



Kriisikeskustoiminta - tarpeen kartoitus Lohjalla



Guled, Faiza
Rinne, Marjukka

Laurea- ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Kriisikeskustoiminta - tarpeen kartoitus Lohjalla

Faiza Guled
Marjukka Rinne
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2009

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tiivistelmä

Faiza Guled
Marjukka Rinne

Kriisikeskustoiminta - tarpeen kartoitus Lohjalla

Vuosi 2009 sivumäärä 45

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kriisikeskuksen tarvetta Lohjalla. Opinnäytetyön tekeminen sai alkunsa, kun Suomen mielenterveysseuran Lohjan paikallisyhdistys pyysi opinnäytetyötä kartoittamaan kriisikeskustoiminnan aloittamisen tarvetta Lohjan alueella.

Tässä työssä kriisiä tarkasteltiin yksilön näkökulmasta. Teoreettisena perustana käytettiin Johan Cullbergin teoriaa psyykkisestä kriisistä. Tiedon hankkimisen menetelmänä käytettiin kyselytutkimusta, joka lähetettiin kohderyhmälle sähköisenä linkkinä sähköpostilla. Kyselykaavake koostui kuudesta taustakysymyksestä, sekä kolmesta kriisikeskustoiminnan käynnistämistä kartoittavasta kysymyksestä. Osaan kysymyksistä annettiin valmiit vastausvaihtoehdot. Kyselyn ohessa vastaajalla oli myös mahdollisuus antaa vapaamuotoista palautetta tai kirjoittaa muista huomioista.

Kysymyslomake lähetettiin sähköpostitse e-lomakkeen muodossa 34:lle Lohjan kaupungin alueella sijaitsevien toimipisteiden edustajille elokuun 2008 lopussa. Kohderyhmään kuului mm. sosiaalityöntekijöitä, terveydenhuollon ja poliisin edustajia sekä nuorisotyöntekijöitä.

Tutkimustulosten mukaan kriisikeskuksen tarve Lohjan alueella koettiin tällä hetkellä suureksi. Vastausprosentin alhaisuuden vuoksi tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää.

Mikäli kriisikeskustoiminta päätetään aloittaa Lohjalla, jatkotutkimushaasteiksi voidaan asettaa esimerkiksi kriisikeskuksen toiminta tietyn ajanjakson kuluttua. Jatkotutkimuksessa voitaisiin selvittää, onko kriisikeskus saavuttanut sille asetetut tavoitteet, miten hoitohenkilöstö on kokenut keskuksen toimivuuden, miten kriisikeskus on vaikuttanut tähänastisten palveluntarjoajien ylikuormittuneisuuteen sekä asiakastyytyväisyyttä.

Asiasanat: kriisi, kriisikeskustoiminta.

Faiza Guled
Marjukka Rinne

Identify the need for a crisis centre in Lohja

Year	2009	Pages	45
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to identify the need for a crisis centre in Lohja. This thesis was initiated by the request of Finnish Mental Health Association from their Lohja local branch for a study to explore the need for a crisis centre in Lohja.

In this work, crisis was examined from the perspective of the individual. Johan Cullberg's theory of psychological crisis was used as theoretical basis. Survey questionnaire was used as data collection method which was sent to the target group as electronic link by e-mail. The questionnaire consisted of six background questions and three exploratory questions on crisis centre. For some of the questions, answer options were given. The responder had also the opportunity to give feedback or write about other considerations.

The questionnaires were sent out as an e-form by e-mail to 34 representatives of the offices situated in and around Lohja city area at the end of August 2008. This target group was composed of social workers, health and police representatives, and youth workers.

According to the results there is a great need at the moment for a crisis centre in Lohja. However, the results cannot be generalized due to low response rate to the survey.

If a crisis centre is decided to be opened in Lohja, further studies may be needed to review the activity of the centre after a certain period. A further investigation could determine whether the crisis centre reached its objectives, how the staff feel about the functionality of the centre and finally how much effect the centre had on the overloaded service sector and customer satisfaction.

Keywords: Crisis, crisis centre

SISÄLLYS

1 Johdanto	6
2 Teoreettiset lähtökohdat.....	8
2.1 Kriisi	8
2.2 Kriisin kulku	10
2.3 Kriisiauttaminen.....	13
2.4 Katsaus tutkittuun tietoon.....	13
3 Suomen mielenterveysseuran alainen kriisikeskustoiminta	18
4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusongelmat	19
4.1 Tutkimusmenetelmät	19
4.2 Tutkimuksen kohde ja aineistonkeruu.....	20
4.3 Aineiston käsittely ja analyysimenetelmät	22
4.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	23
5 Tutkimustulokset	24
5.1 Vastaaajien taustatieto.....	24
5.2 Kriisikeskuksen tarvetta kartoittavat kysymykset	26
5.3 Tulosten pohdintaa	29
6 Johtopäätökset.....	29
Lähteet	31
Liitteet.....	34

1 Johdanto

Yhteiskunnan toimilla on vaikutusta mielenterveyden edistämiseen. Lainsäädäntö määrittelee ne raamit ja puitteet, jotka edesauttavat tai päinvastoin heikentävät yleistä hyvinvointia. Säädöksiä tehdään niin valtakunnallisella, kuin kunnallisella tasolla. Kunnallisella tasolla mielenterveyden edistäminen on elinympäristön parantamista. Lisäksi kunnallisen tason päätöksiä ovat resurssien ja työntekijöiden sijoittaminen niin, että he voivat työssään toteuttaa mielenterveyden edistämistä. (Hedman 2002, 53.) Myös psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestäminen on tänä päivänä Suomessa lakisääteistä toimintaa (Eskola & Karila 2007, 109 - 110).

Ihmiset ovat olleet alttiita kriiseille ihmiskunnan alkua ajoilta asti, silti kriisiä on tutkittu kunnolla vain joitakin vuosikymmeniä (Schoen Johnson 1993, 662). Jo ensimmäiset kirjailijat ovat kuvailleet kriisiä länsimaisessa kulttuurissa. Jokapäiväinen elämä tuokin mukanaan sekä hyviä, että epämieluisia muutoksia, aiheuttaen stressiä ja kireyttä, jotka voivat kehittyä kriiseiksi. Hyvän mielenterveyden perustaan kuuluu selviytyminen näistä kriiseistä ja vaikeista tilanteista elämän eri vaiheissa. Kuitenkin, ennen kuin mitään yhteiskunnan tai muiden tahojen organisoimaa kriisiapua on ollut tarjolla, seurakuntien työntekijät ovat menneet sellaisten ihmisten luokse, joita on kohdannut äkillinen onnettomuus tai muu kriisitilanne. He ovat olleet läsnä, kuunnelleet ja antaneet tukea, niin henkistä, hengellistä kuin taloudellistakin. Nykypäivänä sairaanhoitajat ovat ainutlaatuisessa asemassa kriisien tunnistamisessa ja niihin ajautuneiden ihmisten auttamisessa. Sairaanhoitajat kohtaavat työssään päivittäin erilaisissa kriisitilanteissa olevia asiakkaita ja perheitä. Kriisien tunnistaminen ei kuitenkaan ole kenenkään tietyn ammattiryhmän erikoisalaa. (Pohjolan- Pirhonen, Poutiainen & Samulin 2007, 7; Ruishalme & Saaristo 2007, 9; Skodol Wilson & Ren Kneisl 1992, 666.)

Suomen mielenterveysseuran alaiset kriisikeskukset tarjoavat henkistä ensiapua yksilön akuuteissa kriisitilanteissa. Tästä johtuen, tämän opinnäytetyön kohteeksi on rajattu yksilön psyykkinen kriisi. Teoreettisena perustana on käytetty Johan Cullbergin teoriaa yksilön psyykkisestä kriisistä. Tarpeen kartoituksella tarkoitetaan tässä työssä mahdollista asiakaskuntaa ja sitä, voitaisiinko palvelun tarve toteuttaa jo olemassa olevia palveluja kehittämällä. Ajankohtaisuudestaan huolimatta katastrofipsykologiaa ei ole käsitelty tässä työssä.

Lohjalla kriisikeskustoiminta on suunniteltu käynnistettäväksi Lohjan kaupungin tarjoamissa tiloissa. Hankkeen rahoittajana tulisi toimimaan 100 prosenttisesti RAY eli raha-automaattiyhdistys. Hankkeen ja opinnäytetyömme yhdyshenkilönä on toiminut Lohjan

perheasiain neuvottelukeskukseen työntekijä perheneuvoja/työnohjaaja psykoterapeutti (TEO)
Sirkka Ojanperä.

2 Teoreettiset lähtökohdat

2.1 Kriisi

Kriisin käsite tulee kreikan kielen sanasta *krisis*, joka merkitsee ensisijaisesti ratkaisevaa käännettä, tärkeää taitekohtaa, ratkaisuvaihetta tai murrosta jonkin asian kehityksessä. Kriisin käsite voidaan kääntää myös sellaisilla sanoilla, kuten tuomio tai valinta. Yksittäiselle ihmiselle kriisi tarkoittaa uutta elämäntilannetta, jonka hallitsemiseen ja ongelmien ratkaisemiseen yksilöllä ei ole valmiita toimintamalleja. Ihmisen aikaisemmat kokemukset saattavat auttaa käsittelemään kriisitilannetta, mutta usein käy niin, että opitut reaktiotavat eivät riitä akuutin tilanteen ymmärtämiseen ja sen hallitsemiseen. Tämän vuoksi ihmisen täytyy löytää uusia tapoja, häntä kohdanneen kriisin selvittämiseksi. Kriisi on kehityksen ja itsetuntemuksen edellytys, mutta se voi myös merkitä elinikäisen psyykkisen invaliditeetin lähtökohtaa.

(Cullberg 1991, 9; Korhonen, Osara, Palomäki, Ranta, Salminen & Tanskanen 1996, 2; Pohjolan-Pirhonen ym. 2007, 12 - 13; Sadeniemi 1992, 530.)

Kriisi voi olla mikä tahansa luonnollinen, positiivinen tai negatiivinen asia tai tapahtuma, joka vaikuttaa yksilön jokapäiväiseen elämään. Jokaisella yksilöllä on erilaiset valmiudet kohdata ja käsitellä näitä asioita ja elämäntapahtumia. Joskus nämä tapahtuvat ovat kuitenkin liian raskaita kestää ja ymmärtää. Loppujen lopuksi kaikkien ihmisten sietokyky on rajallinen. Tällöin ihminen ajautuu kriisiin. Kriisitilanteen aikaansaama reaktio ihmisessä ei sinänsä ole sairautta eikä terveyttä, vaan se on vain inhimillinen tapa reagoida vaikeassa tilanteessa. Kaikkiin ihmisen tekoihin, kokemuksiin ja suunnitelmiin liittyy tunteita, jotka tekevät elämästä merkityksellistä. Ilman tunteita ihminen ei innostuisi yrittämään mitään, ei osaisi suojautua vaaroilta tai uhkaavilta tilanteilta, eikä huolehtia lähimmäisistään. Ulkoiset tapahtumat tai tapahtumasarjat, jotka vaikuttavat kriisin syntyyn, ovat yleensä helpompia havaita, kuin siihen liittyvät sisäiset tunnevaikutukset. Tällaisia tunteita voivat olla esimerkiksi pettymyksen ja sisäisen katastrofin tunne. Kriisin puhkeamiseen johtaneiden tapahtumien tarkasteleminen ei kuitenkaan yksinään riitä kriisiin joutuneen ihmisen ymmärtämiseksi. On tärkeää kiinnittää huomiota myös yksilön psykologiseen kehitykseen, samoin kuin hänen sosiaalisiin edellytyksiinsä, joihin kuuluvat esimerkiksi ne ihmiset, jotka ovat häntä lähellä. Kriisi aiheuttaa ihmisessä emotionaalisen hämmennyksen, sekasorron ja ristiriidan tilan. (Cullberg 1991, 9; Hammarlund 2004, 17; Kullberg 1994, 2; Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 163; Taipale 1992, 183.)

Kriisitilanteet eivät merkitse ihmiselle pelkästään pahaa oloa tai vaikeuksia, vaan ovat yksilölle myös kasvun paikkoja. Joskus suuret muutokset voivat pakottaa oman elämäntavan ja elämäntarkistuksen tarkistamiseen. Kriisissä ihminen menettää tunteen elämänsä

hallinnasta. Yksilö kokee itsensä epävarmaksi ja eksyneeksi. Hän alistuu ja on stressaantunut, sekä kyvytön toimimaan tilanteen vaatimalla tavalla. Epäonnistuneista ratkaisuyrityksistä seuraa lannistumista, pelokkuutta ja uupumista. Jos ihminen on samanaikaisesti somaattisesti sairas tai hänellä on jokin ruumiillinen vaiva, hänen psyykkiset voimavaransa vähenevät paljon helpommin. Samoin silloin, jos ihminen on valvonut paljon öisin, tehnyt intensiivisesti töitä tai saanut liian vähän lepoa. Joskus kriisiin ajautunutta ihmistä voi olla vaikea saada lepäämään ja hoitamaan itseään. Kriisin joutunutta henkilöä on siis syytä tarkastella myös fyysisen toimintakyvyn kannalta ja tarpeen vaatiessa ohjata lääkärintutkimuksiin. Lääkärin painava sana saattaa murtaa tällaisen uupumistilan ja kriisiä voidaan alkaa työstää läpi rakentavammin. (Cullberg 1991, 138 - 139; Ruishalme & Saaristo 2007, 26 - 28.)

Kriisitilanteessa on tärkeää tietää kriisin puhkeamiseen johtanut tilanne. Käytännössä näitä tilanteita voi periaatteessa olla kahdenlaisia, vaikka ne usein liittyvätkin toisiinsa. Kysymys voi olla äkillisistä ja odottamattomista ulkoisista koettelemuksista tai sellaisista ulkoisista tapahtumista, jotka ovat osa normaalia elämää. Äkillisiä ja odottamattomia koettelemuksia kutsutaan traumaattisiksi kriiseiksi. Normaaliin elämään kuuluvia tilanteita, jotka muodostuvat ylivoimaisiksi kutsutaan kehityskriiseiksi tai elämänkriiseiksi. Kehityskriisit ovat usein moniulotteisempia ja vaikeammin rajattavia, kuin traumaattiset kriisit. (Cullberg 1991, 17.)

Traumaattinen kriisi on yksilön psyykinen tilanne, jossa henkilö kohtaa ulkoisen tapahtuman, joka on laadultaan sellainen, että yksilön fyysinen olemassaolo, sosiaalinen identiteetti ja turvallisuus tai perustavaa laatua olevat tyydytysmahdollisuudet joutuvat uhatuiksi. Traumaattisten kriisien ero muihin kriiseihin on se, että niihin ei voi valmistautua ja että kaikki tapahtuu ajallisesti tiivistettynä, hyvin lyhyessä ajassa. Traumaattisia kriisejä voivat olla esimerkiksi erilaiset onnettomuudet, väkivallan uhriksi joutuminen ja vakava sairastuminen. Läheisen äkillinen kuolema tai itsemurha on äärimmäinen esimerkki omaisia ja läheisiä koskettavasta kriisistä. Traumaattinen tilanne on niin äkillinen, odottamaton ja rankka kokemus, etteivät ihmisen voimavarat kykene heti käsittelemään tilannetta. Tästä seurauksena syntyy psyykinen kaaos, joka ilmenee tasapainottomuutena ja sekasortona. Traumaattinen kriisi katkaisee yksilön normaalin elämänsä ja hyvinvoinnin kokemuksen. (Cullberg 1991, 116; Pohjolan-Pirhonen ym. 2007, 12- 14; Ruishalme & Saaristo 2007, 37.)

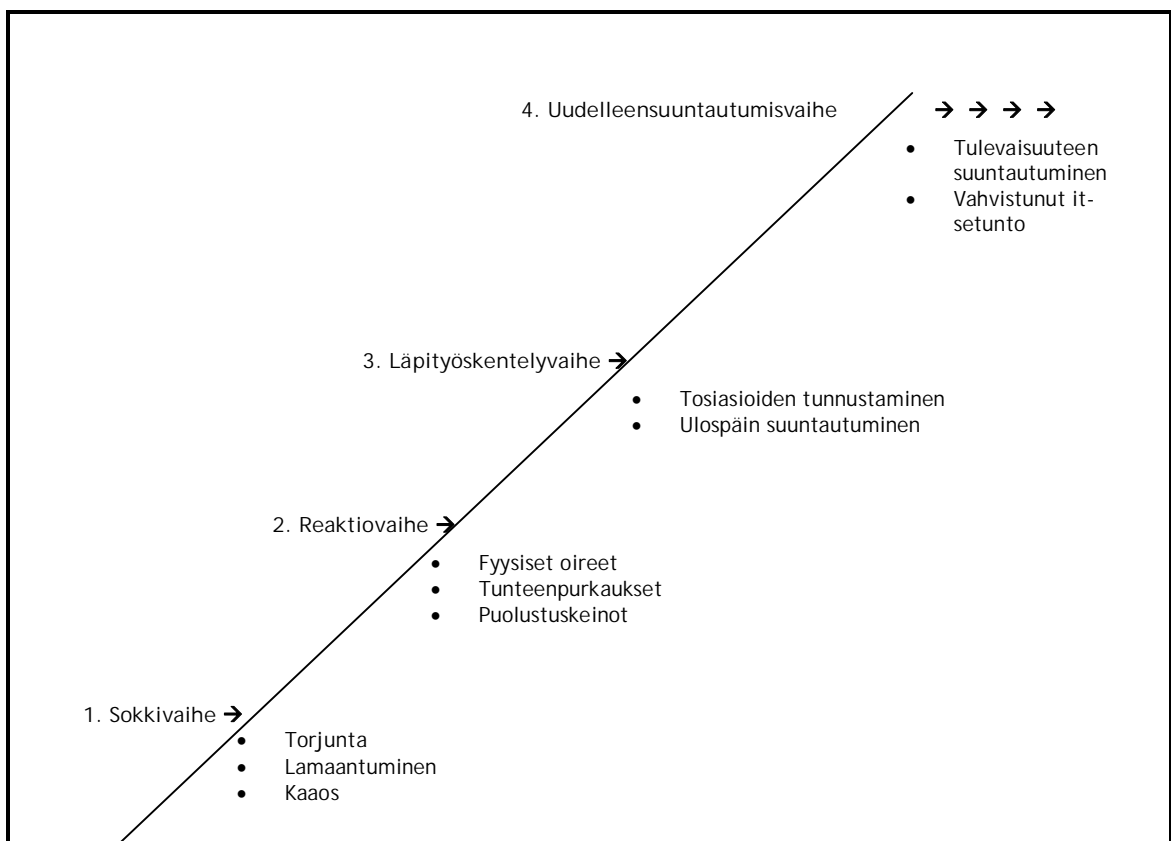
Kehityskriiseistä voidaan puhua silloin, kun kriisin aiheuttaa normaaliin kehitykseen liittyvä elämänmuutos. Kehityskriisit ovat elämänsä normaaleja siirtymävaiheita, jotka jokainen ihminen käy läpi elämänsä varrella. Tällaisia siirtymävaiheita ovat lapsuus- ja murrosikä sekä aikuistumisesta vanhuusikään siirtyminen. Ajan kuluessa ja iän karttuessa jokaisen ihmisen elämässä tulee vastaan suuria muutosvaiheita, jotka eivät kuitenkaan ole kaikille samanlaisia. Kaikkiin näihin siirtymävaiheisiin voidaan kuitenkin ajatella liittyvän useille ihmisille

tyypillisiä tapahtumia. Esimerkiksi lapsuuden ja nuoruuden kehityskriisejä ovat tyypillisesti kouluun lähteminen ja itsenäisen elämän aloittaminen. Aikuisiän kehityskriisejä saattavat puolestaan olla esimerkiksi työelämän haasteet ja oman perheen perustaminen. Vanhuusiän kriisejä voivat puolestaan olla isovanhemmuus ja eläkkeelle siirtyminen. Kehityskriiseille on tyypillistä, että niihin voidaan yleensä ennalta varautua ja valmistautua. Ihmisten kyky ottaa vastaan eri elämänvaiheiden haasteita on kuitenkin eri yksilöillä erilainen. Ihmisen kehitys etenee elämänvaiheesta toiseen ja onnistuneet ihmissuhteet ja edullinen ympäristö rakentavat hyvän pohjan seuraavalle elämänvaiheelle. Rikas ja turvallinen sosiaalinen ympäristö antavat kaiken ikäisille hyvät mahdollisuudet elämän haasteiden vastaanottoon. (Munnukka, Halme, Kankainen, Kiiikkala, Lehto & Rokkanen 1998, 72; Ruishalme & Saaristo 2007, 29 - 30; Saari, Kantanen, Kämäräinen, Parviainen, Valoaho & Yli-Pirilä 2009, 9 - 10.)

2.2 Kriisin kulku

Tässä opinnäytetyössä kriisin kulku on esitetty Cullbergin (1991) teoriaan nojaten, jonka mukaan kriisin kulku voidaan jaotella neljään luonnolliseen vaiheeseen. Nämä vaiheet ovat sokkivaihe, reaktiovaihe sekä läpityöskentely- ja uudelleen suuntautumisvaihe. (Cullberg 1991, 141 - 142.)

Taulukko 1: Kriisin kulku Johan Cullbergin mukaan



Kriisi → → tunteja/päiviä ----- ----- 4 - 6vkoa ----- ----- 6kk - 1v ----- ----- Lopun elämää → → Tilanne
--

Sokki- ja reaktiovaihe muodostavat yhdessä kriisin akuutin vaiheen. Sokkivaihe voi kestää lyhyestä hetkestä muutamiin vuorokausiin. Tänä aikana ihminen yrittää torjua todellisuuden kaikin voimin luotaan. Sokkivaiheessa tärkeää on toimintakykyisen, turvallisen ihmisen läsnäolo. Olennaista on myötäeläminen ja huolenpito. Pyritään saada aikaan rauhoittava ja turvallisuutta luova ilmapiiri, jossa henkilö voi kokea, että hänet otetaan vastaan ja hänen reaktionsa hyväksytään. Hänen annetaan puhua tapahtuneesta, eikä auttaja täytä tyhjää tilaa omilla ajatuksillaan tai kokemuksillaan. Tärkeintä on rauhallinen läsnäolo ja ajan antaminen. Myöhemmin henkilön voi olla vaikeaa muistaa kaikkea mitä tapahtui ja mistä puhuttiin. Auttajan onkin tärkeää muistaa, että esim. hoito-ohjeita kannattaa antaa vasta sokkivaiheen laannuttua. Asteittain alkavissa kriiseissä ei välttämättä aina ole selvästi erotettavaa sokkivaihetta. (Cullberg 1991, 142 - 143.)

Reaktiovaiheen voidaan sanoa alkavan silloin, kun kriisiin joutuneen on pakko avata silmänsä näkemään tapahtunut tai se, mitä on tapahtumassa sen jälkeen, kun hän ensin on yrittänyt sulkea siltä silmänsä ja päästä tapahtunutta pakoon. Reaktiovaiheessa saattaa olla voimakkaita tunnepurkauksia ja myös ruumiillisia oireita. Silloin voi olla houkutus käyttää rauhoittavia lääkkeitä vaikeiden tunteiden ehkäisyyn. Lääkkeitä parempana vaihtoehtona pidetään kuitenkin tunteiden purkamista ja käsittelyä. Kiireetöntä kuuntelijaa tarvitaan edelleen. Sokkivaiheen ja reaktiovaiheen muodostama kriisin akuuttivaihe kestää korkeintaan 4-6 viikkoa.

(Cullberg 1991, 143 - 144.)

Kriisin akuutin vaiheen aikana ilmenee tavallisesti tiedostamattomia psyykkisiä reaktiotapoja, joiden tarkoituksena on vähentää minään kohdistuvan uhkan ja vaaran kokemista ja tiedostamista. Tällaisia reaktiotapoja nimitetään puolustuskeinoiksi. Regressio eli taantumisen tarkoittaa, että ihminen omaksuu sellaisia käyttäytymismuotoja tai ajattelutapoja, jotka ovat olleet luonteenomaisia hänen aikaisemmille kehitysvaiheille. Esimerkkeinä regressiosta voivat olla riippuvuus toisten päätöksenteosta, maaginen ajattelu tai päihderiippuvuus. Toisinaan ihminen taas käyttää puolustuskeinona kieltämistä, joka tarkoittaa sitä, että ihminen panee jonkin asian merkille, mutta kieltää sen merkityksen eikä myönnä sen todellista sisältöä. Projektiolla tarkoitetaan sitä, että ihminen siirtää vastuun tapahtuneesta muiden harteille, usein lievittääkseen omaa syyllisyydentuntoaan. Rationalisoinnilla tarkoitetaan puolestaan sitä, että ihminen yrittää näennäisen järkeillä argumenteilla lieventää uhkaavan vaaran tai syyllisyydentunteitaan. Esimerkiksi syöpää sairastava saattaa rationalisoida pois selvät etäpesäkkeiden oireet puhumalla iskiaskivusta tai muista ei niin huolestuttavista vaivoista. Tunteiden eristäminen on yksi tavallisimpia

puolustuskeinoja. Ihminen saattaa suhtautua tapahtuneeseen varsin rauhallisesti, mutta myöhemmin tällaiset tunteet saattavat pulpahtaa esiin mm. ahdistusreaktiona. Tunteiden torjuminen taas on hieman tietoisempi teko. Ihminen yrittää esimerkiksi olla näyttämättä olevansa vakavasti sairas, välttääkseen levottoman ilmapiirin luomista. Laaja-alaisempi puolustuskeino taas on koko tapahtuneen tiedostamaton torjuminen, johon toisinaan liittyy klassisia hysteerisiä oireita, kuten muistinmenetyt, halvausoireet jne. (Cullberg 1991, 144 - 148.)

Sokista selviytyttyään ihminen alkaa vähitellen tajuta, mitä on tapahtunut. Ihmisessä käynnistyy prosessi, jonka tarkoitus on saattaa hänet takaisin arkeen ja luomaan uusi tulevaisuuden kuva. Ihminen on toisaalta yksin tässä prosessissa, mutta toisaalta erilaisten sosiaalisten ryhmien jäsenenä hänellä on usein tukea keskustelukumppaneista. Pahin mahdollinen tilanne on silloin, kun henkilöllä ei ole ympärillään ketään, jonka kanssa hän voisi jakaa kokemuksensa. (Nurmi 2006, 161.)

Kriisin akuutti vaihe päättyy läpityöskentelyvaiheen alkaessa. Tämä tapahtuu ehkä puolen vuoden tai vuoden kuluttua kriisiin johtaneen tapahtuman jälkeen. Yksilö alkaa jälleen suuntautua vähitellen tulevaisuuteen ja hyväksyy tapahtuneet asiat. Asianomainen on valmis ottamaan vastaan uusia kokemuksia ja alkaa jälleen vähitellen toimia ja työskennellä entiseen tapaan. Läpityöskentelyvaihe on vaiheista kriittisin. Jos yksilö ei kohtuullisen ajan kuluessa pysty siirtymään tähän pehmeämpään ja enemmän ulospäin suuntautuvaan asenteseeseen, on se usein merkki siitä, että asianomainen tarvitsee asiantuntijan apua. (Cullberg 1991, 151 - 152.)

Uudelleensuuntautumisen vaihe ei oikeastaan koskaan pääty. Ihminen jatkaa elämäänsä, kantaen tapahtunutta mukanaan aina kuin arpea, joka ei kuitenkaan välttämättä estä häntä elämästä elämäänsä. Kriisistä tulee osa elämää, eikä asia, joka pitäisi unohtaa. Uudet kiinnostuksenkohteet ja järkkynyt itsetunto palautuvat vähitellen takaisin. Ihminen löytää menetettyjen kiinnostuksen kohteiden tilalle uusia kiinnostuksenkohteita. Uudelleensuuntautumisen vaihe voi toteutua vain sillä edellytyksellä, että henkilö on todella pystynyt käsittelemään ne tunteet, joita kriisi on hänessä herättänyt. (Cullberg 1991, 153 - 154.)

Kriisin eri vaiheet eivät kuitenkaan ole aina selkeästi erillään toisistaan. Joskus jokin vaiheista saattaa jäädä kokonaan pois tai esiintyä yhdessä jonkin toiseen vaiheen kanssa. Tätä jaottelua ei siis voida pitää kankeana kaavana, vaan se on vain apukeino perehdyttäessä kriisin kulkuun. Kriisin eri vaiheissa hoitomuodot tulee valita kunkin vaiheen ominaisuuksien mukaisesti. (Cullberg 1991, 141 - 142.)

2.3 Kriisiauttaminen

Kriisiavun tarkoituksena on vakiinnuttaa tilannetta, lyhentää traumaattisten tapahtumien jälkeisten reaktioiden kestoja, lievittää surua ja palauttaa toimintakykyä yksilö-, perhe- ja yhteisötasolla sekä järjestää yksilöllistä seurantaa (Eskola & Karila 2007, 107). Kriisiavun tarkoituksena on myös kuulla ja ymmärtää kriisin joutuneen henkilön sisäinen ja ulkoinen hätä, sekä turvata ja järjestää hänelle mahdollisuudet selvittää kriisistään. Kriisissä olevaa henkilöä pyritään auttamaan aktiivisesti ja ollaan hänelle lähimmäisenä läsnä. Tärkeä tehtävä on auttaa kriisissä olevaa henkilöä saamaan yhteys omaisiin ja ystäviin. Auttajan toimenpiteiden tulee olla harkittuja. Kriisiin ajautuneelle henkilölle esitettävien kysymysten on oltava mahdollisimman avoimia, etteivät levottomuus ja epävarmuus lisäänty. Yleinen kriisiapu on tiedon antamista, huolenpidon osoittamista sekä ajan antamista kuuntelemiselle ja rauhoittelulle. Traumatisoivan tapahtuman kohdanneet henkilöt ja heidän omaisensa tarvitsevat nopeaa kriisiapua. Nopea hoitoon pääsy ja tiheät hoitotapaamiset ovat ensiarvoisen tärkeitä tekijöitä hoidon onnistumiseksi. Ammattitaitoinen apu on joustavaa, yksilöllisesti räätälöityä ja sitä tulee tarjota aktiivisesti. Kriisiavun tulee sisältää tietoa siitä, mitä on tapahtunut ja mitä uhri voi odottaa lähitulevaisuudelta. Henkilölle tarjotaan myös tietoa tavallisista reaktioista sekä selviytymiskeinoista traumatisoivan tapahtuman kohdatessa. Pahimmillaan kriisitilanteet voivat hoitamattomina johtaa pysyvään psyykkiseen häiriintymiseen sekä kehityksen vinoutumiseen. Suomalaisista tehdyn tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että puuttuva tai puutteellinen kriisien hoito on suuri riskitekijä traumaperäisten mielenterveyshäiriöiden kehittymiselle. (Hammarlund 2004, 57 - 59; Lehti 2002, 13; Poijula 2004.)

Kriisiapua annettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon, että auttajan ja autettavan välillä vallitsee täydellinen luottamus. Kriisityöntekijä edustaa kriisissä olevalle henkilölle inhimillistä lämpöä sekä toivon ja tulevaisuuteen suuntautumisen säilyttämistä. Kriisiavulla ei voida muuttaa jo tapahtuneita asioita, mutta henkilöä voidaan auttaa kohtaamaan traumaattinen tapahtuma ja lievittää siihen liittyvää psyykkistä kipua. Auttamisessa keskitytään kriisin johtaneeseen tapahtumaan ja sen seurausten käsittelyyn. Tarvittaessa tehdään yhteistyötä muiden hoitavien tahojen, kuten sairaaloiden kanssa. Auttajalla on oltava valmius ja kyky tilanteen jatkuvaan uudelleen arviointiin. Lopuksi on arvioitava jatkohoidon tarve kunkin asiakkaan kohdalla. (Henriksson & Lönnqvist 2001, 280; Hammarlund 2004, 110 - 112.)

2.4 Katsaus tutkittuun tietoon

Tutkimuksista ja artikkeleista saatu tieto antaa viitteellisen käsityksen siitä, millaiseksi kriisiavun tarve on koettu Lohjan alueella aikaisemmin sekä millaisia kehittämiskohteita

kriisityössä on yleisesti havaittu Suomessa. Tähän kappaleeseen on koottu työn kohteen rajauksen perusteella joitakin yksilön psyykkistä kriisiä ja kriisityötä koskevia tutkimuksia sekä artikkeleita. Kappaleen loppuun on koottu tässä kappaleessa käytetyt tutkimukset ja artikkelit sekä niiden keskeinen sisältö taulukkomuotoon.

Mobile-projekti on Suomen mielenterveysseuran, A-klinikka säätiön ja julkishallinnon yhteistyöhanke vuosille 1994- 1999. Mobile-projektin tavoitteena oli kunnan asukkaiden ja viranomaisten kanssa kehittää toimintamalleja, jotka auttaisivat ja tukisivat ihmisiä yhteiskunnan muuttuviin tarpeisiin. Projektin aikana kuntiin perustettiin 12 tukiasemaa. Tuolloin hankkeen rahoitukseen osallistuivat RAY, ministeriöt ja kunnat. Lohjalla tukiasema ei jatkanut toimintaansa kunnallisena toimintana projektivuosien jälkeen. (Kantola-Leskinen 1999, 2, 92.)

Vuonna 1996 ilmestyi Lohjalla opinnäytetyö, nimeltään akuutissa psyykkisessä kriisissä olevalle ihmiselle tarkoitettujen kriisipalveluiden kartoitus Lohjan sairaanhoitoalueella. Tutkimus selvitti Lohjan alueella saatavilla olevia kriisipalveluja ja niiden kykyä auttaa akuutissa psyykkisessä kriisissä olevaa ihmistä. Tuolloin 4/27 tutkimukseen vastanneista yksiköistä tarjosi apua 24 tuntia vuorokaudessa ja 5/27 vastanneista kertoi pystyvänsä tarjoamaan välitöntä apua akuutissa kriisissä olevalle ihmiselle. Tilojen ja resurssien puutteen vuoksi tutkimukseen vastanneet tahot kokivat päihteiden käyttäjät ryhmäksi, jota oli vaikea auttaa. (Korhonen, Osara, Palomäki, Ranta, Salminen, & Tanskanen 1996, 18 - 20.) Vuonna 2008 julkaistu opinnäytetyö käsitteli puolestaan aivohalvauspotilaiden kokonaisvaltaista hoitoa Hiiden alueella, psyykkisen kriisin vaikutukset ihmisen kokonaisuuteen huomioon ottaen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda ehdotus aivohalvauspotilaan hoidon kehittämiseksi. Tutkimuksen perusteella voitiin todeta, että aivohalvauspotilaiden fyysinen kuntouttaminen toteutui pääsääntöisesti kiitettävästi, mutta psyykkiseen hyvinvointiin, ei panostettu riittävästi. Opinnäytetyö painotti ihmisen huomioonottamista holistisena kokonaisuutena. (Gates, Lahtinen & Nyberg-Meinola 2008, 4 - 5.)

Akuutin kriisityön tilannetta kunnissa on selvittänyt sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Tilannetta selvitettiin kahden, koko maata koskevan kyselytutkimuksen avulla vuosina 2002 ja 2005. Ensimmäinen kysely oli osa laajempaa ehkäisevän mielenterveystyön, kriisityön ja itsemurhien ehkäisemisen projektia. Myöhempi kysely oli suppea tilanteen päivitys kuntien kriisityön tilanteesta Kaakkois- Aasian luonnonkatastrofin jälkeen. Tuloksissa kävi ilmi, että kriisityö on organisoitu maassamme kattavasti. Noin 90 prosenttia kunnista oli järjestänyt kriisipalvelut niin, että kunnassa toimi oma kriisiryhmä tai kriisipalvelut ostettiin. Alueellisia eroja sairaanhoitopiirien välillä oli kuitenkin havaittavissa. Tutkimusten mukaan kriisityön järjestelmän arvioitiin toimivan hyvin tai erittäin hyvin yli puolessa kunnista. Myös selviä puutteita tuli kuitenkin esiin. Esimerkiksi kriisityön tavoitettavuus kaikissa kunnissa ei ollut riittävä. Vuonna 2005 vajaa puolet

kunnista oli järjestänyt kriisiapua virka-ajan ulkopuolella. Kriisiapua ei myöskään ollut tarjolla välittömästi traumaattisen tapahtuman jälkeen. Myös jatkohoitoon ohjauksessa ja tapahtuman jälkeisessä seurannassa oli selviä puutteita. (Hynninen & Upanne 2006.) Suomen kuntien määrän kehitystä on kuvattu taulukossa 2.

Myös Toikkanen (2006) on todennut artikkelissaan, että vain vajaassa puolessa Suomen kunnista, on ollut saatavilla virka-ajan ulkopuoleista traumaattisten tapahtumien jälkeen tarvittavaa kriisiapua. Kuntien tulisi kehittää useiden kuntien seudullista yhteistyötä, mikäli kriisityön järjestäminen yksittäisissä kunnissa ei ole mahdollista virka-ajan ulkopuolella. Työnjakoa on sovitettu yhteen vuonna 2007 pakolliseksi tulleen sosiaalipäivystyksen kanssa. Lisäksi Toikkanen (2006) toteaa, että kriisityön koulutusta ja työnohjausmahdollisuuksia tulisi kehittää jatkuvasti. (Toikkanen 2006.)

Taulukko 2: Suomen kunnat 2002- 2009

Vuosi	Kuntia
2009	348
2008	415
2007	416
2006	431
2005	432
2004	444
2003	446
2002	448

(Kunnat 2009.)

Pojjulan (2005) mukaan tähänastisessa kriisihoidossa on voitu havaita vakavia puutteita. Tämän vuoksi olisi tärkeää määritellä selkeästi, mikä on kriisityön toimenkuva ja rooli yhteiskunnan hyvinvointia tuettaessa. Kriisityöstä vastaavien tahojen työnkuva on yleisimmin ollut psykologisen ensiavun ja toisten työntekijöiden ohjaamisen epäselvä yhdistelmä. Tilanne on sekä palveluiden käyttäjän, että yhteistyötahojen kannalta vaikea. Työnkuvaan on kuulunut mm. kirjallisten ohjeiden luominen traumaattisten kriisien ja katastrofien psykososiaaliselle tuelle, yhteydenotto uhreihin sekä auttamisen aloittaminen. Osana toimenkuvaa ovat olleet myös avun koordinointi, seuraaminen ja kontrollointi. Kunnan katastrofivalmiussuunnitelman noudattaminen ja arviointi sekä trauma- ja kriisipätevyiden ja ajattelun kehittäminen kunnan ammattihenkilöstössä ovat myös kuuluneet kriisityöstä vastaavien tahojen toimenkuvaan. Psykologisen ensiavun määrittäminen kriisiryhmien tehtäväksi olisi tärkeää työnjaon selkeyttämiseksi. Toisten työntekijöiden ohjaaminen ja

koulutus taas tulisi määrittää erikoistuvien yksiköiden tehtäväksi. Poijula (2005) viittaa artikkelissaan Norjassa kriisiryhmiä koskeneeseen tutkimukseen. Tutkimuksessa havaittiin, että niissä kunnissa, joissa oli kriisiryhmä, oli merkittävästi useammin parempi psykososiaalisen tuen valmius, kuin niissä kunnissa, joista kriisiryhmä puuttui. (Pojula 2005.)

Läksy (2000) tuo väitöskirjassaan esille Pohjois-Suomessa esiintyvät kriisityön ongelmat. Pitkien välimatkojen vuoksi kriisiapua ei välttämättä saa riittävän nopeasti. Kynnys avun hakemiseen saattaa kasvaa ja hoidon seuranta on erittäin vaivalloista toteuttaa. Tämän vuoksi on pyritty kehittämään ns. telepsykiatria, joka puhelimen, tietokoneen ja videokuvan avulla pyrkii tarjoamaan kaikille asiakkaille riittävän ja laadukkaan hoidon, välimatkoista huolimatta. (Läksy 2000,32.)

Ankkurpaikk' on Rauman seudulla toimiva, mielenterveysseuran ylläpitämä ensiapu- ja kriisikeskus, joka on palvellut kunnan asukkaita vuodesta 1991. Suurimpia yhteydenottojen syitä Ankkurpaikk'ssa ovat olleet talouteen liittyvät ongelmat, mielenterveysongelmat sekä ihmissuhteisiin liittyvät vaikeudet. Asiakkaita on pystytty auttamaan kokonaisvaltaisesti, joustavasti ja ihmisarvoa kunnioittaen. Kriisikeskuksen vahvuuksia ovat mm. laajat aukioloajat sekä puhelinpäivystys. (Antola 2005,30.)

Taulukko 3: Aikaisemmin julkaistuja artikkeleita ja tutkimuksia

Tekijä ja vuosi	Julkaisun nimi	Keskeinen sisältö
Antola, U. 2005	Kriisikeskus Ankkurpaikk' auttaa karikoista takaisin väylälle.	Suurimpia yhteydenottojen syitä Ankkurpaikk'ssa ovat olleet talouteen liittyvät ongelmat, mielenterveysongelmat sekä ihmissuhteisiin liittyvät vaikeudet. Hoidon vahvuuksia kokonaisvaltaisuus, joustavuus ja ihmisarvon kunnioittaminen. Kriisikeskuksen vahvuuksia ovat laajat aukioloajat sekä puhelinpäivystys.
Gates, K., Lahtinen, M. & Nyberg-Meinola, L. 2008.	Aivohalvauspotilaan kokonaisvaltaisen auttamisen kehittäminen psyykkisen kriisin akuutissa vaiheessa Hiiden alueella.	Työn tarkoituksena oli luoda ehdotus aivohalvauspotilaan hoidon kehittämiseksi. Aivohalvauspotilaiden fyysinen kuntouttaminen toteutui pääsääntöisesti kiittävästi, mutta psyykkiseen hyvinvointiin, ei panostettu riittävästi.
Hynninen, T. & Upanne, M. 2006.	Akuutti kriisityö kunnissa. Nykytila ja kehittämishaasteet.	Kaksi kyselytutkimusta vuosina 2002 ja 2005. 2002 osa laajempaa ehkäisevän mielenterveystyön, kriisityön ja itsemurhien ehkäisemisen projektia. 2005 suppea tilanteen päivitys kuntien

		<p>kriisityön tilanteesta</p> <p>Noin 90 % kunnista oma kriisiryhmä tai ostetut kriisipalvelut.</p> <p>Alueellisia eroja sairaanhoitopiirien välillä. Kriisityön tavoitettavuus kaikissa kunnissa ei riittävää.</p> <p>2005 vajaa puolet kunnista oli järjestänyt kriisiapua virka-ajan ulkopuolella.</p> <p>Jatkohoitoon ohjauksessa ja tapahtuman jälkeisessä seurannassa selviä puutteita.</p>
Kantola-Leskinen, N. 1999.	Mobile-projekti	Tarkoituksena kehittää kunnan asukkaiden ja viranomaisten kanssa toimintamalleja, jotka auttaisivat ja tukisivat ihmisiä yhteiskunnan muuttuviin tarpeisiin.
Korhonen, V., Osara, P., Palomäki, L., Ranta, K., Salminen, M. & Tanskanen, I. 1996.	Akuutissa psyykkisessä kriisissä olevalle ihmiselle tarkoitettujen kriisipalveluiden kartoitus Lohjan sairaanhoitoalueella.	<p>Lohjan alueella saatavilla olevat kriisipalvelut ja niiden kyky auttaa akuutissa psyykkisessä kriisissä olevaa ihmistä.</p> <p>4/27 tutkimukseen vastanneista yksiköistä tarjosi apua 24 tuntia vuorokaudessa</p> <p>päihteiden käyttäjät ryhmäksi, jota oli vaikea auttaa</p>
Läsky, M -L. 2000.	Kriisipotilaat ja heidän selviytymisensä.	<p>Telepsykiatrian kehittäminen.</p> <p>Potilaiden hoidon tuloksellisuuden tarkastelu.</p>
Pojjula, S. 2005.	Kriisityöstä psyykkisen trauman hoitoon.	Kriisityön toimenkuvan ja roolin määrittely yhteiskunnan hyvinvointia tuettaessa.
Toikkanen, U. 2006.	Kriisiryhmien päivistys onnistuu harvoin yhden kunnan voimin.	<p>Vajaa puolet kunnista oli järjestänyt kriisiapua virka-ajan ulkopuolella.</p> <p>Useiden kuntien seudullista yhteistyötä tulisi kehittää.</p> <p>Kriisityön koulutusta ja työnohjausmahdollisuuksia tulisi kehittää jatkuvasti.</p>

Vaikka kriiseistä puhutaan yleisesti ja kriisissä olevia ihmisiä kohdataan ja hoidetaan päivittäin erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä, on kriisien ja kriisipotilaiden hoitamiseen liittyvää tutkimusta olemassa suhteellisen niukasti. Tutkimusten vähäisyyttä voidaan selittää ainakin osittain käsitteen kriisi moniselitteisyydellä. (Lehti 2002, 14.)

3 Suomen mielenterveysseuran alainen kriisikeskustoiminta

Suomen Mielenterveysseura on kansanterveys- ja kansalaisjärjestö, joka edistää suomalaisten mielenterveyttä, tekee ehkäisevää mielenterveystyötä ja rakentaa vapaaehtoisen kansalaistoiminnan edellytyksiä mielenterveyden alalla. Seura aloitti kriisityön vuonna 1970. Neuvonta ja ohjaus, kriiseistä tiedottaminen, psykososiaalinen tuki, ryhmätoiminta sekä itsemurhien ehkäisy ovat kriisityön keskeisiä toimintoja. Mielenterveysseura tarjoaa nopeaa kriisiapua matalan kynnyksen periaatteella. Mielenterveysseura järjestää myös mielenterveyden alan koulutusta ja tilaisuuksia, julkaisee aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja lehtiä, sekä koordinoi mielenterveyttä ja mielen hyvinvointia lisääviä hankkeita. Suomen Mielenterveysseura tekee yhteistyötä valtion ja kuntien sekä muiden järjestöjen ja tahojen kanssa. Seura toimii yhteistyökumppanina valtakunnallisissa ja kansainvälisissä mielenterveyskysymyksissä, vaikuttaa aktiivisesti lainsäädäntöön sekä tekee aloitteita ja selvityksiä. (Suomen mielenterveysseura 2009a; Suomen mielenterveysseura 2009b; Suomen mielenterveysseura 2009c.)

Suomen mielenterveysseura perusti Suomeen alkujaan 10 mielenterveyden ensiapu- ja kriisikeskusta kymmenen vuoden kuluessa. Kriisikeskukset perustettiin Suomen mielenterveysseuran paikallisyhdistysten alaisuuteen niin, että projektin yleis- ja taloushallinnosta vastasi Suomen mielenterveysseura. Toiminnan perusideana oli, että kriisikeskusten tuli olla auki mahdollisimman pitkään ja täydentää julkisen sosiaali- ja terveyssektorin palveluita. Suomen mielenterveysseuran ensimmäinen kriisikeskus SOS-palvelu, itsemurhien ehkäisykeskus perustettiin Helsinkiin vuonna 1970. Sitten paikallisten mielenterveysseurojen yhteyteen on perustettu kriisikeskuksia ympäri maan. Vuonna 2008 kriisikeskuksia oli Suomessa 16. Kriisikeskusten toiminnan pääasiallinen rahoittaja on Raha-automaattiyhdistys. (Dunder & Metteri 2001, 16; Suomen mielenterveysseuran työryhmän esite 2008, 3.)

Tässä työssä käsitellään Suomen mielenterveysseuran mallin mukaista kriisikeskustoimintaa. Tämä rajaus on tehty siksi, että Lohjalle perustettava kriisikeskus tulisi toimimaan Suomen mielenterveysseuran alaisena yksikkönä, valmiin konseptin mukaisesti.

Kriisikeskustoiminnan tarjoaman avun tavoitteena on kriisien ehkäisy sekä terapiaa tarvitsevien henkilöiden auttaminen ja mahdollinen jatkohoitoon ohjaus. Keskeisenä tavoitteena on, että asiakkaat tulevat autetuiksi tarvitsemallaan hetkellä ja tavalla. Auttajan tehtävä on kuunnella, tukea ja rohkaista henkilöä aktivoimaan omat voimavaransa erilaisissa kriisitilanteissa. Ihminen tarvitsee apua silloin, kun hän tuntee, ettei selviä vaikeasta tilanteesta yksin. Kriisikeskuksen asiakas voi olla kuka tahansa, jonka voimavarat eivät riitä

kulkemaan jonkin vaikean elämäntilanteen lävitse. Rakentamalla palvelut mahdollisimman joustaviksi, pyritään siihen, että kynnyks avun hakemiseen madaltuisi. (Dunder & Metteri 2001, 20; Ruishalme & Saaristo 2007, 9; Saari 2000, 18 - 19.)

Suomen mielenterveysseuran alaiset kriisikeskukset tarjoavat henkistä ensiapua yksilön akuuteissa kriisitilanteissa kriisipuhelin- ja Internet-palvelujen avulla. Keskuksissa on mahdollista saada myös kriisiterapiaa. Lisäksi kriisikeskukset kokoavat ja jakavat kriisityön ja kriisiauttamisen asiantuntemusta sekä kehittävät kriisityötä. Toisinaan on tarkoituksenmukaista tavata asiakas tämän kotona, jolloin kriisityöntekijät tekevät tarvittaessa myös kotikäyntejä. Pääasia on, että apua annetaan siellä, missä sitä juuri sillä hetkellä tarvitaan. Suomen mielenterveysseuran sekä sen jäsenseurojen kriisikeskukset eivät edellytä asiakkailtaan diagnoosia tai lähetteitä. Palvelut ovat maksuttomia ja halutessaan henkilö voi pysyä nimettömänä. Avun saamisen lähtökohtana on asiakkaan kokemus kriisistä sekä avun ja tuen tarpeesta kriisistä selviytymiseksi. (Dunder & Metteri 2001, 16; Suomen mielenterveysseuran työryhmän esite 2008, 8 - 15.)

4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa kriisiavun tarvetta Lohjalla. Tuotettua työtä voidaan hyödyntää tarkasteltaessa kriisityön sekä kriisikeskusten tarpeellisuutta.

Tutkimusongelmat olivat seuraavat:

Tutkimuskysymys

1. Kuinka tarpeelliseksi alan työntekijät kokevat kriisikeskuksen perustamisen?

Tutkimuskysymystä tarkentavat alakysymykset

2. Kuinka pitkät jonotusajat olemassa olevissa yksiköissä on?
3. Millaisissa asioissa olemassa oleviin yksiköihin otetaan yhteyttä ja kuinka usein?

4.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimusmenetelmien valinta riippuu aina tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimusongelmista. Joskus tutkimusongelmien ratkaisemiseksi on tärkeämpää keskittyä tutkittavan asian laadullisiin piirteisiin. Toisinaan on taas välttämätöntä kyetä määrittämään asioita ja selittämään niitä tilastollisin keinoin. Tutkimuksen tehtävänä on tuottaa tietoa ympäröivästä maailmasta. Kaikessa tutkimuksessa on peruskysymyksenä, mitä valitaan tutkittavaksi ja mitä ei. Laajan tutkimuskokonaisuuden huolellinen ja hyvä hallitseminen on tieteellisesti korkeatasoisen tutkimustyön perusedellytys. Näin ollen tutkimusongelman rajaus on tärkeää.

Hyvällä suunnittelulla luodaan perusta koko tutkimusprosessille. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 28- 36, 224.; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 74 - 75.)

Kysely on aineiston keräämisen tapa, jossa kysymysten muoto on standardoitu eli vakioitu. Vakiointi tarkoittaa sitä, että kaikilta kyselyyn vastaavilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. (Vilka 2007, 28.) Kysely sopi hyvin tähän opinnäytetyöhön käytetyn tutkimuksen menetelmäksi, koska tutkittavia oli paljon ja he olivat eri toimipisteiden edustajia.

Lomakekyselyssä tietoa tutkittavista henkilöistä hankitaan tarkoitusta varten laadittuja kyselylomakkeita apuna käyttäen. Lomakkeen kysymykset ovat kyselytutkimuksissa pääosin strukturoituja eli vastaajalle on annettu valmiiksi vastausvaihtoehdot ja asteikot, joita käyttäen häntä pyydetään vastaamaan esitettyihin kysymyksiin. Kyselylomakkeessa voi kuitenkin olla myös avoimia kysymyksiä, joissa vastaajalla on mahdollisuus kertoa kysyttävästä asiasta vapaamuotoisesti tai täydentää strukturoituun kysymykseen antamaansa vastausta omin sanoin. Kyselyn vastaajan kannalta tarkasteltuna, avoimiin kysymyksiin vastaaminen on kuitenkin vaivalloista, eivätkä avokysymykset houkuttele vastaamaan samalla tavoin kuin strukturoidut kysymykset, varsinkin silloin, jos vastaajalla ei ole selvää mielipidettä tiedusteltavasta asiasta. Kyselyn ongelmana on usein se, että vastauslomakkeet palautuvat hitaasti tutkijalle ja tavallisesti tutkija joutuu tekemään uusintakyselyn. Tässä tutkimuksessa suoritettiin yksi uusintakysely. (Vilka 2007, 28.)

Lomakekyselynä tehtävällä tutkimuksella on omat etunsa ja rajoituksensa, jotka ovat osin samoja kuin kvantitatiivisilla tutkimusmenetelmillä yleensäkin. Vastaajien määrään suhteutettuna lomakekyselyn kustannukset ovat usein pienemmät ja tutkimuksen tekemiseen vaadittava aika on lyhyempi verrattuna henkilökohtaisiin haastatteluihin. Kvalitatiivisiin tutkimusmenetelmiin verrattuna lomakekyselyn käyttöalaa rajoittaa kuitenkin kerättävän tiedon laatu. Monimutkaisten ilmiöiden ja erilaisten ongelmien perimmäisten syiden selvittäminen lomakekyselyllä on vaikeaa. (Mattila 1999, 46 - 47.)

4.2 Tutkimuksen kohde ja aineistonkeruu

Tämän tutkimuksen maantieteelliseksi alueeksi on rajattu tutkimuksen toimeksiantajan mukaan Lohjan kaupunki. Tutkimuksen kohderyhmään kuului sosiaalityöntekijöitä, terveydenhuollon ja seurakunnan edustajia sekä nuorisotyöntekijöitä. Tämä kohderyhmä valittiin tutkimuksen kohdejoukoksi siksi, että he ovat asemansa vuoksi keskeisessä roolissa, kun puhutaan kriisikeskustoiminnasta. Kyselylomake lähetettiin sähköpostitse e-lomakkeen muodossa 34:lle Lohjan kaupungin alueella sijaitsevien toimipisteiden edustajille, joiden postitustiedot saimme yhteistyökumppaniltamme. Kyselylomakkeet lähetettiin vastaajille

elokuun 2008 lopussa ja vastausaikaa oli lokakuun 2008 loppuun asti. Tämän jälkeen vastaukset analysoitiin ja raportoitiin tutkimuksen yhteistyökumppanille 27. tammikuuta 2009.

Tutkimus toteutettiin sähköisen kyselykaavakkeen (liite 1) avulla. Kyselykaavake koostui kuudesta taustakysymyksestä sekä kolmesta kriisikeskustoiminnan käynnistämistä kartoittavasta kysymyksestä. Osaan kysymyksistä annettiin valmiit vastausvaihtoehdot. Kyselyn ohessa vastaajalla oli myös mahdollisuus antaa vapaamuotoista palautetta tai kirjoittaa muista huomioista. Kyselyn avulla haluttiin kartoittaa paikallista tarvetta kriisikeskustoiminnan käynnistämiseen.

Kolme ensimmäistä kysymystä olivat strukturoituja kysymyksiä eli vastausvaihtoehdot oli annettu valmiiksi. Kysymyksissä haluttiin kartoittaa vastaajien edustamaa tahoa, vastaajien kokemusta alalta sekä tietää vastaamiseen osallistuneiden henkilöiden lukumäärä. Nämä kysymykset analysoitiin laskemalla erikseen vastaukset jokaisesta eri vaihtoehdosta. Vastaukset tehtiin taulukkomuotoon, jossa vastaukset ilmoitettiin myös prosenttimuodossa. Alhaisen vastaajamäärän vuoksi tutkimustulokset on esitetty yhteenvedossa myös kappalemäärinä prosenttien lisäksi.

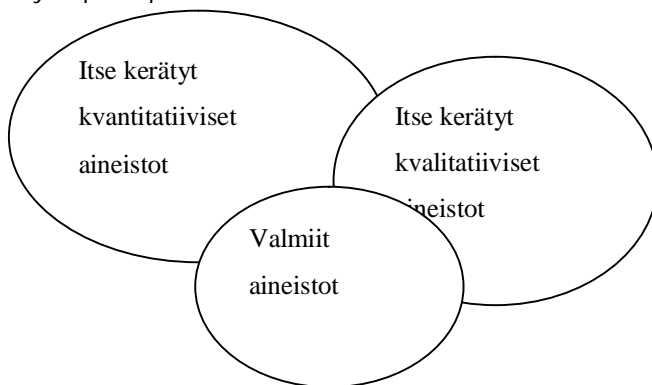
Kysymykset neljä, viisi ja kuusi olivat avoimia kysymyksiä. Kysymyksellä neljä haluttiin kartoittaa, kuinka paljon vastanneiden henkilöiden työskentelemissä yksiköissä toimii asiakas/potilastyötä tekevää henkilökuntaa. Kysymyksessä viisi tiedusteltiin näiden yksiköiden aukioloaikoja. Kysymyksessä kuusi haluttiin tietoa yksiköiden tämänhetkisistä jonotusajoista. Näiden kysymysten vastaukset analysoitiin kirjoittamalla vastaukset sanasta sanaan peräkkäin paperille, jonka jälkeen ne analysoitiin sisällön erittelyllä. Tästä sisällöstä nostimme esille erilaisia yhteneväisyyksiä.

Kriisikeskustoiminnan käynnistämistä kartoittavia kysymyksiä tutkimuksessa oli kolme. Kysymyksissä haluttiin tietoa siitä, kuinka usein vastaajat kohtaavat työssään kriisitilanteita, minkälaisissa asioissa vastaajien edustamiin yksiköihin otetaan yhteyttä ja kuinka tarpeelliseksi vastaajat kokevat kriisikeskuksen perustamisen Lohjalle. Näihin kaikkiin kysymyksiin oli kysymyslomakkeessa annettu valmiit vastausvaihtoehdot, joiden perusteella vastaukset tehtiin taulukkomuotoon ja määreet ilmoitettiin myös prosentteina. Kysymykseen kaksi, jossa haluttiin tietää, minkälaisissa kriisitilanteissa vastaajiin otetaan yhteyttä, vastaajia pyydettiin valitsemaan kolme yleisintä syytä annetuista vaihtoehdoista. Annetut vaihtoehdot määräytyivät Suomen mielenterveysseuran seurantarekisterin mukaan. Kysymykseen kolme, joka kartoitti sitä, kuinka tarpeelliseksi vastaaja koki kriisikeskuksen perustamisen Lohjalle, pyydettiin vastaajaa myös perustelemaan vastauksensa.

Kyselyn vastausprosentti jäi melko alhaiseksi, sillä kaiken kaikkiaan vastauksia saapui 14 kappaletta lähetetyistä 34:stä. Näin ollen vastausprosentiksi muodostui 41%.

Rajattu tutkimusongelma

Työn painopiste on täällä



Kuvio 1: Aineiston keräys

Kuvio kertoo miten tutkimusaineisto on kerätty. Siinä näkyy myös kunkin aineiston osuus tutkimuksessa. Tutkimus tehtiin kahdella eri aineistolla, jotka kerättiin kyselylomakkeella strukturoidulla kysymyksillä sekä avoimilla kysymyksillä. Valmista aineistoa tutkimuksessa käytettiin tukemaan kerättyä aineistoa.

4.3 Aineistonkäsittely ja analyysimenetelmät

Aineistosta on eritelty kuvailevat, suorat jakaumat kysymyskohtaisesti. Havaintojen vähyyden vuoksi ei ole mahdollista tehdä tilastollisia analyysejä tai yleistyksiä.

Avoimet kysymykset analysoitiin käyttäen laadullista sisällönanalyysimenetelmää.

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan aineistolähtöistä menettelytapaa, jonka avulla voidaan

analysoida kirjoitettuja dokumentteja objektiivisesti ja systemaattisesti. Sisällönanalyysia voidaan kutsua myös dokumenttien analyysimenetelmäksi, jonka avulla tarkastellaan asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Laadullisessa sisällönanalyysissä tarkoituksena on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23 - 25.) Tässä työssä merkitykset olivat sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien henkilöiden näkemys kriisikeskuksen perustamisesta Lohjalle.

Avoimien kysymysten vastaukset litteroitiin sanasta sanaan ja tulostettiin paperille. Kustakin kysymyksestä laskettiin ensin annettujen vastausten lukumäärä. Vastaukset luettiin läpi ja samalla kartoitettiin esille nousseita eri aiheita. Tutkimusaineiston analyysia jatkettiin niin, että yhdisteltiin samansisältöiset alakategoriat toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita. Yläkategorioille annettiin nimet, jotka kuvastavat hyvin alkuperäisiä alakategorioita.

4.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kerätyn tiedon luotettavuutta voidaan tarkastella kriittisesti etenevää ajatusreittiä kulkien, jossa samalla suljetaan pois toimimattomia ja johdonmukaisuutta vääristäviä vaihtoehtoja. Tutkimuksen reliaaabelius eli tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella ja arvioida erilaisista näkökulmista, kuten mittaamisen ja aineiston keruun suhteen tai asioita voidaan tarkastella tulosten luotettavuutena. Tutkimuksen luotettavuutta on hyvä arvioida tutkimuksen aikana, mutta niitä voi tarkastella myös tutkimuksen jälkeen. Tutkimuksen validius tarkastelee sitä, mittaako valittu mittari sitä, mitä tutkimuksessa oli tarkoituskin mitata. Tutkimuksessa reliaaabelius ja validius muodostavat yhdessä tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Kokonaisluotettavuus on onnistunut tutkimuksessa, kun otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä. Uusintamittausta on hyvä käyttää kokonaisluotettavuuden arvioinnissa. (Teirilä & Jyväsjärvi 2001, 5; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206 - 207; Vilka 2007, 149 - 152.)

Merkittävä tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttava tekijä on kyselyyn vastaamatta jättäneiden määrä. Tästä johtuen tutkittavasta joukosta ei saada kerättyä niin paljon tietoa, kuin tutkimusta suunniteltaessa on ollut tavoitteena. Kadon vuoksi otoksen tuottama tutkimusaineisto ei ole täydellinen, vaan osa tiedoista puuttuu. Kato voi olla ns. yksikkökato, jolloin henkilö on jättänyt kokonaan vastaamatta kyselyyn tai ns. eräkato, jolloin henkilö ei syystä tai toisesta ole osannut tai halunnut vastata kaikkiin kysymyksiin. Kadon suuruuteen vaikuttaa yleisesti se, kuinka paljon vaivaa kyselyyn vastaaminen aiheuttaa vastaajalle. Tällaisia tekijöitä ovat esim. se kuinka kauan kysymyksiin vastaaminen kestää, miten usein henkilö joutuu vastaamaan erilaisiin kyselyihin ja se kuinka arkaluonteisia esitetyt kysymykset ovat. Mitä tahansa tutkimusta tehtäessä tutkija toivoo saavansa tutkimukseensa mahdollisimman korkean vastausprosentin, tämän vuoksi tutkijat lähettävät muistutuksen

niille vastaajille, jotka eivät ole palauttaneet kysymyskaavaketta. (Mattila 1999, 50 - 51; Mäkinen 2006, 93 - 94.)

Tutkimuksessa käytetään yleensä metodeina paljon sekä haastatteluja, että kyselyjä. Ne pitävät sisällään monia eettisiä ongelmia. Tutkimusta tehdessä tulee varmistaa se, että kysymykset ovat luotettavia. Tavallisia virheitä kysymyksenasettelussa on se, ettei kysymyksiä ole laadittu yksiselitteisesti tai, että ne ovat johdattelevia ja niihin voi vastata vain yhdellä tavalla. Ennen kyselyn suorittamista, kyselylomake tulisi aina testata kriittisillä vastaajilla. Näin tehtäessä tutkijalla on mahdollisuus korjata kyselylomaketta ennen varsinaisen tutkimuksen suorittamista. Tutkija myös sokeutuu helposti omaan kyselylomakkeeseensa, jonka vuoksi kriittinen tarkastelu auttaa tutkijaa näkemään mahdollisia itsestään selviä virheitä. (Mäkinen 2006, 92 - 93.)

Tämän tutkimuksen kohderyhmään kuului sosiaalityöntekijöitä, terveydenhuollon ja poliisin edustajia sekä nuorisotyöntekijöitä. Tämä kohderyhmä valittiin tutkimuksen kohdejoukoksi siksi, että he ovat asemansa vuoksi keskeisessä roolissa kun puhutaan kriisikeskustoiminnasta. Kyselyn vastausprosentti jäi melko alhaiseksi, sillä kyselyyn vastasi 41 % tutkittavista. Kaiken kaikkiaan kyselyitä lähetettiin 34 kappaletta ja vastauksia saapui 14. Alhaisen vastaajamäärän vuoksi tutkimustulokset on esitetty prosenttien lisäksi numeroina.

5 Tutkimustulokset

5.1 Vastaajien taustatieto

Kysymyslomakkeita lähetettiin kaikkiaan sähköpostitse e-lomakkeen muodossa 34 kappaletta kaupungin eri toimipisteiden edustajille elokuun 2008 lopussa ja vastauksia saapui 14. Kohderyhmään kuului mm. sosiaalityöntekijöitä, terveyshuollon ja seurakunnan edustajia sekä nuorisotyöntekijöitä. Vastausaikaa oli lokakuun 2008 loppuun asti, jonka jälkeen tutkimustulokset analysoitiin ja raportoitiin tutkimuksen yhteistyökumppanille 27. tammikuuta 2009. Ohessa on esitetty tutkimuksessa käytetyt kysymykset ja vastaukset taulukkomuodossa.

Taulukko 4: Mitä tahoa vastaaja/vastaajat edustavat?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Terveydenhuolto	7	51 %
2.	Sosiaalitoimi	3	21 %
3.	Jokin muu	2	14 %
4.	Seurakunta	1	7 %

5.	Nuorisotyö	1	7 %
	Yhteensä	14	100 %

Tutkimukseen vastanneista henkilöistä suurin osa edusti terveydenhuoltoa. Toiseksi eniten vastauksia tuli sosiaalitoimen edustajilta. Vastausvaihtoehtojen ulkopuolista tahoa edusti 2 vastaajaa. Seurakunnan ja nuorisotyön edustajia vastanneista oli 1 kappale kummastakin.

Taulukko 5: Kuinka pitkä kokemus vastaajalla/vastaajilla on alalta?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	6- 10 v.	2	14 %
2.	Yli 10 v.	12	86 %
	Yhteensä	14	100 %

Suurimmalla osalla vastaajista oli kyselyn perusteella yli 10 vuoden työkokemus alalta. Loput kaksi vastaajaa olivat hekin työskennelleet alalla vähintään 6 vuotta.

Taulukko 6: Kuinka monta henkilöä on osallistunut tämän kyselyn vastaamiseen?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Yksi	13	93 %
2.	kaksi	1	7 %
	Yhteensä	14	100 %

Lähes kaikki vastanneista vastasi kyselyyn yksin. Vain yksi henkilö oli vastannut kyselyyn yhdessä kollegansa kanssa.

Taulukko 7: Kuinka paljon yksikössänne on asiakas/potilastyötä tekevää henkilökuntaa?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	1-10	6	43 %
2.	11- 30	5	36 %
3.	31- 50	-	
4.	Yli 100	3	21 %
	Yhteensä	14	100 %

Asiakas/potilastyötä tekevän henkilökunnan määrä vastanneiden edustamissa työyksiköissä vaihteli noin 300:sta vain kahteen työntekijään. Viitevälit on tehty saadun materiaalin pohjalta. (liite 3.)

Taulukko 8: Yksikköne aukioloajat?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	virka-aika (8-16)	10	72 %
2.	aina 24h/vrk	3	21 %
3.	virka-ajan ulkopuolella	1	7 %
	Yhteensä	14	100 %

Lähes poikkeuksetta vastanneet edustivat työyksiköjä, jotka ovat avoinna vain virka aikaan eli arkisin klo. 8-16. Pieni osa yksiköistä toimii myös päivystys luonteisesti 24 h vuorokaudessa. Viitevälit on tehty saadun materiaalin pohjalta. (liite 3).

5.2 Kriisikeskuksen tarvetta kartoittavat kysymykset

Tässä kappaleessa tarkastellaan tämän tutkimuksen tutkimusongelmien tuloksia. Vastaukset käydään läpi taulukkokohtaisesti. Jokaisen taulukon alkuun on laitettu tutkimusongelma, johon saatu tulos vastaa.

Pää tutkimusongelma oli

1. Kuinka tarpeelliseksi alan työntekijät kokevat kriisikeskuksen perustamisen?

Taulukko 9: Kysymys 3a sekä 3b.

Miten tarpeelliseksi yksikköne kokee kriisikeskuksen Lohjan alueella? Kysymys 3b.

Perusteluja kysymykseen 3a annettuihin vastauksiin.

		Lukumäärä	Perusteluja
1.	tarpeellinen/ erittäin tarpeellinen	6+5 vastausta	- tarvitaan matalan kynnyksen paikka
2.	ei ehkä tarvetta	1+2 vastausta	- kehitettävä nykyisiä palveluja -päällekkäisyydet poistettava

Vastaajia pyydettiin ottamaan kantaa siihen, kuinka tarpeelliseksi he kokevat kriisikeskuksen perustamisen Lohjan alueelle. Kuusi vastaajista koki kriisikeskuksen perustamisen erittäin tarpeelliseksi. Lähes yhtä moni eli 5 vastaajista koki asian tarpeelliseksi. Kaksi vastaajista ei osannut ottaa kantaa asiaan. Vain yksi vastaaja koki, että kriisikeskukselle ei ole tarvetta.

Avoimissa kysymyksissä vastaajia pyydettiin myös perustelevaan kysymykseen 3a antamaansa vastausta kohdassa 3b. Perusteluissa nousi esille lähinnä se, että Lohjalta ei löydy tällä hetkellä ns. matalan kynnyksen ympärivuorokautista asiointipaikkaa. Vahvasti nousi esille myös se, että apua ei ole tarjolla riittävän nopeasti. Pikainen avunsaanti voisi vähentää myös erikoissairaanhoidon potilasmäärää sekä lyhentää ja ennaltaehkäistä vakavampia ja pidempiaikaisempia hoitajaksoja. Ne vastaajat, jotka kokivat kriisikeskuksen vähemmän tarpeelliseksi, toivat esille lähinnä sen, että heidän mielestään olisi tärkeämpää vahvistaa ja selkeyttää jo olemassa olevia palveluja, kuin perustaa uusi palvelumuoto. (liite 4)

Ensimmäinen tarkentavat alakysymys oli

2. Kuinka pitkät jonotusajat olemassa olevissa yksiköissä on?

Taulukko 10: Kuinka pitkä jonotusaika yksikössänne on keskimäärin tällä hetkellä?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Päivystys	4	29 %
2.	n. 1 vko	4	29 %
3.	2vko-5vko	3	21 %
4.	yli 6vko	1	7 %
5.	vaihtelee	1	7 %
6.	ei vastausta	1	7 %
	Yhteensä	14	100 %

Kyselyssä kartoitettiin myös työyksiköiden keskimääräisiä jonotusaikoja. Jonotusajat yksiköittäin vaihtelivat suuresti. Päivystys luontoisissa yksiköissä jonoja ei juuri ole, mutta useimmiten yksiköihin on noin 2-5 viikon jonotusaika. Pahimmillaan joihinkin yksiköihin, lähinnä tutkimuksiin pääsyä voi joutua odottamaan jopa 10 kuukautta. Tähän kysymykseen tarkan vastauksen antaminen osoittautui hankalaksi. (liite 3).

Toinen tarkentava alakysymys oli

3. Millaisissa asioissa olemassaoleviin yksikköihin otetaan yhteyttä ja kuinka usein?

Taulukko 11: Kuinka usein yksikköönne otetaan yhteyttä kriisitilanteissa?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	1-2x kuukaudessa	3	21 %
2.	3-4x kuukaudessa	2	14 %
3.	Yli 4x kuukaudessa	9	64 %
	Yhteensä	14	100 %

Tutkimuksessa haluttiin kartoittaa, kuinka usein vastaajat kohtaavat työssään kriisitilanteita. Suurin osa vastaajista valitsi vaihtoehdon, jossa heihin otetaan yhteyttä enemmän kuin neljä kertaa kuukaudessa. Tästä voi päätellä kriisiavun tarpeen olevan melko suuri. Kolme vastaajaa valitsi vaihtoehdon, jossa heihin otetaan yhteyttä 1-2 kertaa kuukaudessa. Vastaus vaihtoehdon 3-4 kertaa kuukaudessa valitsi 2 vastaajaa.

Taulukko 12: Mikäli otetaan yhteyttä, niin minkälaisissa asioissa. Valitse kolme yleisintä syytä.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Huoli läheisestä	2	14 %
2.	Lastensuojeluasia	3	21 %
3.	Väkivalta	3	21 %
4.	Vuorovaikutuskriisi	2	14 %
5.	Yksinäisyys	5	36 %
6.	Itsemurhauhka/kuolema	4	29 %
7.	Työelämä/taloudelliset ongelmat	4	29 %
8.	Päihteiden käyttö	4	29 %
9.	Fyysinen sairaus	2	14 %
10.	Mielenterveysongelmat	9	64 %
11.	Onnettomuustilanne	1	7 %
12.	Seksuaalisuus ongelmat	1	7 %
13.	Arjesta selviytyminen	1	7 %
14.	Muu	1	7 %

Tutkimuksessa kartoitettiin myös sitä, minkälaisissa tilanteissa vastaajiin yleisimmin otetaan yhteyttä. Vastaajia pyydettiin valitsemaan annetuista vastausvaihtoehdoista kolme yleisintä syytä tai nimeämään jokin syy vastausvaihtoehtojen ulkopuolelta. Suurimmaksi yhteyden oton syyksi nousivat yksinäisyys ja mielenterveysongelmat/ masentuneisuus. Esille nousivat myös päihteiden käyttö, lastensuojelu asiat, erilaiset väkivaltatilanteet sekä taloudelliset vaikeudet. Jonkin verran esille nousivat myös huoli läheisestä, vuorovaikutus kriisitilanteet, fyysisen sairauden mukanaan tuomat ongelmat, itsemurha ajatukset, ahdistuneisuus sekä diagnosoidun psyykkisen sairauden mukanaan tuomat ongelmat. Yksittäisiksi yhteydenoton

syiksi vastaajat nostivat kuolemantapaukset tai itsemurhan lähipiirissä, työelämän ongelmat, onnettomuustilanteet, seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat sekä arjessa selviytymiseen liittyvät ongelmat.

5.3 Tulosten pohdintaa

Vastausprosentin alhaisuudesta johtuen, kysely antaa vain viitteellisen käsityksen, siitä millaiseksi kriisityön tarve Lohjan alueella koetaan tällä hetkellä. Vastauksia tulkittaessa on kuitenkin huomioitava se, että kyselyyn vastanneet olivat lähinnä terveydenhuollon piiristä ja näin ollen esim. yhteydenottojen syyt saattavat painottua tietyille osa-alueille.

Nopeasti saatavaa ympärivuorokautista apua ei ole riittävästi saatavilla ja monet auttavat tahot ovat tällä hetkellä ylikuormitettuja. Esimerkiksi kouluissa yhdellä terveydenhoitajalla tai kuraattorilla saattaa olla satoja oppilaita huolehdittavana ja näin ollen aika ei yksinkertaisesti riitä tarjoamaan riittävästi tukea lapsille ja nuorille. Olennaista on löytää kentän eri toimijoiden keskeinen yhteistyö/työnjako ja kehittää saumaton matalan kynnyksen hoitopolku. Myös työntekijöiden kouluttamiseen ja osaamiseen on panostettava.

Yhtä vastaajaa lukuun ottamatta kaikki vastaajat kokivat kriisikeskuksen perustamisen jossain määrin tarpeelliseksi. Tämän kartoituksen perusteella voidaan siis sanoa, että tällä hetkellä kriisikeskuksen perustamisen tarve Lohjalle koetaan suureksi. Kaikki vastaajat ovat kyselyn perusteella tekemisissä kriisitilanteiden kanssa. Tästäkin syystä voidaan siis sanoa, että kriisikeskuksen perustaminen Lohjan alueelle olisi tarpeen. Vastauksista tuli joka tapauksessa ilmi se, että kaikilta tahoilta ollaan tämän hetkiseen tilanteeseen tyytymättömiä. Osa vastaajista koki, että kriisikeskuksen perustamisen sijaan pitäisi vahvistaa jo olemassa olevia palveluita.

6 Johtopäätökset

Tämä tutkimus osottautui tarpeelliseksi, sillä sen avulla saatiin hyvä kuva kriisikeskuksen tarpeellisuudesta Lohjan alueella. Ihmiset, jotka tarvitsevat kriisiapua voivat tulla entistä paremmin huomioiduksi tämän tutkimuksen kautta. Tässä tutkimuksessa saatiin vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksessa tuotettiin uutta tietoa kriisistä sekä kriisikeskustoiminnasta. Koska käsitelty aihepiiri on moniulotteinen ja tutkimuksia on vähän tästä aihealueesta, tarvittaisiin aiheesta lisää tutkimuksia.

Vastaukset haluttuihin kysymyksiin antavat viitteitä sille, että kriisiavun tarve on suuri, mutta tilanne ei kuitenkaan ole aivan toivoton. Huolestuttavaa on kuitenkin se millaisissa tilanteissa vastaajiin yleisimmin otetaan yhteyttä. Suurimmiksi yhteydenoton syiksi nousivat yksinäisyys

ja mielenterveysongelmat/masentuneisuus. Nämä syyt voivat hoitamattomina ajaa ihmiset tekemään epätoivoisia tekoja, kuten itsemurhan, mikä myös nousi esille vastauksissa. Vastaajat totesivat, että on tärkeää löytää yhteinen suunta kaikkien eri toimijoiden kesken. Vastaajat korostivat myös lisäkoulutuksen merkitystä työpaikoilla.

Suurin haaste saattaa olla uuden koulutetun henkilöstön löytäminen, jotta kriisikeskus voisi toimia. Koska nykyiset työntekijät ovat ylityöllistettyjä, pitäisi kriisikeskukseen saada lisää koulutettua henkilökuntaa töihin. Näiden tulosten valossa voidaan ehdottaa, että kriisikeskus perustettaisiin ja mielenterveysseura kouluttaisi lisää ihmisiä, jotta kriisikeskus voisi toimia hyvin.

Mikäli kriisikeskustoiminta päätetään aloittaa Lohjalla, jatkotutkimushaasteiksi voidaan asettaa esimerkiksi kriisikeskuksen toiminta tietyn ajanjakson kuluttua. Jatkotutkimuksessa voitaisiin selvittää, onko kriisikeskus saavuttanut sille asetetut tavoitteet, miten hoitohenkilöstö on kokenut keskuksen toimivuuden, miten kriisikeskus on vaikuttanut tähänastisten palveluntarjoajien ylikuormittuneisuuteen sekä asiakastyytyväisyyttä.

Lähteet

KIRJAT

Cullberg, J. 1991. Tasapainon järkkyessä. Keuruu: Otava.

Dunder, M - L. & Metteri, A. 2001. Kuunnella vai puhua. Näkökulmia kriisiauttamiseen. Tampere: Tampereen mielenterveysseura Ry.

Eskola, J. & Karjala, A. 2007. Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hammarlund, C-O. 2004. Kriisikeskustelu. Pieksämäki: RT- Print Oy.

Hedman, A. 2002. Mielenterveyden edistäminen hoitotyössä - käsitteen analyysi hybridimallin mukaan. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere

Henriksson, M. & Lönnqvist, J. 2001. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Psykiatria. Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

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

Kantola- Leskinen, N. 1999. Mobile projekti. Helsinki: Suomen mielenterveysseura & A-klinikka säätiö.

Lappalainen - Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lehti, P. 2002. Kouluterveydenhoitajien ammatillisia kokemuksia nuorten traumaattisista kriiseistä. Kuopion yliopisto. Opinnäytetutkielma.

Mattila, H. 1999. Lomakekysely asiakaspalautteen hankkimismenetelmänä. Helsinki: Kelan omatarvepaino.

Munnukka, T., Halme, S., Kankainen, A., Kiikkala, I., Lehto, P. & Rokkanen, R. 1998. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J. & Leskinen, E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. Porvoo: WSOY.

Nurmi, L. 2006. Kriisi, pelko, pakokauhu. Helsinki: Edita Prima Oy.

Paunonen, M. & Vehviläinen - Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Pohjolan - Pirhonen, C., Poutiainen, K. & Samulin, H. 2007. Kriisityön käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Ruishalme, O. & Saaristo, L. 2007. Elämä satuttaa. Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Tammi.

Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho, S. & Yli-Pirilä, P. 2009. Hädän hetkellä - psyykkisen ensiavun opas. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Saari, S. 2000. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Sadeniemi, M. 1992. Nykysuomen sanakirja. Juva: WSOY.

Schoen Johnson, B. Psychiatric - Mental health nursing. 1993. The University of Texas at Arlington.

Skodol Wilson, H. & Ren Kneisl, C. 1992. Psychiatric nursing. California: The Benjamin/Cummings publishing company INC.

Taipale, V. 1992. Lasten mielenterveystyö. Juva: WSOY.

Teirilä, M. & Jyväsjärvi, E. 2001. Tutkielmantekijän työkirja. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

INTERNET- LÄHTEET

Kunnat. 2009. Viitattu 13.11.2009.
http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;374;36984;31661;4869.

Toikkanen, U. 2006. Suomen Lääkärilehti 21 - 22 / 2006. Kriisiryhmien päivystys onnistuu harvoin yhden kunnan voimin. Viitattu 6.10.2009.
http://www.laakarilehti.fi/haku/index.html?terms=Kriisiryhmien+p%E4ivystys+onnistuu+harvoin+yhden+kun&Hae=Hae&display=5&compound_search_result=1

Pojjula, S. 2004. Sairaanhoitajalehti 2 / 2004. Kriisityön ajantasaistaminen. Viitattu 3.10.2009.
<http://www.traumapsych.com/julkaisut/kriisi2.html>

Pojjula, S. 2005. Suomen lääkäri-lehti 14 / 2005. Kriisityöstä psyykkisen trauman hoitoon. Viitattu 30.9.2009.
http://www.laakarilehti.fi/haku/index.html?terms=Kriisityo%F6st%E4+psyykkisen+trauman+hoitoon+&Hae=Hae&display=5&compound_search_result=1

Suomen mielenterveysseura. 2009a. Viitattu 24.9.2009.
<http://www.mielenterveysseura.fi/mielenterveysseura>

Suomen mielenterveysseura. 2009b. Viitattu 24.9.2009.
<http://www.mielenterveysseura.fi/kriisityo>

Hynninen, T. & Upanne, M. 2006. Stakesin raportteja 2/2006. Akuutti kriisityö kunnissa. Nykytila ja kehittämishaasteet. Viitattu 22.9.2009.
<http://www.stakes.fi/FI/Julkaisut/verkkajulkaisut/raportteja06/Ra2-2006.htm>

Suomen mielenterveysseura. 2009c. Viitattu 23.1.2009
<http://www.mielenterveysseura.fi/seura/yhteistyoverkostot.html>

MUUT LÄHTEET

Gates, K., Lahtinen, M. & Nyberg - Meinola, L. 2008. Aivohalvauspotilaan kokonaisvaltaisen auttamisen kehittäminen psyykkisen kriisin akuutissa vaiheessa Hiiden alueella. Laurea - ammattikorkeakoulu. Laurea Lohja. Opinnäytetyö.

Korhonen, V., Osara, P., Palomäki, L., Ranta, K., Salminen, M. & Tanskanen, I. 1996. Akuutissa psyykkisessä kriisissä olevalle ihmiselle tarkoitettujen kriisipalveluiden kartoitus Lohjan sairaanhoito alueella. Lohjan terveydenhuolto-oppilaitos. Lohja. Päätötyö.

Kullberg, N. 1994. Kriisityö Mobile - projektissa Lohjalla. Lohjan terveydenhuolto-oppilaitos. Lohja. Päätötyö.

Suomen mielenterveysseuran työryhmä. 2008. Esite. Helsinki: Painoprisma Oy.

Liitteet

Liite 1 Kysymyslomake

TAUSTAKYSYMYKSET

1. Mitä tahoja vastaaja/vastaajat edustavat?

- Sosiaalitoimi
- Poliisi
- Nuorisotyö
- Erikois-sairaanhoido
- Perus terveydenhuolto
- Seurakunta
- Jokin muu, mikä?

2. Kuinka pitkä kokemus vastaajalla/vastaajilla on alalta?

- Alle vuosi
- 1-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- Yli 10 vuotta

3. Kuinka monta henkilöä on osallistunut tämän kyselyn vastaamiseen?

- Yksi
- Kaksi
- Useampi, kuinka monta?

4. Kuinka paljon yksikössä on asiakas/ potilastyötä tekevää henkilökuntaa?

_____?

5. Yksikkönne aukioloajat?

_____?

6. Kuinka pitkä jonotusaika yksikössä on keskimäärin tällä hetkellä?

KRIISIKESKUSTOIMINAN KÄYNNISTÄMISTÄ KARTOITTAVAT KYSYMYKSET

1. Kuinka usein yksikköönne otetaan yhteyttä kriisitilanteissa?

- Alle 1x kuukaudessa
- 1-2x kuukaudessa
- 3-4x kuukaudessa
- Enemmän kuin 4x kuukaudessa
- Ei lainkaan (ohita kysymys kaksi)

2. Mikäli otetaan yhteyttä, niin minkälaisissa asioissa. Valitse kolme yleisintä syytä.

- Huoli läheisestä
- Väkivalta (psyykkinen, fyysinen, seksuaalinen)
- Parisuhdeongelmat
- Lastensuojeluasia
- Henkirikos
- Vuorovaikutuskriisi
- Yksinäisyys
- Kuolema lähipiirissä
- Läheisen itsemurha
- työelämän ongelmat/ uupuminen/ kiusaaminen
- Raskauteen ja synnytykseen liittyvät ongelmat
- Päihteiden käyttö
- Muu riippuvuus
- Fyysinen sairaus
- Itsemurhauhka
- Mielenterveysongelmat/ masentuneisuus
- Mielenterveysongelmat/ ahdistuneisuus
- Mielenterveysongelmat/ diagnosoitu psyykkinen sairaus
- Onnettomuustilanne
- Kehityskriisi
- Seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat
- Taloudelliset ongelmat
- Arjessa selviytymiseen liittyvät ongelmat
- Maahanmuuttokriisi
- Muu, mikä_____?

3 a. Miten tarpeelliseksi yksikkönne kokee kriisikeskuksen Lohjan alueella?

- Erittäin tarpeellinen, koska..
- Tarpeellinen, koska..
- Ei tarvetta, koska..
- En osaa sanoa, koska..

3b. Perustele tähän vastauksesi kohtaan 3a:

4. Muuta huomiotavaa, sana vapaa..

_____?

Liite 2 Ohje kyselyyn vastaajalle

Kyselylomake sisältää neljä kriisikeskuksen toiminnan käynnistämistä kartoittavaa kysymystä sekä kuusi taustakysymystä. Kyselyyn voi vastata yksin tai yhdessä kollegojen kanssa. Kysymyksiin vastaaminen ei vie paljon aikaa ja toivomme, että vastaatte niihin huolella. Kiitos yhteistyöstä.

Tarvittaessa voitte ottaa yhteyttä meihin sähköpostitse.

Faiza Guled

Marjukka Rinne

faiza.guled@laurea.fi marjukka.rinne@laurea.fi

Lisätietoa kriisikeskuksista:

Suomen Mielenterveysseura ja sen jäsenseurat kehittävät ja kokeilevat kriisiauttamisen muotoja ja toteuttavat kriisiauttamista järjestämällä kriisipalveluja. Kriisikeskusten asiakkaiden yhteinen nimittäjä on asiakkaan kriisi, joka voi olla traumaattinen kriisi tai kehitys- eli elämänkriisi. Suomen Mielenterveysseuran ja sen jäsenseurojen kriisikeskukset eivät edellytä asiakkailta diagnoosia tai läheteitä. Avun saamisen lähtökohtana on asiakkaan kokemus kriisistä ja avun ja tuen tarpeesta kriisistä selviytymiseksi. Kriisikeskuksissa ei ylläpidetä asiakasrekisteriä ja niissä on mahdollista asioida anonyymisti. Tapaamisten lukumäärä määräytyy asiakkaan tarpeen mukaan. Jotkut asiakkaat tulevat autetuiksi jo yhdellä tapaamisella, jotkut tarvitsevat useampia tapaamisia. Keskimäärin kriisiterapiatapaamisia on 1-10. Toiminnassa noudatetaan vaitiolovelvollisuutta ja tietojen hyväksikäyttökieltoa. Palvelu on asiakkaalle maksutonta.

Kriisityön tavoitteena on asiakkaan selviytymisen tukeminen siten, että kriisi ei jää pysyvästi rasittamaan asiakkaan toimintakykyä ja hyvinvointia. Varhainen apu kriisitilanteessa ehkäisee vakavien ongelmien syntymistä ja pitkittymistä ja vähentää esimerkiksi masentumisen ja muun sairastumisen riskiä. Tavoitteena on, että asiakkaat tulevat autetuiksi tarvitsemallaan hetkellä ja tavalla. Työntekijä kohtaa asiakkaan tasa-arvoisena, välttää riippuvuuden syntymistä ja tukee asiakkaan itsenäisyyttä. Ihmisarvo, yhdenvertaisuus ja riippumattomuus ovat keskeisiä arvolähtökohtia, samoin kohtaaminen, kuuleminen ja asiakkaan itsemääräämisoikeus. Vihjeet itsemurhasta otetaan rohkeasti esille. Tavoitteena on toimia asiakkaan voimavaroja tunnistaen ja tukien. Tavoitteena on varmistaa, että asiakas ei jää kriisissään yksin, vaan pääsee kartoitusvaiheen tai kriisiterapian jälkeen itselleen tarpeellisen palvelun piiriin, mikäli se näyttää tarpeelliselta ja asiakas kokee sen tarpeelliseksi.

Liite 3 Avointen kysymysten vastaukset

(Taulukko 7.) Kuinka paljon yksikössänne on asiakas/potilastyötä tekevää henkilökuntaa?

14

n.150

27

20 - 30

14

2

5

2

6

diakoniatyössä 8

runsas 150 henkilöä

12

1 kuraattori, 1 terveydenhoitaja, 1 koulupsykologi sekä opettajat
noin 300

(Taulukko 8.) Yksikönne aukioloajat?

8-15.30

osa virka-aikaa,osa 24/7

8-16

virka-ajan ulkopuolella

virka-aika

ma-pe 8-16

8-16

08.00-15.30 ma-pe

8-16

diakoniatyöntekijät käytännössä 9 - 16 papit kokonaan työajattomia
aina

ma-pe 7.30-16

8-16

päivystyspalvelut 24 h vrk:ssa

(Taulukko 9.) Kuinka pitkä jonotusaika yksikössänne on keskimäärin tällä hetkellä?

0-8KK

Vaihtelee.Sairaalaan 0-21vrk,päivystys on saatavissa ympäri vrk:n

n. viikko

sosiaalipäivystys!

2-5 vkoa, virka-aikana päivystysaikoja

ei ole jonoja!

1-2 päivää

alle 7 vrk

Asiasta riippuen nopeakin regointi on mahdollista, useinmiten odotusaika 3-4 viikkoa, jonottamaan joutuu lähinnä psykologisiin tutkimuksiin, joihin jono voi olla jopa 8-10 kk viikko

0-1 pv

kuraattorille noin 4 viikkoa

vaihtelee eri työyksiköissä

Liite 4 Kysymyksen 3b avoimet vastaukset

Suotavaa, että perustasolta löytyy asiakkaalle kriisiapua - aina ei ole tarvetta erikoissairaanhoidon, kriisejä on niin moninaisia. Tänne voisi puolestaan ohjata ne, jotka tarvitsevat erikoissairaanhoidon tukea.

On hyvä, että on paikka johon pääsee matalalla kynnyksellä ja mielellään mihin vuorokauden aikaan tahansa. Mitä nopeammin asioihin puututaan (esim.nuoret) niin sitä nopeammat ovat myös vaikutukset. Usein tarvitaan aikuista kuuntelijaa.

Sosiaalipäivystykseen on tullut useita puheluita koskien henkilöitä jotka puhuvat itsemurhasta jne. Myös muutama kuolemantapaus on ollut. Näissä tilanteissa tarvittaisiin lastensuojelun lisäksi myös (tai vaihtoehtoisesti) selkeästi kriisityön osaajia.

Tarvitaan matalan kynnyksen asiointipaikkaa, jonne voi anonymisti ottaa yhteyttä. Yksinäisyysproblematiikkaa yhdistettynä masentuneisuuteen ja itsetuhoisuuteen on paljon. Ko avuntarve ja virallinen palvelujärjestelmä kohtaavat huonosti.

Lohjalla ei ole sen tyyppistä palvelua. Kaikki palvelut on ajateltu, suunnitelmallisena hoitona, ei kriisihoitona. Eikä kriisipalvelun hallitsevia työntekijöitä ole riittävästi.

Palvelupuuttuu kokonaan. Olisi tärkeää, että ihmiset pääsisivät heti kriisin aluksi puhumaan ammatti-ihmisten kanssa. Tällä palvelulla myös ennaltaehkäistään vakavempia ja pitempiaikaisempia hoitoja mielenterveyden ja fyysisen terveyden saralla.

Apua tarvitseville matalan kynnyksen paikka. Keskusteluapu tarpeen. Ongelmat monimutkais-tuneet.

Kriisikeskusta tärkeämpää olisi vahvista jo olemassa olevia palveluja sekä vahvistaa ja selkeyttää kriisiryhmän toimintaa niin, että kaikki tietävät miten kriisitilanteessa apua haetaan ja saadaan

Diakoniatyöntekijät tekevät työtä alueittain. Seurakunnalla on tällä hetkellä kuusi aluetta ja ensi vuonna avataan seitsemäs toimipiste. Toisaalta tuttuus luo turvallisuutta ottaa yhteyttä. Mutta asiakkaita on niin paljon, ettei yhden ihmisen hätään pystytäkään vastaamaan kokonaisvaltaisesti. Verkottuva auttaminen on ainoa keino selviytyä asiakasmäärästä. Varsinkin keskusutassa on paljon yksinäisiä vanhuksia ja mielenterveysongelmaisia.

Puuttuu taho, johon sekä väkivaltaa kokenut ja hänen omaisensa tai väkivaltaa tehnyt voisi ottaa yhteyttä.

tarpeellinen tilanteissa, joissa hoidolliseen apuun on viive, henkilö tarvitsee jatkuvaa tukea, jollaista muissa yksiköissä ei voida tarjota tai sellaisena ajankohtana, jolloin muut yksiköt eivät palvele.

Lohjalla ei ole tällä hetkellä kriisikeskusta, vaikka tarvetta ehdottomasti olisi.

Mielestäni nykyisiä palveluja tulee kehittää eikä esitetylle toimintamallilla toimivalle kriisikeskukselle välttämättä löydy paikkaa palvelujärjestelmässä.

Vapaan sanan osiossa vastaajat toivat esille hyvin pitkälti samoja asioita, kuin kriisikeskuksen tarpeellisuuden perusteluissa.

Liite 5 Kysymyksen 4 vastaukset

Muuta huomioitavaa, sana vapaa:

Oleellista on löytää yhteistyö - selkeä hoitopolku, kuvaus siitä kuka tekee, missä ja milloin. Roolitus tulee olla kaikilla selvillä. Kriistukea tarvitaan iltaisin, viikonloppuisin, pyhinä ym. Huomioitava, että kriisityölle tulee olla myös sille sopivat tilat - tämä on työntekijöiden ja asiakkaiden etu.

On erittäin tärkeää, että päällekkäisiä toimintoja ei tehdä ja pohditaan tukea-antavien toimintojen synergiaa ja nykyisten järjestelmien saavutettavuutta ja soveltuvuutta.

Toivottavasti saamme kriisikeskuksen! Tsemppiä!!!!

On varmaan syytä pohtia sitä, mitkä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon roolit ja työnjako akuuteissa kriisitilanteissa. Nyt näyttäisi olevan odotuksia molempiin suuntiin, osittain epärealistisiäkin. Kysymys 2: oli vaikea valita pelkästään 3 vaihtoehtoa!!!

Kiiriskeksuksen ja viralisen palvelujärjestelmän välinen työnjako ja yhteistyö pitää olla selkeää. Kiiriskeksuksen toiminta täytyy osin kohdentua virka-ajan ulkopuoliseen aikaan. Kriisikeskustoiminta ei voi rakentua kokonaan vapaaehtoistoimijoiden varaan. Toimintastrukturin säilyttäminen tarkoituksenmukaisena ja vapaaehtoisten ohjaus/tuki edellyttää ammatillista työpanosta.

Kouluilla on kriisisuunnitelmat ja oppilashuoltohenkilöstö kuuluu kriisiryhmiin. Yhdellä kuraattorilla on kuitenkin 4-9 koulua, 400-1300 oppilasta, joten kaikki eivät varmaankaan saa sitä kriisiapua, jota tarvitsevat, kouluilta. Tulisi olla paikka/taho, jonne voi perheet/asiakkaat ohjata kriisiavun piiriin.

Kriisin määrittely määrittää palvelutarpeen.

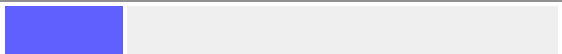
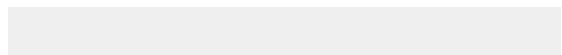
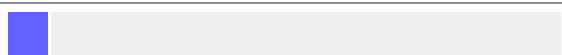

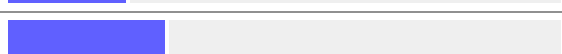
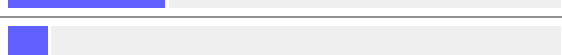
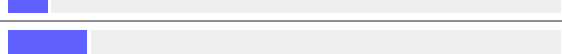
Kriisikeskus tuo osaamista paikkakunnalle ja se verkottaa kaikki auttamistyötä tekevät. Näkisin sen kuin kattojärjestönä ja toisaalta asiakkaan kannalta matalankynnyksen paikkana. Koulutus ja auttamiskriteerejä voitaisiin kehittää yhdessä ja panostaa etsivään työhön. Miten tavoitamme ahdistuskensa kätkijät - viittaamaan kouluammuskeluun.

yksikön henkilöstön valinta tärkeä, jotta tuki kohdentuu oikeisiin asioihin. Olin aiemmassa Lohjan kriisikeskuskokeilussa mukana ja silloin selvästi osin toiminta kohdentui väärin asioihin, toisten puolesta emme voi elää emmekä korjata kaikkia ongelmia.


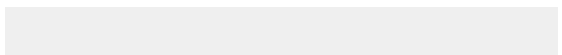
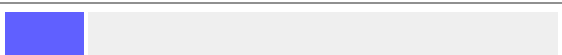

Toimintamallia pitäisi täsmentää ja kohderyhmää fokusoida

Liite 6 Alkuperäiset taulukot


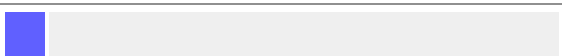

1. Mitä tahoa vastaaja/vastaajat edustavat?

Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1. Sosiaalitoimi	3	21,43%					
2. Poliisi	0	0,00%					
3. Nuorisotyö	1	7,14%					
4. Erikoissairaanhoido	3	21,43%					
5. Perusterveydenhuolto	4	28,57%					
6. Seurakunta	1	7,14%					
7. Jokin muu, mikä?	2	14,29%					
Yhteensä	14	100%					

2. Kuinka pitkä kokemus vastaajalla/vastaajilla on alalta?

Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1. Alle 1 v.	0	0,00%					
2. 1-5 v.	0	0,00%					
3. 6-10 v.	2	14,29%					
4. Yli 10 v.	12	85,71%					
Yhteensä	14	100%					

3. Kuinka monta henkilöä on osallistunut tämän kyselyn vastaamiseen?

Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1. Yksi	13	92,86%					
2. Kaksi	1	7,14%					
3. Useampi, kuinka monta?	0	0,00%					
Yhteensä	14	100%					

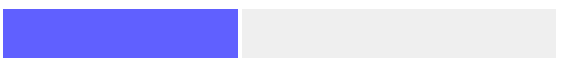

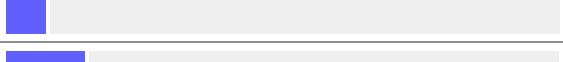

1. Kuinka usein yksikköönne otetaan yhteyttä kriisitilanteissa?

1.	alle 1x kuukaudessa	0	0,00%	
2.	1-2x kuukaudessa	3	21,43%	
3.	3-4x kuukaudessa	2	14,29%	
4.	enemmän kuin 4x kuukaudessa	9	64,29%	
5.	Ei lainkaan (jos valitsit tämän vaihtoehdon, siirry kysymykseen kolme)	0	0,00%	
Yhteensä		14	100%	

2. Mikäli otetaan yhteyttä, niin minkälaisissa asioissa. Valitse kolme yleisintä syytä.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	huoli läheisestä	2	14,29%					
2.	lastensuojeluasias	3	21,43%					
3.	väkivalta (fyysinen, psyykinen, seksuaalinen)	3	21,43%					
4.	henkirikos	0	0,00%					
5.	vuorovaikutuskriisi	2	14,29%					
6.	yksinäisyys	5	35,71%					
7.	kuolema lähipiirissä	1	7,14%					
8.	läheisen itsemurha	1	7,14%					
9.	työelämän ongelmat/uupuminen/ kiusaaminen	1	7,14%					
10.	päihteiden käyttö	4	28,57%					
11.	muu riippuvuus	0	0,00%					
12.	fyysinen sairaus	2	14,29%					
13.	itsemurhauhka	2	14,29%					
14.	mielenterveysongelmat/masentuneisuus	5	35,71%					
15.	mielenterveysongelmat/ahdistuneisuus	2	14,29%					
16.	mielenterveysongelmat/diagnosoitu psyykinen sairaus	2	14,29%					
17.	onnettomuustilanne	1	7,14%					
18.	kehityskriisi	0	0,00%					
19.	seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat	1	7,14%					
20.	taloudelliset vaikeudet	3	21,43%					
21.	arjessa selviytymiseen liittyvät ongelmat	1	7,14%					
22.	maahanmuuttokriisi	0	0,00%					
23.	Muu, mikä?	1	7,14%					
	Yhteensä							

3a. Miten tarpeelliseksi yksikköne kokee kriisikeskuksen Lohjan alueella?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Erittäin tarpeellinen	6	42,86%					
2.	Tarpeellinen	5	35,71%					
3.	Ei tarvetta	1	7,14%					
4.	En osaa sanoa	2	14,29%					
	Yhteensä	14	100%					