 2002, 34.)

Sovitun hoitokäytännön mukainen tieto on oikeaa, mutta tiedot ovat oikein vasta, kun kohderyhmä ymmärtää sen. Ohjeen ymmärrettävyys mitataan vasta käytännössä. Tästä syystä laadittu ohje on hyvä testata jollakin ryhmällä ennen sen käyttöönottoa. Tekstin merkitys rakentuu lukijan ja tekstin kohdatessa, ja sen tulkintaan vaikuttaa muun muassa kulttuuri. Siihen, kuinka paljon ja kuinka yksityiskohtaista tietoa ohjeessa tulee olla, on tehtävä kompromisseja. Tekijä ei voi sisällyttää tekstiin kaikkea haluamaansa. (Torkkola ym. 2002, 34.)

Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyvä esite on ohje. Se sisältää selkeän ja tiivistetyn kuvauksen Kemin mielenterveysaseman palvelu- ja hoitomuodoista sekä toiminnasta. Palvelut ovat otsikoitu selkeästi. Esitteestä käy ilmi mielenterveysaseman yhteystiedot

ja aukioloajat. Lähteenä esitteessä on käytetty mielenterveysaseman ja kuntoutuskotien henkilökuntien haastatteluja. Esite on kuvitettu ja sen ulkoasuun on kiinnitetty erityistä huomiota, jotta sen lukeminen olisi mahdollisimman miellyttävää.

7.5 Luotettavuuden tarkastelu

Tutkijan on otettava huomioon työhön liittyvät eettiset kysymykset ja arvioida, onko projekti tehty luotettavasti. Toisen tekstiä ja omia tutkimuksia ei saa plagioida. Jokaisella on omaan tekstiinsä copyright-oikeus, jolloin tekstiä lainattaessa se on merkittävä asianmukaisin lähdemerkinnöin. Tutkimustuloksia ei keksitä, kaunistella eikä yleistetä kritiikittömästi. Raportoinnin on oltava oikeellista, siinä tulee selostaa menetelmät, puutteet ja havainnot. Tutkimuseettiset periaatteet, jotka liittyvät tiedonhankintaan ja sen julkaisemiseen ovat yleisesti hyväksytyjä. Jokaisen yksittäisen tutkijan vastuulla on niiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2009, 25–29; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182.)

Tätä opinnäytetyötä tehdessä tekijät ovat kiinnittäneet huomiota lähdemerkintöjen oikeellisuuteen vertaamalla eri teosten ohjeita lähdemerkinnöistä. Työntekijät ovat pyrkineet käyttämään mahdollisimman uusia lähteitä. Lisäksi tutkijat ovat referoineet teoria-tietoa, jotta vältetään plagioinnilta. Projektityön luotettavuuteen vaikuttaa myös tarkka aikataulujen kirjaus sekä laadukas raportti. Esitteen luotettavuutta lisää se, että projektityöntekijät tekivät tiivistä yhteistyötä projektin asettajan kanssa, joten esitteessä oleva tieto on oikeellista. Luotettavuutta lisää myös työstämisen aikana kerätyt palautteet. Esite oli kaksi viikkoa arvioitavana terveydenhuollon ammattilaisten käytössä.

8 ETIIKAN NÄKÖKULMIA

Tiedonalana etiikka muotoilee, perustelee ja kehittää käsityksiä sekä eri teorioita hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän välillä. Etiikka tulee kreikan sanasta *ethos* ja tarkoittaa tapoja, tottumuksia, perinteitä, henkeä sekä luonnetta. Sen perustana ovat eettiset arvot. Ne ovat käsityksiä siitä, mihin on hyvä ja oikein pyrkiä. Humanistisessa ihmiskäsityksessä, demokraattisissa yhteiskunnissa sekä terveydenhoidossa keskeinen arvo on ihmisarvo. Se on kaikille sama ja lisäksi se on kirjattu julistuksiin, ohjeisiin ja lakeihin. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 36, 38.)

Ruotsalainen filosofi Ingemar Hedenius on vuonna 1982 määritellyt ihmisarvon seuraavasti: "Kaikkien ihmisten yhtäläinen ihmisarvo tarkoittaa, että kaikilla ihmisillä on samat ihmisoikeudet ja sama oikeus saada niille kunnioitusta ja ettei kukaan ihminen ole tässä mielessä parempi kuin toinen. Periaate voidaan ilmaista myös niin, että kaikilla ihmisillä on täsmälleen sama oikeus ihmisarvoiseen elämään." (Sarvimäki ym. 2009, 119.)

Kaikissa ammattikunnissa on omat eettiset ohjeensa, joita kaikkien tulisi noudattaa. Ohjeet ovat kirjallisesti esitettyjä sääntöjä yleisesti hyväksytyistä tai toivotuista toimintatavoista. Ne tukevat ammattikunnan hyvätasoista eettistä toimintaa, sillä ohjeiden tarkoitus on saada heidät tutkimaan työn moraalisia näkökohtia. Eettisten ohjeiden avulla varmistetaan, että työssä täyttyvät eettiset laatuvaatimukset. Lisäksi ne antavat ammattikunnalle käytännön ohjeita siihen, kuinka toimia moraalisten ristiriitojen ilmetessä. Eettisillä ohjeilla on tärkeä merkitys oikeutetussa toiminnassa sekä hyvän ja pahan osoittamisessa. Hyvän tekeminen ja pahan välttäminen nousevat keskeisiksi lähtökohdiksi ja ovat yleisiä eettisiä periaatteita. Ne perustuvat ihmisarvolle ja altruismille. Hoitotyössä eettisten ohjeiden tarkoituksena on suojella asiakasta ja antaa hoitavalle henkilökunnalle ohjeita siihen, kuinka hoitosuhteessa tulisi toimia. Eettisesti hyvän hoitotyön perustana voidaan pitää seuraavia ohjeita. Hoitajan tulee **toiminnallaan tuottaa hyvää, kunnioittaa** asiakkaiden **itsemääräämisoikeutta** ja **loukkaamattomuutta** sekä pyrkiä **toteuttamaan tasa-arvoista ja hyvää hoitotyötä välttäen väärän tekemistä**. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 149; Sarvimäki ym. 2009, 118; Bandman & Bandman 2002, 6.)

Numminen (2010, 34) kuvaa tutkimuksessaan Nursing ethics education in Finland from the perspective of codes of ethics, sairaanhoitajanliiton määrittelemät **kuusi** eettistä ohjetta seuraavasti; **Sairaanhoitajan tehtävä** on terveyden edistäminen, ylläpitäminen sekä sairauksien ehkäiseminen ja kärsimyksen lievittäminen. **Potilas**; Sairaanhoitaja kohtaa potilaan yksilönä ja kunnioittaa itsemääräämisoikeutta ja oikeuttaa hänet päätöksentekoon omasta hoidostaan. Lisäksi hän kunnioittaa salassapitovelvollisuutta ja toteuttaa samanarvoista hoitoa rodusta, uskonnosta, iästä sukupuolesta riippumatta. **Ammattitaito**; Hoitajan tulee kehittää ammattitaitoaan ja parantaa työn laatua. **Työtoverit**; Tukee kollegojansa päätöksenteossa ja kunnioittaa muiden asiantuntemusta. **Yhteiskunta**; Sairaanhoitaja huomioi potilaan omaiset hoidossa ja toteuttaa terveystieteistä kasvatusta. **Ammattikunta**; Sairaanhoitajan tulee huolehtia ammattitaitonsa kehittämisestä ja syventää tietämystä. (Numminen 2010, 34.)

Asiakkaan kohtaamisessa tulee pohtia viittä tärkeää etiikan näkökulmaa. Ensimmäinen asia koskee asiakkaan elämän laatua ja sen kestoon liittyviä asioita. Hoitajat kohtaavat työssään usein tilanteita, joissa heidän toiminta vaikuttaa näihin asioihin. Mutta tärkeä kysymys onkin, kenellä oikeasti on oikeus vaikuttaa toisten elämään ja päättää siitä? Toinen asia liittyy vapautta ja kontrollia sekä pahan estämistä koskeviin asioihin. Kolmas liittyy totuuden puhumiseen sekä valehtelun ja hämäämisen välttämiseen. Joissakin hoitotilanteissa voi helposti tulla vääristeltyä totuutta, kun halutaan välttää aiheuttamasta asiakkaalle pahaa mieltä. Kuitenkin asiakkaan kannalta on aina oikein kertoa totuus, sillä se tulee kuitenkin ilmi jossakin vaiheessa. Seuraava eettinen asia liittyy hoidon oikeudenmukaiseen jakamiseen. Jokainen on oikeutettu saamaan tasa-arvoista hoitoa. Viimeinen eettinen asia koskettaa hoitajan tietoa ja omaa uskomusta. Hoitajien omat uskomukset ja mielipiteet eivät saa vaikuttaa asiakkaan kohtaamiseen, vaan omat mielipiteet tulee pitää omana tietona. Hoitajien tulee aina hoitaa asiakkaat sen tiedon ja taidon mukaan, jonka koulutus ja kokemus on heille tuonut. (Bandman ym. 2002, 7-10.)

8.1 Projektityön etiikka

Tutkimuksen kahdeksan eettistä vaatimusta ovat älyllisen kiinnostuksen, tunnollisuuden ja rehellisyyden vaatimus sekä vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoittamisen edistäminen sekä kollegiaalinen ar-

vostus. Tutkimuskohdetta valittaessa pohditaan mitä ja millaisia päämääriä se edistää. Aihe käy ilmi tutkimusongelman ja tehtävän rajaamisessa sekä määrittelyssä. Sen täytyy olla perusteltu, mielekäs eikä sen määrittely saa loukata tai sisältää väheksyviä oletuksia ihmis- tai potilasryhmistä. Edellä mainittuun on kiinnitettävä erityistä huomiota, kun tutkitaan niin sanottuja haavoittuvia kohteita, joita ovat ihmisryhmät jotka eivät kykene ilmaisemaan mielipiteitään. Lähteiden valinnassa on pyrittävä siihen, että tutkimuksesta aiheutuisi mahdollisimman vähän haittaa tutkittavalle ryhmälle. On harkittava, voidaan-ko tarvittava tieto saada joltain muulta taholta tai kirjallisuudesta. Kun tutkimus kohdistuu ihmisiin, perusta sen luotettavuudelle on kohteen yhteistyöhalu. Lisäksi työhön käytettävän valmiin aineiston luotettavuutta on punnittava, tätä kutsutaan lähdekritiikiksi. Koska kyseessä on projektiluontoinen opinnäytetyö, tutkijoiden tulee kiinnittää erityistä huomiota lähteisiin projektin rajaus mielessä pitäen. (Kankkunen ym. 2009, 172; Leino-Kilpi ym. 2003, 288–290; Hirsjärvi ym. 2009, 189; Kuhanen ym. 2010, 55,84.)

Tässä projektissa on noudatettu projektityön etiikkaa. Haastatteluista saatu tieto on käytetty sitä muuttamatta tai vääristelemättä. Projektista syntyvää esitettä on käytetty useasti projektin asettajan luettavana, jotta tiedon oikeellisuudesta saatiin varmuus. Kirja- ja Internetlähteiden valintaan on käytetty runsaasti aikaa. Internetlähteitä on karsittu, jos niiden alkuperästä ei ole saatu varmuutta.

8.2 Mielenterveystyön etiikka

Mielenterveystyössä esiintyy paljon eettisiä ongelmia ja ne johtuvat mielenterveysongelmiensa luonteesta. Mielenterveydelliset häiriöt vaikuttavat ajatusmaailmaan ja siten myös päätöksentekokykyyn. Näitä tilanteita varten on kirjattua tietoa lainsäädännössä, erillisissä ohjeissa ja suosituksissa. Tärkeimmät mielenterveystyötä ohjaavat lait ovat; mielenterveyslaki 1116/1990, laki mielenterveyslain muuttamisesta 1423/2001, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, potilaslaki 785/1992, potilasvahinkolaki 585/1986, lastensuojelulaki 2008 sekä päihdehuoltolaki 1989. Ohjeita ja suosituksia ovat, Mielenterveyspalvelujen laatusuositus 2002, Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015, Potilaan perusoikeuksien rajoittaminen tahdosta riippumattoman hoidon ja tarkkailun aikana: alue- tai sairaanhoitopiirikohtaiset ohjeet ja eristämishoito-ohjeet. Suurimmat

eettiset ongelmat ja haasteet liittyvät mielenterveyshoitotyössä asiakkaan tahdosta riippumattomaan hoitoon. (Kuhanen ym. 2010, 68–69.)

Keskeisimmät eettiset periaatteet liittyen mielenterveyshoitotyöhön ovat ETENE:n (valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta, 2008) mukaan ihmisarvon kunnioittamisen periaate, johon kuuluu myös kollegiaalinen kunnioitus. Hyvän tekemisen ja pahan välttämisen periaate, joka sisältää hoidettavan suojelemisen, oikeuksien puolustamisen ja asioiden ajamisen hoidettavan parhaaksi. Oikeudenmukaisuuden periaate, joka kattaa oikeuden hoitoon pääsystä, perustellun sekä hoitosuositusten mukaisen hoidon ja velvollisuuden välttää eriarvoista kohtelua. Perusteltavuuden periaate, sen mukaan hoidettavalla on oikeus tietää hoitoon liittyvät perustelut sekä hoitajalla on velvollisuus pitää ammattitaitonsa ajan tasalla. (Kuhanen ym. 2010, 65; Leino-Kilpi ym. 2003, 217.)

Mielenterveyshoitotyössä korostuu se, että potilaan ihmisyyttä haastaa erityinen herkkyys, haavoittuvuus tai puute persoonallisuutta koossa pitävissä voimissa. Tämän vuoksi hoitajan ihmisvastuu vaatii herkkyyttä tällaisen potilaan omille hoitoon liittyville näkemyksille. Ihmisvastuullista hoitoa ohjaavat oikeudenmukaisuuden, hyvän tekemisen ja pahan välttämisen sekä ihmisarvon kunnioittamisen periaatteet. Mitä sairaampi asiakas on, sitä enemmän hoitajan velvollisuuksiin kuuluu potilaan kokonaisvaltainen huolenpito, jopa perustarpeiden tyydyttäminen, asioiden ajaminen ja puolustaminen. Itsemääräämisoikeuden ja perusteltavuuden periaate korostuu hoitotyössä sitä enemmän, mitä paremmin potilas tiedostaa omat ongelmat ja voimavarat ja mitä enemmän kykenee hoitamaan itseään. (Kuhanen ym. 2010, 65; Leino-Kilpi ym. 2003, 217.)

Mielenterveyden ongelmiin kohdistuvien asenteiden tarkastelu, siihen liittyvän häpeän ja kärsimyksen lieventäminen ovat keskeisimmät asenteelliset haasteet mielenterveyshoitotyössä. Hoitotyön ammattilaisen tulee toimia leimautumisen, syrjäytymisen vähentämiseksi ja estämiseksi. Omalla toiminnallaan heidän tulee edistää suvaitsevaisuutta ja erilaisuuden ymmärtämistä yhteiskunnassa. Keskeisimpiä eettisiä kysymyksiä mielenterveyshoitotyössä ovat tasapainon löytäminen rajoittamisen, pakon ja vapauden välille. Mielenterveyshoitotyössä on pystyttävä erottamaan raja hoitajan ja potilaan päätösvallalle. On kyettävä tunnistamaan, missä määrin hoitohenkilökunta voi puuttua asiakkaan elämään. Hyvän hoitosuhteen edellytys on luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen hankkiminen.

Mielenterveydenhäiriöiden hoidossa korostetaan avohoitokeskeisyyttä, jonka tavoitteena on asettaa asiakkaan koti ensisijaiseksi hoitopaikaksi. (Leino-Kilpi ym. 2003, 215–221; Kuhanen ym. 2010, 55, 84.)

9 PROJEKTIN ARVIOINTI

Projektin onnistumista mitataan arvioinnilla, eli arvon antamisella. Arviointi tarkoittaa onnistumisen selvittämistä ja selostamista. Se on johdonmukaista toimintaa, joka ei perustu sattumanvaraisuuteen. Projektin arviointi tapahtuu yleensä joko sen toteuttamistai päätösvaiheessa ja tarkoitus on herättää lukijat huomaamaan projektin onnistumiset sekä heikkoudet. Lisäksi tarkoituksena on antaa arvokasta tietoa projektin hyvistä ja huonoista puolista sekä sen toteuttamisesta. Arviointia kuvataan sen jäsentämisellä, havainnollistamisella, analysoimisella sekä arvion muodostamisella. Arviointia voi toteuttaa monella eri menetelmällä, kuten esimerkiksi ennako-, toteutuksen aikaisena arviointina tai jälkiarviointina. Lisäksi sitä toteutetaan itse- ja ulkopuolisella arvioinnilla. Suurempi paino asetetaan nykyisin itsearviointille. Projektin onnistuminen sosiaali- ja terveydenhuollon alalla liitetään tavoitteiden saavuttamiseen, budjetin ja aikataulun pitämiseen sekä asiakastyytyväisyyteen ja työhyvinvointiin. Lisäksi projektien tavoitteet ovat usein käsitteellisiä, jolloin myös onnistumisen arviointi on haasteellisempaa. (Silverberg 2007, 42; Paasivaara ym. 2008, 140–142, 139.)

Tämä opinnäytetyö on tehty Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun kirjallisten opinnäytetyönohjeiden mukaisesti. Projektisuunnitelman ja opinnäytetyön laadinnassa on käytetty runsaasti erilaista teoretietoa projekti- ja tutkimustöistä. Työ on tehty hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaan. Opinnäytetyön tekijät ovat olleet erittäin kriittisiä lähdevalinnoissa. Lähteiden valinnassa on erityisesti kiinnitetty huomiota niiden oikeellisuuteen ja luotettavuuteen. Lisäksi lähteistä on pyritty hyödyntämään vain uusimmat. Työn loppuraportti on pyritty tekemään kattavaksi ja alkuperäisten rajausten mukaisesti. Kirjallista tuotosta ja esitettä on käytetty ulkopuolisten henkilöiden luettavana, jotta teksti olisi kieliopillisesti oikeaa ja helppolukuista.

Projektin asettajalta saatiin tarkat ohjeet esitteen asiasisällöstä. Sisältöä tarkistettiin esitteen työstämisen aikana useaan kertaan. Lisäksi työntekijät tarkastivat että esite täyttää projektille asetetun tavoitteen ja tarkoituksen. Esite oli arvioitavana Kemin työterveys- huollossa ja päivystyspoliklinikalla, jotka ovat Kemin mielenterveysaseman tärkeitä yhteistyökumppaneita. Arvioinnin apuna käytettiin vapaamuotoista kyselykaavaketta. Kysymykset koskivat asiasisältöä, hyötyä sekä ulkoasua. Arvioinnista saadut muutosehdotukset koskivat pääosin tekstin luettavuutta.

Palautteiden pohjalta esitteeseen lisättiin yhteystietoja. Lisäksi tekstiä jäsenneltiin ja sen ymmärrettävyyttä paranneltiin. Lisäksi hyödynnettiin ehdotuksia esitteen ulkoasua laadittaessa. Arvioinnissa saatiin vain myönteistä palautetta esitteen tarpeellisuudesta.

Esitteeseen käytettävä kuvamateriaali saatiin jo projektin alkuvaiheessa eräältä valokuvausta harrastavalta tuttavalta. Tämä yksinkertaisti esitteen työstämistä ja välttyttiin kuvien osalta tekijänoikeusongelmalta. Projektityöntekijät valitsivat esitteeseen käytettävät kuvat. Esitteen visuaaliseen suunnitteluun, ulkoasuun sekä kuvien käyttöön projektityöntekijät saivat apua mainosalan ammattilaiselta. Mielenterveysaseman työntekijät olivat tyytyväisiä esitteen lopulliseen ulkoasuun ja asiasisältöön. Tämä nostaa esitteen arvoa ja luotettavuutta.

10 POHDINTA

Opintojen aikana olimme huomanneet, että mielenterveysongelmiin liittyy paljon ennakkoluuloja, jopa terveydenhuollon henkilökunnan suunnalta. Mietimme tähän syitä ja sitä, kuinka ennakkoluuloihin voisi jokainen omassa tulevassa ammatissaan vaikuttaa. Sairaanhoidajan työssä tulemme väistämättä tekemään jonkinlaista mielenterveystyötä jokaisella terveydenhuollon osa-alueella. Ihmistä pyritään hoitamaan aina kokonaisvaltaisesti. Fyysinen ja psyykinen terveys kulkevat käsi kädessä. Psyykinen terveys korostuu erityisesti esimerkiksi akuutin sairastumisen yhteydessä tai kuolemaa kohdatessa. Nämä asiat vaikuttivat opinnäytetyön aiheen valintaan. Tärkeäksi etiikan periaatteeksi nostimme oikeudenmukaisuuden periaatteen. Se kattaa oikeuden hoitoon pääsystä, perustellun hoidon ja velvollisuuden välttää eriarvoista kohtelua.

Usein mielenterveydelliset häiriöt koetaan negatiivisena ja ehkä jopa pelottavana asiana. Pohdimme, olisiko tietämättömyys siihen syynä. Olemme harjoittelujaksoilla havainneet puutteita henkilökunnan tietämyksessä alueemme mielenterveyspalveluista. Tämän päivän yhteiskunnassa myös kansallisella tasolla mielenterveyshäiriöt koetaan häpeällisinä. Aromaan (2011) mukaan yleiset asenteet mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä kohtaan ovat Suomessa muuttuneet viimevuosien aikana yhä leimaavammiksi.

Pohdimme opinnäytetyön lopullista aihetta melko pitkään. Olimme yksimielisiä siitä, että toteutamme opinnäytetyön projektimuotoisena. Aiheen kiinnostavuutta lisäsi tilastotiedot yhteiskunnassamme vallitsevista ennakkoluuloista ja negatiivisesta asennoitumisesta mielenterveyshäiriöitä kohtaan.

Päätimme ottaa yhteyttä Kemin mielenterveysasemaan ja kysyä, olisiko heillä aihetta opinnäytetyöhön. Heillä ei ollut ajantasaista esitettä tarjoamistaan palvelu ja hoitomuodoista, joten aloimme työstää heille esitettä. Toivomme, että esitteen avulla pystyttäisiin vaikuttamaan terveydenhuollon henkilökunnan tietämykseen palveluista ja voivan näin helpottaa asiakkaan ohjaamista asianmukaiseen hoitoon.

Kuhasen ym. (2010) mukaan Suomessa mielenterveyspalvelujen käyttö on lisääntynyt, samalla kun palveluiden saatavuus on huonontunut. Psykiatriset sairaalat ovat vähentyneet ja tulevat vähenemään entisestään. Tavoitteena on, että mielenterveyspalvelut pai-

nottuvat entistä enemmän perus- ja avohoitopalveluihin. Tämänkin seikan vuoksi, koemme esitteen olevan hyödyllinen ja tärkeä.

Opinnäytetyön työstäminen alkoi projektisuunnitelman laatimisella. Suunnitelmaa varten täytyi miettiä, mikä olisi tämän projektin teoreettinen viitekehys. Kun suunnitelma oli valmis, alkoi itse opinnäytetyön työstäminen. Se oli aikaa vievää ja vaati tarkkuutta. Opinnäytetyötä varten kerättiin teorian tietoa, haastateltiin mielenterveysaseman ja kuntoutuskotien henkilökuntaa sekä perehdyttiin erilaisiin tutkimuksiin. Kirja-aineisto, etenkin terapioiden osalta oli vaikealukuista, joten sen ymmärtäminen vei aikaa. Aiheen ymmärtämistä vaikeutti myös se, ettei siinä vaiheessa opintojamme oltu vielä käsitelty mielenterveyshoitotyötä syvällisemmin. Lisäksi haastetta toi lauserakenteiden muokkaaminen ymmärrettäväksi ja helposti luettavaksi. Työssä pyrimme käyttämään tuoreimpia käsillä olevia lähteitä. Projektimme aikana sairaanhoitolaki ja kansanterveyslaki yhdistyivät toukokuussa 2011 ja muuttuivat terveydenhuoltolaiksi. Kirjalähteen mukaisesti mielenterveystyö -kappaleessa puhumme kuitenkin kansanterveys- ja erikoissairaanhoitolaista.

Työstäessämme tätä opinnäytetyötä olemme tutustuneet lukuisiin kirja- ja Internet-lähteisiin. Teorian tietoa etsittäessä luimme useita tutkimuksia aiheesta. Poimimme mielestämme tärkeimmät työhön liittyvät tutkimukset. Tietoa aiheesta on paljon ja näkemyksiä monenlaisia, mutta päätimme lopuksi lähestyä työn aihetta positiivisesta näkökulmasta. Apuna käytimme funktionaalista mallia sen kuvaamiseksi. Kun mielenterveystyötä lähestytään positiivisesta näkökulmasta, se antaa mielekkäämmän ja leimaantumista vähentävän vaikutuksen. Lisäksi tämä tukee tämän projektin tarkoitusta. Työn teoriaosuuksissa pyrimme myös käsittelemään asiat positiivisen näkökulman kautta korostaen mielenterveyttä voimavarana.

Työtä tehdessä mielenterveystyöhön liittyvät ennakkoluulot nousivat esille, kun pohdimme käsitteitä asiakas ja potilas. Nykypäivänä hoitotyössä on yhä enemmän alettu puhua asiakkaasta potilaan sijaan. Myös hoitotyön kirjallisuudessa painotettiin hoitotyön tasa-arvoistamista, jolloin hoitaja ja asiakas ovat samanarvoisia yksilöitä. Kuitenkin Kemin mielenterveysasemalla käytetään käsitettä potilas. Tämä kuulosti ristiriitaiselta, sillä lähestymme työssä mielenterveyttä positiivisesta näkökulmasta. Mielestämme käsite potilas on negatiivinen ja asettaa asiakkaan ja hoitajan eriarvoiseen asemaan

sekä kuulostaa vanhanaikaiselta. Esite tehdään tilaajan toiveiden mukaisesti, jolloin siinä käytetään sanaa potilas. Työmme teoriaosuudessa puhumme kuitenkin asiakkaista. Mielestämme leimaantumisen vähentämiseksi olisi suotavampaa käyttää termiä asiakas. Pohdimme, voisiko käsitteiden käytöstä ja hoidon tasa-arvoistamisesta tehdä jatkotutkimusta.

Opinnäytetyön tekemistä vaikeutti työntekijöiden aikataulujen yhteensovittaminen, koska kaikilla oli omat työnsä ja tehtävänsä hoidettavana projektin ulkopuolella. Lisäksi projektin etenemistä hidasti aikataulujen yhteensovittaminen mielenterveysaseman henkilökunnan kanssa. Haastetta toi myös heidän kesälomansa ja se, että mielenterveysasema oli kiinni koko heinäkuun 2011 ajan. Lisäksi olimme arvioineet aikataulun virheellisesti. Kirjallisen osion tuottamiseen meni huomattavasti enemmän aikaa, kun olimme osanneet odottaa. Työstäessämme opinnäytetyötä olemme pyrkineet kirjaamaan kaikki vaiheet ja aikataulut täsmällisesti.

Torkkola ym. (2002) mukaan olennaista ohjeen laadinnassa ei ole pelkästään mitä sanotaan, vaan miten sanotaan. Lisäksi ohjeen ymmärrettävyys mitataan vasta käytännössä, laadittu ohje on siksi hyvä testata jollakin ryhmällä ennen käyttöönottoa.

Tuotoksen luotettavuutta lisätäksemme, halusimme viedä sen arvioitavaksi ennen lopullista työstämistä. Tilaajan pyynnöstä käytimme sitä arvioinnissa Kemlin päivystyspoliklinikalla ja työterveyshuollossa, sillä he ovat merkittäviä yhteistyökumppaneita Kemlin mielenterveysaseman kanssa. Koimme, että pääsimme parempiin tuloksiin, kun esitteestä annettiin palautetta ja kehittämisideoita.

Opinnäytetyötä tehdessä olemme oppineet joustavuutta ja ennen kaikkea kärsivällisyyttä. Omat työskentelymallit ja tavat toimia ryhmässä ovat tulleet selkeämmiksi. Lisäksi yhteistyö projektin eri tahojen kanssa on kehittänyt taitojamme toimia tiimissä. Projektin aikana koetut ristiriitatilanteet ja mielipide-erot olemme ottaneet oppimiskokemuksina omaa työskentelyä ajatellen. Myös palautteen vastaanottamisen koimme positiivisena ja tärkeänä asiana.

Joistakin asioista projektityöntekijät ja tilaaja olivat eri mieltä, mutta tuotos tehtiin ja rajattiin täysin tilaajan toiveiden mukaisesti. Tuotoksen työstämisessä meillä oli apuna

mainosalan ammattilainen, jonka kanssa toteutettiin esitteen värittäminen ja ulkoasu arvioinnista saamiemme palautteiden pohjalta. Jo projektityön alkuvaiheessa meille selvisi, että saamme vapaaseen käyttöön valokuvausta harrastavan tuttavamme kuvamateriaalia. Tämä helpotti tuotoksen työstämistä, sillä välttyimme tekijänoikeusasioiden pohdinnalta. Aluksi meillä ei ollut käsitystä esitteen budjetista. Tapaamisessa projektin asettajan kanssa meille selvisi, että he hoitavat esitteen painamisen ja kustantamisen.

Jatkotutkimushaasteeksi pohdimme tutkimusta siitä, onko esitteen avulla terveydenhuollon henkilökunnan tietämys Kemin mielenterveysaseman palveluista lisääntynyt ja madaltaako esite kynnystä hakea mielenterveysaseman palveluita. Lisäksi voisi tutkia onko esitteestä ollut hyötyä terveydenhuollon henkilökunnalle.

LÄHTEET

Aalberg, V. 2010. Yksilöpsykoterapia. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. 5.-8. uudistettu painos. Porvoo: WsBookwell Oy.

Aaltonen, J. 1999. Perheterapia. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Achté, K. 1992. Tukea antava psykoterapia. Juva: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Aromaa, E. 2011. Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.

Bandman, E. & Bandman, B. 2002. Nursing ethics through the life span. New Jersey: Prentice Hall.

Berg, L. & Johansson, M. 2003. Psykoedukaation työkirja. Psykkisesti sairastuneen ja hänen perheensä/tukiryhmänsä kanssa toteutettava ohjaus. Lievestuore: Profami Oy

Canadian Institute for Health Information 2009. Improving the Health of Canadians. Exploring Positive Mental Health. Ottawa: CIHI

Case, C. & Dalley, T. 2000. The handbook of art therapy. Philadelphia: Brunner-Routledge.

Dyregrov, A. 1999. Katastrofipsykologian perusteet. 3. painos. Tampere: Tammer-Paino.

Eskola, J. & Karila, A. 2007. Mielekäs suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY.

Heikkilä, T., Paloheimo, L. & Taipale, I. 2000. Mieli ja taide. Vantaa: Printway Oy.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2009. Mieli ja terveys. 1.-2. painos. Helsinki: Edita.

Heiskanen, T., Salonen, K., Kitchener, B. & Jorm, A. 2005. Käsikirja Mielen terveydestä ja ensiavusta. Suomen oloihin soveltanut Suomen mielenterveysseura Stakesin luvalla: Painotalo Auranen Oy.

Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2010. Mielenterveyden ensiapukirja. 3. korjattu painos. Helsinki: StarOffset Oy.

Helsingin Psykoterapiayhdistys ry 2010–2011. Psykoterapia. Tulostettu osoitteesta URL: <http://www.helsinginpsykoterapiayhdistys.fi/3>. 21.11.2011.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Holvikivi, J. & Kallonen, T. 1995. Toimintaterapia. Tie omatoimisuuteen. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Tampere: Tampereen yliopisto.

Isohanni M. 2008. Lääkäripalvelut. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. (toim.). Psykiatria. 1.-3. painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Jahoda, M. 1999. Current concepts of positive mental health. North Stratford: Ayer Company Publishers Inc.

Kanel, K. 2007. A guide to crisis intervention. Belmont, CA. Brooks/Cole cengage learning.

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karlsson, Å. & Marttala, A. 2002. Projekti kirja. 2. painos. Vantaa: Kauppakaari.

Koffert, T. & Kuusi, K. 2010. Depressiokoulu. Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja. 16. painos. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveys hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kuukasjärvi, A., Linnossuo, O. & Sutinen, J. 2011. Taidetyöskentely arjen näyttämöillä Teoriaa, menetelmiä ja sovelluksia. Tampere: Juvenes Print Oy.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 2:5 §. Lait. Luettu osoitteesta URL: www.finlex.fi 20.9.2011.

Lavikainen, J. Lahtinen, E. & Lehtinen, V. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Lehtinen, V., Riikonen, E. & Lahtinen, E. 1999. Promotion of Mental Health on the European Agenda. Helsinki: Stakes.

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2010. Psykiatri. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. 5.-8. uudistettu painos. Porvoo: WsBookwell Oy.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. 1. painos. Juva: WSOY.

Leppo, K. 2004. EU-raportti. Teoksessa Lavikainen, J. Lahtinen, E. & Lehtinen, V. (toim.). Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Lönnqvist, J. 1999. Ryhmäpsykoterapia. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lönnqvist, J. 2010. Ryhmäpsykoterapia. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. 5.-8. uudistettu painos. Porvoo: WsBookwell Oy.

Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Numminen, O. 2010. Nursing ethics education in Finland from the perspective of codes of ethics. Turku: Painosalama Oy.

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008. Innostavat projektit. Sipoo: Silverprint.

Pietiläinen, H. 2012. Positiivinen mielenterveys. Teoksessa Pietiläinen, H. & Vuokila-Oikonen, P. (toim.). Ilo antaa siivet. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun julkaisuja, sarja B. Raportit ja selvitykset.

Pirkola, S. & Sohlman, B. 2005. Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja suomesta. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Pylkkänen, K., Pöllänen, R. & Upanne, M. 1996. Psykoterapia suomessa. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Rankanen, M., Hentinen, H. & Mantere, M-H. 2007. Taideterapian perusteet. 1. painos. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Rasku, T., Sopanen, P. & Toivola, T. 1999. Hoitoa ympäri vuorokauden. Ensi- ja poliininen hoito. 1. painos. Porvoo: WSOY- kirjapainoyksikkö.

Rissanen, T. 2002. Projektilla tulokseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Ruuska, K. 2007. Pidä projekti hallinnassa. 6. painos. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy.

Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2000. Mielenterveys ja päihdetyö. Yhteistyötä ja kumppanuutta. 1. painos. Porvoo: WSOY-Kirjapainoyksikkö.

Saarinen, M. 2010. Psykoterapiaan? Porvoo: WS Bookwell Oy.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita.

Savolainen, M. 2007. Mielenterveys ja mielenterveyden edistäminen. Vaasa: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes).

Silfverberg, P. 2007. 1. painos. Ideasta projektiksi. Helsinki: Edita.

Sohlman, B. 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja Terveysministeriö 2002. Asumis- ja kotikuntoutus. Tulostettu osoitteesta
URL: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/mieltervkuntoutus/luku3.htm>.
10.1.2012.

Stengård, E., Savolainen, M., Sipilä, M. & Nordling, E. 2009. Ehkäisevä mielenterveys-työ kunnissa. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Tikkanen, T. 1998. Psykoterapiaopas. Monta tietä itsetuntemuksen iloon. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. 1.painos. Helsinki: Edita.

Vilkkö-Riihelä, A. 1999. Psyhyke, psykologian käsikirja. 1.painos. Porvoo: WSOY-kirjapainoyksikkö.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammi.

Tudor, K. 1996. Mental health promotion. paradigms and practice. North Yorkshire: J&L Composition Ltd, Filey.

Tuhkasaari, P., Wahlbeck, J-C., Kumpula, S., Koskinen, A. & Malinen, V. 2007. Paripsykoterapia ja parisuhteen ikuinen arvoitus. Helsinki: Väestöliitto.

Vance Peavy, R. 1999. Sosiodynaaminen ohjaus. Konstruktivistinen näkökulma 21.vuosisadan ohjaustyöhön. Suomentanut Auvinen, P. Helsinki: Psykologinen kustannus Oy.

Väestöliitto 2011. Mitä on pariterapia? Tulostettu osoitteesta URL:
www.vaestoliitto.fi/parisuhde/palvelut/etsi_parisuhdepalveluja/mita_on_pariterapia/.
21.12.2011.

Välitalo, T. 2010. Psykoterapia-pariterapia. Tulostettu osoitteesta URL:
<http://www.pariterapia-psykoterapia.net/pariterapia.html>. 21.12.2011

World Health Organisation (WHO). 2002. Prevention and promotion in mental health. Geneve.

JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET

Henkilökunnan haastattelut:

Hannerfors, M, psykiatrinen sairaanhoitaja, perheterapeutti, Kiveliönkoti. Haastattelu 27.2.2012.

Kuusela, T, mielenterveyshoitaja, perheterapeutti, Kemin mielenterveysasema. Haastattelu 11.8.2011.

Kiminki, O, psykiatri, ylilääkäri, yksilö- ja ryhmäpsykoterapeutti, Kemin mielenterveysasema. Haastattelu 27.9.2011.

Koivisto, M, sosiaalihoaja, Inkakoti. Haastattelu 2.2.2012.

Pahnila, K, mielenterveyshoitaja, Kemin mielenterveysasema. Haastattelu 16.6.2011.

Partanen, L, kuvataideterapeutti, Kemin mielenterveysasema. Haastattelu 7.6.2011.

Poikela, E, psykiatrinen sairaanhoitaja, perheterapeutti, Kemin mielenterveysasema. Haastattelu 11.8.2011.

Rapeli, R, psykiatrinen sairaanhoitaja, Inkakoti. Haastattelu 2.2.2012.

Siltanen, J, psykologi, yksilö- ja ryhmäpsykoterapeutti, Kemin mielenterveysasema. Haastattelu 7.6.2011.

Satta-Vaara, A, psykiatrinen sairaanhoitaja, perheterapeutti, osastonhoitaja, Kemin mielenterveysasema. Haastattelu 11.10.2011.

Tervaharju, T, psykologi, Kemin mielenterveysasema. Haastattelu 7.6.2011.

LIITTEET

Mielenterveystoimet

Liite 1

MIELENTERVEYS-TOIMET	Yhteiskunnallinen taso	Paikalliset yhteisöt	Yksilöt
Mielenterveyden edistäminen	<ul style="list-style-type: none"> Mielenterveyden arvon ja näkyvyyden parantaminen Ihmisoikeuslain-säädäntö Leimautumisen estäminen 	<ul style="list-style-type: none"> Proaktiivinen yhteisötoiminta Mielenterveyden arvostus kouluissa (yleistavoitteet, lukusuunnitelma, koulutyö) Mielenterveyden arvostus työpaikoilla Vapaa-ajan paikat lapsille ja perheille Turvallinen ja viihtyisä elinympäristö 	<ul style="list-style-type: none"> Pääsy koulutukseen ja työhön Osanotto vapaa-ajan harrasteisiin, rentoutumiseen ja kuntoiluun Hyvää mielenterveyttä koskevan ymmärryksen lisääminen Terveyskasvatus ja -tiedotus
Primaaripreventio	<ul style="list-style-type: none"> Sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisy työllisyys-, koulutus- ja asuntopolitiikassa Uusien hankkeitten mielenterveysvaikutusten säännöllinen arviointi 	<ul style="list-style-type: none"> Vanhemmuuden opettaminen Sosiaalinen tuki riskiryhmille, kuten vanhukset, yksinhuoltajat 	<ul style="list-style-type: none"> Proaktiivinen ja reaktiivinen tuki uhkaavia elämäntilanteita tai kroonista sairautta kokeneille
Sekundaaripreventio	<ul style="list-style-type: none"> Varhaisen toteamisen ja hoidon suuntaviivat ja odotukset 	<ul style="list-style-type: none"> Pääsy palveluihin, jotka mahdollistavat varhais-toteamisen ja -hoidon 	<ul style="list-style-type: none"> Sairauksien varhainen toteaminen ja hoito Uusiutumisen esto
Hoitava/kuntouttava ote	<ul style="list-style-type: none"> Integroitujen sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittäminen 	<ul style="list-style-type: none"> Yhteistyö terveys- ja sosiaalipalveluiden, työvoimatoimistojen, koulujen, vankiloiden jne. välillä mielenterveysongelmaisten hyväksi 	<ul style="list-style-type: none"> Psyykkiset, sosiaaliset ja lääketieteelliset hoidot
Kuolleisuuden ehkäisy	<ul style="list-style-type: none"> Kansalliset itsemurhien ehkäisystrategiat Kansalliset ohjelmat, jotka varmistavat mielenterveysongelmaisten tarvitsemat fyysisen terveyden edistämisen- ja hoito-palvelut 	<ul style="list-style-type: none"> Paikallisesti räätälöity itsemurhien ehkäisyohjelmien toimeenpano Mielenterveys-ongelmaisten pääsy terveyden edistämisen ja hoidon piiriin 	<ul style="list-style-type: none"> Pääsy välittömästi kriisiapuun Itsemurhaa yrittäneiden aktiivinen seuranta

LIITTEET

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

SOPIMUS

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun xx toimiala ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat tällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tekemisestä alla mainituin ehdoin.

Toimeksiantajatiedot:

Toimeksiantajan nimi ja osoite: Kemin mielenterveysasema

Yhdyshenkilö/työelämäohjaaja: Airi Satta-Vaara

Yhdyshenkilön/työelämäohjaajan yhteystiedot:

Oppilaitostiedot:

Oppilaitoksen nimi ja osoite: Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulu

Opinnäytetyön tekijä(t) ja yhteystiedot: Nelli Björkbacka, Saara-Maria Martimo ja Elina Nurmikumpu

Opinnäytetyön ohjaava(t) opettaja(t) ja yhteystiedot: Annette Suopajarvi & Hannele Pietiläinen

Opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tiedot:

Opinnäytetyön nimi/aihe: Potilasohje Kemin mielenterveysasemalle

Työn aikataulu: Valmis joulukuussa 2011

Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa:

Työn tulosten tekijänoikeuksista ja hyödyntämisestä sovitaan seuraavaa:

Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa: Ei käsitellä salassapindettuja tietoja

Työn ohjaajina toimivat: työelämäohjaajan Airi Satta-Vaara

Toimeksiantajan opinnäytetyöstä mahdollisesti maksama korvaus:

Korvaussumma: —

Korvauksen saaja: —

Korvauksen maksun ajankohta: —

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty 3 kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Paikka: Kemi

Aika: Kemi 30.5.2011

Annette Suopajarvi
Annette Suopajarvi
AMK:n edustaja

Olavi Kiminki
Olavi Kiminki
Psykiatrian erik.lääkäri
Ylilääkäri
SV 240101
Toimeksiantajan edustaja

Elina Nurmikumpu
Elina Nurmikumpu
Opiskelija

Martimo Saara-Maria
Martimo Saara-Maria
Opiskelija

Nelli Björkbacka

Helmikuu 2011

Opinnäytetyön tekijöitä kiinnosti mielenterveyshoitotyö ja sen toteutus erityisesti avohoidon puolella. Tekijät ottivat yhteyttä helmikuussa 2011 Kemin mielenterveysasemalle kysyäkseen ideoita opinnäytetyön aiheen suhteen. Kemin mielenterveysaseman yhdyshenkilö ehdotti aiheeksi esitettä heidän palvelu- ja kuntoutusmuodoista sekä terapeutoista. Opinnäytetyön tekijät kävivät hyväksyttävässä projektimuotoisen työn aiheen Anneli Paldaniuksella, jonka jälkeen alkoi projektisuunnitelman laatiminen.

Huhti- ja toukokuu 2011

Projektisuunnitelman laatimiseen tekijät saivat apua opinnäytetyön ryhmänohjauksessa vuoden 2011 huhti- ja toukokuun aikana. Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin 17.5.2011. Hankkeistamissopimus (liite 2) allekirjoitettiin 30.5.2011 Kemin mielenterveysasemalla. Tämän jälkeen opinnäytetyön tekijät alkoivat kerätä teoriatietoa työhön ja suunnitella aikataulua Kemin mielenterveysaseman haastatteluille.

Kesäkuu 2011

Ensimmäinen haastattelu Kemin mielenterveysasemalle oli 7.6.2011, jolloin työntekijät haastattelivat kahta psykologia, jotka kertoivat yksilö- ja ryhmäpsykoterapiasta. Tällöin myös kuvataideterapeutti kertoi omasta työstään. Seuraava tapaaminen oli 16.6 toiminallisista ryhmistä vastaavan henkilön kanssa.

Heinäkuu 2011

Heinäkuussa opinnäytetyö ei edistynyt ollenkaan, koska mielenterveysasemalle varatut haastatteluajat peruuntuivat, sen ollessa suljettuna. Opinnäytetyön tekijät pitivät itsekin lomaa kirjoittamisesta.

Elokuu 2011

Elokuun 8. päivästä lähtien työntekijät jatkoivat tiiviisti kirjoittamista ja etsivät lisää teoriatietoa. 11.8 oli jälleen tapaaminen mielenterveysasemalla, jolloin kaksi mielenterveysaseman työntekijää kertoivat perhe- ja pariterapiasta.

Syyskuu 2011

Syyskuun 27. päivä oli tapaaminen Kemin mielenterveysaseman ylilääkärin kanssa, jolloin hän kertoi omasta työnkuvastaan. Koko syyskuun ajan opinnäytetyöntekijät kirjoittivat tiiviisti työn kirjallista osuutta.

Lokakuu 2011

11.10 työntekijöillä oli tapaaminen mielenterveysasemalla yhdyshenkilön kanssa, jolloin tarkastettiin siihenastiset aikaansaannokset. 19.10 oli opinnäytetyön ensimmäinen ohjausaika. Tuolloin ohjaajat kertoivat tarvittavista lisäyksistä ja korjauksista, joita työhön tulisi tehdä. Näitä korjauksia olivat tekstisisältöjen laajentaminen ja uudenaikaisemman tiedon etsiminen. Heti ohjauksen jälkeen työntekijät alkoivat tehdä korjauksia.

Marras- ja joulukuu 2011

Opinnäytetyön kirjallista osuutta työstettiin tiiviisti koko marras- ja joulukuun ajan.

Tammikuu 2012

Vuoden alussa 16.1.12 työntekijöillä oli jälleen tapaaminen Kemin mielenterveysaseman yhdyshenkilön kanssa. Tuolloin käytiin läpi aikaansaannokset ja tehtiin tarvittavat muutokset. 27.1.2012 oli opettajien ohjausaika, jolloin keskityttiin työn etenemiseen ja aikaansaannoksiin.

Helmikuu 2012

2.2.2012 opinnäytetyön tekijät kävivät haastattelemassa Inkakodin ja 27.2.2012 Kivelönkodin henkilökuntaa yksiköiden toiminnasta. Lisäksi aloitettiin esitteen työstäminen.

Maaliskuu 2012

8.3.2012 työntekijöillä oli tapaaminen Kemin mielenterveysasemalla yhdyshenkilön kanssa. Sen jälkeen tehtiin tarvittavat muutokset esitettä varten. 19.3.2012 esite vietiin arvioitavaksi terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön.

Huhtikuu 2012

2.4.2012 palautelomakkeet haettiin arvioinnista ja esitteeseen tehtiin korjaukset niiden pohjalta. 20.4.2012 käytiin Kemin mielenterveysasemalla tapaamassa yhdyshenkilöä,

jolloin esite viimeisteltiin. 24.4.2012 valmis esite lähetettiin painoon. Opinnäytetyö ja tuotos palautetaan ohjaajille 30.4.2012.