

OPPIMATERIAALEJA

PUHEENVUOROJA

RAPORTTEJA 112

TUTKIMUKSIA

Irmeli Leino, Ulla Wiirilinna, Marita Päivärinne,
Liisa Anttila & Pekka Makkonen

ERITYISESTÄ EDISTÄVÄÄN

Mielenterveystyön ja sen opettamisen
kehittäminen Salon seudulla



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPPIMATERIAALEJA

PUHEENVUOROJA

RAPORTTEJA 112

TUTKIMUKSIA

Irmeli Leino, Ulla Wiirilinna, Marita Päivärinne,
Liisa Anttila & Pekka Makkonen

ERITYISESTÄ EDISTÄVÄÄN

Mielenterveystyön ja sen opettamisen
kehittäminen Salon seudulla



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

TURUN AMMATTIKORKEAKOULUN
RAPORTTEJA 112

Turun ammattikorkeakoulu
Turku 2011

ISBN 978-952-216-200-7 (painettu)
ISSN 1457-7925 (painettu)
Painopaikka Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere 2011

ISBN 978-952-216-201-4 (PDF)
ISSN 1459-7764 (elektroninen)
<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162014.pdf>



441 729
Painoluoto

SISÄLTÖ

ESIPUHE	5
I ERITYISESTÄ EDISTÄVÄÄN -HANKE	6
KEHITTÄMISPROSESSISTA	
2 MIELENTERVEYSTYÖ JA OPETTAMISEN HAASTEET SALON SEUDULLA	12
2.1 Salolaisten hyvinvointi	13
2.2 Työelämän tarpeet osaamisen vahvistamisen lähtökohtana	19
3 MIELENTERVEYSOSAAMINEN JA OPPIMISEN KEHITTÄMINEN	21
3.1 Oppiminen työelämässä	21
3.2 Case-työpajatyöskentely oppimisen välineenä	22
3.3 Case-työpajatyöryhmät työnohjauksellisina ryhminä	26
3.4 Työpajatyöskentely toiminnan kehittämisessä	29
4 UUDET TOIMINTAMALLIT MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISEKSI SALOSSA	32
4.1 Case-työpajat	32
4.2 Työpari- ja konsultaatiokäytännöt	40
4.3 Depressiohoitajamalli	43
CASE-TYÖPAJATYÖSKENTELYSTÄ	
5 IKÄRYHMITTÄINEN CASE-TYÖPAJATYÖSKENTELY	48
5.1 Case-työpaja: lapset	49
5.2 Case-työpaja: nuoret	58
5.3 Case-työpaja: työikäiset	65
5.4 Case-työpaja: vanhuksset	73
6 CASE-TYÖPAJATYÖSKENTELY ERITYISRYHMISSÄ	80
6.1 Case-työpaja: kehitysvammaiset	80
6.2 Case-työpaja: maahanmuuttajat	83

7	ARVIOINTI JA TULEVAISUUDENNÄKYMÄT	87
7.1	Kehittämispöcessin arviointi	87
7.2	Kehitettyjen toimintamallien arviointi	90
7.3	Tulevaisuudennäkymät	92
	LÄHTEET	94
	LIITTEET	
	Liite 1. Case-työpajojen lähtökohtaesimerkit	96
	Liite 2. Masentuneen potilaan hoitopolku salossa	100
	Liite 3. Lapset puheeksi -toimintamalli	119
	KIRJOITTAJAT	120

ESIPUHE

Ei ole terveyttä ilman mielen terveyttä. Mielen terveyden ongelmat muodostavatkin suuren haasteen koko yhteiskunnan toiminnalle. Arkipäivän kiivas rytmi pärjäämisvaatimuksineen ja monet erilaiset elämän epävarmuudet tuottavat uhkatekijöitä eri-ikäisten yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen hyvinvoinnille.

Salon seutu on kokenut voimakkaita rakenteellisia muutoksia viimeisten vuosien aikana. Nämä muutokset heijastuvat monitasoisesti ja -tahoisesti monien ihmisten elämään. Nämä heijastukset ovat ilmenneet muun muassa lisääntyneinä mielen terveyden ongelmina Salon seudulla.

Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueella toteutettu mielen terveyspalveluja ja niiden järjestämisen edellyttämää osaamista kehittänyt hanke *Erityisestä edistävään – mielen terveytyön ja sen opetuksen kehittäminen Salon seudulla* pureutui nimensä mukaisesti juuri niihin ongelmakohtiin, joita Salon seudun mielen terveysstrategiassa on keskeisiksi kehittämistarpeiksi määritetty.

Terveysalan koulutus Salossa integroituu vahvasti ympäröivään yhteiskuntaan. Hankkeella oli siksi erityisen hyvät toimintaedellytykset nostaa esille ja kehittää mielen terveyden edistämiseen tähtääviä toimintatapoja ja palvelurakenteita sovitettuna nimenomaan salolaisten elämänpiiriin. Yhteistyö monen alueellisen toimijan kanssa muodosti tiiviin verkoston, jossa pystyttiin kattavasti tarkastelemaan olemassa olevia ongelmia sekä etsimään ja löytämään keinoja niiden ratkaisemiseksi ja ehkäisemiseksi. Verkosto tarjosi myös ammattikorkeakoulun terveystalon opiskelijoille erinomaiset mahdollisuudet olla mukana alueellisten palvelujen ja osaamisen uudistamisessa.

Käsillä olevassa julkaisussa hankkeen merkittävät tulokset tulevat näkyviksi tarjoten mahdollisuuden hyödyntää kehitettyjä toimintamuotoja ja ratkaisuja laajemminkin.

Kaija Lind
Koulutusjohtaja
Terveysala-tulosalue

I ERITYISESTÄ EDISTÄVÄÄN -HANKE

Mielenterveys on keskeinen osa terveyttä. Mielenterveyden edistäminen on laaja-alaista ja prosessiluonteista sekä yksilön että yhteisön hyvinvointiin vaikuttamista. Siinä on ensisijaisesti kyse jatkuvasta hyvinvoinnin tukemisesta ja vasta toissijaisesti sairauksien ehkäisemisestä ja hoidosta. Lähtökohtana ovat käsitys ja asenteet positiivisesta mielenterveydestä ja terveydestä sekä niiden arvostaminen. Mielenterveyden edistäminen on toimintaa yksilötason tuesta kunnallisiin päätöksiin, joissa huomioidaan positiivinen mielenterveyden vahvistaminen. Mielenterveyden edistäminen edellyttää eri sektoreiden välistä yhteistyötä ja siihen voidaan liittää myös terveyteen liittyvä oikeudenmukaisuus, jolla tarkoitetaan terveyserojen kaventamista. Tavoitteena on tarjota kaikille ihmisille mahdollisuus nauttia terveydestä täysipainoisesti asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta ja koulutuksesta riippumatta. (Sohlman 2004.)

Positiivinen mielenterveys on voimavara, joka voidaan määritellä yksilöllisten tekijöiden, kokemusten, sosiaalisen vuorovaikutuskentän, yhteiskunnan rakenteiden, resurssien ja kulttuuristen arvojen kautta. Mielenterveydellä on keskeinen merkitys muodostettaessa ja ylläpidettäessä sosiaalisia suhteita. Siten mielenterveys vaikuttaa myös yhteiskunnalliseen osallistumiseen sekä sosiaaliseen integraatioon, eikä yksin sosiaali- ja terveydenhuollon keinoin ole mahdollista vaikuttaa mielenterveyden kehitysmahdollisuuksiin yksilön, yhteisön tai yhteiskunnankaan taholla. (Sohlman 2004.) Mielenterveyslaki (1990) velvoittaa ensisijaisesti kunnan tai kuntainliiton vastaamaan alueensa mielenterveyspalvelujen järjestämisestä. Mielenterveyspalvelujen laatusuositukset edellyttävät, että kunnalla on mielenterveystyön kokonaissuunnitelma. Nykyiset toimenpide-ehdotukset edellyttävät yli hallintorajojen tapahtuvaa yhteistyötä terveydenhuollon, kulttuuri-, opetus- ja vapaa-ajantoimen sekä teknisen ja sosiaalitoimen kanssa.

Mielenterveyden ja mielenterveysosaamisen edistäminen sekä mielenterveyspalveluiden kehittäminen on Salon seudulla nostettu keskiöön erityisesti viimeisten neljän vuoden aikana. Salon terveyskeskuksen hallinnoima Salon seudun mielenterveysstrategiahanke sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri-

rin psykiatrian tulosalueen strategian laatiminen linjasivat toiminnan kehittämistä. Salon seudun mielenterveysstrategia (2007–2012) hyväksyttiin keväällä 2007 kaikkien kymmenen kunnan valtuustoissa. Palvelujärjestelmässä on Salon seudulla tapahtunut merkittäviä muutoksia vuoden 2007 jälkeen, jolloin kymmenen kuntaa yhdistyi uudeksi Salon kaupungiksi. Salon seudulla on aiemmin ollut vahvasti psykiatriseen erikoissairaanhoidon painottuva toimintamalli. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen visiona on kuitenkin olla vuoteen 2015 mennessä Suomen avohoitoisin sairaanhoitopiiri. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin suomenkieliset psykiatrian palvelut yhdistettiin 1.1.2006 alkaen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueeksi. Psykiatrian tulosalue tuottaa lastenpsykiatrian, nuorisopsykiatrian ja aikuispsykiatrian erikoissairaanhoidon palveluja hajautetusti lähellä palvelujen käyttäjien kotipaikkaa.

Salon seudun mielenterveysstrategiaan on kirjattu ehdotuksia, jotka koskevat perusterveydenhuollon lisäksi erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen sekä kolmannen sektorin toimintoja. Salon seudulla on tiedostettu mielenterveyspalveluiden hajanaisuus. Palveluiden integroiminen ja yhteensovittaminen vaativat laajaa pohdintaa ja rakenteiden muokkaamista. Uusien toimintatapojen ja -mallien kehittäminen vaatii myös ajantasaista tietoa mielenterveyteen liittyvistä asioista sekä palvelurakenteista.

Salon seudun mielenterveysstrategian tavoitteita toteuttamaan käynnistyi syksyllä 2008 TYKESin työelämän kehittämisohjelmaan liittyvä Erityisestä edistävään -mielenterveystyön kehittämishanke. Hankkeen tavoitteena oli luoda uudet yhteistoiminnalliset ja mielenterveyttä edistävät toimintamallit kunnan, yksityisten toimijoiden ja kolmannen sektorin palveluihin. Lisäksi tavoitteena oli vahvistaa mielenterveyttä edistävän ja perhekeskeisen työtavan sekä eri ammattiryhmien ja organisaatioiden yhdessä toimimisen mallia. Salossa perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoidon ja ammattikorkeakoulu lähtivät yhdessä toteuttamaan näitä tavoitteita ja kehittämään mielenterveystyötä ja sen opettamista.

Erityisestä edistävään -hankkeen avulla vahvistettiin työntekijöiden ja ammattikorkeakouluopiskelijoiden valmiuksia kohdata ja tunnistaa mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveysongelmien hoitoon liittyviä tilanteita, ja samalla parannettiin asiakaspalvelua työntekijöiden yhteistyön kehittyessä eri hallintokuntien ja toimijoiden välillä. Hankkeella haluttiin vahvistaa erityisesti ennaltaehkäisevää työtä sekä varhaista tukemista. Keskeisiksi kehittämisen kohteiksi nousivat ehkäisevän mielenterveystyön kehittäminen, toimintatapojen

uudistaminen sekä mielenterveystyön osaamisen vahvistaminen. Toimintatapoja tarkasteltiin niin lasten, nuorten, työikäisten, vanhusten kuin muiden mielenterveystyön palveluiden osa-alueilla. Erityisestä edistävään -hankkeessa toteutettiin käytännössä sektorirajat ylittävää yhteistyötä ja kehitettiin malleja eri toimijoiden väliseen yhteistyöhön ja eri organisaatioiden välille. Ammattikorkeakoulun opiskelijoiden opetuksen integroiminen työelämän osaamisen ja käytännön toimintamallien kehittämiseen osoittautui erittäin toimivaksi ratkaisuksi. Tällainen toiminta on myös hyvä esimerkki Turun ammattikorkeakoulun hyödyntämästä innovaatiopedagogiikasta, joka on nimenomaan työelämälähtöisyyttä painottava lähestymistapa opetukseen.

Erityisestä edistävään -hankkeen tuloksena syntyi toimintamalli mielenterveystyön oppimisen, kehittämisen ja työnohjauksen välineeksi. Taustalla on Turun ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmassa Salossa toteutettava ongelmaperustaisen oppimisen (Problem Based Learning) ideologia, joka pohjautuu ajatukselle oppimisen tilannesidonnaisuudesta. Tämän mukaan opittavalle sisällölle saavutetaan parempi käyttöarvo, kun oppiminen tapahtuu ratkomalla aitoja tosielämän ongelmia (Poikela & Poikela 2005).

Tämän julkaisun ensimmäisessä osassa on kuvattu hankkeen tausta, mielen-terveysosaamisen ja sen oppimisen kehittämisprosessi sekä hankkeessa kehitetyt toimintamallit. Toisessa osassa esitetään yksityiskohtaisemmin case-työpä-jatyöskentelyn sisältöjä.



KEHITTÄMISPROSESSISTA

2 MIELENTERVEYSTYÖ JA OPETTAMISEN HAASTEET SALON SEUDULLA

Masennus on Suomessa tällä hetkellä neljän merkittävimmän kansanterveysuhan joukossa. Masennuksella tarkoitetaan Isometsän (2006, 2007) mukaan ohimenevää masentunutta tunnetilaa, masentunutta mielialaa tai masennusoireyhtymää. Masentunut tunnetila tarkoittaa normaaliin tunne-elämään kuuluvaa reaktiota, joka liittyy pettymyksen ja menetyksen kokemuksiin. Masentuneella mielialalla tarkoitetaan pysyvämmäksi muuttunutta masentunutta tunnevirettä. Tämä tila voi kestää yhtäjaksoisesti viikkoja, kuukausia tai vuosia. Masennustilojen taustalla on usein biologisia, psykologisia ja sosiaalisia riskitekijöitä, kuten esimerkiksi masennustilat suvussa, päihteiden käyttö ja huono sosioekonominen asema. Vakavaa masennusta sairastavat kärsivät tutkimusten mukaan usein myös muista mielenterveyden häiriöistä, kuten ahdistuneisuudesta, persoonallisuushäiriöistä sekä alkoholiriippuvuudesta tai alkoholin väärinkäytöstä. On arvioitu, että vuoteen 2020 mennessä masennus on Suomessa toiseksi yleisin ja myös kallein sairaus. Masennus koskettaa miltei jokaista suomalaista joko omakohtaisesti tai ystävän, läheisen tai työtoverin kautta. On myös todettu, että masennuksen tunnistaminen ontuu, ja noin viidesosa masennusta sairastavista jää hoitamatta. (Isometsä 2007.)

Perusterveydenhuollon osuus on Suomessa jäänyt mielenterveyspalvelujen järjestämisessä melko vähäiseksi, ja mielenterveyttä edistävään ja ehkäisevään toimintaan ei ole ollut riittävästi resursseja. Painopiste on ollut korjaavassa työssä (Salon mielenterveysstrategia 2007). Perheiden saamat palvelut ovat toteutuneet erillisinä eivätkä perhelähtöisinä. Kunnilla ei ole riittänyt voimavaroja mielenterveyttä edistävään ja ehkäisevään toimintaan. Mielenterveyslaissa määritellään, että kunnan tulee huolehtia alueellaan mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä ja sosiaalihuoltoa. Perusterveydenhuoltoon on jo vuonna 1972 voimaan astuneessa kansanterveyslaissa sisällytetty ehkäisevän mielenterveystyön sekä psykiatrisen sairaanhoidon tehtäviä.

Mielenterveyslaissa todetaan, että kunnan on huolehdittava siitä, että mielen-terveyspalvelut järjestetään sisällöltään sellaisiksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveyspalveluiden antaminen edellyttää toimivaa työnohja-uksen järjestämistä. Sairaanhoidopiirin ja sen alueella toimivien terveyskeskus-ten on yhdessä huolehdittava siitä, että mielen-terveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Valmisteilla olevassa terveydenhuoltolain 27:nnessä pykälässä mielen-terveys-työn tavoitteeksi on asetettu väestön hyvä mielen-terveys ja siihen liittyen hyvä toimintakyky ja turvallisuus. Terveydenhuollon keinot vahvistaa mielen-terveyttä suojaavia tekijöitä ovat ohjaus, neuvonta ja tuki. Neuvoloissa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, terveystarkastuksissa sekä sairaanhoitoon liittyvis-sä palveluissa terveydenhuollolla on erityinen rooli mielen-terveyttä suojaavien tekijöiden vahvistamisessa. Vastaavasti mielen-terveyttä vaarantavien tekijöiden tunnistaminen liittyy kiinteästi terveydenhuollon palveluihin.

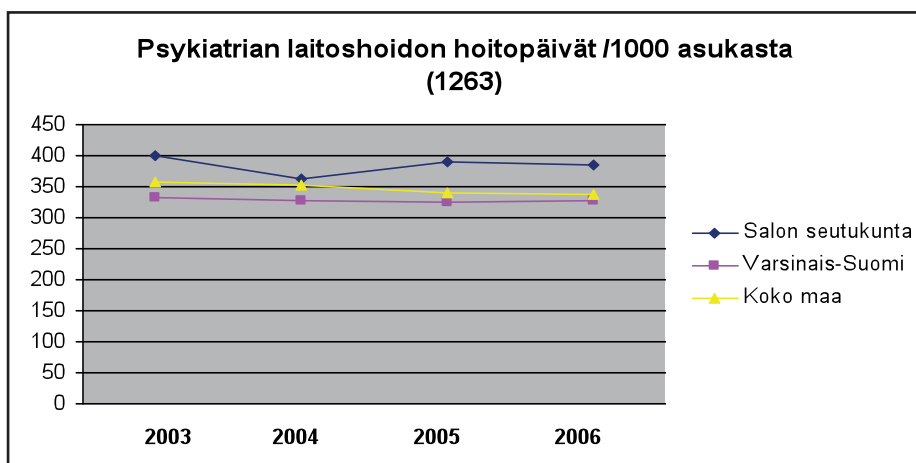
Palvelujen ja mielen-terveysosaamisen kehittämisen lähtökohtana ovat paikal-linen terveyttä ja hyvinvointia kuvaava tieto ja olosuhteiden tuntemus. Terve-tyttä ja hyvinvointia edistävä toiminta kunnassa edellyttää verkostoitumista ja yhteistyötä alueen toimijoiden kesken. Henkilöstö on kuntien tärkein voima-vara, ja ammatillisen osaamisen kehittäminen on tietojen, taitojen ja toiminta-käytäntöjen kehittämistä (STM 2006). Ammatillisen osaamisen kehittämisen haasteena on luoda toimivat käytännöt eri toimijoiden hallintokuntarajat ylit-tävälle yhteiselle oppimiselle.

2.1 SALOLAISTEN HYVINVOINTI

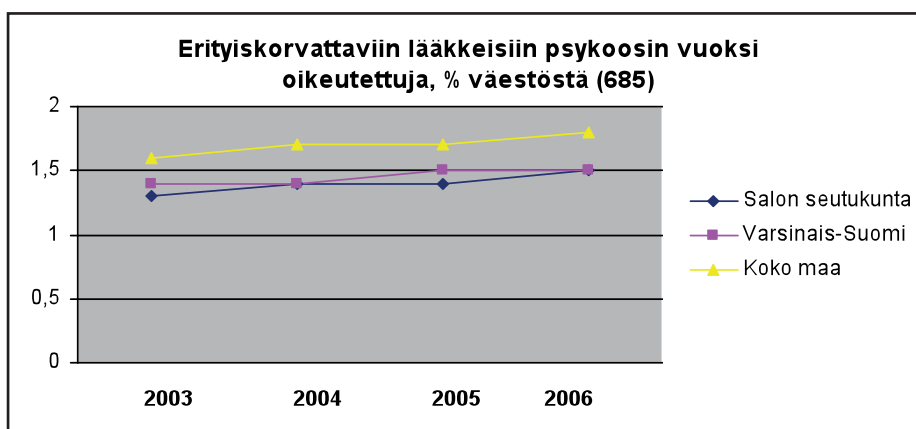
Suomen suurimman kuntaliitoksen muodostamassa uudessa Salon kaupun-gissa on asukkaita noin 55 000. Käynnissä olevan kunta- ja palvelurakenne-uudistuksen tavoitteena on turvata asukkaille kuntien vastuulla olevat hyvin-vointipalvelut. Salon seudulla on käyty läpi suuria rakenteellisia muutoksia Salon seudun kansanterveystyön kuntayhtymän purkaantuessa ja sosiaali- ja terveystoimen yhdistyessä 1.1.2009. Sosiaali- ja terveystoimi jaettiin muutok-sessa neljään tehtäväalueeseen: terveyspalvelut, psykososiaaliset palvelut, van-huspalvelut sekä sosiaalipalvelut.

Salon kaupungin väestön hyvinvoinnin tilaa on seurattu jo pitkään vuosittain teh-tävällä hyvinvointitilinpäädolla ja valtuustokausittain tehtävällä hyvinvointikerto-muksella. Hyvinvointia uhkaaviksi tekijöiksi on todettu lastensuojelun tarpeen

lisääntyminen, mielenterveysongelmien lisääntyminen sekä rikosten määrän kasvaminen. Ongelmat ovat kasaantuneet usein samoille ihmisille ja on todettu, että moniammatillinen yhteistyö, palvelujen kehittäminen ja verkostoituminen edistävät asukkaiden ja perheiden hyvinvointia. Ennen Erityisestä edistävään -kehittämishanketta toteutetut selvitykset osoittivat, että psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät Salon seudulla vuonna 2006 olivat muuta maata suuremmat (kuvio 1). Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin takia oikeutettuja on Salon seudulla vähemmän kuin koko maassa ja yhtä paljon kuin Varsinais-Suomessa keskimäärin (kuvio 2). Näiden selvitysten pohjalta Erityisestä edistävään -hankkeessa ryhdyttiin kehittämään mielenterveyspalveluja osaksi kuntalaisten lähipalveluja.



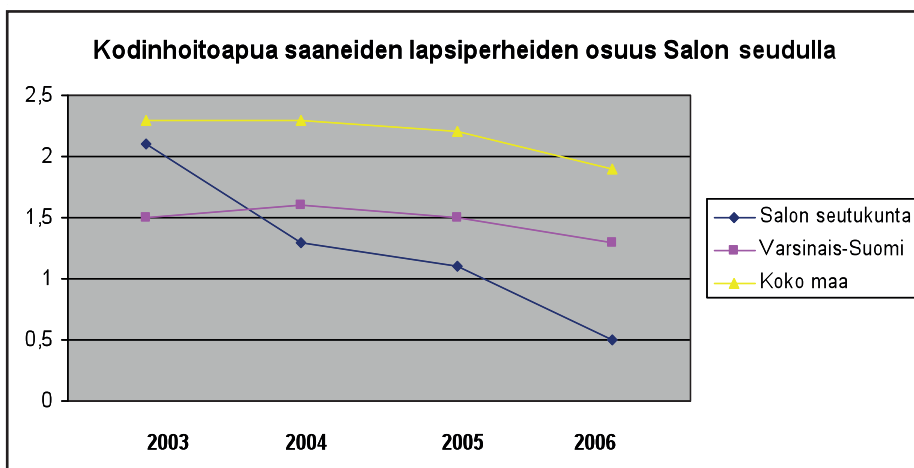
KUVIO 1. Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät (Sotkanet 2008).



KUVIO 2. Psykoosin vuoksi erityiskorvattavia lääkkeitä saaneiden osuus (Sotkanet 2008).

Salon seudulla pienten lasten suhteellinen osuus on pysynyt ennallaan, ja se on samaa luokkaa kuin Suomessa keskimäärin. Uuden Salon demografinen huoltosuhde on heikkenemässä, sillä vanhusten ja lasten määrä suhteessa työikäiseen väestöön on lisääntymässä. Salon seudun erityispiirteitä ovat monikulttuurisuus ja kansainvälisyys. Vuonna 2006 Salon seudulla oli 2051 muuta kieltä kuin suomea tai ruotsia äidinkielenään puhuvaa henkilöä. Lukumäärät ovat kasvaneet vuosittain, ja tällä hetkellä eri kansallisuuksia on lähes 80. Salossa maahanmuuttajista osa on työssä käyviä erityisosaajia ja toisen pääryhmän muodostavat taas Saloon pakolaisstatuksella tulleet maahanmuuttajat. Tämä luo erityisen haasteen erilaisten kulttuurien kohtaamiselle. (Päivärinte 2009.)

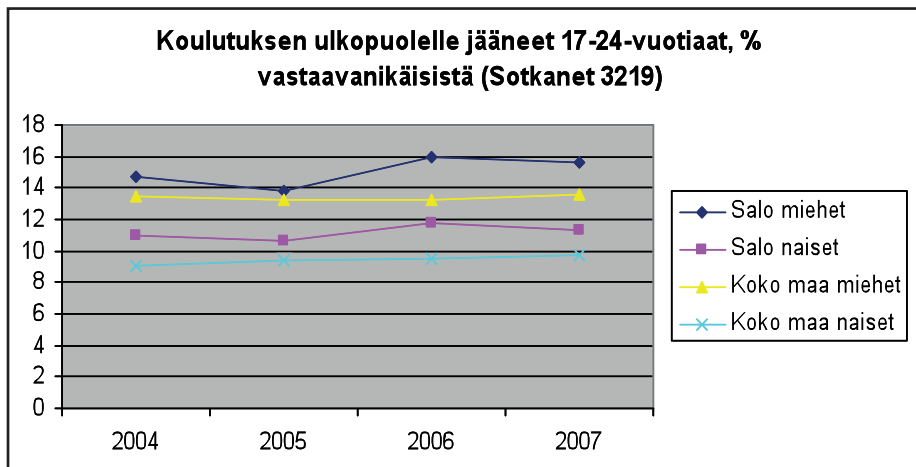
Lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäminen on keskeinen haaste Salon seudulla. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä on noussut jyrkästi ja lastensuojelun avohuollollisten tukitoimien piirissä olevien 0-17-vuotiaiden lasten osuus Salon seudulla on kasvanut. Lasten psykiatriset erikoissairaanhoidon palvelut ovat muuttuneet enemmän avohoitopainotteiseksi osaston muuttuessa vuonna 2006 päiväosastoksi. Syksyllä 2008 Halikon sairaalan yhteydessä on aloittanut toimintansa perheosasto. Kasvatus- ja perheneuvolan palveluja salolaiset lapsiperheet ovat tarvinneet tai saaneet enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Vastaavasti kodinhoitoapua saaneiden lapsiperheiden osuus on laskenut Salon seudulla enemmän kuin koko maassa keskimäärin (kuvio 3). Haasteena ovat lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäminen ja terveyden eriarvoisuuden vähentäminen sekä varhaisen puuttumisen ja ennalta ehkäisevän työn jatkaminen ja tehostaminen erityisesti lapsiperheiden palveluissa. (Päivärinte 2009.)



KUVIO 3. Kodinhoitoapua saaneet lapsiperheet (Sotkanet 2008).

Vuoden 2008 alkupuolella kerättiin tietoja kaikista Salon kymmenestä kunnasta tulevaa lastensuojelusuunnitelmaa varten. Lastensuojelun toimenpiteisiin johtivat usein vanhempien mielenterveysongelmat (30 %), päihdeongelmat (30 %) sekä kasvatusvaikeudet perheissä. Asiakkuuden syynä olivat yleensä äidin mielenterveyden ongelmat, erityisesti masennus. Näiden perheiden lapsilla oli todettu mielenterveyteen liittyviä ongelmia yli puolessa asiakastapauksista. Perheväkivallan uhreiksi oli joutunut noin 14 % lastensuojelun asiakkaana olevista perheistä. Lastensuojelun asiakasperheistä miltei puolet oli yksinhuoltaja-perheitä ja uusperheitäkin vajaa neljännes. Noin 40 prosenttia lastensuojelun asiakasperheistä sai toimeentulotukea vuoden 2008 aikana. (Päivärinte 2009.)

Nuorten erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit olivat lisääntyneet, ja ne olivat yleisempiä kuin Varsinais-Suomessa ja koko maassa keskimäärin. Myös 0–16-vuotiaiden hoitopäivät psykiatrisessa laitoshoidossa olivat vuonna 2007 nousseet. Laitoshoitopäivien sijasta avohoitopainotteinen hoito näkyi Salon seudun suuntalinjoissa. Salon alueella nuorisopsykiatrian tulosalue oli kehittänyt toimintaansa vahvasti avohoitopainotteiseen suuntaan ja uutena toimintamallina oli aloittanut akuuttityöryhmä toimintansa 13–19-vuotiaille nuorille. Salossa oli koulutuksen ulkopuolelle jääneitä nuoria enemmän kuin maassa keskimäärin (kuvio 4). Koulutuksen ulkopuolelle jääminen lisää nuorten syrjäytymisen riskiä. (Päivärinte 2009.)

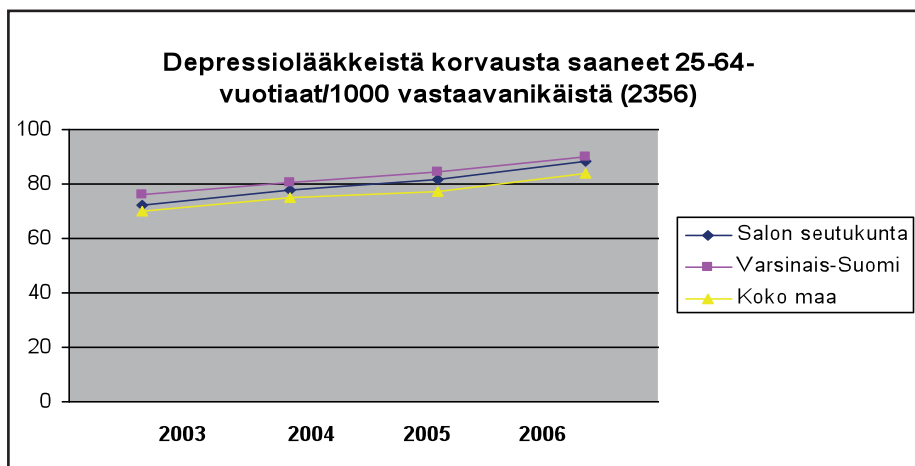


KUVIO 4. Koulutuksen ulkopuolelle jääneet nuoret (Sotkanet 2008).

Valtakunnan tasolla väestöstä 20–25 prosentilla on runsaasti psyykkisiä oireita, luku on vastaava kuin muissakin länsimaissa. Vuonna 2003 mielenterveyseläkkeistä 49 % myönnettiin masennusdiagnoosilla. Silti masennuksen yleisyys väestössä ei ole lisääntynyt. Salossa työkyvyttömyyseläkettä sai vuonna 2007 yhteensä 1136 henkilöä, joista mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä oli yhteensä 502 henkilöä. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi oli työkyvyttömyyseläkkeellä ainakin kolmannes työkyvyttömyyseläkkeen saajista lähes kaikissa Salon seudun kunnissa. Ennalta ehkäisevää päihde- ja mielenterveystyötä tarvitaan hoitavan ja kuntouttavan työn lisäksi työikäisten ja heidän perheidensä hyvinvoinnin lisäämiseksi. (Päivärinte 2009.)

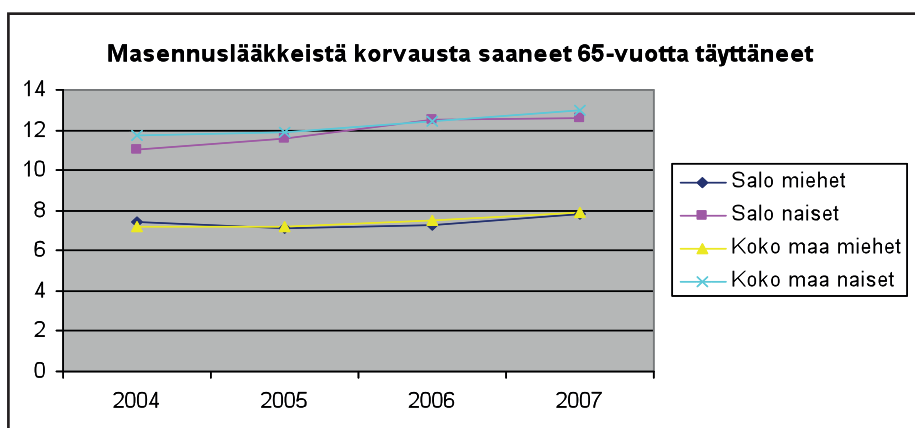
Päihhteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettujen potilaiden määrä on Salon seudulla korkeampi kuin Varsinais-Suomessa ja koko maassa keskimäärin. Alkoholijuomien myynti asukasta kohden ja A-klinikan asiakkaiden määrä on noussut sekä Salon seudulla että koko maassa. Päihhteitä käytetään lääkkeeksi ahdistukseen ja psyykkisiin ongelmiin. Vuoden 2008 loppupuolella Salon terveyskeskuksen alueella valmistui PYLL-vertailu, menetetyt elinvuodet (PYLL, Potential Years of Life Lost). Indeksien mukaan naisten alkoholiperäiset sairaudet ovat yksi suurimmista syistä ennenaikaisiin kuolemiin Salon seudulla ja trendi on huomattavan nousujohteinen, puhumattakaan kaikesta kärsimyksestä, mitä nämä ongelmat aiheuttavat koko lähi-piirille. (Päivärinte 2009.)

Viisi prosenttia suomalaisista kärsii sairausasteisesta masennuksesta, mutta vain vähemmistö heistä hakee apua. Suomessa vuonna 2007 masennushäiriöitä esiintyi työssäkäyvistä 6,4 %:lla ja työttömistä 11,9 %. Tuoreiden tutkimusten mukaan terveyskeskuksen ajanvarausasiakkaista 15–30 % kärsii jonkin asteisesta masennuksesta. Parhaimmillaan heistä tunnistetaan noin 40 %, pahimmillaan vain joka neljäs. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden takia työkyvyttömyyseläkettä saaneiden ja depressiolääkkeistä korvausta saaneiden 25–64-vuotiaiden määrä on kasvanut Salon seudulla ja koko maassa (kuvio 5).



KUVIO 5. Masennuslääkkeistä korvauksia saaneet 25–64-vuotiaat.

Vanhusten masennuksen yleisyys vaihtelee suuresti riippuen yleisestä terveydentilasta sekä siitä elävätkö he itsenäisesti vai eivät. Tutkimusten mukaan itsenäisesti asuvista ikääntyneistä noin 1–5 % kärsii masennuksesta, sairaalahoitossa olevista noin 12 % ja kodinhoitoapua tarvitsevista noin 14 %. Useissa tutkimuksissa on havaittu, että vanhainkodissa asuvista 29–52 % kärsii masennuksesta. Masennuksen vuoksi lääkehoitoa saaneiden 65 vuotta täyttäneiden määrä on Salossa samaa luokkaa kuin Suomessa keskimäärin (kuvio 6). (Päivärinne 2009.)



KUVIO 6. Masennuslääkkeistä korvausta saaneet 65 vuotta täyttäneet.

2.2 TYÖELÄMÄN TARPEET OSAAMISEN VAHVISTAMISEN LÄHTÖKOHTANA

Organisaation osaaminen muodostuu yksilöiden osaamisen yhdistämisestä, tavasta toimia yhdessä ja luoda uutta. Osaamisen kehittäminen ja muutokset tarvitsevat toinen toistaan ja pitkäjänteistä työtä niin organisaation kuin yksilötasollakin. (Valtionkonttori 2009.) Mielenterveystyön eri koulutusmuotoja voidaan suunnitella ja kehittää ottamalla huomioon eri ammattiryhmien tarpeet ja eri alojen asiantuntijuus. Vaihtoehtoisesti voidaan korostaa asiakas- ja perhelähtöisyyttä sekä suunnitella koulutus moniammatillisen tiimin lähtökohdista. Moniammatillinen koulutus mahdollistaa alueellisesti toimivien käytäntöjen hyödyntämisen ja yhdistää eri organisaatioiden voimavaroja. On tärkeää, että koulutuksen suunnittelu pohjautuu työelämässä esiintyviin haasteisiin ja osaamistarpeisiin.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä (Korkeila 2006) on kartoitettu psykiatrian opetuksen kehittämistarpeita perusterveydenhuollossa. Keskeisimmät mielenterveystyöhön liittyvät ongelmat johtuvat selvityksen mukaan siitä, että terveyskeskuksessa asioivien henkilöiden mielenterveysongelmista jää suuri osa tunnistamatta ja palvelut ovat hajaantuneet monen tuottajan vastuulle. Somaattista sairautta voidaan hoitaa psykiatrissa sairautta huomioimatta. Vanhuspsykiatrian osaamisen puutteet näkyvät vanhusten pitkäaikaisessa psyykenlääkkeiden käytössä ja psykoterapeuttisten hoitojen vähäisessä hyödyntämisessä. Lisäksi psykiatristen sairauksien Käypä hoito -suosituksia ei terveydenhuollon eri ammattiryhmissä tunneta riittävästi ja vakavampien häiriöiden tunnistaminenkaan ei välttämättä ole vielä riittävän hyvällä tasolla. Selvityksen mukaan kaikilla ammattiryhmillä on puutteita sekä tiedoissa että taidoissa. Hoitajien peruskoulutukseen tarvitaan enemmän ”arkipäivän” tai ”ruohonjuuritason” psykiatrian opetusta. Asenteita tulisi muuttaa kaikissa ammattiryhmissä vähemmän holhoaviksi. Kykyjä havaita paremmin asiakkaiden omia voimavaroja ja laatia hoitosuunnitelmia yhdessä asiakkaiden kanssa tulisi edistää koulutuksessa nykyistä paremmin. (STM 2006.)

Osaamisen kehittäminen ei ole erillinen asia, se on kytköksissä strategiaan (Valtionkonttori 2009). Salon Mielenterveysstrategian yhtenä painopistealueena oli henkilökunnan mielenterveysosaamisen vahvistaminen järjestämällä täydennyskoulutusta eri toimijatahoille. Osaamisen vahvistamisen lisäksi tavoitteena oli henkilöstön jaksamisen edistäminen työnohjauksellisin keinoin. Salossa koulutuksen suunnittelua varten perustettiin alueellinen työryhmä, jossa oli eri hallintokuntien sekä korkeakoulujen ja oppilaitosten edustajia.

Koulutuksen suunnittelun ja kehittämistyön pohjana hyödynnettiin paikallista perusterveydenhuollon henkilöstölle suunnattua kyselyä koulutustarpeista koskien mielenterveystyötä. Kyselyn tuloksena Salossa esille nousivat muun muassa seuraavat koulutustoiveet:

- yleisimmät mielenterveyshäiriöt, niiden tunnistaminen ja hoito
- tieto mielenterveysongelmista eri ikäkausina
- asiakkaan ja perheen kohtaaminen
- lapsen tukeminen, kun vanhemmalla on mielenterveysongelma.

Koulutus suunniteltiin toteutettavaksi case-tyyppisenä koulutuksena sekä interaktiivisena pienryhmätyöskentelynä, jossa korostuu eri toimijoiden välinen yhteistyö. Tavoitteena nähtiin koulutukseen osallistuvien välinen vuoropuhelu ja yhteinen pohtiva keskustelu yli sektorirajojen, jolloin ratkaisujen etsiminen oman työn ongelmakohtiin, yhteistyön kehittämiseen ja töiden uudelleen suunnitteluun mahdollistuisi. Tavoitteena oli mielenterveysosaamisen systemaattinen lisääminen kaikille asiakastyötä tekeville henkilöstöryhmille. Koulutuksen toivottiin sisältävän yhteisötason kokemuksia ja monitieteistä tiimityötä sekä lähipalveluissa toimimista. Tavoitteena oli edistää poikkihallinnollisesti työntekijöiden kykyä havaita sekä tunnistaa käytäntöjen ja toimintojen vaikutukset mielenterveyteen.

3 MIELENTERVEYSOSAAMINEN JA OPPIMISEN KEHITTÄMINEN

3.1 OPPIMINEN TYÖELÄMÄSSÄ

Työelämässä oppiminen on tärkeä elementti ja mahdollistaja. Koulutus ja työssä oppiminen liittyvät kiinteästi yhteen ja niiden välinen rajapinta on katoamassa. Kun työ muuttuu, muuttuu myös oppiminen. Työelämässä oppimisen tavoitteena on siirtyä henkilöstön kouluttamisesta henkilöstön kehittämiseen ja työympäristön muokkaamiseen oppimisympäristöksi. Toimiva työyhteisö linkittää osaajiansa työpanoksen ja kehittää organisaationsa rakenteet osaamisen kehittymistä tukeviksi. (Valtionkonttori 2009.) Uusien toimintatapojen ja toimintamallien kehittäminen mielenterveyspalveluissa vaatii ajantasaista tietoa sekä asenteiden, tietojen ja taitojen muutosta. Eri sektoreiden työntekijöiden työskentelytapoja pitää nykyaikaistaa vastaamaan tämän päivän tarpeita, jotta pystytään tarjoamaan nykyaikaista tehokasta ja vaikuttavaa hoitoa. Koulutuksella on tässä työssä merkittävä rooli.

Ammatillinen kasvu on jatkuva oppimisprosessi, jonka kautta yksilö hankkii työuransa aikana tarvittavia tietoja, taitoja ja kykyä, joita hyödyntämällä hän pystyy vastaamaan muuttuviin ammattitaitovaatimuksiin (Ruohotie 2000). Työelämän monimutkaistuessa tarvitaan yksilöasiantuntijuuden kehittymistä yhteisöasiantuntijuudeksi, jolloin asiantuntijuus sisältää tiedon yhdistelyä, hallintaa ja muuntautumiskykyä sekä ongelmanratkaisutaitoja (Haarala, Keto & Sipari 2008). Työelämän ja koulutuksen rajapinnan hämärtyminen on kasvua kohti yhteisöllistä oppimiskulttuuria. Työ edellyttää ammattilaisilta entistä enemmän tiedon käsittelyä, se on yhteistoiminnallisempaa ja edellyttää jatkuvaa oppimista. Ongelmaperustainen oppiminen on yksi vastaus koulutuksen ja työn lähentämisen haasteeseen (Poikela & Poikela 2005).

Yhteisöllisellä oppimisella tarkoitetaan oppimista, jossa kaikilla ryhmän jäsenillä on yhteinen tehtävä ja tavoite, ja jossa pyritään jaettujen merkitysten

sekä yhteisen ymmärryksen rakentamiseen vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa (Järvelä & Häkkinen 2002). Yhteisöllisessä oppimisessa korostuvat kysyminen, selittäminen, eri näkökulmien vertailu, vastavuoroinen toiminnan säätely sekä yhteinen tiedon luominen. Yhdessä työskentelyn on tarkoitus tuottaa positiivinen lisäpanos, parempi tulos kuin ryhmän yksittäisten jäsenten suoritukset yhteensä. Tämän aikaansaamiseksi tarvitaan vuorovaikutuskulttuurin tunnistamista ja tietoista pyrkimystä sellaiseen vuorovaikutukseen, jossa tiedon ja eri näkökulmien saattaminen yhteen tuottaa enemmän kuin yhden asiantuntijan panos. (Isoherranen 2005).

Yhteisöllisessä oppimisessa tarvitaan vuorovaikutustaitoja, tiedon jakamista ja suhteuttamista. Lisäksi tarvitaan luottamusta, avoimuutta ja herkkyyttä. Keskeistä on tarkastella, miten työnteko, oppiminen ja innovointi liittyvät toisiinsa. Asiantuntijoiden taitava toiminta muodostuu käytännön ammattiosaamisesta ja vuorovaikutustaidoista. (Koivunen 2005.) Seuraavaksi tarkastellaan case-työpajatoimintamallia Erityisestä edistävään -hankkeessa oppimisen, työnohjauksen ja kehittämisen välineenä sekä prosessiin liittyviä keskeisiä käsitteitä dialogia, reflektointia ja kollektiivista asiantuntijuutta.

3.2 CASE-TYÖPAJATYÖSKENTELY OPPIMISEN VÄLINEENÄ

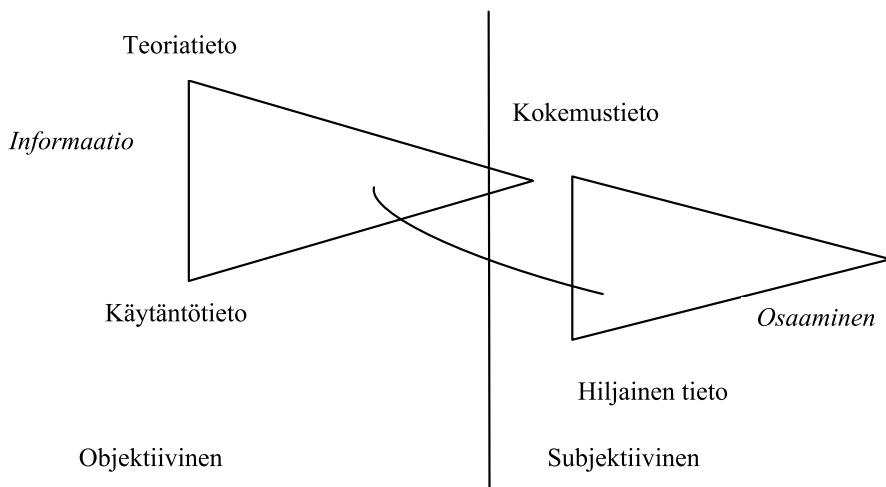
Perinteisen tieteellisen tiedon lisäksi ammatilliseen tietokäsitykseen kuuluvat taitotieto, tietotaito, hiljainen tieto sekä intuitio. Taitotieto (expert knowledge) on taitavaan suoritukseen kykenevän ammatillaisen toimintaa, tietotaito (know-how) määritellään tietoon perustuvaksi taidoksi. Hiljainen tieto (tacit knowledge) on subjektiivista, ryhmä- tai organisaatiokohtaista osaamista ja sen jakaminen riippuu yksilöiden ja yhteisöjen toiminnasta. Intuitiivinen tieto on välitöntä järjestyksestä riippumatonta tietoa. (Poikela & Poikela 2005.) Nämä tiedonlajit yhdessä antavat pohjan ammatilliselle toiminnalle ja innovatiiviselle pedagogiikalle (Heikkilä & Heikkilä 2005).

Perinteinen tietokäsitys ei sisällä tiedon dynaamista, humanistista ja suhteellista ominaisuutta. Tieto on dynaamista, kun yksilöt ja organisaatiot luovat sitä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Tieto on aina sidoksissa aikaan ja paikkaan. Uuden tiedon luomista edistävät ihmisten avoin kohtaaminen, omien käsitysten jakaminen ja niiden avoin reflektointi. Tyypillisesti syntyy uusia perspektiivejä ja maailmakatsomus muokkaantuu, kun yhteisiin tilanteisiin osallistuu useita eri tavoin ajattelevia ja kokemukseltaan erilaisia yksilöitä. (Heikkilä & Heikkilä 2005.) Oppimiskäsityksen ytimen muodostaa oppijan oma aktiivi-

nen toiminta (Poikela & Poikela 2005). Uuden tiedon tuottamisprosessi alkaa yksilöllisenä, mutta etenee kollektiivisena prosessina.

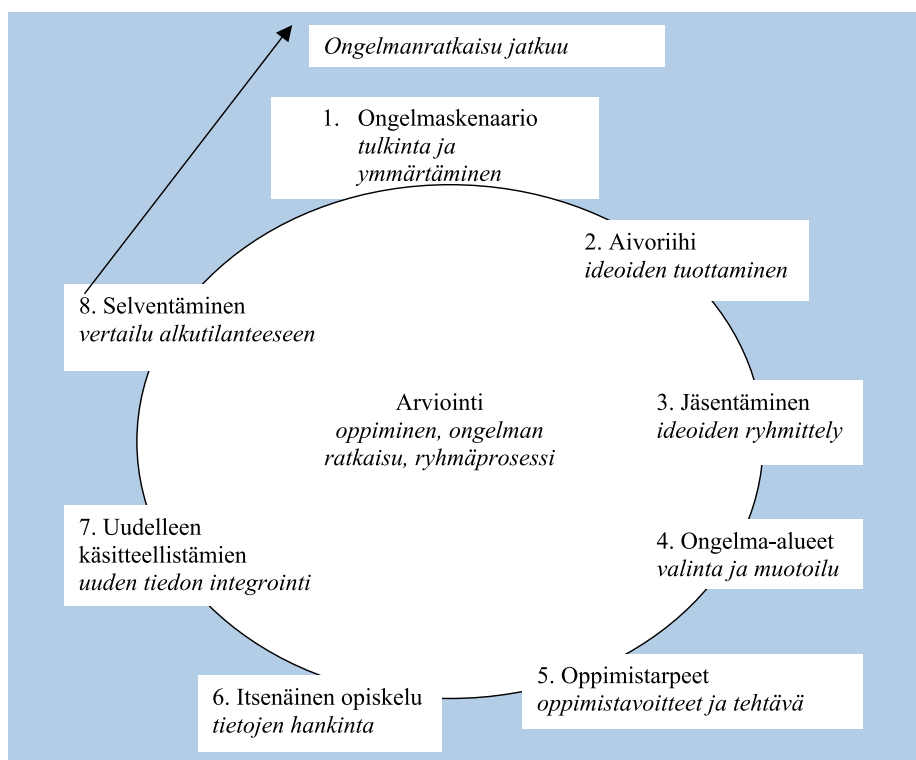
Turun ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmassa Salon toimipisteessä toteutuva ongelmaperustaisen oppimisen (Problem Based Learning) ideologia pohjautuu ajatukselle oppimisen tilannesidonnaisuudesta. Tämän mukaan opittavalle sisällölle saavutetaan parempi käyttöarvo, kun oppiminen tapahtuu ratkomalla aitoja tosielämän ongelmia. Ongelmaperustaisessa oppimisessa korostetaan lisäksi opiskelijan kykyä kriittiseen ajatteluun, poikkitieteellisyteen, informaation käsittelytaitoihin, itseohjattuun oppimiseen sekä ryhmä- ja vuorovaikutustaitoihin. (Poikela & Poikela 2005.)

Kuviossa 8 on kuvattu, miten ongelmaperustaisessa oppimisessä informaatio muuttuu tiedon muuntamisen vaiheiden kautta osaamiseksi. Kuvion vasen puoli kuvaa koulutuksen maailmaa ja oikea puoli työn ja ammatin maailmaa. Oppimisen perustana olevat ongelmat laaditaan yhteiskunnallisen ja työelämän todellisuuden pohjalta. Opetuksen tehtävänä on ohjata ongelmien käsittelyä siten, että oppijat kykenevät integroimaan tarvittavaa teoria ja käytännön tietoa oppimisprosessissa. Kuvio kertoo myös oppimisen ja osaamisen ajallista ja tilannekohtaisesta siirtymästä. Vaatimus ammatissa tarvittavan osaamisen tuottamisesta ei kohdistukaan enää vain koulutukseen, vaan myös siihen, miten oppiminen jatkuu työelämässä, ja miten tieto ja osaaminen kyetään ottamaan yhteiseen käyttöön. (Poikela & Poikela 2005.)



KUVIO 8. *Informaatio, tieto ja osaaminen (Poikela & Poikela 2005).*

Ongelmaperustainen oppiminen on enemmän strategia ja toimintatapa kuin opetusmenetelmä. Se vaatii osallistujiltaan itseohjautuvuutta ja yhteistoiminnallisuutta. Ongelmanratkaisun sykli alkaa työelämästä nostetun tapausesimerkin esittämisellä (kuvio 9). Alussa pyritään yhteisymmärrykseen ongelmaan liittyvistä käsitteistä. Aivoriihen tarkoituksena on tuoda esille aikaisempi tieto ja ideat ongelman käsittelyn mahdollisuuksista. Jäsentämävaiheessa ideat jäsennellään ja oleellisimmat ongelma-alueet valitaan. Seuraavaksi määritellään oppimistavoitteet. Itsenäisen opiskelun vaiheessa osallistujat perehtyvät kirjallisuuteen ja muihin tietolähteisiin. Tiedon etsintää ohjaa ongelmasta tai tapausesimerkistä nostettu oppimistehtävä. Itsenäisen opiskelun tuloksena hankitun tiedon pitäisi johtaa valitun ongelma-alueen ja oppimistavoitteiden uudelleen integrointiin. Selventämävaiheessa palataan alkutilanteeseen, jolloin kuva ongelmanratkaisun ja oppimisen etenemisestä selkiytyy ja luodaan pohja prosessin jatkamiselle. Työelämässä kohdattavat tilanteet eivät noudata jaottelua eri alojen erikoisaloihin ja oppiaineisiin, vaan ne on ratkaistava sellaisena, kuin niitä kohdataan. Jokaisen ryhmäoppimistilanteen lopuksi käydään palaute- ja arviointikeskustelu. (Poikela & Poikela 2005.)



KUVIO 9. Ongelmaperusteisen oppimisen malli (Poikela & Poikela 2005).

Ongelmaperustaisen oppimisen käynnistäjänä toimivaa lähtökohtaa suunniteltaessa ongelma muotoillaan skenaarioksi, joka voi sisältää pidemmän ongelmanratkaisun perspektiivin, tai lähtökohtana voi olla heräte, jonka tehtävänä on aktivoida opiskelijoiden kiinnostus ja mielikuvat tiettyyn tilanteeseen. Tyypillisimmillään lähtökohta on ongelma tai tapaus, joka vastaa mahdollisimman pitkälle todellista työssä kohdattavaa tilannetta. Taustalla ovat siis aina todellisen elämän ilmiöt ja ammatillisen käytännön työtilanteet. (Poikela & Poikela 2005.)

Tiedon tulkintaan tarvitaan useiden ihmisten avoimia ideointitilanteita, joissa luodaan käsitys siitä, mitä asiakkaat todella tarvitsevat ja miten heidän tarpeisiinsa voidaan vastata. Kasvokkain tapahtuva kohtaaminen ja vuorovaikutus ovat keskeisiä myös hiljaisen tiedon välittämisessä. Hiljaista tietoa voi tavoittaa vain opettelemalla kohtaamaan ihmisten arkitodellisuutta, ennakkoluulottomasti. Omien itsestäänselvyyksien poisopettelu ja asiantuntijuuden manttelin riisuminen auttavat oppimaan ihmisen käyttäytymistä. Parhaimmillaan sisäistetty uusi tieto vie ihmiset luovaan muutokseen. (Heikkilä & Heikkilä 2005.)

Dialogi on yksi väline, jonka avulla rakennetaan yhteistä ymmärrystä moniammatillisessa keskustelussa. Dialogi eroaa keskustelusta siinä, että sen tavoitteena on ilmiön tutkiminen yhteisenä vuoropuheluna. Dialogia kuvataan keskusteluna, jossa ihmiset ajattelevat yhdessä ja heidän välillään vallitsee luottamuksellinen suhde. Keskustelun kohdetta tarkastellaan eri näkökulmista, ja erilaisia käsityksiä pohditaan rinnakkain. Vaikka toisen näkökulma ei olisi itselle mieleinen, sitä ollaan valmiit kuuntelemaan. Näin voidaan päästä yhteisölliseen tietoon ja jaettuun ymmärrykseen asiasta. Tämä edellyttää, että jokaisen on luovuttava varmuudestaan ja kuunneltava uusia mahdollisuuksia, joita avautuu vuorovaikutteisessa vuoropuhelussa. (Heikkilä & Heikkilä 2005, Isoherranen 2005.)

Vuorovaikutustilanteissa dialogin sujutus on tärkeää. Jotta asiaa voisi tarkastella myös toisen näkökulmasta, olisi tärkeä luoda tilanteita, joissa jokaisen oma kokemus ja näkökulma asioihin tulevat esille ja jokaisen näkökulmaa myös kuunnellaan. Kyky asettua toisen ihmisen asemaan ja katsoa toisen näkökulmasta ovat perusedellytyksiä keskustelun onnistumiselle. Tapa ja sanat, joilla kuvataan edessä olevaa tilannetta vaikuttavat osallistujien reaktioihin. Käsitteet ja käsitteellistäminen palvelevat ymmärtämistä, ennustamista ja toimintaa. Ihmiset havaitsevat juuri ne puolet ympäristöstä, joita he pitävät tärkeinä. (Mattila 2006.) Dialogin avulla organisaation kommunikaatiotapaa

voidaan kehittää uutta luovaksi prosessiksi. Avoimessa dialogissa kudotaan yhteyksien verkostoa, joka ei toimi ainoastaan organisaation sisällä, vaan ulottuu myös sen ulkopuolelle ja erityisesti asiakkaisiin. Dialogi on hyvä keino selvittää monimutkaisia asioita, joihin kenelläkään ei ole valmista ratkaisua. (Heikkilä & Heikkilä 2005.)

Erityisestä edistävään -hankkeessa keskeisenä menetelmänä oli ollut ongelma-perustainen ja voimavarasuuntautunut osaamisen kehittäminen. Oppimisprosessin käynnistäjänä toimineet lähtökohdat olivat tilanteita, jotka vastasivat mahdollisimman pitkälle todellista työssä kohdattavaa tilannetta. Taustalla olivat aina todellisen elämän ilmiöt ja ammatillisen käytännön tilanteet, joiden käsittely edellytti tietoa usealta alalta. Uusia taitoja ja niiden oppimista vahvistettiin yhteistyössä. Hankkeessa korostui käytännönläheisyys ja vuorovaikutuksellisen toiminnan oppiminen. Keskeisenä tavoitteena oli dialogisen yhteistoiminnallisuuden kulttuuriin luominen ja ylläpitäminen.

3.3 CASE-TYÖPAJATYÖRYHMÄT TYÖNOHJAUKSELLISINA RYHMINÄ

Työnohjauksen tavoitteena on tukea ammatillista kehittymistä ja auttaa löytämään työssä uusia mahdollisuuksia (Ojanen 2000). Työnohjaus tarjoaa menetelmän, jolla työyhteisö ja organisaation johto sekä yksilö- että ryhmätasolla ja koko organisaatiossa voisi varmistaa toimintansa laadun ja huolehtia siitä, että se kykenee organisaationa jatkuvasti oppimaan ja kehittymään (Keski-Luopa 2001). Työnohjauksessa keskitytään osallistujien välittömään kokemukseen, pohditaan ja peilataan kokemusta tunteisiin ja ajatuksiin ja arvioidaan tilannetta uudelleen. Tämän jälkeen päästään tiedon toteuttamiseen ja testaamiseen käytännön tasolla. Ohjaajan tehtävänä on luoda kannustava ja turvallinen keskusteluolosuhde, joissa dialogi onnistuu. (Ojanen 2000.) Yhdessä työskentelyn on tarkoitus tuottaa positiivinen lisäpanos, parempi tulos kuin ryhmän yksittäisten jäsenten suoritukset yhteensä. Tämän aikaansaamiseksi tarvitaan vuorovaikutuskulttuurin tunnistamista ja tietoista pyrkimystä sellaiseen vuorovaikutukseen, jossa tiedon ja eri näkökulmien saattaminen yhteen tuottaa enemmän kuin yhden asiantuntijan panos. (Isoherranen 2005.)

Työryhmän toimintaan liittyy aina reflektiivinen puoli, omien todellisuuskäsitysten, asenteiden ja tunteiden kriittinen tarkastelu sekä oman toiminnan tulkitseminen ja ymmärtäminen. Myös tieteellinen tieto tulee sulauttaa osaksi

henkilökohtaista näkemystä ja näin saada tietoa, jota voidaan suunnata toimintaan käytännön ongelmatilanteissa. Ryhmässä oppiminen on reflektion kehittäjänä erinomainen ja sen onnistuminen edellyttää aina sosiaalista kanssakäymistä. Ryhmässä opiskelu ei automaattisesti takaa oppimisen kehittymistä, vaan ryhmää täytyy osata ohjata. Kriittinen kyseenalaistaminen, jonka tavoitteena on pikemminkin oletusten kuin informaation esiin saaminen, edellyttää ohjaajalta työnohjauksellisia taitoja. Ohjaajan on kyettävä esittämään kysymyksiä, jotka saattavat koskettaa hyvinkin henkilökohtaisia asioita ja hänen on kyettävä ottamaan esiin myös pelottavia kysymyksiä niin, että ne eivät muodostu uhkaaviksi. (Öystilä 2001.) Dialoginen keskustelu on moniääninen, avoin, houkutteleva ja tulevaisuuteen suuntautunut. Dialogisuus auttaa mobilisoimaan sosiaalisen verkoston voimavaroja ja reflektioivalla keskustelulla voidaan pelottavat keskustelunaiheet tehdä vaarattomiksi ja sanottava saadaan sanotuksi. (Rautkallio 1997.)

Reflektoinnille on oleellista ihmettely ja kysyminen ja sen avulla ihminen voi oppia toteuttamaan itseensä kohdistuvaa ajattelua. Reflektion tavoitteena on itsetiedostus ja sen avulla selvitetään omakohtaisia kokemuksia. Se on kokemuksen uudelleen arvioimista. Reflektoinnin avulla on mahdollista auttaa ihmistä pois itsestään selvinä pitämistään totuuksista. (Hämäläinen & Kiiskilä 2006.) Reflektio on avain emotionaalisten, sosiaalisten ja tiedollisten elementtien käsittelyyn (Poikela & Poikela 2005). Emootiot ovat hyvin läheisessä kosketuksessa uskomuksiimme, käsityksiimme ja arvostelmiimme. Jos käsityksemme muuttuvat, muuttuvat myös tunteemme. Mattilan (2006) mukaan käytetyllä kielellä on suuri merkitys vuorovaikutuksen onnistumiselle. Myrkyllinen kieli vuorovaikutustilanteissa on tuomitsevaa, asenteellista ja puolueellista oman näkemyksen suuntaan. Kokemus on oppimisen lähtökohta ja reflektiivinen oppiminen on luonnollinen tapa oppia.

Puhumisen, kuuntelemisen ja ymmärtämisen taidot vaativat näkökulman vaihtamisen taitoa ja huumorintaju, luovuus ja ongelmien ratkaisu hyötyvät siitä (Mattila 2006). Kehittymistä palveleva dialogi merkitsee yhteyttä toiseen ihmiseen. Hyväksyminen merkitsee toisen ihmisen varauksetonta kunnioitusta ja jatkuvasti muuttuvan todellisuuden oivaltamista. Avoin dialogi ja reflektointi edellyttävät rohkeutta omaan kokemiseen sekä avointa ja kiinnostunutta toisen kuuntelua. Näin mahdollistuu rakentava, luova toiminta, jossa säilyy kummankin osapuolen kokemisyhteys todellisuuteen. (Hämäläinen & Kiiskilä 2006.)

Konfliktien ratkomisessa voi auttaa asian uudelleen määrittely, jossa asiaa katsotaan eri näkökulmasta ja se ilmaistaan uusin sanoin. Mattilan (2006) mukaan asioita ei aina voi muuttaa, mutta omaa suhtautumista niihin voi. Ratkaisukeskeisessä lähestymistavassa pyritään näkemään asia uudessa valossa ja tuomaan uusia merkityksiä esille. Positiivisten tulevaisuusvisioiden pohtiminen voi olla monin tavoin hyödyllistä ja tavoiteltavaa. Se vahvistaa optimismia ja auttaa asettamaan tavoitteita. Positiivisen tulevaisuusvision avulla voidaan nähdä menneisyys resurssina ja antaa arvoa tapahtuneelle edistykselle ja nähdä toiset ihmiset liittolaisina eikä vastustajina. Ongelmat on mahdollista nähdä koettelemuksina, jotka voivat auttaa meitä saavuttamaan tavoitteemme. (Mattila 2006.)

Eriyisestä edistävään -mielenterveystyön kehittämishankkeen case-työpajoissa pohdittiin käytännön työelämästä nousseita tilanteita eri asiantuntijoiden näkökulmista. Ryhmän jäsenet, ohjaajat ja ammattikorkeakoulun opiskelijat, toivat näyttöön perustuvaa tietoa käytännön ongelmien ratkaisemiseksi ja uusien toimintamallien kehittämiseksi. Ristiriitaisten kokemusten tarkastelussa asiakasnäkökulman esille nostaminen toi mahdollisuuden näkökulman vaihtoon ja laajensi osallistujien käsitystä palvelujen kokonaisuudesta ja yhteistyön mahdollisuuksista. Konfliktitilanteissa kaikkien osapuolten kunnioitus ja kuunteleminen korostuivat ja ryhmässä pyrittiin refleктоivaan oman itsen ja toiminnan tiedostamiseen. Ratkaisukeskeisyys ja hyvistä toimintakäytännöistä oppiminen koettiin tärkeiksi. Keskeistä ryhmän ohjaajan kannalta oli avoimen ja rakentavan ilmapiirin ja keskusteluolosuhteiden luominen ja tukeminen.

Uskon, että osa osallistujista sai itselleen jonkinlaista työnohjauksellista tukea ja ennen kaikkea vahvistusta siitä, että on toiminut oikein ja jatkavat edelleen samaan malliin. Toivottavasti he saivat myös uskallusta tarttua vaikeisiin asioihin. Päälimmäisenä mieleeni tulee se, miten monesti on hankalaa ottaa vaikeat asiat puheeksi itse asianomaisten eli perheiden kanssa. Jokaisessa ryhmässä nousikin esille, jonkinlainen perhetyön koulutus, jossa mm. annettaisiin työkaluja tällaisissa tilanteissa. Perustasolla koettiin, että omassa peruskoulutuksessa ei tällaista juurikaan koulutukseen liittynyt.

Erikoissairaanhoidon lastenpsykiatrian sairaanhoitaja

Olemme kokeneet case-ryhmä -tyyppisen työskentelyn mielenkiintoisena ja monessa suhteessa antoisana. Ryhmissä esitellyt kuvitteelliset caset oli laadittu hyvin monipuolisiksi, jolloin ne antoivat mahdollisuuden pohtia asiakkaan tilannetta monesta eri näkökulmasta. Sen lisäksi, että opimme työskentelyn aikana tuntemaan eri yhteistyötahoja - sosiaali- ja terveyspalveluiden, kolmannen sektorin ja seurakunnan työntekijöitä - niin samalla lisääntyi ymmärrys heidän työstään ja perustehtävästään.

Oppimistilanteena case-työskentely oli erinomainen myös siksi, että ilmapiiri oli rento ja osallistujien vuorovaikutus oli aktiivista. Jokaisella oli mahdollisuus tuoda oma näkemyksensä esille, ja siten kokea olevansa tärkeä osa moniammatillista työryhmää. Kokemuksemme mukaan case-ryhmä -tyyppisen työskentelyn vahvuus oli siinä, että eri ammattilaiset pystyivät sen aikana hahmottamaan asiakkaan kokonaistilanteen ja oman vastuunsa tämän hyvinvoinnin tukemiseksi.

Koemme tämän tyyppisen toiminnan jatkumisen ja juurruttamisen hyvin tarpeelliseksi. Hyvällä koordinoinnilla ja yhteistyötä lisäämällä voidaan säästää aikaa, rahaa ja työntekijöiden voimavaroja. Lisäksi se on myös asiakkaan edun mukaista.

Sosiaalityöntekijät

3.4 TYÖPAJATYÖSKENTELY TOIMINNAN KEHITTÄMISESSÄ

Tiedon kehittyessä myös toimintakäytännöt kehittyvät. Toiminnan kehittyminen luo uusia tiedon muodostumisen ja oppimisen edellytyksiä. Yhteisten toimintakäytäntöjen kriittinen analyysi tuottaa tietoa toiminnan kehityshaasteista ja samalla se luo motiivia uudistaa toimintaa. (Virkkunen & Ahonen 2007.) Innovatiivisuus on avoimuutta uusia ideoita kohtaan. Toisaalta innovatiivista yhteisöä kuvaa kyky hallinnolliseen joustavuuteen ja monitasoiseen reagointiin. Siihen liittyy kyky pohtia uudella tavalla toimintoja ja ympäristöä sekä kehittää niitä. (Siltala, Alajääski, Keskinen & Tenhunen 2009.) Osaamisen kehittyminen edellyttää, että yksilö saa kosketuksen omaan alaansa edustavaan asiantuntijakulttuuriin, verkostoituu ja oppii toimimaan muiden asiantuntijoiden kanssa. (Hakkarainen 2006.)

Nykyään työelämässä tarvitaan laajojen kokonaisuuksia hahmottamista ja moniammatillista yhteistyötä. Tällöin eri toimijoiden asiantuntijuudet voidaan yhdistää ja saada siitä osaamista yhteisen asiakkaan ja perheen tukemiseksi ehkä

enemmän kuin yksittäisten asiantuntijuuksien summana. Kollektiivinen asiantuntijuus tarkoittaa osaamista yhdessä. Se tarkoittaa tiedon muodostamista, jakamista, käsittelemistä ja yhdistämistä siten, että yksittäiset osaamisalueet ovat enemmän kuin osiensa summa. Tiimityö tuottaa kollektiivista asiantuntijuutta. Nykyisin asiantuntijuuden erityisalat lisääntyvät ja muuttuvat yhä spesifimmiksi sekä erkaantuvat käsitteellisesti ja kielellisesti toisistaan jatkuvan tiedon kasvun myötä. Tämän vuoksi on tärkeää miettiä, miten asiantuntijat pystyvät välittämään tietoa keskenään ja ymmärtämään toistensa näkökulmia. Tunteilla ja afekteilla voi olla sekä kollektiivista asiantuntijuutta ehkäisevä, mutta myös sitä edistävä vaikutus. Kollektiivinen asiantuntijuus näyttää edellyttävän ainakin empatiaa eli kykyä asettua toisen ihmisen asemaan (Parviainen & Koivunen 2004).

Kollektiivinen asiantuntijuus ei edellytä, että osallistujien pitäisi tehdä päivittäin työtä yhdessä. Se viihtyy löyhästi organisoiduissa rakenteissa. Toiminta voi olla verkostomaista, ja verkosto ja yhteisö muotoutuvat toiminnan kautta. Toiminta synnyttää rakenteita, ja yhdessä kehitetyt rutiinikäytännöt voivat olla keskeisessä asemassa yhteisöllisyyden synnyssä. (Parviainen & Koivunen 2004.) Merkittävät saavutukset tieteessä liittyvätkin usein sellaiseen yhteisölliseen työskentelyyn, jossa toisiaan täydentävää asiantuntijuutta omaavat ihmiset työskentelevät yhdessä. Tiiviiseen yhteisölliseen työskentelyyn liittyy toisen silmien lainaaminen uuden tarkastelukulman avaamiseksi. Heterogeeniset verkostot, jotka ylittävät asiantuntijakulttuurien raja-aitoja, luovat uusia ideoita. Uusien käytäntöjen hahmottamista tapahtuu eri yhteisöjen rajapinnoilla ja heterogeenisissä verkostoissa. Innovaatiot syntyvät, kun jonkun yhteisön edustama osaaminen voi siirtyä jaettuun käytäntöihin. (Hakkarainen 2006.)

Kollektiivista asiantuntijuutta rakentava tekijä on osallistujien anteliaisuus. Anteliaisuus ilmenee oman ajan, osaamisen ja kokemusten jakamisena, jolloin toisilta oppiminen mahdollistuu. (Parviainen & Koivunen 2004). Luovuus ja innovatiivisuus työyhteisössä kertovat myös vallitsevasta ilmapiiristä ja voimaantumisesta työyhteisössä. Luovassa ongelmanratkaisuprosessissa yhdistyvät ideoiden tuottaminen ja innovatiivisten ratkaisujen kehittäminen. Ideariihi, jossa luodaan yhdessä uusia asioita ja ideoidaan yhdessä, vaatii turvallista ilmapiiriä ja luottamusta toisiin. Prosessi alkaa, kun ongelmat, haasteet ja mahdollisuudet havaitaan ja tiedostetaan. Parhaassa tapauksessa tästä muodostuu päättymätön prosessi, jossa työyhteisö luo omaa kulttuuriaan ja kehittää yhteisöllistä tapaansa ratkaista ongelmia ja kehittyä. (Heikkilä & Heikkilä 2005.)

Erityisestä edistävään -hankkeessa ryhmät jäsenyivät toiminnan, eivät organisaatioiden kautta. Työpajoissa eri alojen asiantuntijat keskustelivat vapaasti yhteisen työn tekemiseen liittyvistä ongelmista ja hyvistä käytännöistä. Tiedon siirtäminen ja vaihtolovelvollisuuteen liittyvät asiat nousivat ryhmissä voimakkaasti esille. Asiakkaan osallisuus ja hänen motivoimisensa tiedon välittämiseen koettiin tärkeiksi perheiden kanssa tehtävässä työssä. Oleellista oli myös päästä saman pöydän ääreen ja oppia tuntemaan yhteistyökumppaneita, heidän työtapojaan ja mahdollisuuksiaan tukea asiakkaita ja perheitä. Ryhmissä jaettiin osaamista ja hyväksi koettuja toimintatapoja. Toisilta oppiminen koettiin merkitykselliseksi. Nuoret työntekijät saivat mahdollisuuden verkostoitua ja pitkään töitä tehneetkin kokivat saavansa laajempaa näkökulmaa eri toimijoiden työskentelystä.

Kehittämisen prosesseissa työstettiin mielenterveyden edistämistä koko elämänsä ajan. Lasten ja nuorten mielenterveyden edistämiseksi kohti tervettä aikuisuutta on suuri merkitys varhaisella tunnistamisella, puheeksi ottamisella ja palveluiden viemisellä lasten ja nuorten lähelle sekä perhekeskeisellä toimintamallilla. Hankkeessa jalkautettiin varhaisen puuttumisen työmenetelmiä ja järjestettiin niihin liittyvää koulutusta. Työikäisten mielenterveystyössä tehostettiin varhaista tunnistamista ja luotiin paikallinen depressionhoidon malli peruspalveluiden lääkärin ja hoitajan vastaanottotyöhön. Tavoitteena oli myös laajentaa mallia koko Salon seudun paikalliseksi yhtenäiseksi malliksi psykiatrian tulosalueen kanssa. Vanhusten palveluja kehitettiin suuntaamalla mielenterveyspalveluja kohti lähipalveluja konsultaatio- ja yhteistyökäytäntöjä lisäämällä.

Toivottavasti vastaavanlaisesta työskentelymallista tulee jollakin lailla pysyvä työmalli, jonka kautta pystyttäisiin kehittämään työskentelyä asiakkaan näkökulmasta, ilman viranomaisten päällekkäistä työtä. Tämä vaatisi ensimmäisenä lakimuutoksen, jossa tiedonsiirto olisi joustavampaa esim. koulun, terveydenhuollon, lastensuojelun ja erikoissairaanhoidon kesken. Aika suuri haaste!

Erikoissairaanhoidon lastenpsykiatrian sairaanhoitaja

Löysimme uuden konkreettisen yhteistyötahon, ja huomasimme yleisesti, että huolenaiheet ovat yhteisiä.

A-klinikka

4 UUDET TOIMINTAMALLIT MIELEN- TERVEYDEN EDISTÄMISEKSI

Alueellisen mielenterveystyön kehittämisessä tarvitaan lisäoppia kaikilla tasoilla. Lisäksi tarvitaan kykyä yhdistää teoriaa ja käytäntöä niin, että ne tukevat toisiaan. Erityisestä edistävään -hankkeen lähtökohtana oli hyödyntää eri sektoreilla toimivien ihmisten kokemuksia ja osaamista asiakas- ja perhelähtöisestä tuesta sekä edistää teorian ja käytännön jatkuvaa vuoropuhelua. Hankkeen tuloksena syntyivät case-työpajatoimintamalli, työpari- ja konsultaatiokäytäntö sekä depressiohoitamamalli.

4.1 CASE-TYÖPAJAT

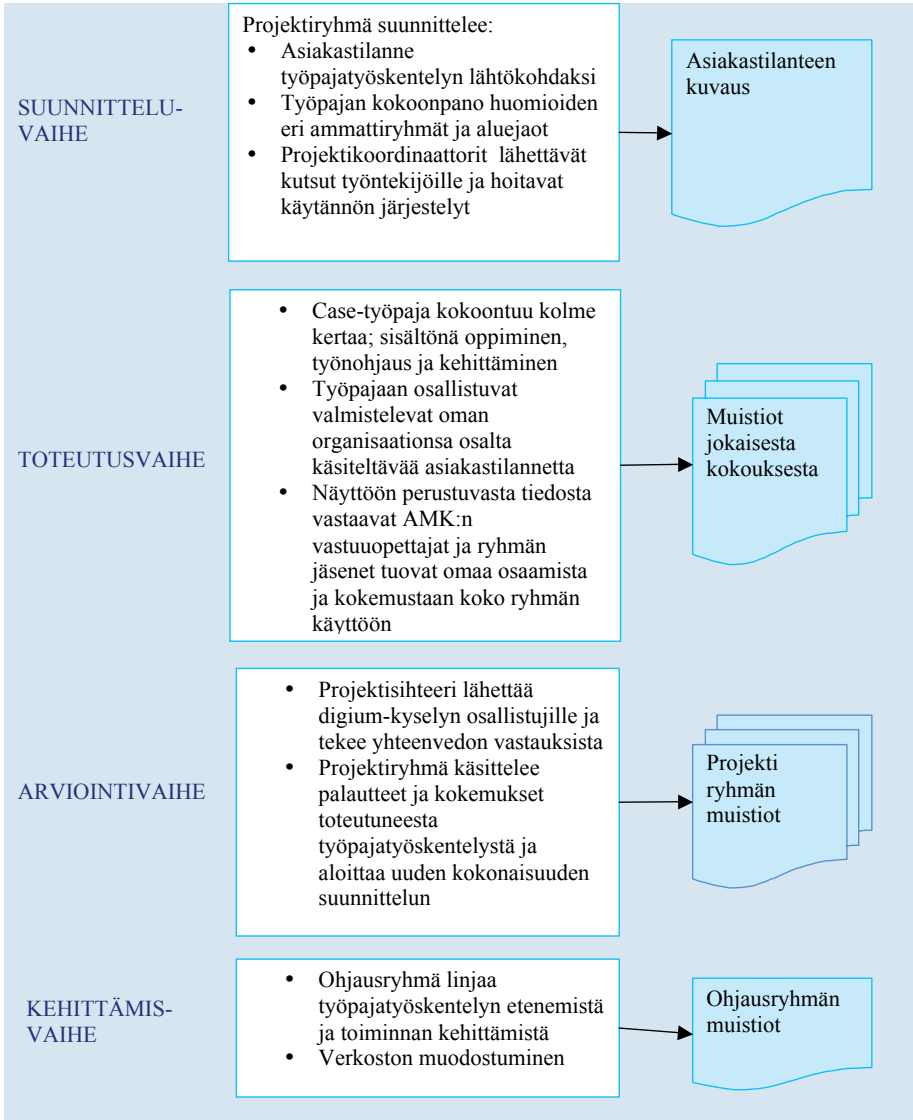
Case-työpajatoimintaan on osallistunut eri-ikäisten kuntalaisten kanssa toimivia sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia, koulutoimen, nuorisotoimen ja liikuntatoimen työntekijöitä sekä kolmannen sektorin edustajia. Lisäksi Turun ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden PBL-tutoriaalit kytkettiin työntekijöiden case-työpajatoimintaan. Case-työpajat ovat toimineet oppimisen, työnohjauksen ja kehittämisen välineenä.

Työpajoissa lähtökohtana ovat olleet todelliset työssä kohdattavat tilanteet. Projektin vastuuhenkilöt ovat tiedustelleet käytännöstä esiin nousseita ongelmatilanteita, joita on käytetty myöhemmin asiakastapausesimerkkeinä työpajatoiminnassa. Lopullinen asiakastapausesimerkki on valmisteltu ja päätetty yhdessä hankkeen projektiryhmässä. Asiakastapauksen mukaan on koottu luonnolliset yhteistyötahot sekä muut alueen toimijat yhteen, jolloin on mahdollistunut erilaisten toimintatapojen vertailu ja toisilta oppiminen. Opiskelijat ovat saaneet hankkeessa omakohtaisen kokemuksen moniammatillisen työryhmän toiminnasta. Opiskelijoiden tehtävänä on ollut hankkia tieteellistä tietoa kyseisestä asiasta, jolloin he ovat pystyneet välittämään näyttöön perustuvaa tietoa case-työryhmälle ja vastaavasti saaneet työryhmältä vankkaa käytännön kokemustietoa.

Case-työpajoissa on etsitty uutta ymmärrystä mielenterveystyöhön ja uusia vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia toimia. Työpajatyöskentely on ollut joustavaa sektorirajat ylittävää yhteistyötä. Työryhmissä on tutustuttu eri toimijoihin ja samalla on opittu yhdessä. Yhteisessä työskentelyssä esille nousivat työyhteisöissä käytetyt hyvät käytänteet ja erilaiset ongelmakohdat. Kehittämistyön edetessä ryhmässä on muodostettu kuva nykyisistä palveluprosesseista ja tarkennettu sitä, mihin suuntaan kuntalaisten mielenterveyttä edistäviä toimintamalleja tulee kehittää. Työtapa on tuonut selkeyttä ja suunnitelmallisuutta yhteistyöhön ja samalla edistänyt palvelujärjestelmän kokonaisuuden hahmottamista.

Erityisestä edistävään -hankkeessa työpajatoiminta aloitettiin syksyllä 2008 ja viimeiset työpajat kokoontuivat keväällä 2010. Työpajaryhmissä on ollut keskimäärin 15 henkilöä kerrallaan ja yksi työpajatoimintakokonaisuus on koostunut aina kolmesta erillisestä kokouksesta. Kokoontumisia on ollut yhteensä 48 ja niihin on osallistunut yli 200 eri-ikäisten kuntalaisten kanssa toimivaa sosiaali- ja terveysalan ammattilaista, koulutoimen, nuorisotoimen ja liikunta-toimen työntekijöitä sekä kolmannen sektorin edustajia. Kuviossa 10 on kuvattu case-työpajaprosessi.

Case-työpajojen kokoonpano suunniteltiin siten, että kaikki uuden Salon alueiden edustajat voisivat tasapuolisesti osallistua työpajatyöskentelyyn. Luonnolliset yhteistyökumppanit käsiteltävän asiakastapauksen pohjalta koottiin yhteen, jolloin saatiin luotua ja vahvistettua yhteistyösuhteita ja käynnistettyä työparikäytäntöä. Case-työpajoihin osallistui työntekijöitä myös muilta kuin työntekijöiden omilta työskentelyalueilta, jolloin mahdollistui toisilta oppiminen ja hyvien toimintatapojen jakaminen. Taulukossa 1 on kuvattu case-työpajojen aluejako.



KUVIO 10. Case-työpajaprosessi.

TAULUKKO I. *Case-työpajojen aluejako.*

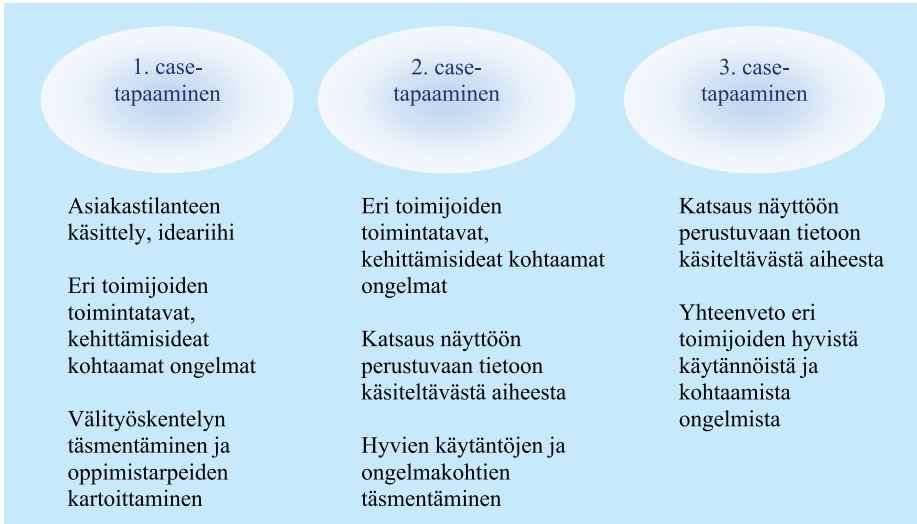
Case-ryhmät	syksy 2008	kevät 2009	syksy 2009 kevät 2010
lapset	Salo, Muurla, Pertteli, Kuusjoki	*Salo, Halikko	Perniö, Särkisalo, *Salo
nuoret	Salo, Halikko	*Salo, Muurla, Pertteli, Kuusjoki	Kisko, Kiikala, Suomensjärvi, *Salo
työikäiset	Perniö, Särkisalo, Salo	Kisko, Kiikala, Suomensjärvi, *Salo	*Salo, Muurla, Pertteli, Kuusjoki
vanhukset	Kisko, Kiikala, Suomensjärvi, Salo	Perniö, Särkisalo, *Salo	*Salo, Halikko

*vuoden 2009 alusta Salon keskusta

Työpajatoimintaa varten suunniteltiin kokouskäytännöt, joita noudatettiin koko kehittämishankkeen ajan. Case-työpajatyöskentelyn lähtökohtana olivat todelliset työssä kohdattavat tilanteet. Työpajatyöskentelymallissa ensimmäisessä kokouksessa keskustelu käynnistettiin aivoriihityöskentelyllä ja tämän jälkeen esimerkkitapausta lähdettiin purkamaan yhdessä. Jokaisen kokoontumisen välillä ryhmäläiset tekivät välityöskentelyä omalla työpaikallaan. Välityöskentelyn sisällöstä ja seuraavalla kerralla käsiteltävistä ja opiskeltavista asioista sovittiin jokaisen palaverin yhteydessä. Työskentelyn tulokset purettiin seuraavassa työpajassa. Työpajatyöskentelyssä esille nousseiden kehittämishaasteiden käsittelyä ja edelleen työstämistä jatkettiin monissa työryhmissä ja yhteisissä seminaareissa. Kuviossa 11 on esitetty hankkeessa kehitetty case-työpajatyöskentelyn toimintamalli.

Työpajatoimintaa on arvioitu koko prosessin ajan sähköisesti lähetettyjen kyselyjen avulla. Hankkeessa kehitetty oppimisen, työnohjauksen ja kehittämisen toimintamalli on koettu erittäin toimivaksi. Eri ikäryhmiä käsittelevät projektiryhmät ovat laatineet ja täsmentäneet case-työpajatyöskentelyn lähtökohdista olleita asiakasesimerkkejä ja tehneet itsearvioinnit jokaisen työpajatyöskentelykokonaisuuden jälkeen. Tämä on mahdollistanut hankkeen jatkuvan seurannan, ohjauksen ja ongelmatilanteiden käsittelyn nopeasti.

Työpajatyöskentely on tuonut selkeyttä, suunnitelmallisuutta ja edistänyt palvelujärjestelmien kokonaisuuksien hallintaa. Työpajojen yhteydessä osallistujat ovat saaneet myös esittää toiveita siitä, mitä lisätietoa he haluaisivat saada lisää case-työpajoissa pohdittuihin aiheisiin. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon



KUVIO 11. Case-työpajatyöskentelyn toimintamalli.

ja ammattikorkeakoulun psykiatrisen hoitotyön opettajien osaamista hyödynnettiin ryhmässä käytyjen keskustelujen lomassa ja he pitivät case-työpajoissa pieniä alustuksia ryhmäläisten oppimistarpeiden mukaisesti. Case-työpajoilla on selkeästi ollut työnohjauksellinen ote. Ryhmän jäsenet ovat keskustellen päässeet tutustumaan toistensa töihin, toimintatapoihin ja eri toimipisteissä esiintyviin haasteisiin. Ryhmässä on pohdittu esimerkiksi haasteellisesti käytettyjen asiakkaiden hoitoa ja jaettu erilaisia toimintamalleja ongelman ratkaisemiseksi. Kehittämistyön edetessä case-työpajojen työryhmät muodostivat yhteistyöverkoston toiminnan jatkuvaan kehittämiseen.

Erityisestä edistävään -hankkeeseen kuului myös yhdeksän seminaari-iltapäivää ja loppuseminaari. Seminaarien lähtökohtana oli alueellinen mielenterveyshäiriön kehittäminen, ja aiheet seminaareihin tulivat case-työpajoissa esinousseista kehittämisalueista. Seminaarit oli suunnattu kaikille eri-ikäisten kuntalaisten kanssa toimiville ammatillisille ja muille asiasta kiinnostuneille. Seminaareihin osallistujia oli yhteensä lähes tuhat (taulukko 2).

Työskentely ryhmässä oli erittäin antoisaa ja vuorovaikutuksellista. Useammassa case-ryhmässä työskenneltyäni sain luotua uusia kontakteja eri sektorien henkilöiden kanssa. Työ- ja toimintatavat eri sektoreilla tulivat tutummaksi. Henkilöt ja heidän työpisteensä konkretisoituivat. Sain myös tuoda omaa työskentelyäni tutummaksi heille ja tätä kautta lisätä tietoa erityisliikunnan tarjoa-

mista mahdollisuuksista eri asiakasryhmille. Tieto erityisliikunnasta toivottavasti välittyy jatkossa entistä enemmän myös eri sektoreiden kautta asiakkaille. Oppimisympäristö palveli mielestäni hyvin. Toimijat pääsivät tutustumaan toisiinsa ja vuorovaikutus oli antoisaa. Kaiken kaikkiaan jäi positiivinen kuva tämääntyyppisestä työskentelystä, vaikka se vei paljon aikaa.

Erityisliikunnanohjaaja

TAULUKKO 2. *Erityisestä edistävään hankkeen seminaarit.*

Seminaarin aihe	Esitysaika	osallistujat	naiset/miehet
Erityisestä edistävään avausseminaari	10.11.2008	104	94/10
Lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvointiseminaari	20.1.2009	100	90/10
Uusia lähestymistapoja mielenterveys-työhön -seminaari	18.3.2009	41	36/5
Ikääntyminen nyky-yhteiskunnassamme - miten tukea henkistä hyvinvointia	14.5.2009	70	69/1
Yhdessä lasten ja nuorten parhaaksi	22.10.2009	90	83/7
Sektorikeskeisyydestä joustavaan verkostointiin	19.11.2009	95	88/7
Lasten ja nuorten itsetunnon tukemisen haasteet eri elämäntilanteissa	18.12.2009	192	178/14
Erityistä tukea tarvitsevien perheiden tukeminen – teemana perheväkivalta ja perheen tukeminen arjessa	18.2.2010	94	89/5
Depression hoidon kehittäminen ja maahanmuuttajien erityiskysymykset	23.3.2010	75	69/6
Erityisestä edistävään päätösseminaari	19.4.2010	70	

Case-työpajatoiminnalla vahvistettiin työntekijöiden valmiuksien lisäksi myös opiskelijoiden valmiuksia kohdata ja tunnistaa mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveysongelmien hoitoon liittyviä tilanteita. Oppimisprosessissa tarvitaan käytännön tietoa, ongelmien ja puutteiden tunnistamista sekä niiden ratkaisukykyä olemassa olevilla resursseilla. Oppimisen ja toiminnan onnistumisen edellytyksenä on eri toimijoiden välinen vuorovaikutus, jossa pyritään

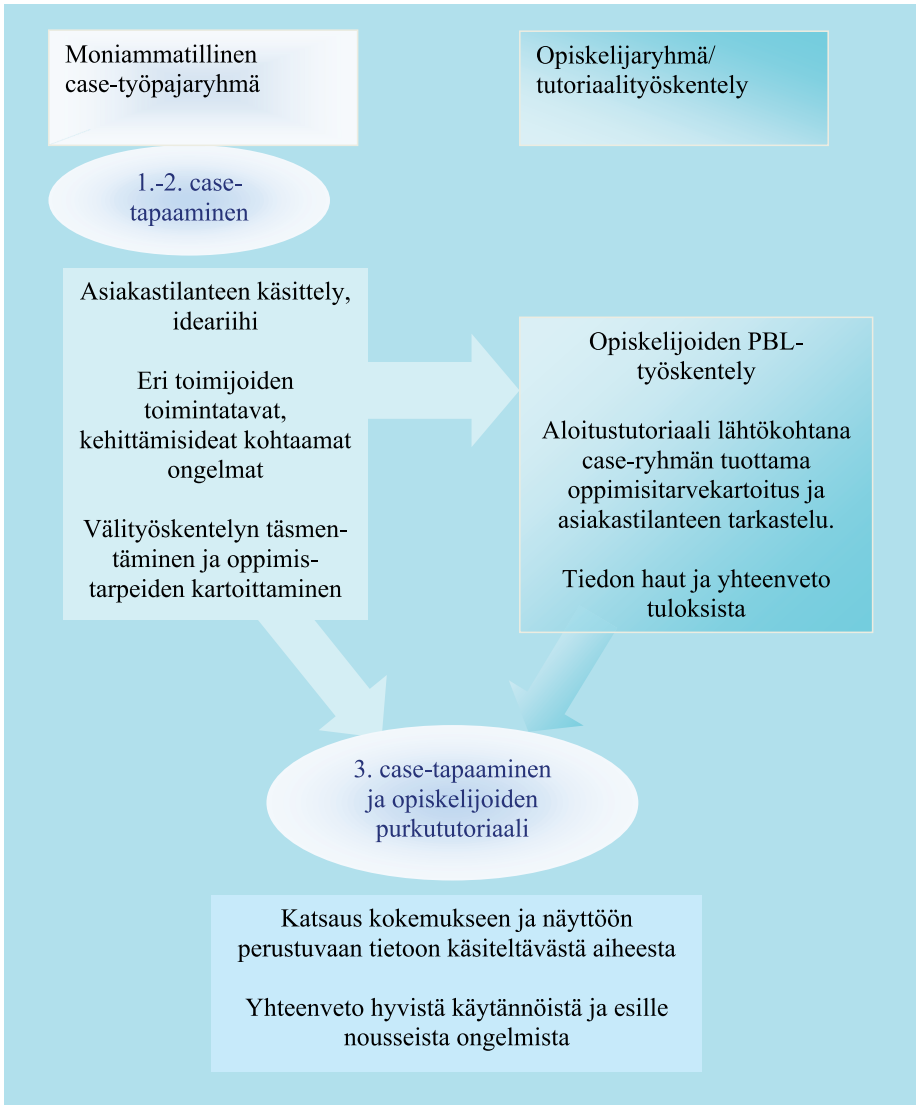
ylittämään osaamisalueiden ja organisaatioiden rajoja. Perinteisesti on ajateltu, että koulutus antaa tiedollisia ja jonkin verran taidollisia valmiuksia, joita sitten myöhemmin sovelletaan työelämässä. Opetuksen haasteena on tukea jo koulutuksen aikana opiskelijan ammatillista kasvua kohti yhteistyötä ja yhteistä kehittämistä työelämän kanssa siten, että työelämästä nousevat tarpeet ovat opetuksen lähtökohtia. (Poikela & Poikela 2005.)

Hankkeen aikana case-työpajatoimintamallista kehitettiin myös toinen versio, jossa opiskelijoiden ongelmaperustaista oppimista ja case-työpajatyöskentelyä yhdistettiin. Case-työpajatoiminnan yhdistelmämallissa (kuvio 12.) moniammatillinen case-työpaja kokoontuu ensin ja kartoittaa osaamishaasteita ja ongelma-alueita asiakastapauksen pohjalta. Tämä kartoitus toimii opiskelijoiden ongelmaperustaisen oppimisen alkulähtökohtana ja opiskelijat tekevät tutkimushakuja asiakastapauksen pohjalta. Case-työpajan viimeiseen tapaamiseen osallistuvat sekä työntekijät että opiskelijat ja tässä tapaamisessa käydään läpi sekä tutkimukseen että käytännön kokemukseen perustuvaa tietoa ja hyviä käytäntöjä asiakastapaukseen liittyen. Sekä työntekijät että opiskelijat pitivät tätä toimintamallia erittäin toimivana ja arvokkaana kokemuksena.

Työelämän ja opiskelijoiden yhteisöllisen oppimisen kautta eri toimijat voivat toteuttaa yhteistä kehittämistä, joka rakentuu vuorovaikutuksessa toimijoiden yhdistellessä osaamistaan uudella tavalla. Työelämä voi tuoda oppimistilanteeseen vankan käytännön kokemustiedon työelämässä olevista tarpeista ja niihin vastaamisesta erilaisia menetelmiä käyttäen. Opiskelijat taas voivat rikastuttaa yhteistä oppimista uusimman tutkitun tiedon tuottamisella työelämän esille nostamaan ongelmaan. Erityisesti perheen mielenterveyden edistäminen vaatii yhteisöllistä oppimista ja osaamisen yhdistämistä, joka haastaa hoitotyön opetuksen hyödyntämään uusia innovatiivisia tapoja oppia.

Olimme ensimmäisenä ryhmänä mukana tutoriaalityöskentelyssä, johon osallistui mukaan moniammatillinen työryhmä. Tutoriaaloin aloitus tuntui hiekan sekavalta ja hämmentävältä, eivätkä opiskelijat tienneet, mitä tämänkaltaiselta tutoriaalityöskentelyltä odotettiin. Lopetuksen jälkeen tunnelmat opiskelijoiden kesken olivat positiivisia, ja työskentelytapa tuntui lopetuksen suhteen onnistuneelta. Yhtenä kehittämisehdotuksena onkin, että ammattilaiset olisivat mukana jo aloituksessa tavalla tai toisella, ja heille voisi esimerkiksi esittää kysymyksiä tehtävänannosta, tai he voisivat pitää jonkinlaisen aloituspuheen omasta työstään.

Terveystenhoitajaopiskelijat



KUVIO 12. *Case-työpajatyöskentelyn yhdistelmämalli.*

Tutoriaalityöskentely koettiin hyväksi, ja sen avulla ammattilaiset saavat tuoreita näkökulmia työskentelyynsä, ja esille saattaa nousta asioita/ehdotuksia, joita he eivät itse ole tulleet ajatelleeksi. Opiskelijoiden kannalta työskentelytapa on eduksi, kun he saavat palautetta saman tien, ja pystyvät tarkentamaan ammattilaisilta epäselvyyksiä. Hyvää oli myös se, että lopetusvaiheessa opiskelijat saivat koota omat ajatuksensa yhteen ennen ammattilaisille esittämistä. Aikaa yhteisen lopputyön valmistamiseen jäi melko vähän, sillä ainakin omassa ryhmässämme esiin nousi paljon erilaisia asioita, joita ei ehtinyt jäsenellä kunnolla loppuun asti. Lopetus sujui hyvin, ja opiskelijoiden ääntä ja mielipiteitä kunnioitettiin, jokainen pääsi ääneen.

Terveystenhoitajaopiskelijat

Työmetodi oli oikein mielenkiintoinen: Ensin teemaa käsiteltiin ammattilaisten kesken. Siinä oli hyvää kuulla toisten ammattilaisten näkemyksiä elämän eri osa-alueilta. Siis kehitysvammainen asiakkaana eri iässä. Jos olisi ollut aikaa, niin olisi ollut mielenkiintoista keskustella pitempään esim. päivähoidosta koulua kohtaan nousevista odotuksista. Opiskelijat toivat uusinta tutkimustietoa. Opiskelijoiden esitysten jälkeen oli hyvät keskustelut opiskelijoiden ja kokeneiden ammattilaisten välillä. Suosittelen lämpimästi tätä työmuotoa ja olen valmis tulemaan mukaan jos on sellaisia aiheita, jotka koskettavat työtäni.

Erityiskoulun rehtori

Yleisesti työskentelytapaa pidettiin hyvänä ja voisi käyttää laajemminkin ope- tuksessa hyväksi, mutta ennemmin vasta opiskelujen loppuvaiheessa, jolloin opiskelijat ovat kypsyneet ja valmistautuvat työelämään siirtymiseen. Näin opiskelijat saavat kosketusta työelämästä etukäteen.

Terveystenhoitajaopiskelijat

4.2 TYÖPARI- JA KONSULTAATIOKÄYTÄNNÖT

Mielenterveystyössä oli Salossa toteutettu jossakin määrin työparityöskentelyä jo ennen hankkeen käynnistymistä, mutta organisaatorajojen yli tapahtuvaa työparityöskentelyä hyvin vähän. Rauma, Raappana, Melkas ja Toikkanen (2007) ovat hyödyntäneet organisaatorajojen ylitse tapahtuvaa työparityöskentelyä vanhusten työyhteisöjen kehittämishankkeessa. Työparitoiminta antoi mahdollisuuden tulkita tilanteita kahdesta eri näkökulmasta, kahden erilai-

sen työ- ja opiskeluhistorian kohdatessa. Erilaisten näkemysten kohtaaminen aiheutti myös ristiriitoja. Luottamuksellisen suhteen syntyminen oli edellytys onnistuneelle työparityöskentelylle. Reflektion merkitys työparitoiminnassa oli suuri, mutta sille oli usein vaikea löytää riittävästi aikaa. Työparitoiminnassa oli edellytyksenä toisen toimintatapojen opettelu ja erilaisuuden hyväksyminen. Vanhusten työyhteisöjen kehittämishankkeessa työparitoiminnalla todettiin olevan tasaava vaikutus ja mahdollisuus nähdä erilainen työtapa läheltä koettiin hyödylliseksi. (Rauma, Raappana, Melkas & Toikkanen 2007.)

Työparikäytäntö laajentaa ammattilaisten osaamista ja mahdollistaa pitkäjänteisen asiakassuhteen rakentumisen. Erityisestä edistävään -hankkeen aikana eri sektoreiden toimijat toteuttivat työparityöskentelyä erityisesti asiakkaiden kotona tehtävässä työssä. Osassa päiväkodeista toteutetaan kotikäyntejä ja tähän toimintatapaan sopivat yhdessä terveydenhoitajan kanssa toteutettavat kotikäynnit. Työparina voivat olla myös kolmannen sektorin toimijat tai lii-kunta- ja nuorisotoimi asiakkaan tilanteesta riippuen. Hankkeen innoittamana aloitettiin erikoissairaanhoidossa organisaatorajojen ylitse tapahtuvan työparityöskentelyn kokeilu. Tästä kokeilusta saatiin hyviä tuloksia ja organisaatioihin saatiin lisää tietoa siitä, mitä käytännön esteitä työtavan toteutukseen liittyy. Suurimpina esteinä työntekijät kokivat taloudelliset ja kirjaamiseen liittyvät asiat. Näitä esteitä on käsitelty kehittämishankkeen ohjausryhmässä ja organisaatorajojen ylittävää työparityöskentelyä kehitetään edelleen.

Koska osallistuin kaikkiin case-työryhmiin koen työskentelyn olleen hyvinkin mielekästä ja informatiivista. Suurimpana antina koen verkostoitumisen ja sen, miten eri alojen työskentelytavat tulivat tutuiksi. Sain itselleni paljon tietoa Salon seudulla toimivista tahoista, jotka tarjoavat palveluita lapsille ja heidän perheilleen. Ryhmissä tuli selkeästi esille se, miten kaikilla olisi halua verkostoitua nykyistä enemmän. Esteenä nähtiin hallinnolliset rajat, aika (kaikilla tuntuu olevan hirveä kiire), vaihtelovollisuus ja epätietoisuus siitä, mitä missäkin tehdään.

Psykiatrinen sairaanhoitaja

Uutena työntekijänä koen tarvinneeni tällaisia tapoja työskennellä. Tätä kautta olen päässyt nopeimmin tutustumaan edes osaan uusia ihmisiä. (Omia työ-kavereita on jo 200, joten on välillä kaaos uusissa ihmisissä.) Mitä enemmän voi saada kaikkia lasten ja perheiden kanssa toimijoita yhteen, sitä helpompaa on löytää nopeasti, keitä kaikkia voin hyödyntää, jotta lapsiperheiden palvelut paranisivat pieneltä osin omassa työssäni.

Olen todella kiitollinen uusista yhteistyökumppaneista eri toimijoiden kanssa.

Seurakunnan työntekijä

Peruspalvelujen hyvä itsenäinen toiminta edellyttää asiantuntevaa ja toimivaa konsultointia, työnohjausta sekä koulutusta. Erikoissairaanhoidon on yksi monista toimijoista ja yksi sen tärkeimmistä tehtävistä on saada mielenterveys-työn erityisosaaminen alueelliseen käyttöön. Erikoissairaanhoidon rooli tulee korostumaan vakiinnuttaessa työnohjauskäytäntöä koko alueelle ja luotaessa konsultaatiokäytäntöä perustasolle. Erityisestä edistävään -hankkeessa keski-tyttiin konsultaatiokäytäntöjen kehittämisessä hoitohenkilökunnan toteuttamaan konsultaation. Vanhusten hoidossa kokeiltiin psykiatrisen osaston antamaa hoitajien antamaa konsultaatiota. Tämän toimintamallin toteuttamisen haasteena on tiedotus.

Hyvin toimivat konsultaatiokanavat ohjaavat erikoissairaanhoidon palvelujen kysyntää paremmin hallittavaksi, ja toisaalta konsultaation avulla voidaan varmistaa perusterveydenhuollon tasolla toteutuvan hoidon asianmukaisuutta. Päihdehuoltopalveluiden, perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon organisaatiot saattavat olla tietämättömiä toistensa toiminnoista ja niiden perusteista.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon konsultaatioiden tärkeys tuli esille myös lähipalveluissa, kuten koulussa, päiväkodissa tai neuvolassa. Asiakkaiden ongelmia olisi huomattavasti helpompi käsitellä yhdessä asiakkaan ja mielenterveys-työn asiantuntijan kanssa mahdollisimman matalan kynnyksen palveluna. Tällöin asiakasta ei tarvitsisi lähettää heti erikoissairaanhoidon palvelujen piiriin. Hoidon tarpeen arviointi voisi tapahtua tutussa ympäristössä ja luottamuksellinen, avoin yhteistyö voisi tarvittaessa jatkua. Konsultaatiotyö on katsottu tärkeäksi osa-alueeksi tulevaisuuden hoitotyössä. Erityisosaamista jalkautetaan sovittuina konsultaatioina perustason ja erikoissairaanhoidon välillä, mutta konsultaatiokäytännöt psykiatrian tulosalueen ja perusterveydenhuollon välillä vaativat vielä neuvotteluja. Työtapa edistää yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä muiden toimijoiden välillä. Yksi suurimpia haasteita konsultaatiokäytäntöjen toteuttamisessa on kustannusten kohdentaminen oikein. Oman haasteensa asiakkaan hoitoon tuo vaitiolovelvollisuuteen ja tietosuojaan liittyvä problematiikka.

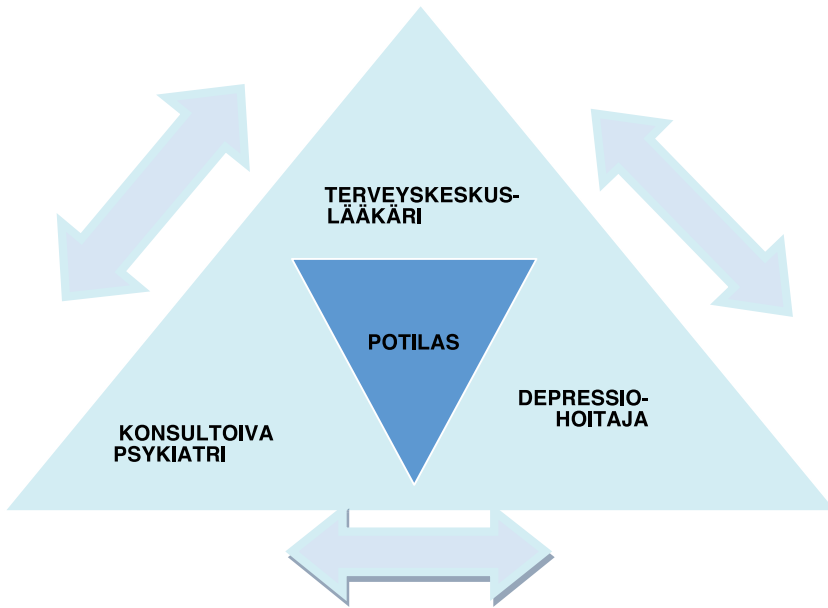
4.3 DEPRESSIOHOITAJAMALLI

Yhtenä Salon seudun mielenterveysstrategian ja Erityisestä edistävään -hankkeen tavoitteina oli depressiohoitajamallin kehittäminen Salon terveyskeskukseen. Masennuksen hoito on parhaimmillaan moniammatillista tiimityötä, jossa asiakas on hoidon keskipisteenä. Hoidollinen näkemys perustuu perhelähtöiseen ajattelumalliin ja ratkaisukeskeiseen voimavarasuuntautuneeseen ajatteluun. Perusterveydenhuollossa lääkärin työparina vastaanottotyössä toimivat sairaanhoitajat sekä aikuisneuvonnan terveydenhoitajat. Omalääkärin, sairaanhoitajan ja erikoislääkärin yhteistoiminnan tehokkuudesta on myös tutkimusnäyttöä (Depression käypä hoito 2009). Tätä mallia voidaan soveltaa muuallekin kuin vastaanotoille, esimerkiksi työterveyshuoltoon ja neuvoloihin. Oleellista on säilyttää psykiatrinen asiantuntemus ja kohdistaa hoito depressioniin. Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Mieli 2009) suosittaa kaikkiin terveyskeskuksiin depressiohoitajatyömallia ja perusterveydenhuollon toiminnan vahvistamista psykiatrisella konsultaatiotuella.

Vantaan kolmiomalli (kuvio 13.) on koettu onnistuneeksi toimintatavaksi niin potilaiden kuin henkilökunnankin keskuudessa. Kolmiomalli voidaan ottaa käyttöön, mutta perustyö tulisi organisoida ja rajata. Masennuspotilaiden hoidossa on myös kiinnitettävä huomiota siihen, että useinkaan kyseessä ei ole pelkkä masennus vaan potilaiden oireet ovat hyvin monisäikeisiä ja ongelmallisia.

Salon terveyskeskuksessa on kehitetty depressionhoidon mallia lääkärin ja hoitajien vastaanottotyöhön. Terveyskeskuksessa voidaan Depressio käypähoito -suosituksen mukaan hoitaa lievistä ja keskivaikeasta masennuksesta kärsiviä asiakkaita. Toimintamallia on kehitetty aluksi hoitajan ja lääkärin väliselle yhteistyölle. Terveyskeskuksessa on kiinnitetty erityistä huomiota masentuneiden asiakkaiden hoidon suunnitelmallisuuteen, pitkäjänteisyyteen sekä seurantaan. Terveyskeskuksesta saatavat palvelut ovat madaltaneet hoitoon hakeutumisen kynnystä.

Salon terveyskeskuksessa depressiohoitajan työtä mallintavat tällä hetkellä kokeneet terveydenhoitajat sekä yksi sairaanhoitaja. Jokaisella on pitkä työkokemus sekä lisäkoulutusta mielenterveystyöhön. Hoitajan työ on itsenäistä, tiivistä yhteistyötä terveyskeskuslääkärin ja potilaan kanssa. Lääkäri vastaa aina lievästi tai keskivaikeasti masentuneen potilaan kokonaisuudesta ja arvioi potilaan hoidon tarpeen ja mahdollisen hyödyn depressiohoitajan vastaanottokäynneistä. Aktiivista hoitoa vaativasta potilaasta lääkäri tekee lähetteen dep-



KUVIO 13. *Depression hoidon kolmiomalli (Lähde: Vantaan malli).*

ressiohoitajalle. Pitkäaikaisesti masentuneet ohjataan depressiohoitajan luo, mikäli aikaisemmat hoitoyritykset ovat olleet puutteellisia. Kehittämistyö jatkuu edelleen ja koko henkilökuntaa informoidaan ja koulutetaan toimintamallin käyttöön. Lisäksi on päätetty järjestää masennukseen liittyvää koulutusta ja tarjota työntekijöille sekä yksilö- että ryhmätyönohjausta.



CASE-TYÖPAJATYÖSKENTELYSTÄ

5 IKÄRYHMITTÄINEN CASE-TYÖPAJATYÖSKENTELY

Ikäryhmittäiset case-työpajat aloittivat yhteisen työskentelyn perehtymällä arjen työstä nostettuihin case-esimerkkitapauksiin (liite 1). Case-työpajojen tavoitteena oli nostaa esille ryhmiin osallistujien mielipiteet hyvistä käytännöistä sekä kehittämisen kohteista. Lisäksi työpajoissa etsittiin tutkittua tietoa työntekijöiden esiintuomiin asioihin. Case-työpajaryhmien ydin muodostui aina perusterveydenhuollon, psykiatrian tulosalueen ja Turun ammattikorkeakoulun asiantuntijoista.

Kolmessa lapsia käsittelevässä case-työryhmässä pohdittiin leikki-ikäisen lapsen psykososiaaliseen kehitykseen ja perheen arkipäivään liittyviä ongelmia. Ryhmän jäsenet saivat tutkittua tietoa lasten mielenterveyden ilmenemisistä ja erikoissairaanhoidon lastenpsykiatrian päivöosaston sekä Salossa toteutettavan Remontti-hankkeen toiminnasta. Nuoria käsittelevien case-työpajojen ensimmäinen työryhmä pohti psyykkisesti oireilevan murrosikäisen koulunkäyntiin liittyviä ongelmia ja toinen ryhmä ammatillisia opintoja suorittavan nuoren opiskeluun ja jaksamiseen liittyviä asioita. Kolmas työryhmä pohti nuoren aikuisen tilannetta, kun opiskelut jäävät kesken ja nuori on muutenkin syrjäytymässä yhteiskunnasta. Ryhmässä opiskeltiin nuorten syrjäytymiseen johtavia tekijöitä ja pohdittiin, mitä ammattilaiset voivat tehdä tilanteessa, jossa nuori ei koe tarvitsevansa apua ja yhteisö on huolissaan hänen mielenterveydestään. Ryhmäläiset saivat myös tietoa erikoissairaanhoidon ja rajapinta-alueiden toiminnasta.

Työikäisiä käsittelevien case-työpajojen yhtenä kokonaisuutena käsiteltiin masennusta sekä sen aiheuttamaa problematiikkaa niin sairastuneelle kuin koko ympäristölle. Lisäksi käytiin läpi masennuksen tunnistamiseen liittyvät mittarit ja Suomessa eri alueilla käytössä olevat toimivat ja hyvät depressionhoidon mallit. Toisessa tapauksessa pureuduttiin psykoosin hoitoon ja siihen, kuinka Salon alueella toimitaan, kun perheellä on tämäntyyppisiä ongelmia. Kolmannessa tapauksessa käsiteltiin alkoholin ongelmakäyttöön

liittyvää problematiikkaa niin perheen kuin auttajienkin näkökulmasta. Vanhuksia käsittelevien case-työpajojen esimerkkitapaukset oli rakennettu laitos- ja avohoidon toimijoiden lähtökohdista. Ryhmässä käytiin keskustelua haasteellisesti ja aggressiivisesti käyttäytyvien vanhusten oireilusta, hoidosta ja kohtaamisesta, vanhusten alkoholinkäyttöön puuttumisesta sekä vanhusten masennuksesta.

Maahanmuuttajia käsitteleviä case-työryhmiä oli yksi ja siinä pohdittiin maahanmuuttajaperheiden ongelmia ja ammattilaisten mahdollisuuksia tukea heitä. Lisäksi paneuduttiin eri kulttuuritaustasta tulleiden ihmisten mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen ja ammattilaisten keinoihin auttaa maahanmuuttajia.

Kehitysvammaisten ongelmia käsitellyt case-työryhmä kokoontui muista ryhmistä poiketen vain kaksi kertaa. Case-esimerkkitapauksen sijaan ensimmäisessä ryhmätapaamisessa käytiin avointa keskustelua nykyisin toimivista sekä kehitettävistä asioista. Toiseen tapaamiseen ammattikorkeakoulun opiskelijat toivat tutkimustietoa ryhmäläisten ennakolta antamista lähtökohdista, jotka koskivat kehitysvammaisen lapsen siirtymistä päiväkodista kouluun ja kehitysvammaisten nuorten palveluja mielenterveyden edistämisessä ja tukemisessa. Seuraavaksi esitellään ikäryhmittäisten työpajojen työskentelyssä käsiteltyjä asioita, kehittämiskohteita ja toimivia käytäntöjä.

5.1 CASE-TYÖPAJA: LAPSET

Vanhempien mielenterveysongelmat ovat vakava uhka lasten kehitykselle ja hyvinvoinnille. Mielenterveysongelmien lisäksi mukana on usein muitakin ongelmia, kuten parisuhdeongelmat, päihteet, taloudelliset ongelmat, työttömyys ja monitasoinen syrjäytyminen. Tällöin myös lasten sairastumisvaara moninkertaistuu. Lapsikeskeisen näkökulman merkitys perusterveydenhuollossa nousee yhdeksi kulmakiveksi ennaltaehkäisevässä työssä. Tiedetään, että mielenterveyden häiriöiden sekä niiden mukana sosiaalisten ongelmien siirtyminen yli sukupolvien on usein psyykkisen sairastavuuden taustalla.

Suosittelun mukaan neuvoloiden, terveysasemien, erikoissairaanhoidon ja mielenterveysyksiköiden tulisi yhteistyössä sopia käytännöistä, joilla perheitä tuetaan. Neuvolalla on suuri rooli käytännön tason työssä, koska terveydenhoitajat tapaavat perheitä säännöllisesti.

5.1.1 Neuvoloiden keskeinen rooli mielenterveyden edistämässä

Mielenterveyttä rakennetaan koko elämän ajan, mutta perusta sille luodaan jo varhain lapsuudessa. On olemassa tutkimusnäyttöä siitä, että lapsuudenkodilla ja perheen olosuhteilla on merkitystä mielenterveyden kehittymiseen joko suotuisaan tai epäsuotuisaan suuntaan. Neuvoloiden terveydenhoitajat tapaavat lähes kaikki suomalaiset lasta odottavat ja lapsiperheet. Tämä ammattiryhmä on avainasemassa perheiden mielenterveyttä vaarantavien riskiolosuhteiden tunnistamisessa, perheiden tukemisessa ja tarvittaessa lisätuen järjestämisessä. Lapsen ja ennen kaikkea perheen tuen tarve havaitaan usein jo varhaisessa vaiheessa niin neuvolassa kuin päivähoitossakin. Miksi perheet eivät siis saa tukea ajoissa? Ongelmana saattaa olla, etteivät perheet näe itse avuntarvetta. Perustasolla tunnistetaan ongelmat, mutta tarvittavan tuen ja hoidon saaminen on vaikeaa. Avun saaminen (perhetyö) ainoastaan lastensuojelun kautta voi olla esteenä perheiden avun vastaanottamiselle. Neuvolan ja päiväkodin työntekijät toivovat yhteistyökumppaniksi perhetyöntekijää.

Kehittämisen tarvetta perheiden auttamiseksi on. Nykyisin epäkohtana mielenterveysongelmaisten lapsiperheiden auttamisessa on palvelujen pirstaleisuus. Vaitiolovelvollisuus nähdään suurena ongelmana viranomaistahojen välillä, vaikka lapsen etu meneekin kaiken muun edelle. Tämä johtaa hyvin usein epätietoisuuteen lapsen hoidosta ja hoidon piiriin pääsemisessä. Apua tarvitsevat perheet saavat lastensuojelun perhetyöntekijöiltä keskusteluapua, mutta konkreettista apua arjen askareisiin äidin ollessa väsynyt tai uupunut ei ole riittävästi tarjolla. Lapsiperheet kaipaavat usein tukea normaaleihin arkirutiineihin ja lapsiperheen ongelmiin. Apua saa usein vasta tilanteen kärjistyessä ja sosiaalipuolen arvion jälkeen, eikä pienemmin perustein esimerkiksi terveydenhoitajan järjestämänä. Tilanteen on käytännössä aina oltava ennaltaehkäisevän tai vakavamman lastensuojelutoimenpiteen seurausta. Neuvolapalveluja tulisikin kohdentaa niitä eniten tarvitseville perheille. Näin voidaan puuttua syrjäytymisen ehkäisyyn sekä terveyserojen kaventamiseen.

Lapsia käsittelevissä case-työpajoissa huolenaiheeksi nousivat päihteiden käytön lisääntyminen lapsiperheissä sekä mielenterveysongelmien lisääntyminen. Vanhempien jaksamattomuus, avuttomuus sekä osaamattomuus nousivat usein esille. Kuten muussakin elämässä nykyään, vanhemmat odottavat muutosta perhetilanteeseen nopeasti, ja jos se ei toteudu, niin hoitosuhteeseen ei sitouduta tai hakeudutaan seuraavan ammattilaisen luo. Ammattilaiset käsittelevät usein perheen asioita ongelmien kautta sen sijaan, että etsittäisiin perheestä löy-

tyviä voimavaroja. Perheiden ongelmat liittyvät usein normaalista arjesta selviytymiseen, ja tällöin kodeissa tehty työ voisi olla kaikkein tuloksellisinta.

Terveyskeskuksen kuntoutustyöryhmän rooli koetaan merkittävänä. Ryhmä koostuu lääkäristä, toimintaterapeutista, puheterapeutista, psykologista sekä sosiaalityöntekijästä. Asiakkuus kuntoutustyöryhmään vaatii lähetteen. Siellä arvioidaan tilanne tukitoimista. Ryhmään haetaan neurologisten viiveiden perusteella. Yhteistyökäytännöt ovat kiinteitä, neuvolan, päivähoidon ja kasvatus- ja perheneuvolan suuntaan. Vuorovaikutusproblematiikka kuuluu kasvatus- ja perheneuvolan tehtäväalueeseen.

5.1.2 Varhaiskasvatus lasten mielenterveyden edistäjänä

Päivähoidon ja neuvolan välinen yhteistyö nähdään yhtenä kulmakivenä lapsen hyvinvoinnin edistämisessä. Päivähoidon, neuvolan ja vanhempien välille on luotu toimiva käytäntö, jossa vanhemmat arvioivat päivähoidon työntekijöiden kanssa lapsen kehitystä ja sosiaalisia taitoja. Tämän jälkeen vanhemmat vievät kaavakkeen lapsen 5-vuotistarkastukseen neuvolaan ja keskustelevat terveydenhoitajan kanssa lapsen kehityksestä. Terveystenhoitaja antaa oman ammatillisen näkemyksensä päivähoidolle ja vanhemmat palauttavat kaavakkeen päivähoitoon. Viisivuotistarkastus neuvolassa on tärkeä lapsen psykososiaalisen, fyysisen ja motorisen kehityksen arvioinnin kannalta. Neuvolassa teemanäkökulmaksi ovat oppimiseen sekä esikouluvalmiuksiin liittyvien taitojen kartoittaminen yhteistyössä päivähoidon kanssa. Salon neuvoloissa on vuosi sitten laajennettu 4-vuotistarkastusta lapsen neurologisen kehityksen arviointiin. Käytössä oleva LENE-menetelmä auttaa terveydenhoitajaa arvioimaan lapsen neurologista kehitystä, jotta pystytään huomaamaan kapea-alaiset ja lievät ongelmat, joilla on todennäköisesti merkitystä myöhemmin ilmenevinä oppimisvaikeuksina. Neuvolassa selvitetään ja arvioidaan lapsen kokonaistilannetta ja tarvittaessa laaditaan lähete kuntoutustyöryhmälle (perusterveydenhuollon neurologisen arvioinnin työryhmä) tilanteen tarkempaa selvittelyä varten. Äidin jaksamista kartoitetaan ja hänelle järjestetään tarvittaessa uusi tapaaminen.

Kiertävät erityislastentarhanopettajat (keltot) käyvät päiväkodin henkilökunnan kanssa läpi erityistuen tarpeessa olevat lapset. Pienissä kunnissa ei ole ollut keltota käytettävissä. Kuntaliitoksen jälkeen koko Salossa on kiertäviä erityislastentarhaopettajia kuusi. Päivähoitossa käydään hoito- ja kasvatusneuvottelut, ja suunnitelma kirjataan lomakkeelle. Huolen herätessä kelto tulee mukaan päivähoidon henkilökunnan tueksi, ja yhteistyötä tehdään myös lastenneuvo-

lan kanssa. 5-vuotistarkastuksen kaavake helpottaa yhteydenpitoa päivähoidon ja lastenneuvolan välillä. Mikäli lapsella on erityisen tuen tarvetta, esimerkiksi autismin kirjoon kuuluvia oireita tai tunne-elämän häiriöitä, pyydetään asiantuntijan lausunto erityisryhmän tarpeesta. Päivähoidon tueksi järjestetään keltton konsultaatioita, harkitaan ryhmän pienentämistä tai avustajan palkkausta. Ongelmana on henkilökunnan jaksaminen, jokaisessa ryhmässä on yhdestä viiteen lasta, jotka henkilökunnan arvioinnin mukaan aiheuttavat huolta.

Päivähoidon toteuttamat kotikäynnit ovat hyvä toimintamuoto. Yhteistyö perheen kanssa on edellytys lapsen auttamiselle. Perhe tuntee parhaiten lapsen tilanteen ja hänessä tapahtuneet muutokset. Päiväkotien henkilökunnan tehdessä käyntejä pikkulapsiperheiden kotiin yhteistyökynnys on matala, ja perheen ja päiväkodin yhteistyö ja luottamus tiivistyvät, jolloin asiat on helppo ottaa puheeksi.

5.1.3 Lastensuojelun rooli lapsiperheiden mielenterveyden edistämisessä

Sosiaalityön ja lastensuojelun rooli lapsiperheiden tukena on tärkeä. Tällä hetkellä ehkäisevää lastensuojelutyötä ei Salossa voida toteuttaa henkilökunnan vähäisyyden vuoksi. Salon kaupungissa ei lapsiperheille ole tarjolla kotipalvelua. Lapsiperheiden tarvitsema kotiapu mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on käytännössä olematonta tarpeeseen nähden. Perhetyötä on tarjolla kaupungissa ainoastaan lastensuojelun avohuollon tukitoimena, ja tämä on sisällöltään perheen voimavaroja tukevaa keskusteluihin tukeutuvaa toimintaa. Perhetyöntekijöitä tarvittaisiin, sillä tällä hetkellä on oltava lastensuojelun tarve, ennen kuin perhetyöntekijän palveluita on saatavissa.

Moniammatillinen yhteistyö voi estyä monesta syystä. Yleisimmin ongelman tuottavat tiedonkulun katkeaminen ja vaitiolovelvollisuuden tulkinnat. Mikäli vanhemmat toimivat yhteistyössä viranomaisten kanssa, ei ongelmia esiinny. Lastensuojelun työntekijät ovat oikeutettuja saamaan tietoja eri viranomaistoilta, mutta heillä ei ole ilmoitusvelvollisuutta yhteistyötahoille perheen asiasta. On myös perheitä, jotka eivät ilmoita olevansa lastensuojelun asiakkaita, kun he muuttavat toiselle paikkakunnalle. Neuvolan näkökulmasta riittää tieto siitä, että perhe on lastensuojelun tukitoimien piirissä, jolloin ei tarvitse pohtia mahdollisia muita palveluita (kuten ehkäisevää lastensuojelutyötä, lastensuojelua, kasvatus- ja perheneuvolaa, psykiatrista erikoissairaanhoidoa, lasten kuntoutustyöryhmää). Asiakkuus voi epätietoisuuden vuoksi kuormittaa

useita eri tehtäväkenttiä. Huoli lapsesta on suuri ja siksi tukitoimia pyritään järjestämään eri alueilta.

Lastensuojelun ja neuvolan välillä tiedon kulussa on puutteita ja epätietoisuutta. Lastensuojelu ja päivähoito tekevät yhteistyötä, jolloin vanhemmat ovat allekirjoituksellaan vahvistaneet yhteistyön eri tahojen kanssa. Uusi organisaatio ja uudet rajat tuottavat työntekijöille tottumista työparityöskentelyssä. Toimialat ovat jakaneet alueet eri periaatteilla. Mikäli ilmoitus lastensuojelutarpeesta tulee julkiselta puolelta, riittää tieto lastensuojeluasiakkuuden alkamisesta. Tällöin huoli lapsen asioista vähenee, kun tiedetään tilanteen olevan hoidossa. Lisäksi eri sektoreilla pitää olla tieto siitä, mitä lapsen kanssa tehdään käytännössä. Näin voidaan poistaa päällekkäisiä toimintoja. Lisäksi tämä voisi selkiinnyttää tilannetta siinä, että tiedetään perheen olevan tuen piirissä ja tietoisuus tukitoimista on olemassa.

5.1.4 Lastenpsykiatrian tehtäväalueen näkökulma

Lasten psykososiaalinen tila on tutkittu hyvin kattavasti lähettävän tahon toimesta ennen osastolle tuloa (psykologin, toimintaterapeutin ym. testit). Lähettämisen syynä onkin usein lapsen sosiaalisen käyttäytymisen selvittäminen ja tukeminen. Hoitava taho järjestää verkostopalaverin hoitojakson alussa ja lopussa. Tutkimus- ja hoitojaksolle tullaan lääkärin läheteellä. Aikaisemmin lähetteitä on tullut myös terveydenhoitajilta sekä kasvatus- ja perheneuvolalta. Lapsen siirtyessä takaisin perusterveydenhuollon piiriin tulee myös lähettäneelle taholle tiedot lapsen hoitojaksosta ja mahdollisista jatkosuunnitelmista. Tällä voidaan turvata paremmin hoidon jatkuvuus. Lähettävän tahon tulee pohtia tarkkaan hoitava taho, kun erikoissairaanhoidon tarve on perusteltu.

Lastenpsykiatria tarjoaa erilaisia tutkimus- ja hoitomahdollisuuksia. Lastenpsykiatrian poliklinikka noudattaa avohoidon periaatteita ja arvioi osastohoidon tarpeen. Lasten päiväosasto on tarkoitettu alle 13-vuotiaille lapsille. Osaston toiminnan pääperiaatteena on koko perheen hyvinvoinnin edistäminen, yhteistyö perheiden kanssa. Osastolla on neljä paikkaa, joista yksi on tutkimusjaksopaikka. Hoitojakson pituus on 6–12 kuukautta. Perheosasto on aloittanut toiminnan syksyllä 2008. Hoitoon osallistuu koko perhe ja hoitojakson pituus on kolme viikkoa. Perheiden ongelmat liittyvät usein vanhemmuuteen ja rajojen asettamiseen, ja niitä harjoitellaan osastojaksolla. Halikon sairaalassa on myös kotihoitotyöryhmä, joka tekee työtä lapsen kasvu- ja kehitysympäris-

tössä. Osastolta käsin tehdään myös lastensuojeluilmoituksia, jolloin perheelle mahdollistetaan tukitoimet jo varhaisemmassa vaiheessa.

Uutena toimintana on aloittanut lastenpsykiatrian ”mielenterveysambulanssi”. Kahden hengen työryhmä (psykologi-sairaanhoitaja) tarjoaa kiireellistä konsultaatioapua lapsen omassa elinympäristössä. Työryhmän toiminta on kytketty TYKSin lastenpsykiatrian poliklinikan akuuttityöryhmään, josta liikkuva työpari saa tarvitsemansa erikoissairaanhoidon tuen työelleen. Toimintaluokka on koko Varsinais-Suomi. Erikoissairaanhoidon antaa nopean konsultaatioavun lasta ja perhettä hoitavalle verkostolle vastaten vaikeimpien potilaiden tutkimuksista ja hoidosta. Se osallistuu erityisesti kriisihoitojen toteuttamiseen ja tarvittaessa arvioi päivystysluonteisesti hoidon tarpeen.

Kasvatus- ja perheneuvolan rooli vanhemmuuden arvioinnissa nähdään tärkeänä. Kasvatus- ja perheneuvola toimii asiantuntijana parisuhdeasioissa sekä lapsen kasvuun liittyvissä ongelmissa. Kasvatus- ja perheneuvolassa tutkitaan paljon lapsia ja annetaan neuvoja ja ohjeita vanhemmuuteen. Ennaltaehkäisevän työn osuus on vähentynyt ja toiminta on keskittynyt enemmän hoitavaan rooliin. Työskentely sisältää yksilö- ja perhekäyntejä sekä terapeuttisia ryhmiä. Halikon lastenpsykiatrian osaston kanssa on järjestetty muun muassa ns. lasten eroryhmiä. Tällä hetkellä tunnustetaan selvä tarve vanhempainkoululle. Kasvatus- ja perheneuvolan lisäksi myös perheasianneuvottelukeskus toimii asiantuntijana parisuhdeasioissa ja lasten kasvatukseen liittyvissä ongelmissa.

Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden hoitoa ei voida tällä hetkellä toteuttaa terveyskeskuksessa. Hoitamisessa keskeinen rooli on varsinaisella psykoterapialla ja se vaatii erityisosaamista sekä aikaa. Tällä hetkellä näitä palveluja on mahdollisuus saada perheneuvolasta ja erikoissairaanhoidosta.

5.1.5 Liikunnan merkitys perheille

Liikuntatoimi on mukana liikunnan lisäämisessä ja toiminnan kehittämisessä päiväkodeissa. Päiväkodin henkilökuntaa on koulutettu liikuttamaan lapsia erilaisten mallien ja ohjelmien mukaan. Henkilökunta on tiedostanut liikunnan tärkeyden. Liikuntatoimissa on ollut aikaisemmin liikuntakerhoja erityisryhmille, mutta tulevaisuudessa toivotaan, että kaikki liikkuvat yhdessä eikä jakoa erityisryhmiin enää tehdä. Yhteistyö päiväkotien ja liikuntatoimen välillä on lisääntynyt Salon ja Halikon alueen päiväkodit ovat aktiivisesti toiminnassa mukana, muiden päiväkotien tilanne on vielä kartoittamatta. Päiväko-

tien henkilökunta näkee, että liikunta on tärkeä yhteisten positiivisten hetkien rakentaja lapsen ja vanhemman välillä. Haasteena on, miten saadaan liikkumaan ne lapset ja perheet, jotka ehkä eniten myös hyötyisivät siitä. Suunnitteilla on yhteistyö, jossa terveydenhoitajat voivat ohjata lapsia liikuntakerhohen pariin. Tavoitteena on järjestää ryhmiä, joissa ”normaalit” liikkujat ja ”erityistarpeiset” lapset toimivat yhdessä.

5.1.6 Varhainen tuki ja yhteistyö eri toimijoiden kesken

Perheiden tukemisessa ja toiminnan järjestämisessä Salon seudulla palveluja tarjoaa myös Mannerheimin Lastensuojeluliitto (MLL), jolla on Salon seudulla kolme perhetyöntekijää. Perheet tulevat asiakkaiksi useimmiten lastensuojeluviranomaisten kautta, ja tällöin se myös rahoittaa toiminnan. Perhetyö suunnitellaan aina perheen tarpeen mukaisesti ja se sisältää myös siivousapua silloin, kun se on tarkoituksenmukaista. Neuvoloiden kanssa voidaan tehdä yhteistyötä, kunhan taloudelliset asiat saadaan sovittua niin, että tuki on perheelle ilmaista tai kustannukset kohtuullisia. Lastenhoitoapua on saatavilla, mutta ongelmaksi tulee usein palvelujen maksullisuus. Salon mielenterveysseura Salmi ry. on perhekeskuksen kautta ollut aktiivinen toimija erilaisten tapahtumien järjestäjänä.

Päihde- ja mielenterveysongelmaisten vanhempien lapsilla on huomattavasti suurempi mielenterveyshäiriöiden riski kuin muissa kasvuympäristössä kasvavilla ja kehittyvillä lapsilla ja nuorilla. Salon seudun terveyskeskus tarjoaa neuvoloissa ja kouluissa ennaltaehkäiseviä tukitoimia ja interventioita (esimerkiksi Lapset puheeksi -interventio) pienelle ryhmälle. Neuvoloissa tunnustetaan ja seurataan vauvan ja vanhemman varhaista vuorovaikutusta määräaikaistarkastuksissa. Varhaisen vuorovaikutuksen ongelmiin on olemassa yhdessä sovitut työkäytännöt. Seuranta jatkuu kouluterveystarkastuksissa.

Tiedonkulku eri hallintokuntien välillä on paikoin ongelmallista. Suurimpana syynä tilanteeseen nähdään vaihtolovelvollisuuden asettamat raja-aidat. Lähinnä tämä koskee lastensuojelun ja terveydenhuollon välistä tiedonsiirtoa. Sama ongelma näyttyy tosin myös päivähoiton ja terveydenhuollon välillä. Vaihtolovelvollisuuden ei pitäisi kuitenkaan nousta esteeksi silloin, kun perheeltä saadaan lupa moniammatilliseen yhteistyöhön. Lastensuojelu korostaa, että lupa tietojen siirtoon lastensuojelusta muille asianomaisille ammattilaisille saadaan yleensä, kun asia perustellaan hyvin perheelle. Toimivaan yhteistyöhön tarvitaan siis kaikilta toimijoilta joustavuutta ja ymmärrystä toisen sektorin

työstä. On tärkeää, että tunnetaan eri ammattikuntien mahdollisuudet toimia lasten ja perheen hyväksi, sillä näin vältetään pettymyksiltä, miksi toinen ammattiryhmä ei toimikaan omien odotusten ja toiveiden mukaisesti, varsinkin silloin, kun ryhmässä on keskusteltu yksittäisen lapsen ja perheen asioista ja perheeltä on pyydetty lupa asioiden pohtimiseen työryhmässä. Haasteena nähdään se, miten koko Salon alueella saadaan luotua riittävän pieniä yhteistointiminta-alueita, joilla eri sektoreiden ammattilaiset tuntisivat toisensa sekä toistensa työtavat, jolloin myös tiedonkulku olisi joustavan tarkoituksenmukaista.

Varhaiskasvatus kaipaa nykyistä enemmän yhteistyötä alkuopetuksen kanssa. Joissakin työpisteissä hyvin toimivana käytäntönä on ollut, että varhaiskasvatus ja terveydenhoitaja pitävät koulutulokkaista palaverin tulevien luokanopettajien kanssa. Sen sijaan esimerkiksi esikoululaisten tulevaan kouluun tutustumiset eivät toimi kaikissa kouluissa. Varhaiskasvatus näkee nämä toimintamuodot tärkeänä yhteistyömuotona koulun ja neuvolan kanssa ja näitä käytäntöjä tulisi yhtenäistää koko kaupungin alueella.

Neuvolan ja lastensuojelun lisäksi joissakin päiväkodeissa tutustutaan perheeseen ja lapseen kotikäynnillä. Vanhemmat, lapsi ja päiväkodin henkilökunta tutustuvat toisiinsa, ja yhteistyö on kokemusten mukaan molemmin puolin helpompaa jatkossa, kun yhteistyösuhde on rakennettu turvalliseksi. Lapsella on päiväkotiin tullessaan oma tuttu hoitaja, mikä on osoittautunut varsin merkitykselliseksi lapselle ja auttanut sopeutumaan päiväkodin arkeen. Nämä Hyvän hoidon portaat on tarkoitus juurruttaa toimintamalliksi koko Salon seudulle. Lisäksi olisi tärkeää vakiinnuttaa omahoitajamallia päiväkodissa.

Yhteistyön kautta on kasvanut ymmärrys toisten toimialojen työntekijöiden työn sisältöön. Professionaalisuus omaa työtä kohtaan on kasvanut ja arvostus toisen tekemää työtä kohtaan on noussut. Erikoissairaanhoidon rooli nousee esiin lapsen hoitojakson aikana verkostoitumisena eri yhteistyökumppaneiden kanssa. Koko perheen huomioiminen nähtiin tärkeänä ja varhainen, avoin vuorovaikutus perheiden välillä. Päivähoidosta tehtävät kotikäynnit ovat vaativia ja resurssit koetaan usein riittämättömiksi.

TAULUKKO 3. *Toimivat käytännöt ja kehitettävät asiat lasten palveluissa.*

TOIMIVAT KÄYTÄNNÖT	KEHITETTÄVÄÄ
<ul style="list-style-type: none"> • Varhainen puuttuminen • Lapset puheeksi -toimintamalli • Vanhemmuuden roolikartta • Liikuntatoimen tuomat mahdollisuudet 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsultaatiokäytäntöjen kehittäminen erikoissairaanhoidon kanssa • Yhteistyön ja työparityöskentelyn kehittäminen edelleen • Ennaltaehkäisevän lastensuojelutyön lisääminen
<ul style="list-style-type: none"> • LENE (Leikki-ikäisen lapsen neurologinen arvio) • 5-vuotistarkastusyhteistyö päivähoidon ja neuvola • VAVU – varhainen vuorovaikutus • Laajennettu perhevalmennus 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuvolan ja päivähoidon yhteistyön lujittaminen • Perhetyöntekijöiden tarve neuvolassa • Arjen apua koteihin
<ul style="list-style-type: none"> • Keltojen toimintamalli • Päivähoidon toimintamalli huolen heräämisestä • Päivähoidon kotikäynnit 	<ul style="list-style-type: none"> • Omahoitajamallin ja kotikäyntien vakiinnuttaminen päiväkodeissa
<ul style="list-style-type: none"> • Vertaisryhmätoiminta 	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyö kolmannen sektorin kanssa • Ryhmätoiminnan järjestäminen, eroryhmät, vanhempainkoulut

5.2 CASE-TYÖPAJA: NUORET

Nuorten mielenterveyspalvelujen tulisi olla helposti tavoitettavissa ja nopeasti saatavilla. Nuorten ongelmat ajautuvat liian pitkälle, jos jokainen taho selvittää nuoren tilannetta yksinään lähtökohtana oma erityysoaamisensa. Monet hoitokontaktit voivat myös väsyttää nuorta ja johtaa nuoren haluttomuuteen osallistua niihin.

5.2.1 Koulu ja koti nuoren kehitysympäristönä

Nuoren avunsaannin edellytys on, että terveydenhoitaja ja kuraattori neutraaleina palveluina ovat nopeasti tavoitettavissa, kun nuori haluaa jakaa asioitaan aikuisen kanssa. Näiden peruspalvelujen merkitys on tärkeä ja niihin pitäisi suunnata resursseja riittävästi. Opiskelijan tason mukainen opetus pyritään turvaamaan perus- ja jatko-opinnoissa ja nuorta tuetaan kaikin mahdollisin keinoin opiskelujen loppuun saattamisessa.

Koulun opetustyön tukena on moniammatillinen oppilashuoltoryhmä, missä oppilaiden koulunkäyntiin ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyviä asioita pohditaan koulun oman moniammatillisen verkoston sisällä, ja tilanteen edellyttämällä tavalla oppilas ja vanhemmat kohdataan eri yhteistyöverkostoissa. Oppilaalta pyydetään lupa verkostojen kanssa työskentelyyn tai hän on itse mukana niissä. Kotikäyntejä tehdään jonkin verran. Vanhempainillat, jotka on rakennettu eri teemojen ympärille, voisivat aktivoida vanhempia osallistumaan oman nuorensa koulun vanhempainiltoihin.

Oppilashuoltoryhmä on toimiva yhteistyön muoto, mutta se vaatii edelleen kehittämistä koulujen sisällä, ja esimerkiksi lukiossa tämä toimintamuoto ei ole vielä käytössä. Joissakin kouluissa toimii niin sanottu laajennettu oppilashuoltoryhmä, joka kokoontuu lukukausittain pohtimaan nuorten hyvinvointiin liittyviä ajankohtaisia asioita. Siihen osallistuvat oppilashuoltoryhmän lisäksi esim. seurakunnan, liikuntatoimen, nuorisotoimen, ravitsemushuollon ja poliisin edustaja, ja tuolloin on mahdollista keskittyä kulloinkin ajankohtaisiin asioihin ja pohtia ennaltaehkäisyä ja puuttumisen keinoja.

Koulussa nuorten terveysongelmina näyttäytyvät unettomuus, väsymys ja syömisongelmat. Aamupala jää nuorilta usein kiireen takia nauttimatta ja osa jättää myös kouluruokailun väliin. Koulun tarjoama aamupuuro nähtiin keinona houkutella kouluun ja kohentaa oppilaiden ravitsemusta. Nuorilla aikuisilla terveys-

ongelmia aiheuttavat päihteet, valvominen, yksinhuoltajuus, heikko taloudellinen tilanne ja työssä käynti opiskelun lisäksi. Päihde- ja mielenterveysongelmien tunnistamisessa ja hoitoon ohjauksessa on liikaa viivettä, sillä liian usein lääkärin vastaanotolle tulee nuori, jolla on esimerkiksi pitkälle edennyt alkoholiongelma.

Vanhemmat ovat omien nuortensa asiantuntijoita ja heidät tarvitaan mukaan entistä tiiviimpään yhteistyöhön. He voivat pelätä ammattilaisia ja tarvitsevat rohkaisua saattaakseen nuoren tuen piiriin. Opettajat toivat esille sen, että osa vanhemmista hyväksyy nuorensa luvattomat poissaolot. Yläkouluun siirtyvien nuorten vanhemmat haastatellaan ja heille korostetaan molemminpuolista luottamusta mm. poissaolojen suhteen. Kun nuori ja vanhemmat on saatu yhdessä ammattilaisten pariin, hoitotulokset paranevat.

5.2.2 Palvelujen yhteensovittaminen ja työparikäytäntö

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa on paljon ammattitaitoa, jolla voidaan tukea nuorta hänen elämäntilanteessaan. Sen sijaan nuoren lääkityksen suunnittelu ja toteutus kuuluvat useimmiten erikoissairaanhoidon piiriin. Koulu on nuorelle neutraali maaperä, mihin tulisi suunnata nykyistä enemmän myös erikoissairaanhoidon tukea. Erikoissairaanhoidon tavoitteena onkin jalkautua nuorten kehitysympäristöihin, kuten kouluihin sekä tukea nuorta ja hänen arjen tukiverkostoaan. Psykiatriset sairaanhoitajat voisivat jalkautua ja työskennellä oppilashuoltoryhmän tukena. Erikoissairaanhoidon on jo nyt nimennyt kouluille kummeja, ja aluetyöryhmät ovat tavoitettavissa puhelimitse. Tällä hetkellä hoitovastuu siirtyy kuitenkin lähetekäytännön mukana. Nyt tulisikin keskustella siitä, miten erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon asiantuntemus saadaan yhdistettyä niin, että vastuu ja vaitiolovelvollisuudet on asianmukaisesti huomioitu.

Terveyskeskuspsykologi ja nuorisopsykiatrian yksikkö ovat keskeisiä hoitopaikkoja nuorille, mutta ne eivät pysty vastaamaan nuorten mielenterveyspalvelujen kysyntään. Ennen kaikkea terapiapalvelujen saanti on vaikeaa ja erikoislääkäreistä on kova pula. Erikoissairaanhoidon laitospainotteisuutta vähennetään ja avopalveluja kehitetään myös nuorten palveluissa. Nuorisopsykiatriassa toimiva akuuttityöryhmä pyrkii vastaamaan nuorten tarpeisiin 1–7 vuorokauden kuluessa soitosta tai läheteestä. Hoitoon tullaan läheteellä tai nuori voi itse ottaa yhteyden poliklinikalle soittoaikana. Tällä hetkellä nuorisopsykiatrian toimintaa heikentää lääkäripula. Kriisikeskus Etappi osallistuu asiakkaiden palveluohjaukseen ja on nuorten ja perheiden tukena akuuteissa

kriisitilanteissa. Pitkäaikaisemmissa tuen tarpeissa nuori ohjataan akuuttihoiton jälkeen koululääkärille ja mahdollisesti nuorisopsykiatrian poliklinikalle.

Työparikäytäntö laajentaa ammattilaisten osaamista ja mahdollistaa pitkäjänteisen asiakassuhteen rakentumisen. Ammattiopistossa on jo vakiintunut työparikäytäntö, jolloin kuraattori tapaa joko oppilaanohjaajan tai terveydenhoitajan kanssa opiskelijan ja mahdollisesti vanhemmat koululla. Toisinaan tehdään myös kotikäyntejä. Yhtenä uutena toimintamuotona Salon seudulla ovat nuorisopoliklinikan suorittamat kotikäynnit tai yhteiset vastaanotot nuoren ja terveydenhoitajan tai koulukuraattorin kanssa koulussa.

Monikulttuurisuus asettaa uusia haasteita työntekijöille, jotka kaipaavat lisää osaamista ja tietoa muun muassa erilaisten yhdistysten toiminnasta, mihin nuoria voi ohjata. Jo pelkästään kielitaito asettaa rajoituksia hoidon toteuttamiselle. Tulkkipalveluja käytetään lääkärin ja neuvoloiden palveluissa, mutta koulussa tulkin käyttö on vielä vähäistä ja mielenterveyspalveluissa asiakkaat kokevat tulkin käytön vieraana.

5.2.2 Ennaltaehkäisevä nuorisotyö

Seurakunta osallistuu monin tavoin nuorten tukemiseen. Työtä ei sido virkamiesmäisyys, mikä voi helpottaa nuorta luottamuksellisen suhteen luomisessa. Yläasteella ja oppilaitoksilla on koulupapin päivystys. Rippikoulu on monelle nuorelle merkittävä asia ja mahdollisuus löytää uusia ihmissuhteita. Yhteistyötä tehdään lähinnä opettajien ja kuraattorin kanssa. Seurakunnassa pohditaan, miten tavoitetaan esimerkiksi päihdeongelmaiset nuoret, jotka hyötyisivät erityisesti aikuisen tuesta. Yhteistyötä pyritäänkin lisäämään nuorisotyöntekijöiden ja poliisin suuntaan.

Valomerkki-toiminta on viranomaisyhteistyönä toteutettavaa varhaista puutumista alle 18-vuotiaiden nuorten päihteiden käyttöön ja näpistelyihin. Tavoitteena on Valomerkki-toiminnan ja korjaavan lastensuojelun välisen rajapinta-alueen kehittäminen niin, että pelkän Valomerkki-keskustelun sijasta nuoren elämää pyritään tukemaan muutaman kerran tapaamisella.

5.2.3 Moniammatillinen verkostotyö ja verkostomenetelmät

Alueen eri palvelujärjestelmiin ja työntekijöihin tutustuminen avaa uusia mahdollisuuksia yhteisen työn tekemiselle. Case-työpajoissa mukana olleille

on tullut yllätyksenä se, että saman nuoren ja perheen kanssa toimijat eivät useinkaan tunne toisiaan eivätkä toistensa työtapoja. Kaikkien case-työpajojen tapaamisten suurimpia anteja työntekijöille on ollut eri sektoreiden toimijoihin ja toisten työtapoihin tutustuminen. Se on lisännyt toisen työn ymmärrystä ja ryhmissä on konkreettisesti sovittu voimavarojen yhdistämisestä.

Nuorten kanssa toimijat odottavat selkeää mielenterveyspalveluista kertovaa palveluopasta, joka on valmistumassa. Toinen konkreettinen toive on alueen palveluista ja hyvistä käytänteistä kertova Toimivien käytäntöjen pankki, josta työntekijät löytävät päivitettyä tietoa netin välityksellä. Palveluista tiedottamisen väyliä tulee joka tapauksessa kehittää. Yhtenä mahdollisuutena ovat jo nyt toimivat yhteistyömuodot, kuten ammattiopistolla keväisin toteutettava foorumi tai nuorten kanssa toimivien yhteinen seminaari-iltapäivä, jossa eri sektoreiden edustajat voivat esittää ajankohtaiset kuulumiset.

Hankkeen aikana case-työpajojen toimijat ovat keskustelleet käyttämistään työmenetelmistä ja heillä on selkeästi herännyt kiinnostus erilaisista verkostomenetelmistä. Keskustelut ja erilaiset seulat, esimerkiksi mielialaseulat ovat tavallisimpia välineitä asiakastyössä. Vanhemmuuden roolikartta tunnistetaan hyväksi apuvälineeksi, mutta sen käyttö on unohtunut arkipäivän kiiressä. Huolen harmaa vyöhykkeistö on tuttu työntekijän oman huolen selkeyttämisessä. Yksi opettaja lähti hankkeen aikana kouluttautumaan Huoli puheeksi-kouluttajaksi ja nyt hän kouluttaa Salon alueen opettajia tämän menetelmän käyttäjiksi. Verkostodialogeista kertova seminaari-iltapäivä antoi kuulijoille konkreettisesti tietoa siitä, miten eri toimijat voivat käyttää työssään verkostotyön muotoja.

5.2.4 Koulutuksen ulkopuolelle jääneet yli 18-vuotiaat nuoret

Nuorten case-työpajassa suurimmiksi haasteiksi nähtiin täysi-ikäiset koulutuksen ulkopuolelle jääneet nuoret, joilla voi lisäksi olla mielenterveys- ja päihdeongelmia. Lastensuojelun asiakasperheisiin kuuluu työttömiä ja rahattomia nuoria, jotka saattavat kuormittaa perhettä hyvin paljon. Väsyneiden vanhempien ja viranomaistenkin keinot ovat vähissä, kun kyseessä on kahdeksantoista vuotta täyttänyt nuori. Vanhempien ongelmat tulevat usein esille nuorten ongelmien yhteydessä, jolloin koko perheen hoitaminen on keskeistä.

Työvoimaneuvojan ja psykologin keskustelujen ja testien avulla arvioidaan nuoren jatkokoulutusmahdollisuuksia, ja mikäli nuori tarvitsee pitempiaikais-

ta tukea, hänet ohjataan asianmukaisen hoidon ja tuen piiriin. Työkokeilu ja koulutuskokeilu ovat myös mahdollisuuksia selvittää ammatinvalintaa. Täysikäinen nuori, jolla on mielenterveys- ja päihdeongelmia, ei useinkaan ole työkykyinen, ja hän asioi työ- ja elinkeinotoimistossa vain saadakseen todistuksen sosiaalitoimea varten. Sosiaalityöntekijä, työvoimaneuvoja ja A-klinikan työntekijä tekevät näissä kysymyksissä paljon yhteistyötä keskenään. Aikuissosiaalilyössä on myös suuri huoli nuorista, joiden motivaatio riittää ainoastaan toimeentulon hakemiseen. Opiskelupaikka haetaan usein viranomaisten ”pakotamana” ja koulutus jää kesken. Kun lastensuojeluasiakkuus päättyy 18-vuotiaana, alkaa aikuissosiaalilyö. Tätä siirtymävaihetta voisi edesauttaa nuorten asioihin perehtynyt nuorisotyöntekijä.

A-klinikalle nuoret tulevat useimmiten ohjattuina joko itse tai vanhempiensa kanssa. Alaikäisten kanssa toimitaan lastensuojelulain edellyttämällä tavalla. Lähtökohtana ovat avoimuus ja nuoren suostumus yhteydenottoon esimerkiksi koululle. Nuoren rinnalla kuljetaan, kunnes hänelle saadaan järjestettyä apua mielenterveyden ongelmiin. Päihdeongelmien lisäksi nuorilla on lisääntyvässä määrin peliriippuvuutta; pikavipit ja velkaantuminen ovat monelle nuorelle arkipäivää.

Opiskelijaterveydenhuollon piirissä olevien kutsuntatarkastuksissa kiinnitetään tehostetusti huomiota nuoren kokonaisvaltaiseen terveydentilaan. Terveystarkastukseen osallistuvan nuoren tilanteen tuntevat ammattilaiset, sen sijaan koulutuksen ulkopuolella olevat nuoret kutsutaan terveyskeskukseen, missä nuoren historia ei välttämättä ole tiedossa.

TUEXI-hankkeessa on koulutettu tukihenkilöitä Salon seudun nuorten avuksi. Hankkeen kohderyhmänä ovat 9–21-vuotiaat avohuollon tukitoimien piirissä ja rajapinnassa olevat lapset ja nuoret. Perheiden, terveydenhoitajien ja kuraattorien kautta on tavoitettu tuen tarpeessa olevia nuoria.

TAULUKKO 4. *Toimivat käytännöt ja kehitettävät asiat nuorten palveluissa.*

TOIMIVAT KÄYTÄNNÖT	KEHITETTÄVÄÄ
<p>Ennaltaehkäisevä nuorisotyö:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kouluille nimetty oma vastaava liikunnanohjaaja • Järjestöjen toiminta esim. TUEXI-hanke 	<p>Ennaltaehkäisevä nuorisotyö:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vapaa-ajan toiminnan kehittäminen mm. liikunta- ja nuorisokahvilatoiminta • Nuorten oma työkalupakki nettiin • Nuorille tietoa yhdistysten toiminnasta erit. maahanmuuttajanuoret
<p>Nuoren kehitysympäristöt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuorten alkoholinkäyttöön puuttuminen, Valomerkki-toiminta • SRK: kouluilla nimetty koulupappi, rippikoulu • Toimiva koulun oppilashuoltoryhmä, poissaoloihin puuttuminen • Opetus nuoren edellytysten mukaan tuki- ja erityisopetusjärjestelyt 	<p>Nuoren kehitysympäristöt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuorisotyön jalkautuminen nuorten suosimiin paikkoihin • Varhaisempi puuttuminen nuorten terveysongelmiin, mm päihteiden käyttöön • Valomerkki-toiminnan ja korjaavan lastensuojelun välisen rajapinta-alueen kehittäminen • Koulun henkilöstö lisäämään nuoren hyvinvointia ja turvallisuutta, poissaolojen seuranta, oppilashuoltoryhmien kehittäminen • Kouluterveydenhoitaja ja kuraattori läsnä oppilaan arjessa • Vanhemmat mukaan nuoren koulutyöhön • Koulujen vanhempainiltojen kehittäminen • Nuorten ja perheiden tukeminen arjessa ja vanhempien mielenterveongelmien huomiointi ja hoitaminen

<p>Lasten ja nuorten palvelut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Näyttöön perustuva kouluterveydenhuolto • Nuorisopsykiatrian kummikoulutoiminta ja psykiatrisen asiantuntemuksen konsultaatiomahdollisuus koululla • Nuorisopsykiatrian akuuttityöryhmän toiminta • Työparitoiminta esim. kuraattori ja terveydenhoitaja 	<p>Lasten ja nuorten palvelut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riittävästi aikuisia ja matalan kynnyksen paikkoja nuorten palveluihin • Nuorten mielenterveyspalvelujen kehittäminen • Työparikäytännön jalkauttaminen kouluille: perus- ja erikoissairaanhoidon yhteistyön vastuukysymysten selvittäminen • Perheessä tehtävän työn lisääminen
<p>Moniammatillinen yhteistyö:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Henkilökohtainen tai verkostotyyppinen yhteistyö julkisen ja kolmannen sektorien toimijoiden kesken • Tiedon siirto yli sektorirajojen; potilaskertomuksen sähköinen ”suostumuksen hallinta” lomake • Nuori ja vanhemmat mukana verkostopalavereissa • Kotikäynnit tarpeen mukaan 	<p>Moniammatillinen yhteistyö:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erilaisten verkostomenetelmät esim. Tulevaisuuden muistelo, Huoli puheeksi jne. työvälineeksi • Monikulttuurisuuden uudet oppimishaasteet ja tulkkipalvelujen käyttö • Palveluopas ja Toimivien käytäntöjen pankki työntekijöiden käyttöön • Nykyiset yhteistyöfoorumit palveluista tiedottamisen väylänä
<p>Koulutuksen ulkopuolelle jääneet yli 18-vuotiaat nuoret</p> <ul style="list-style-type: none"> • Työ- ja elinkeinotoimiston joustavat palvelut nuorille • Nuorten työkokeilu ja koulutuskokeilu 	<p>Koulutuksen ulkopuolelle jääneet yli 18-vuotiaat nuoret</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuorten lisääntyneet velka- ja riippuvuusongelmat • Nuorten palveluihin oma sosiaalityöntekijä • Nuorten palvelujen ikärajaa nostettava 23–25 vuoteen • Perhetyön tehostaminen

5.3 CASE-TYÖPAJA: TYÖIKÄISET

Työikäisen väestön mielenterveyden edistäminen ja mielenterveysongelmien varhainen tunnistaminen olivat peruslähtökohtia työikäisiä käsittelevissä case-työryhmissä. Yhtenä kokonaisuutena käsiteltiin masennusta ja sen aiheuttamaa problematiikkaa niin sairastuneelle kuin koko ympäristölle. Lisäksi käytiin läpi masennuksen tunnistamiseen liittyvät mittarit ja Suomessa eri alueilla käytössä olevat toimivat ja hyvät depressionhoidon mallit. Työpajoissa pureuduttiin lisäksi psykoosin hoitoon ja kuinka alueella toimitaan tämältyyppisten ongelmien kohdatessa perhettä sekä alkoholin ongelmakäyttöön liittyvää problematiikkaa niin perheen kuin auttajienkin näkökulmasta. Päihteidenkäyttö on lisääntynyt ja erityisesti naisten alkoholinkäyttö on usein syynä perheidenhuonovointisuuteen. Kolmen esimerkkitapauksen kautta haettiin toimivia käytäntöjä ja kehitettiin uusia toimintatapoja. Tavallisimpia mielenterveyden häiriöitä ovat erilaiset masennustilat, ahdistuneisuushäiriöt sekä alkoholinkäyttöön liittyvät häiriöt. Suomalaisten yleinen terveys on kohentunut erilaisten elämäntapamuutosten myötä, mutta väestön mielenterveydessä ei ainakaan käytettävissä olevien tutkimusten valossa ole kuitenkaan tapahtunut suuria muutoksia.

Eri toimijoiden välillä tapahtuu yhteistyötä, mutta yli organisaatorajojen tapahtuvaa yhteistyötä tulisi lisätä. Terveyskeskuksessa ovat aloittaneet depressiohoitajat ja tämä käytäntö koetaan hyvänä. Depressiopotilaan hoitoketju on myös luotu. Tämän lisäksi mielenterveysosaaminen on lisääntynyt perustasolla esimerkiksi kotikuntouttajien työn tuella. Alueella on toimiva klubitalo ja seurakunnan järjestämää ohjelmaa. Erikoissairaanhoido pyrki kehittämään omaa toimintaansa yhä avohoitoisempaan suuntaan, lähelle asiakkaita.

Työikäisten mielenterveysongelmien heikko tunnistettavuus peruspalveluissa, avohoidon yksipuolisuus ja riittämättömyys sekä sairaalahoidon alasajo ovat keskeisiä ongelmakohtia. Kokonaisvaltainen tarkastelu yhdessä eri toimijoiden kanssa antoi erilaisia kehittämismahdollisuuksia yhdessä tekemiselle ja työkäytäntöjen uudelleen järjestämiselle. Omia näkökulmia nostettiin esille sekä pohdittiin ja kehitettiin yhdessä tekemisen mallia.

5.3.1 Yhteistyö perusterveydenhuollon näkökulmasta

Perheen huomioimien palveluissa nousi vahvasti esille äitiysneuvolatyön tavoitteissa. Äitiysneuvolan tavoitteena on tukea tulevia vanhempia elämän muutostilanteissa ja vanhemmuudessa. Varhaisen vuorovaikutuksen sekä kestävän

parisuhteen tukeminen kuuluvat terveydenhoitajan työnkuvaan. Tavoitteena on ehkäistä ja tunnistaa äitien ja molempien vanhempien psyykkisiä ongelmia sekä oireilua. Vastaavasti lastenneuvolassa kiinnitetään erityistä huomiota perheiden tukemiseen ja varhaiseen vuorovaikutuksen havainnointiin ja vanhemmuuden vahvistamiseen. Varhainen tunnistaminen myös mielenterveyteen liittyvissä asioissa on neuvolaterveydenhoitajan tehtävä, joskin tämä koetaan hyvinkin haasteellisena. Odottavat vanhemmat eivät tuo asioita aina avoimesti esille, edelleen stigman olemassa olo elää vahvasti. Somaattiset sairaudet tulevat huomattavasti helpommin esille kuin mielenterveyteen liittyvät ongelmat.

Perusterveydenhuollon henkilöstöllä on hyviä kokemuksia moniammatillisesta työparityöskentelystä. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon konsultaatioiden tärkeys avohoidossa nousi vahvasti esiin. Problematiikkaa olisi huomattavasti helpompi käsitellä yhdessä asiakkaan ja mielenterveystyön asiantuntijan kanssa vaikka terveydenhoitajan vastaanotolla, mahdollisimman matalan kynnyksen palveluna, jolloin asiakasta ei tarvitse lähettää heti erikoissairaanhoidon palvelujen piiriin. Hoidon tarpeen arviointi voisi tapahtua tutussa ympäristössä, ja luottamuksellinen, avoin yhteistyö voisi tarvittaessa jatkua.

Aikuisneuvonnan terveydenhoitajat toimivat usein yhdyshenkilöinä erikoissairaanhoidon ja muiden palvelujen välillä sekä ohjaavat ja neuvovat asiakasta esimerkiksi kotiutustilanteissa. Vastaavasti psykiatrisen sairaanhoitajan osuus avohoidossa on toimia linkkinä psykiatrian tulosalueen ja esimerkiksi kotipalvelun välillä. Perusterveydenhuollon asiantuntemus tulee nostaa vahvemmin esille. Asiakkailta on monien palvelujen tarpeita, ja tämä tuo oman haasteen työlle. Terveyskeskuksessa on lähdetty toteuttamaan matalalla kynnyksellä depressiohoitamallia. Tällä hetkellä on nimetty kolme työntekijää, jotka toimivat depressioasiakkaiden hoidossa yhteistyössä lääkärin kanssa. Heidän työnkuvaansa kuuluvat lisäksi muiden mielenterveysasiakkaiden kohtaaminen sekä somatikkaan liittyvät ongelmat. Hoitomallia kehitetään parhaillaan ja toivotaan yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. Työnohjaus on oleellinen osa koko prosessia. Lisäksi tiimin tuki ja yhteistyö on tärkeitä. Ne ovat tällä hetkellä vielä vähäiset. Depressiodiagnoosin tekee lääkäri ja arvioi hoidon tarpeen.

Lääkärin vastaanottotoiminta on kiireistä ja akuutteihin tilanteisiin paneutumista. Vastaanotolla suoritetaan hoidon tarpeen arviointia ja kiireellisyyssluokitusta. Siellä arvioidaan, minne asiakas ohjataan hoitoon. Asiakasryhmillä on monia ongelmia, kuten somaattisia vaivoja, mielenterveysongelmia ja päihdeongelmia. Entistä iäkkäämmät hakeutuvat hoitoon päivystysaikana, nuoret

tulevat erilasten ongelmien takia, joskus on hyväksikäytön uhreja, joskus eri kulttuuritaustan omaavia asiakkaita. Alkoholin liikkakäyttö ja siitä aiheutuneet ongelmat ovat yleisin päivytykseen tulon syy. Puhallutetut promillelukummat ovat asiakkailla entistä korkeammat. Mikäli asiakkaalla on itsetuhoista käyttäytymistä, hänet ohjataan psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Ongelmana on se, ettei sairaalahoitoon oteta alkoholin vaikutuksen alaisena olevaa asiakasta.

Työterveyshuollossa mielenterveysasiakkaita sekä päihdeongelmaisia asiakkaita kohdataan melko usein. Työterveyshoitaja tunnistaa ongelmat, mutta työnantaja on ostanut palvelut vain lain ohjaamissa puitteissa. Työnantaja on tehnyt työterveyshuollon kanssa joko terveydenhuoltosopimuksen tai sekä sairaanhoito- että terveydenhuoltosopimuksen. Viimeksi mainituissa tieto tulee työterveyshuoltoon, muussa tapauksessa työntekijät ohjautuvat oman lääkärin hoitoon. Terveydenhuoltosopimuksen ollessa voimassa työntekijöitä kohdataan 2–5 vuoden välein. Ongelmana on hoidon jatkuvuus, yhteistyötahojen tunteminen, työntekijöiden vaihtuvuus. Yhteistyökäytäntöjen tehostaminen ja aktiiviset yhteydenotot nähdään tärkeinä. Edelleen haasteellisina nähdään lait ja asetukset, jotka määrittelevät toimintakäytännöt.

Tällä hetkellä palvelurakenteen pirstaleisuus aiheuttaa ongelmia henkilökunnalle asiakkaiden ohjaamisessa oikeaan paikkaan. Vastaavasti hoitovastuuta ja vaitiolovelvollisuuskäytäntöjä tulisi selkeyttää. Työntekijöillä on kokemus, että vaitiolovelvollisuus on joskus haittaava tekijä potilaan kokonaisuhoiton suunnittelussa. Työntekijät tarvitsevat selkeitä ohjeita käytännön työn tueksi liittyen vaitiolovelvollisuuskäsitteeseen. Tiedonkulun ongelmia tuli myös esiin perus- ja erikoissairaanhoidon välisessä työssä. Uusi organisaatio on aiheuttanut niin organisaation sisällä kuin ulkopuolellakin epätietoisuutta. Psykiatrian tulosalueelta siirtyi henkilökuntaa peruspalveluihin. Toimintayksikön hahmottaminen, yhteistyökuvioiden rakentaminen ja selkeät toimintalinjat ovat vasta muotoutumassa. Lisäksi eri yhteistyötahojen tunteminen on tärkeää. Vastaavasti yksityisellä sektorilla tarvitaan paljon tietoa palveluista ja palvelukokonaisuuden hahmottaminen on siellä myös ongelmallista. Yhdeksi kehittämisen kohteeksi nostettiin aktiivinen palveluista tiedottaminen väestölle sekä internetin hyödyntäminen. Mielenterveyspalveluista toivottiin palveluopasta, joka ilmestyikin hankkeen päätyttyessä.

Lähetekäytäntöjen tulisi olla mahdollisimman selkeitä ja henkilökunnan vaihtuvuus on tiedostettava. Yhteydenotot helpottuvat huomattavasti, kun tunnetaan ja tiedetään yhteistyökumppani. Korostettiin myös yhteisten tapaamisten

merkitystä; tuodaan selkeästi esille kehitettävät kohteet ja muutokset omassa toiminnassa, luodaan selkeät tiedottamiskäytännöt uusista toimintakäytännöistä kaikilla toimijatahoilla ja korostetaan yhdessä tekemisen mentaliteettia. Asiakkaan tai potilaan tulee aina olla toiminnan keskiössä.

5.3.2 Uusi tehtäväalue sosiaali- ja terveystoimessa

Uudessa Salon kaupungissa sosiaali- ja terveystoimi yhdistyivät. Sosiaali- ja terveystoimi jakautuu nyt neljään eri tehtäväalueeseen: terveystoimien palvelut, psykososiaaliset palvelut, vanhuspalvelut ja sosiaalityön palvelut. Uutena tehtäväalueena vuoden 2009 alussa aloitti psykososiaalisten palveluiden yksikkö, joka tosin lopetettiin vuonna 2011. Psykososiaalisten palveluiden tavoitteita ovat psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen tai palauttaminen sekä kuntouttaminen. Vuoden 2009 alusta aloitti uusi mielenterveyskuntouttajien työryhmä. Työntekijöitä on tällä hetkellä neljä, ja kiinteää yhteistyötä tehdään kotihoidon kanssa, puututaan akuutteihin tilanteisiin ja kehitetään yhteistyötä edelleen muiden sektoreiden kanssa. Asiakkaat ovat pääsääntöisesti mielenterveyskuntoutujia, mutta useilla on myös alkoholin liikakäyttöä, jolloin lääkkeet jäävät usein ottamatta ja asuinalueilla tapahtuu häiriköintiä. Työryhmän tehtäviin kuuluu myös erilaisten ryhmien vetäminen, kuten esimerkiksi oireiden hallintaryhmät psykoottisista oireista kärsiville asiakkaille.

5.3.3 Aikuispsykiatrian rooli työparityöskentelyssä ja konsultaatiokäytännöissä

Ennen kehittämishankkeen aloittamista arvioitiin, että erikoissairaanhoidon rooli korostuu vakiinnutettaessa työparityöskentelyä Salon alueelle. Mielenterveystyössä oli toteutettu jossakin määrin työparityöskentelyä, mutta organisaatorajojen ylitse tapahtuvaa työparityöskentelyä oli hyvin vähän. Työparityöskentely liittyy oleellisesti erikoissairaanhoidon visioon Suomen avohoittoisimmasta sairaanhoitopiiristä vuoteen 2015 mennessä. Työparityöskentelyn avulla jaetaan myös mielenterveystyön osaamista peruspalveluihin, ja työtapa edesauttaa lisäksi asiakkaan jatkohoidon järjestämistä sairaalahoidon jälkeen. Kehittämishankkeen innoittamana aloitettiin erikoissairaanhoidossa organisaatorajojen yli tapahtuvan työparityöskentelyn kokeilu. Siitä saatiin hyviä tuloksia ja organisaatioihin saatiin lisää tietoa työtavan toteutukseen liittyvistä esteistä. Suurimpina esteinä työntekijät kokivat taloudelliset ja kirjaamiseen

liittyvät asiat. Näitä esteitä on käsitelty kehittämishankkeen ohjausryhmässä ja organisaatorajojen ylittävää työparityöskentelyä kehitetään edelleen.

Psykiatrian tulosalueella aikuispsykiatriassa huomioidaan asiakas kokonaisvaltaisesti, tarvittaessa otetaan peruspalveluihin yhteyttä ja sovitaan säännölliset tapaamiset, joihin pyydetään aina asiakkaan lupa. Kun asiakas on sairaalahoidossa, lähdetään siellä selvittämään verkostoja ja perhe otetaan mukaan heti hoitosuhteen alussa. Nykyisin hoitajaksot ovat lyhyitä. Työryhmät, joissa perusterveydenhuollon työntekijät ovat mukana, tekevät yleensä asiakkaan alkutilanteen kartoittamista tai hoitoneuvottelua kotiuttamisvaiheessa.

5.3.4 Tiedonkulku ja vastuut

Keskustelua herättivät tietojen siirron ongelmat yksityissektorin ja julkisen terveydenhuollon välillä, sillä hoitohenkilökuntaa sitoo vaitiolovelvollisuus. Asukkaat voivat esimerkiksi hyödyntää eri palvelujärjestelmiä lääkkeiden hankkimisessa. Eri sektoreilla voi olla erikseen laadittuja sopimuksia apteekin ja palveluja tuottavien tahojen välillä. Hoitoon sitoutuminen koetaan ongelmallisena, ja jatkohoidon järjestäminen on vaikeaa. Nuorten palveluissa tämä koetaan erityisen hankalana, kun sairauspäivärahauden jälkeen tullaan uudelleen työtömäksi työnhakijaksi ja ollaan kuitenkin edelleen sairausloman tarpeessa ja taloudelliset ongelmat ovat usein huolena. Tietojen siirron sujuvuus nousi vahvasti esille, jotta voitaisiin välttää hoitoketjun katkeaminen. Potilaasta pitäisi tulla aina loppuarvio lähettävälle lääkärille, selkeä tieto siitä, missä jatkohoito tapahtuu ja kenellä on hoitovastuu. Mikäli nämä asiat ovat epäselviä, myös hoidon jatkuvuus vaarantuu ja potilaan kokonaistilanne saattaa kärsiä. Yhteistyön vahvistaminen ja vastuiden selkiyttäminen vaativat vielä kehittämistä.

Hoitovastuun pitää olla selkeästi määritelty palveluntuottajille. Tällä hetkellä se on sirpaloitunut monelle eri taholle, ja samantyyppisiä palveluja on tarjolla usealla sektorilla. Mielenterveyden ongelmissa asiakkaan tilanne on usein niin huono, ettei hän jaksa hakea apua itse, ja eikä tiedä, minne ottaa yhteyttä. Avohoidossa riittävän hoidon saaminen on turvattava ja pyrittävä kokonaisvaltaiseen verkostoitumiseen sekä perhekeskeiseen hoitoidologiaan. Laitoksissa hoitajaksot ovat nykyisin hyvin lyhyitä, jolloin hoitovastuu siirtyy avohoitoon joko aikuispsykiatrian avohoidon tai peruspalveluiden vastuulle. Kiinteän yhteistyön tarve on välttämätön, jotta asiakas saa parhaan mahdollisen hoidon tapauksissa, joissa oma toimintakyky on heikentynyt ja sosiaaliset taidot ehkä sairauden vuoksi vähentyneet. Tällöin riittävien tukitoimien järjestäminen ja

selkeän hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatiminen yhteistyössä eri toimijatahojen kanssa ovat tärkeitä.

5.3.5 Palveluohjauksesta ratkaisu ongelmiin?

Palveluohjausta (case management) tulisi lisätä etenkin nuorten aikuisten palveluissa. Palveluohjaajasta koettaisiin olevan hyötyä nuorten aikuisten asioiden hoitamisessa ja järjestämisessä. Palveluohjaus on voimavaralähtöistä toimintaa. Se ei korvaa olemassa olevia palveluita, vaan siinä harjoitellaan yhdessä asiakkaan kanssa erilaisia taitoja, ohjataan, neuvotaan ja opastetaan sekä tuetaan häntä arkielämässä selviytymisessä. Tavoitteena on laatia asiakkaan tarpeita vastaava palvelusuunnitelma ja luoda toimiva palveluverkosto asiakkaan kuntoutumisen tukemiseksi. Palveluohjaus nähtiin tärkeänä, mutta sen kehittämistä eteenpäin ei näissä ryhmissä toteutettu.

5.3.6 Liikunta mielenterveyden tukena

Liikunta voi parhaimmillaan olla mielekäs tuki mielenterveyteen liittyvissä asioissa. Liikunnan avulla voidaan lieventää jännitystä ja masennusta. Liikunta lisää itseluottamusta ja elämänhallinnan tunnetta. Salon seudun terveyskeskus tarjoaa yhteistyössä liikuntatoimen kanssa mahdollisuuden osallistua yksilöllisesti ohjattuun liikuntaan. Liikuntaryhmiä on nykyisin tarjolla päivisin. Terveyskeskuksen kanssa aloitettu liikuntaneuvonta ohjaa oman terveytensä kannalta liian vähän liikkuvia tai liikunnan aloittamisen hankalaksi kokevia asiakkaita löytämään sopivan liikkumismuodon. Liikuntatoimiston liikunnanohjaajat käyvät liikuntaneuvonnan jälkeen tarvittaessa asiakkaan kanssa tutustumassa eri lajeihin. Tapaamisissa nousivat esille eri toimijoiden kanssa kehitettävät yhteistyömahdollisuudet. Näin ollen alueelle tarvitaan lisää ohjattuja liikunnallisia ryhmiä, koska ne on koettu toimiviksi. Yhteydenotot pitäisi saada asiakkaille ja työntekijöille helpommiksi.

5.3.7 Kolmannen sektorin hyödylliset palvelut

Kriisikeskus Etappi tarjoaa terveille asiakkaille palveluja äkillisissä kriiseissä ja pyrkii vastaamaan 1–2 päivän sisällä avun tarpeeseen. Kriisityön esilläolo sekä henkilöstön kouluttaminen kohtaamaan kriiseissä olevia asiakkaita on tärkeää. Perhettä kannustetaan kertomaan tilanteestaan hoitokontakteissa. Kriisikeskuksessa on huomioitu lisääntynyt lastensuojeluilmoitusten määrä. Perheen

tukeminen on tärkeää ja kotiin annettava tuki koetaan kriisitilanteissa ensiarvoisen tärkeänä.

Vertaisryhmät ovat osoittautuneet toimiviksi. Hankkeessa tehdyssä opinnäyte-työssä tuli esille, että ryhmät ja vertaistuki auttavat elämönhallinnassa ja edistävät kanssakäymistä. Vertaisryhmässä saa aitoa ymmärrystä kokemusasiantun- tijuuden kautta. Osallistujien fyysisessä olemuksessaakin näkyy muutos positiivisempaan suuntaan. Omaiset mielenterveystyön tukena -järjestön vertaistuki on toimivaa.

Seurakunnan työntekijät kohtaavat työkäisiä mielenterveysasiakkaita usein vastaanottotyön yhteydessä. Asiakkailla on taloudellisia huolia, raha-asiat ovat jääneet hoitamatta masennuksen takia. Avustusten hakemiseen ei ole ollut riittävästi voimia ja laskut ovat jääneet maksamatta. Seurakunta tarjoaa apuaan ja on järjestänyt esimerkiksi depressioryhmiä. Yhteistyötä tähän suuntaan kaivataan. Seurakunnan työntekijät tekevät kotikäyntejä asiakkaiden luokse (vanhukset ja mielenterveysongelmaiset) sekä yhteistyötä kotihoidon ja muiden tahojen kanssa. Perheasiain neuvottelukeskus voisi myös auttaa perheitä. Työntekijä voisi mennä kotiin auttamaan perhettä. Palvelut ovat maksuttomia, eikä erillistä asiakasrekisteriä ole.

A-klinikan toiminta on muuttunut vuosien myötä, asiakkaat ovat moniongelmaisia, kaksois- tai kolmoisdiagnoosin omaavia. Lastensuojelun kanssa tehdään paljon yhteistyötä. Avokatkaisu kuuluu A-klinikan toimintamalleihin ja asiakkaan tilanne arvioidaan viiden käyntikerran jälkeen. Mielenterveysasiakkaat ovat haasteellisia, koska päihdeongelman lisäksi puututaan mielenterveysongelmaan ja lähdetään hoitamaan molempia. Tällöin asiakkuudet jäävät usein pysyviksi. A-klinikan vastaanotoille hakeutuu enenevässä määrin myös naisia. Heidän ongelmansa ovat usein mutkikkaita sekä laaja-alaisia; päihteiden ja lääkkeiden väärinkäyttöä ja parisuhdeväkivaltaa. Asiakkaiden moniongelmaisuus korostuu erityisesti: lääkkeiden aiheuttamat ongelmat ja lääkkeiden runsas käyttö ovat yleisiä.

Perhetilanteita pyritään kartoittamaan, lapsista tehdään näkyviä ja lastensuojeluasiakkuudet herättävät keskustelua. Toiminta on hyvin itsenäistä, mutta yhteistyötä muiden tahojen kanssa tehdään yhä enemmän. Lapset puhuttavat tänä päivänä huomattavasti enemmän kuin aikaisemmin. Lastensuojelu on tilannut A-klinikalta päihdekartoituksia. Arvioinnit työllistävät, kun kartoitus sisältää vähintään 5–10 käyntikertaa. A-klinikka on matalan kynnyksen paikka, minne asiakkaan on helppo tulla, ja kiinteää yhteistyötä tehdään psykiatri-

TAULUKKO 5. *Toimivat käytännöt ja kehitettävät asiat työikäisten palveluissa.*

TOIMIVAT KÄYTÄNNÖT	KEHITETTÄVÄÄ
<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyötä tehdään kokonaisvaltaisesti potilaan hoidon suunnittelussa • Kolmannen sektorin tarjoamat palvelut • <i>Omaiset mielenterveystyön tukena</i> -järjestön vertaistuki (retket, luennot, ryhmät jne.) • Seurakunnan järjestämä toiminta 	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyö systemaattisemmaksi • Kolmannen sektorin huomioiminen • Lähetekäytännöt ja yhteydenotot helpommiksi (mielenterveysopas) • Hoitovastuun selkiyttäminen
<ul style="list-style-type: none"> • Lapsiperheiden jaksamista tuetaan perhekeskuksien ja avoimen päiväkotitoiminnan avulla 	<ul style="list-style-type: none"> • Perhekeskeinen hoitoideologia
<ul style="list-style-type: none"> • Liikuntaneuvonnan mahdollisuudet esim. erilaiset ryhmät 	<ul style="list-style-type: none"> • Lisää ohjattuja liikunnallisia ryhmiä
<ul style="list-style-type: none"> • Depressiohoitajat terveyskeskuksessa (depressiohoitajamalli kehitetty) • Perustasolla mielenterveystyön osaamisen lisääntyminen (kotikuntouttajat) 	<ul style="list-style-type: none"> • Palveluohjaajatoiminta; nuoret aikuiset • Psykoosipotilaan hoitopolun kehittäminen • Internetin hyödyntäminen tiedottamisessa
<ul style="list-style-type: none"> • Klubitalon toiminta • Valomerkkitoiminta • Perhe- ja lähisuhdeväkivaltatilanteet (Salon toimintamalli) 	<ul style="list-style-type: none"> • Oppilashuoltotyön kehittäminen edelleen
<ul style="list-style-type: none"> • Erikoissairaanhoidon kehittämät uudet palvelut (tutkimuspoliklinikka) 11/2010 	<ul style="list-style-type: none"> • Väitöselvityksien liittyvät asiat • Työssä jaksamisen korostaminen • Perusterveydenhuollon asiantuntemus tulee nostaa vahvemmin esille • Työparikäytännön käyttöönotto • Konsultaatiokäytännöt • Case-työpajatoiminnan jatkaminen

an tulosalueen kanssa. Työntekijät korostivat myös työssä jaksamista ja tähän asiaan työnantajan tulisi kiinnittää huomiota jatkossa. Case-tapaamiset helpottavat yhteydenottoa. Alueelta puuttuu myös psykoosipotilaan hoitopolku. Tämä hoitopolku pitäisi kuvata tulevaisuudessa. Aikuisten työryhmässä korostettiin myös kehittämishankkeessa aloitettujen case-tapaamisten jatkoa, koska case-tapaamiset on koettu työnhajauksellisina tilanteina.

5.4 CASE-TYÖPAJA: VANHUKSET

Vanhusten palveluiden haasteena ovat masentuneisuuden ja muistisairauksien ennaltaehkäisy sekä hoito. Vanhusten turvattomuuden ja yksinäisyyden kokemukset ovat case-työryhmäläisten mukaan lisääntyneet. Yksinäisyys näyttäytyy etenkin palveluasumisessa. Ongelman ratkaisuun tarvitaan riittävästi hoitavaa henkilökuntaa ja yhteisöllisyyden lisäämistä. Terveiden edistämisen laatusuositus (STM 2006) suosittelee ikäihmisten terveystarkastuksia, vanhus-, seniori- tai kuntoutusneuvoloita ja ehkäiseviä kotikäyntejä varhaisen puutumisen toteuttamiseksi. Näiden terveystapaamisten, hyvinvointia edistävien kotikäyntien ja neuvontakeskustelujen avulla kotona asuville ikäihmisille pystytään antamaan ohjausta ja neuvontaa olemassa olevista palveluista ja niiden saatavuudesta sekä kehittämisestä. Case-työpajoissa tuli myös esille, että alueellinen psykogeriatrinen yksikkö pystyisi erityisosaamisellaan tukemaan vanhusten hoitoon osallistuvia työntekijöitä ja mahdollistamaan heidän kampaamaansa konsultaatioapua ennen kaikkea mielenterveysasioissa. Terveyskeskuksen, kotihoidon ja aluesairaalan välillä tehdään paljon yhteistyötä, mikä onkin edellytys monen vanhuksen kotona selviämislle. Kolmannen sektorin toiminta puolestaan täydentää julkisia vanhustalpalveluja.

Vanhusten heikko fyysinen kunto on usein este kotona selviytymislle. Säännöllinen liikunta ja lihaskuntoharjoittelu edistävät fyysistä ja psyykkistä jaksamista. Vuorovaikutus toisten kanssa ja sosiaaliset suhteet puolestaan aktivoivat aivojen käyttöä ja ovat tärkeitä muistisairauksien ennaltaehkäisyssä. Salon ydinkeskustassa vanhusten liikuntaharrastuksiin on paneuduttu enemmän kuin muissa kaupunginosissa. Liikuntamahdollisuuksiin tarvittaisiinkin nykyistä enemmän resursseja. Hyvä toimintamuoto on ollut vertaisohjaajien koulutus. Vertaisohjaajat voisivat jatkossa toimia myös esimerkiksi päiväkeskuksissa. Liikuntapalvelujen haasteena ovat yhteistyö hoitavien tahojen kesken, vanhusten aktivoiminen toimintaan ja liikuntapalvelujen kuljetusten järjestäminen maksuttomaksi.

Vanhuksen masennuksen ja varhaisen muistisairauden tunnistaminen sekä asianmukaiseen hoitoon ohjaaminen ovat haaste ammattilaisille, sillä hoitoon lähdetään usein liian myöhään. Terveyskeskuksen depressiohoitajat tulevat osaltaan vastaamaan tähän tarpeeseen. Muistineuvola ja vanhuspsykiatrian poliklinikka hoitavat perusterveydenhuollon ohella näitä potilasryhmiä. Tällä hetkellä suuri ongelma on kuitenkin se, että vanhuspsykiatrian poliklinikalla ei ole erikoislääkäreitä.

Toisen ajankohtaisen ongelman muodostavat päihde- ja mielenterveyspotilaat, joiden määrä on lisääntymässä. Huomattavissa on, että paljon hoitoa tarvitsevien asiakkaiden ikärakenne on laskemassa. A-klinikalla ei ole riittävästi resursseja ikääntyvien päihdeongelmaisten hoitoon ja paineet kohdistuvat kotihoidon työntekijöille. A-klinikan Rolle-työ tekeekin tiivistä yhteistyötä kotihoidon kanssa. Kotihoidon potilaiden keskuudessapäihdeongelmat ovat tällä hetkellä pääosin miesten ongelmana, mutta alkavat näyttäytyä naistenkin keskuudessa. Terveyskeskussairaalassa fyysisesti huonokuntoisten iäkkäiden päihdeongelmaisten määrä on kasvussa ja usein ongelma on se, että he eivät ota vastaan tarjottuja palveluja. Toisaalta A-klinikka ja kotihoito eivät pysty tarjoamaan apua tälle potilasryhmälle, silloin kun he tarvitsevat terveyskeskustasois- ta laitoshoidoa. Halikon sairaalan ja terveyskeskuksen mielenterveyspotilaiden laitospaikkojen vähentäminen on myös vaikeuttanut hoitoa tarvitsevien päihdeongelmaisten hoitoa. Haasteena nähdäänkin ikääntyvien päihdeongelmaisten asiakkaiden psykososiaalisten palveluiden kehittäminen. Case-työpajoissa todettiin, että vanhusten kanssa työskentelevät ammattilaiset seuraavat asiakkaan alkoholin ongelmakäyttöä liian kauan ja alkoholiongelmaan tulisi puuttua entistä varhaisemmassa vaiheessa.

Terveyskeskuksen mielenterveyskuntouttajat tekevät kotikäyntejä asiakkaiden luo. Yhteistyökumppaneina ovat etupäässä omaiset ja kotihoitotiimit. Toimiva yhteistyömuoto on muodostunut mielenterveyskuntouttajista, kotihoidon työntekijöistä ja Rolle-työryhmästä, jolloin eri alojen asiantuntemus saadaan hyödynnettyä asiakkaan kokonaisvaltaisen tuen mahdollistamiseksi.

5.4.1 Vanhusten palvelujen johtaminen ja palvelurakenteet

Case-työpajoihin osallistuneilla ammattilaisilla on huoli vanhusten heikosta arvostuksesta yhteiskunnassamme, mikä näkyy myös vanhuksille kohdistettujen palvelun määrässä ja laadussa. Vanhuksille ei ole esimerkiksi tarjolla riittävästi psykiatrisia palveluja. Työntekijät kokevat vanhustyön johdon olevan

kaukana ja toivovat heiltä sitoutumista vanhustyöhön turvaamalla vanhuksille riittävät palvelut ja hoitavalle taholle riittävät resurssit. Kaupungin tarjoamien palvelujen tasavertaisuus on hyvä periaate, mutta vaarana on se, että yhtenäistämisen ei salli alueellisia hyviä, mutta erilaisia toimintamalleja.

Henkilökuntaa tarvitaan vanhusten jokapäiväiseen perushoittoon. Vanhusten hoidon tavoitteena on avohoitopainotteisuus ja resursseja tulee suunnata sen mukaisesti. Yöpartioinnin lisääminen nähdään yhtenä mahdollisuutena vanhusten kotona selviämiseksi. Julkisen sektorin rinnalla toimivat yksityiset palveluntuottajat ja järjestöt. Salon seudun Muistiyhdistys ry. järjestää muistisairauden varhaisvaihetta sairastavien omaisille ensitietokursseja. Palvelusetelin käyttö laajentaa mahdollisuutta käyttää yksityisiä palveluntuottajien palveluja. Ryhmässä toivottiin, että kaikista vanhuksille suunnatuista palveluista tehdään palveluopas työntekijöiden ja omaisten käyttöön.

Vanhuksen haasteelliseen käyttäytymiseen liittyvissä ongelmissa hoitohenkilökunta tarvitsee entistä joustavampaa konsultaatiomahdollisuutta omalääkäriltä tai mielenterveysalan ammattilaiselta. Omalääkäri toimii hyvin osassa laitoksista, mutta useat hoitajat kaipaavat entistä enemmän lääkärin perehtymistä vanhuksen haastavaan käyttäytymiseen ja mielenterveysongelmiin sekä sitoutumista ikäihmisten hoitoon. Lääkärin tavoitettavuus on usein ongelmallista. Ikään-tyneen potilaan lääkityksen vähentäminen ja lisääminen nähtiin vaativiksi tehtäviksi, johon odotetaan lisää asiantuntemusta. Osa hoitajista kokee, että heidän asiantuntemuksensa asiakkaan kunnon arvioijana sivuutetaan. Tämä näkyy muun muassa niin, että heidän on vaikea saada asiakkaalleen lähetettä erikoissairaanhoidon, eikä vanhus saa siten hänelle kuuluvaa asianmukaista hoitoa.

Perusterveydenhuollossa toimivat hoitajat toivovat entistä joustavampaa mahdollisuutta saada konsultaatioapua myös erikoissairaanhoidosta silloin, kun he pohtivat asiakkaansa mielenterveysongelmien hoitoa. Kun asiakas on ollut erikoissairaanhoidossa mielenterveysongelmien vuoksi, konsultaatiomahdollisuus toimii, mutta näin ei tapahdu ilman aikaisempaa hoitosuhdetta. Perus- ja erikoissairaanhoidon välisen konsultaatiomahdollisuuden luominen nähtiin yhtenä kehittämiskohteena. Hankkeen aikana hoitajilla oli mahdollisuus tarvittaessa konsultoida vanhuspsykiatrian osastotiimiä. Tätä mahdollisuutta ei juurikaan käytetty, mikä kuitenkin saattaa johtua siitä, että konsultaatiomahdollisuudesta informoitiin vain hankkeen case-työpajoissa. Vanhusten käyttäytymisongelmat eivät välttämättä näy lääkärin vastaanotolla. Näissä tilanteissa

nähdään hyvänä ratkaisuna pieni osastojakso psykiatrisella osastolla ja lääkityksen korjaaminen oikeaksi.

Toimiva tiedonvaihto helpottaa eri toimijoiden työtä asiakkaan parhaaksi. Viestit kulkevat vanhusten kotona olevien viestivihkojen välityksellä omaisille ja hoitoryhmälle. Efficapotilastietojärjestelmä puolestaan toimii ammattilaisten tiedon välittäjänä. Vuodeosastojen henkilökunta pääsee tietojärjestelmän avulla myös tarkistamaan, miten potilas on kotona selvinnyt.

5.4.2 Asukkaille asianmukainen, turvallinen ja yhteisöllinen hoitoympäristö

Työpajoissa käytiin paljon keskustelua vanhusten laitospaikkojen tarkoituksenmukaisuudesta. Muistisairaille, päihdeongelmaisille, yksinäisille ja masentuneille vanhuksille pitäisi järjestää kullekin ryhmälle erillisiä turvallisia ja terapeutisia hoitoyhteisöjä, mikä parantaisi vanhuksen elämänlaatua ja hoitajien jaksamista. Iäkkäät omaishoitajat hoitavat usein hyvinkin huonokuntoisia läheisiään kotona. Intervallihoito, päivähoitopaikat ja vertaisryhmät edistävät omaishoitajan jaksamista ja samalla mahdollistavat vanhuksen kotona asumisen. Päivähoidon myöntämiskriteereinä ovat omaishoidettavaan ja hoitajaan liittyvät päivähoidon tarpeet. Omaishoitajien saaman tuen pitäisi olla säännöllistä. Intervallipaikkoja ja päiväkeskuksia on Salossa kuitenkin liian vähän. Vertaistukea omaishoitajille tarjoavat muun muassa Salon muistiyhdistys ry, Omaiset ja läheiset ry. ja seurakunnan ystäväpalvelu.

Tänä päivänä pitkäaikaiseen vanhainkotihoitoon tulevat asukkaiksi ympärivuorokautista laitoshoidon tarvitsevat vanukset, jos heidän hoitoaan ei enää pystytä järjestämään kotona tai palveluasunnossa tukipalvelujen turvin. Terveyskeskussairaalan osastopaikkoja on vähennetty ja hoivapaikat on tarkoitettu niille potilaille, jotka eivät kuntoudu enää kotihoitoon vaan tarvitsevat pitkäaikaista laitoshoidon ja odottavat jatkohoitopaikkaa joko palvelutaloon tai vanhainkotiin. Lääketieteellisten ja toimintakykyä mittaavien tutkimusten perusteella asiakkaalle tehdään hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Palveluohjaajan palveluja käytetään paljon ja Rolle-työntekijän kanssa on tiivistä yhteistyötä. Case-työpajoissa käydyn keskustelun perusteella voidaan todeta, että selkeät, kirjatut kriteerit sijoitusta suunnitellessa auttavat oikean palvelumuodon onnistumisessa.

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa, kuten vanhainkodissa ja terveyskeskussairaalaissa olevien asukkaiden päivään tulisi kuulua nykyistä enemmän erilaista vir-

kistystoimintaa. Hoitavan henkilökunnan lisäksi muun muassa toimintaterapeutti pystyisi järjestämään asukkaille monenlaista virikkeellistä kuntouttavaa toimintaa, mikäli siihen olisi resursseja.

Terveyskeskuksen kuntoutuksen yhtenä asiakasryhmänä ovat potilaat, joilla on taustalla neurologinen sairaus. Kuntoutuksen alkaessa lähetteen kirjoittamisesta on saattanut kulua jo parikin kuukautta ja etenevää muistisairautta sairastava potilas on huomattavasti huonommassa kunnossa kuin lähetteen kirjoittamishetkellä. Neurologisen potilaan jatkohoitona voi olla terveyskeskuksen sairaala, vanhainkoti, tehostettu palveluasuminen tai kotihoito. Kotiin tarvittavia tukitoimia pohditaan hoitavien yksiköiden ja omaisten kanssa. Eri-tyistä huomiota tarvitsevat väsyneet omaishoitajat ja aloittavat omaishoitajat. Omaishoitajan jaksamista edistää tieto omaisen sairaudesta ja tarjolla olevista tukitoimista.

5.4.3 Yhteistyö omaisten kanssa

Osa omaisista on aktiivisesti mukana läheisensä hoidossa. Toisaalta monen vanhuksen lapset ja muut lähiomaiset ovat itsekin iäkkäitä, eivätkä he ehkä kykene tai jaksaa osallistua omaistaan koskevaan päätöksentekoon. On tavallista, että kun vanhus tulee kotihoidon asiakkaaksi, niin omaiset siirtävät kaiken hoitovastuun, kuten lääkärissä käynnit kotihoidon henkilökunnalle. Syinä tähän ovat omaisten väsymys ja kiire. Osa omaisista odottaa puolestaan kokonaisvaltaista palvelua, koska palvelut ovat maksullisia. Yhteiskunta ei mahdollista sitä, että työssä käyvät omaiset saisivat vapaata omaisen asioiden hoitamista varten. Kun omainen osallistuu vanhuksen hoitoneuvotteluun, on lääkärillä kuitenkin mahdollisuus kirjoittaa omaiselle sairauslomatodistus Kelan päivärahaa varten. Hoitoyksiköissä on erilaisia yhteistyön käytänteitä, mutta hoitoneuvotteluihin ja kuntoutus- tai hoitosuunnitelmien laadintaan osallistuvat yleensä asiakas ja hänen omaisensa sekä kotihoitaja ja palveluohjaaja tarpeen mukaan.

Vanhainkodin laitoshoidon asukkaille on nimetty omahoitajat, jotka huolehtivat siitä, että hoitosuunnitelma tulee tarkistettua säännöllisin väliajoin. Hänellä on myös vastuu pitää yhteyttä asukkaan omaisiin. Terveyskeskussairaalas- sa omahoitajatoimintamalli on toteutettu niin, että potilaalle nimetään kaksi omahoitajaa, jotka ovat sairaanhoitaja ja mielenterveyshoitaja. Työparityökentely turvaa vanhukselle laajemman ammatillisen osaamisen edut, eikä se ole käytännössä niin haavoittuva kuin yksi omahoitaja.

5.4.4 Henkilökunnan koulutustarve

Hoitajilla on suuri vastuu vanhuksen kokonaishoidosta ja heillä on paljon asiantuntemusta. Kotihoidon työntekijät kohtaavat asiakkaat ja heidän ongelmansa päivittäin asiakkaan kotona. He joutuvat usein itsenäisesti ratkaisemaan, milloin asiakas tarvitsee sairaanhoitoa. Case-työpajoihin osallistuneet ammattilaiset toivovat koulutusta mielenterveysosaamisen vahvistamiseksi. Koulutuksen sisältöalueet liittyvät vanhuksen masennuksen ja muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon sekä varhaiseen puuttumiseen ja terveysongelmien puheeksi ottoon. Oma työssä jaksaminen ja positiivinen sekä voimavaralähtöinen työote ovat myös sisältöalueina koulutustarpeissa. Toiseen työyksikköön tehtävät opinto- ja tutustumiskäynnit toisivat ideoita oman työyhteisön kehittämiseen. Eri sektoreilla toimivat ammattilaiset tarvitsevat tietoa paikkakunnan moninaisesta palvelutarjonnasta, jotta he pystyvät ohjaamaan asiakkaan tarkoituksenmukaisten palvelujen piiriin.

Hankkeessa käytettyä case-työpajatoimintaa pidettiin erittäin hyvänä. Ikäihmistien palveluja tuottavissa yksiköissä se voisi toimia niin, että työyhteisön tarpeen mukaan kutsutaan yhteistyökumppaneita ja sidosryhmiä pohtimaan ajankohtaisia asioita ja kehittämään uusia yhteistyömuotoja. Opiskeluun ja yhteiseen kehittämiseen tarvitaan aikaa ja mahdollisuutta vaihtaa kokemuksia ja ajatuksia muiden kanssa. Moniammatillisuus nähtiin case-työpajojen voimavarana. Yhdessä palautteessa kuitenkin toivottiin, että samaa työtä tekevien tulisi kokoontua yhteen, jotta ei tulisi eriarvoisuuden tunnetta. Projektiryhmässä nähtiin silti tärkeänä eri ammattien edustajien yhteinen työskentely.

Vanhuspalveluihin kaivattiin lisää konsultaatioapua ja sen järjestämiseksi keillaan hoitajien konsultaatiota suoraan vanhusten psykiatriselta osastolta. Vanhusten vähäinen arvostus herätti keskustelua sekä case-työpajoissa että projektiryhmässä. Vanhusten mielenterveyspalveluihin tarvittaisiin uutta näkökulmaa ja panostusta.

TAULUKKO 6. *Toimivat käytännöt ja kehitettävät asiat vanhusten palveluissa.*

TOIMIVAT KÄYTÄNNÖT	KEHITETTÄVÄÄ
<p>Vanhusten toimintakyvyn ylläpitäminen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Virkistystoiminta laitoksissa • Päiväkeskukset • Liikuntaryhmät • Vertaisohjaajat ikäihmisten liikuttamisessa 	<p>Vanhusten toimintakyvyn ylläpitäminen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liikunta ja lihaskuntoharjoittelu mahdollisuuksien lisääminen • Terveystarkastukset ja vanhus-/seniori-/kuntoutusneuvolat ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit • Varhainen puuttuminen alkoholiongelmiiin • Turvattomuuden, yksinäisyyden ja masentuneisuuden tunnistaminen, ennaltaehkäisy ja hoito
<p>Moniammatillinen yhteistyö:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Omalääkäri, terveyskeskussairaala, erikoissairaanhoito, aluesairaala, vanhuspalveluja tuottavat yksiköt, mielenterveyskuntouttajat, kotihoito, muistineuvola, A-klinikan <i>Rolle</i>-työ • Moniammatilliset hoitoneuvottelut yhteistyössä omaisten kanssa • Omahoitajajärjestelmä • <i>Effica</i>-potilastietojärjestelmä • Depressiohoitajan palvelut 	<p>Palvelurakenteiden kehittäminen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riittävät ja oikein suunnatut resurssit vanhusten palveluihin • Tehostetun palveluasumisen jatkokehittäminen • Päiväkeskustoiminta kattavaksi • Asianmukainen ja turvallinen hoitoympäristö: päihdeongelmaiset, yksinäiset, masentuneet ja muistisairaat vanhukset • Hoitopolkujen kuvaaminen ja selkeät kriteerit oikealle asumismuodolle • Hoitohenkilökunnan mahdollisuus joustavaan konsultaatiomahdollisuuteen • Perus- ja erikoissairaanhoidon välinen konsultaatiomahdollisuuden kehittäminen • Virkistystoimintaa laitoshiitoon • Päihdeongelmaisten vanhusten psykososiaalisten palveluiden kehittäminen
<p>Arjen tuki omaisille:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sosiaalinen verkosto, vertaistukiryhmät, ystävätoiminta • Palveluseteli ja yksityiset palveluntuottajat 	<p>Omaishoitajien jaksaminen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palveluohjauksen tehostaminen, vapaajärjestelyt (kotihoito, intervalli- ja päiväpaikat)

6 CASE-TYÖPAJATYÖSKENTELEY ERITYISRYHMISSÄ

6.1 CASE-TYÖPAJA: KEHITYSVAMMAISET

Kehitysvamma on osa lasta, ja hänelle sekä hänen perheelleen kuuluvat normaalit peruspalvelut. Kehitysvammaisen lapsen hoito jää pitkälti vanhempien vastuulle ja vanhempien ohjaukseen tulee panostaa tavanomaista enemmän. Jokaisen lapsen ja perheen tilanteessa mietitään tarvittava erityistuen tarve ja miten se järjestetään perheelle. Neuvola on usein ensimmäinen paikka, missä lapsen kehitysviive on huomattu, ja puheterapeutti on yleensä mukana lapsen kehitystä selvittäessä. Case-työpajan keskusteluissa tuli esille, että henkilökuntaa on viime vuosina koulutettu havaitsemaan lapsen kehitysviive, että lapsen kuntoutus pystyttäisiin aloittamaan mahdollisimman varhain. Kaikilla vanhemmilla on toive lapsen normaalista kehityksestä, ja heidän voi olla vaikea hyväksyä työntekijän arviota lapsen kehityksestä.

Osa vanhemmista pelkää, että diagnoosi leimaa lapsen. Erilaisten tukitoimien ja palvelujen edellytys voi kuitenkin olla diagnosoitu kehitysviive. Työntekijät kohtaavat vanhemmilta paljon lapsen terveyteen liittyviä kysymyksiä ja heillä on huoli lapsen tulevaisuudesta. Vanhemmat haluavat tietää lapsen tulevaisuudesta ja he odottavat, että ammattilaiset huomaavat lapsen positiivisen kehityksen, ei pelkästään puutteita ja rajoitteita. Vanhemmille pitäisikin järjestää aikaa keskustella huolista ja tarvittaessa ohjata terveyskeskuksen psykologin, mielenterveyspalvelujen ja perhetyöntekijän avun piiriin. Perhetyöntekijät pystyvät parhaiten auttamaan perhettä kotona ja tätä apua tulisi pystyä antamaan entistä helpommin. Varsinais-Suomen erityishuoltopiirin kuntayhtymältä on toisinaan pystytty palkkaamaan erityisperhetyöntekijä, joka on perehtynyt vammaisen lapsen perheen tukemiseen. Tämä palvelu on koettu myös erittäin hyväksi voimavaraksi perheelle. Vammaispalvelulain mukaisesti sosiaaliohjaaja tekee asiakkaalle palvelusuunnitelman. Hän auttaa perhettä konkreettisesti ja ohjaa muun muassa erilaisten tukimuotojen hakemisessa.

Lasten kuntoutustyöryhmä puolestaan on hyvä tuki ammattilaisille. Sen sijaan jatkotutkimuksia joudutaan usein odottamaan ja kuntoutuksen alkamiseen kuluu aikaa. Ongelmana on myös se, että tieto erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ei kulje. Lähettävä taho ei tiedä onko tutkimuksia lapselle ylipäätään tehty ja palaute niistä voi jäädä saamatta. Perustason työntekijöillä pitäisikin olla mahdollisuus konsultoida erikoissairaanhoidon nykyistä helpommin.

Lapsen terapiat pyritään porrastamaan niin, että ne eivät kuormittaisi lasta ja vanhempia tarpeettomasti. Kehitysviiveen diagnosoinnin jälkeen esimerkiksi puhetoiminta ja fysioterapia ovat tiivistä, kuten vanhempien saama tukikin. Perheen kanssa toimijoita on vuosien varrella paljon, ja vanhempien kokonaisvaltainen tuki saattaa heiketä ajan kuluessa. Lapsen ollessa päivähoitossa henkilökohtainen avustaja voi käydä hoitopäivän aikana lapsen mukana terapeutoissa, mutta koulussa tämä käytäntö ei toimi. Terapiakäynnit pitäisikin voida integroida koulupäivään. Hyötyinä olisi vanhempien jaksamisen edistäminen ja ajanmukaisen tiedon siirtyminen lapsen arkiympäristön ja terapeutin välillä. Ongelmana ovat toisaalta lapsen opetusjärjestelyt.

Kaupungin erityislasten liikuntaryhmät, esimerkiksi erityisryhmien uimakoulu, tarjoavat vanhemmille hengähdystauon sekä lapsille vertaisryhmän. Lapselle voidaan antaa apua hänelle sopivan liikuntamuodon löytämisessä. Tällä hetkellä pyritään kehittämään erilaisia yhteistyömuotoja urheiluseurojen kanssa. Erityisryhmiä on tarjolla lapsille, ja nyt uutena toimintamuotona on nuorten erityisliikuntaryhmä.

6.1.1 Perheen tuki nivelvaiheessa

Kehitysvammaisen lapsen siirtyminen päiväkodista kouluun on haasteellista vanhemmille. Vanhemmilla ei välttämättä ole tietoja ja taitoja ratkaista sitä, mikä koulu on sopivin lapselle. Yleisopetuksen kouluissa on vanhempien silmissä niin sanottu statuslista. Jos lasta suositellaan tai lapsi joutuu eri kouluun kuin vanhemmat ovat toivoneet, tämä tuntuu vanhemmista tappiolta. Koulujen pitäisi huolehtia imagostaan niin, että juuri heidän koulunsa pystyy tarjoamaan lapsille hyvää korkeatasoista yksilöllisen tarpeen mukaista opetusta. Koulujen moniammatillisessa oppilashuoltoryhmässä pohditaan erilaisia tukitoimia, joillalapsen koulunkäyntiä ja arkea voidaan tukea. Koulun henkilökunta tuntee hyvin lapsen arjen sujumisen ja he ovat avainasemassa lapsen vanhempien kanssa arkipäivän ongelmia ratkaistaessa.

6.1.2 Kehitysvammaisen lapsen mielenterveysongelman hoito

Avun saanti kehitysvammaisen lapsen mielenterveysongelmaan on haasteellista. Kehitysvammaista lasta ei oteta hoitoon erikoissairaanhoidon psykiatriselle osastojaksolle, ja erityishuoltopiirilläkään ei ole tarjota asiankuuluvaa hoitoa. Keskustelua herättikin kysymys, mistä saadaan apua lapselle kun vanhempien ja koulun resurssit loppuvat. Erityisen haasteen edessä ammattilaiset ovat silloin, kun lapsen vanhemmilla on terveyteen liittyvä ongelma esimerkiksi lievä kehitysvamma ja mielenterveysongelma. Mielenterveysyksiköstä ei näissä tilanteissa juurikaan saa apua, joten lastensuojelun perhetyö ja vammaispalveluyksikön sosiaalityöntekijä pohtivat, mitä palveluja perheen tueksi saadaan.

TAULUKKO 7. *Toimivat käytännöt ja kehitettävät asiat kehitysvammaisten palveluissa.*

TOIMIVAT KÄYTÄNNÖT	KEHITETTÄVÄÄ
<ul style="list-style-type: none">• Lasten kuntoutustyöryhmä terveyskeskuksessa	<ul style="list-style-type: none">• Varhainen reagointi kehitysviiveeseen, asianmukainen kuntoutus ja tukitoimet viiveettä
<ul style="list-style-type: none">• Moniammatillinen verkostotyö perheen tarpeen mukaisesti	<ul style="list-style-type: none">• Perheen kokonaisvaltainen keskeytymätön tukiverkosto
<ul style="list-style-type: none">• Erityislapsien liikuntaryhmät	<ul style="list-style-type: none">• Erityislapsien liikuntaryhmät ja urheiluseurojen yhteistyö
<ul style="list-style-type: none">• Tuki perheen arkeen (perhetyö)	<ul style="list-style-type: none">• Perhetyöntekijän palvelujen lisääminen ja kehittäminen• Koulu lapsen tarpeiden mukaisesti• Lapsen terapiakäyntien sovittaminen koulupäivään• Lapsella on kehitysvamman lisäksi mielenterveysongelma. Mistä apu?

6.2 CASE-TYÖPAJA: MAAHANMUUTTAJAT

Salon on Suomen kansainvälisimpiä kaupunkeja, sillä siellä asuu yli 60:sta eri maasta muuttaneita ihmisiä. Vuonna 2008 Salon kaupungissa ja ympäristökunnissa asui yhteensä 2013 ulkomaalaistaustaista henkilöä, joista naisia oli 937 ja miehiä 1016. Suurimmat ryhmät olivat venäläiset ja virolaiset ja kolmas suurempi ulkomaalaistaustainen ryhmä olivat Serbiasta ja Montenegrosta muuttaneet henkilöt.

Salon sosiaalikeskuksen maahanmuuttajayksikössä työskennellään maahanmuuttoon, opiskeluun ja työllistymiseen sekä tulkkipalveluihin liittyvissä asioissa. Saloon on muuttanut paljon itsenäisiä pakolaisia ja paluumuuttajia. Sosiaalityöntekijän näkökulmasta katsottuna useimmilla maahanmuuttajilla alku menee suhteellisen hyvin, mutta noin vuoden päästä alkaa somaattinen ja psyykinen oireilu. Tällöin yhteistyötä tehdään terveyskeskuksen psykologin, lääkärin ja mielenterveyskeskuksen kanssa. Ahdistuneisuus ja aggressiivisuus ovat tavallisimpia ongelmia.

Salon seudun aikuiskoulutuksen maahanmuuttajien kotoutumiskoulutuksessa oppilasmäärä on lisääntynyt ja se on nyt noin 130 opiskelijaa ja myös kulttuurien kirjo on lisääntynyt. Opiskelijoiden mielenterveysongelmat koulussa kuten oppimisvaikeudet, levottomuus ja huono luokkakäyttäytyminen ryhmässä ovat kasvussa. Mielenterveysongelmat puolestaan vaikeuttavat ja heikentävät oppimista. Opiskelijoiden kynnys hakea apua on korkea. Pelko viranomaisia kohtaan on suuri ja luottamus puuttuu. Opettajilla on tukena koulussa tukitiimi, johon kuuluvat erityisopettaja ja psykologi. Ongelmat kyllä havaitaan ja tiedotetaan, mutta haasteena on, mihin opiskelija ohjataan ja kuka vastaa hoidosta.

Terveydenhuollossa maahanmuuttajia on enenevästi asiakkaana muun muassa äitiys- ja perhesuunnitteluneuvoissa, maahantulo- ja pitkäaikaistyöttömiin tarkastuksissa sekä opiskelijaterveydenhuollossa. Aikaisempien kokemusten synnyttämä ahdistus näkyy usein työskenneltäessä maahanmuuttajien kanssa. Lapset tuntuvat selviävän ja sopeutuvan uuteen kulttuuriin paremmin kuin vanhemmat ihmiset. Mielenterveysongelmissa terveydenhoitaja ohjaa asiakkaita pääsääntöisesti terveyskeskuksen psykologille tai lääkärille ja mielenterveyskeskukseen.

6.2.1 Kulttuurien välinen ristiriita

Suomessa väkivalta toista kohtaan on kriminalisoitu ja kaikki tietävät, ettei se ole sallittua missään muodossa. Eri kulttuureista tulevat voivat pitää kulttuurimme määrittelemää väkivaltaa osana heidän normaalia perhe-elämäänsä. Kysyttäessä perheväkivallasta voi neuvolassa kuulla vaimolta vastauksen ”hyvä mies - lyö vain vähän”. Väkivallan vastaanottaminen saattaa olla vaimoille pienempi asia kuin aviopuolisoiden ero. Monissa maahanmuuttajaperheissä on tavallista, että vaimo ja lapset eivät saa puhua perheen sisäisistä asioita viranomaisille. Perheyhteisö suojaa väkivallan tekijää, ja lastensuojeluilmoitukset tulevatkin useimmiten perheen ulkopuolelta.

Maahanmuuttajat saattavat kokea mielenterveydestä puhumisen tabuksi, mikä puolestaan vaikeuttaa ammattilaisen normaalisti käyttämiä työmenetelmiä. Asiakas ei välttämättä halua puhua ongelmistaan ja salaa niitä. Viranomaisiin ei aina luoteta, mikä vaikeuttaa perheen tuen tarpeen selvittämistä. Perheen luottamuksen saaminen on oleellista yhteistyön sujumiseksi. Koulutusta kulttuurien kohtaamiseen myös kaivataan.

6.2.2 Työparikäytäntö asiakkaan hyväksi

Maahanmuuttajien moninaiset psyykkiset rasitteet ja aiemmat ongelmat kotimaassa ovat suuri haaste ammattilaisille. Työparikäytäntö, jossa toisena asiantuntijana olisi mielenterveystyön ammattilainen, syventäisi ammattilaisten osaamista ja varmistaisi parhaan tuen asiakkaalle.

Maahanmuuttoon sekä varsinkin pakolaisuuteen ja turvapaikkaprosessiin liittyy keskimääräistä suurempi mielenterveyshäiriöiden riski. Erityisesti traumanaperäiset oireet ja depressio ovat maahanmuuttajilla yleisiä. Kulttuurierot, tiedon puute ja ennakkoluulot estävät usein maahanmuuttajia hakeutumasta psykiatriseen hoitoon. Myös hoitohenkilöstön asenteet maahanmuuttajia kohtaan voivat estää hoidon toteutumisen. Hoitamattomat psyykkiset häiriöt puolestaan saattavat estää maahanmuuttajaa hankkimasta tarvittavaa kielitaitoa ja valmiutta työelämään. Myös sosiaalinen kanssakäyminen ja verkostojen luominen vaikeutuvat. Lisäksi häiriöt vaikuttavat haitallisesti perheeseen ja lähiyhteisöön. Suomessa tarvittaisiin lisää tutkimuksia maahanmuuttajaväestön terveydentilasta ja hoidon tarpeista sekä koulutusta ja toimivaa viranomaisyhteistyötä maahanmuuttaja-asioissa.

Yksilön psyykkisen hyvinvoinnin arviointi ei ole mielenterveyden ammattilaisellekaan aina helppoa. Useimmiten asiakas kuitenkin itse tunnistaa oman hyvinvointinsa. Turvallisuuden tunnetta lisää tietous siitä, että juuri hänen hyvinvoinnistaan ollaan kiinnostuneita. Hyvä kysymys – Milloin olet viimeksi kokenut mielihyvän kokemuksia? – kartoittaa alakuloisuuden ja masennuksen ilmenemistä. Oleellista on se, kuinka paljon yksilö sietää pahaa oloaan ja kestää vaikeuksia. Mielenterveys sanana voi olla pelottava ja maahanmuuttajilla on usein pelkoja siitä, että viranomaiset voivat pakottaa heidät hoitoon.

Terveyskeskuslääkärin vastaanotolle tullaan usein somaattisen oireilun takia, vaikka taustalla on psyykkistä pahoinvointia. Luottamuksellisen ja turvallisen suhteen luominen potilaaseen vaatii aikaa ja kiireinen päivystysaika ei ole paras hetki ongelmien selvittelyyn. Näissä tilanteissa ongelmana on myös yhteisen kielen puuttuminen. Tulkki pyritään varaamaan ajanvarausvastaanotolle, mutta päivystysaikana se ei ole mahdollista. Puhelintulkkaus on ollut yksi toimiva ratkaisu. Somaattisissa ongelmissa tulkkipalveluja käytetään usein, mutta mielenterveysongelmissa asiakas ei välttämättä halua ulkopuolisia mukaan asian selvittelyyn. Tämä tulee esille myös muun muassa varhaiskasvatuksessa. Vanhemmat käyttävät lapsia tulkkina, mikä lisää lasten traumatisoitumista. Tulkin käyttöön liittyvät menettelyt kaipaavat selkiyttämistä.

Tietojen siirto hallintokuntien ja eri ammattilaisten välillä koetaan usein ongelmalliseksi. Tämä ei kuitenkaan ole ongelma silloin, kun asiakkaalta saadaan lupa tiedon välittämiseen. Käytännössä tämä tapahtuu niin, että esimerkiksi sosiaalityöntekijä pyytää asiakkaalta kirjallisen luvan tietojen vaihtoon lääkäriltä sosiaalityöntekijälle. Lomake toimitetaan terveyskeskukseen ja voidaan kirjata Effican lehdelle ja lääkäri voi pyydettäessä lähettää hoitosuunnitelman sosiaalityöntekijälle. Lääkärin tavoittaa myös puhelimitse, kun jättää soitto-pyyynnön ajanvaraukseen.

TAULUKKO 8. *Toimivat käytännöt ja kehitettävät asiat maahanmuuttajien palveluissa.*

TOIMIVAT KÄYTÄNNÖT	KEHITETTÄVÄÄ
<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyö sosiaalityön ja terveystieteiden psykologin, lääkärin ja mielenterveyskeskuksen kanssa • Maahanmuuttotarkastusten keskittäminen • Asiakkaalta saatu kirjallinen lupa hallintokunnat ylittävään yhteistyöhön • Verkostopalaverit • Puhelintulkkaukset 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsultaatiomahdollisuus mielenterveysongelmien arvioimisessa • Vanhempien ja perheen mielenterveysongelmista ei saa tietoa • Vaitiolovelvollisuus ja yhteistyö • Tehokkaiden yhteistyömuotojen kehittäminen perheen ja ammattilaisten välille. • Depressiohoitaja maahanmuuttajille
<ul style="list-style-type: none"> • Asenne ja uskallus ottaa asioita esille perheiden kanssa • Poliisin ja sosiaalitoimen yhteistyö ja tiedonkulku on sujuvaa 	<ul style="list-style-type: none"> • Kokemukset poliisista ja muista viranomaisista voivat olla negatiivisia • Poliisi ei aina saa riittävästi tietoa maahanmuuttajan terveydestä saattomatkan onnistumiseksi
<ul style="list-style-type: none"> • Depressiohoitajamalli • Yhteistyö tk-psykologi, lääkäri, MTK, työvoimaohjaajat • Kriisikeskus Etappi täydentää julkisen sektorin mielenterveyspalveluja 	<ul style="list-style-type: none"> • Mielenterveysongelmien selvittäminen päivystysaikana
<ul style="list-style-type: none"> • Avoin päiväkotitoiminta • Lapsille tehdään kotoutumissuunnitelma • Tukitiimi ja oppilashuollon kehittämisen Salon seudun aikuisopistossa 	<ul style="list-style-type: none"> • Perheväkivalta ja väkivaltaa kokeneet naiset • Ryhmien käyttö ennaltaehkäisevänä työmuotona • Tukihenkilötoiminta • Vertaisryhmätoiminta • Selkeä malli, mihin ohjataan, kun koulutus keskeytyy
<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyö työvoimaohjaajien kanssa 	

7 ARVIOINTI JA TULEVAISUUDENNÄKYMÄT

Hanketta arvioitiin sekä kehittämisprosessin aikana että hankkeen päättyessä. Kehittämisprosessin aikana tapahtuneella arvioinnilla kerättiin jatkuvasti ja monipuolisesti palautetta ja kehittämisideoita työryhmiin ja seminaareihin osallistujilta. Lisäksi projektiryhmät tekivät itsearvioinnin jokaisen case-työpajakokonaisuuden jälkeen. Itsearvioinneissa käytiin projektiin osallistuvien henkilöiden kanssa läpi projektin eri osa-alueet ja tavoitteiden toteutuminen nostamalla esiin ongelmakohtia ja vaihtoehtoisia toimintatapoja. Itsearvioinnin tavoitteena on ollut tehostaa hankkeen toimintaa ja kehittää uusia toimintamalleja.

Kehitetyistä toimintamalleista kerättiin palautetta BIKVA-mallin mukaisesti sekä asiakkailta, työntekijöiltä että johtajilta. BIKVA-mallin tavoitteena on ottaa asiakkaat mukaan arviointiin ja luoda siten yhteys asiakkaiden ongelmien ymmärtämisen ja eri palvelujen välille. Asiakkaiden palaute kehitetyistä toimintamalleista ja kehittämistarpeista esitellään ohjausryhmälle, työryhmille ja muille tärkeille sidosryhmille, kenttätyöntekijöille, johtajille ja poliittisille päättäjille. Vuoropuhelu ja kehitys ovat jatkuvia ja arviointitulokset välitetään kaikille sidosryhmille.

7.1 KEHITTÄMISPROSESSIN ARVIOINTI

Case-ryhmien jäseniltä kerättiin palautetta sähköisesti Digium-kyselynä heti case-työpajakokonaisuuksien päätyttyä. Vastaajien palaukset käsiteltiin projektiryhmässä ja palaukset pohjalta kehitettiin case-ryhmien toimintaa. Palaukset ja niistä tehdyt johtopäätökset käsiteltiin hankkeen ohjausryhmässä. Seminaareihin osallistujilta kerättiin palaute kyselylomakkeella, jossa kartoitettiin palaukseen lisäksi kehittämisideoita ja koulutustarpeita. Yhteenvedot käsiteltiin projektiryhmässä ja ohjausryhmässä.

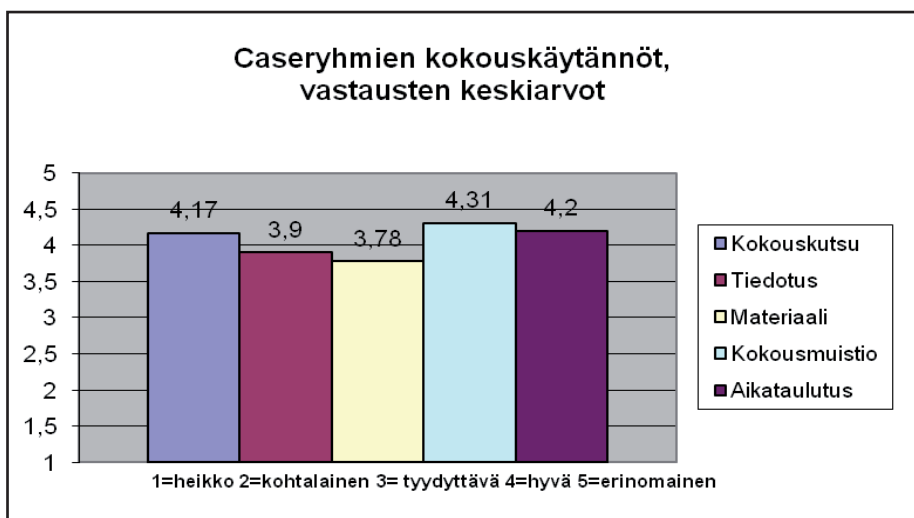
Case-työpajoihin osallistuneista sähköiseen kyselyyn vastasi yhteensä 80 henkilöä. Vastajat olivat erittäin tyytyväisiä kokouskäytäntöihin ja erityisesti jokaisen tapaamiskerran jälkeen tehty muistio koettiin hyvänä. Case-työpajatyöskentely koettiin varsin positiivisena ja ilmapiiri työryhmissä oli erittäin hyvä. Osallistujien palautteiden mukaan työpajatyöskentely on ollut joustavaa, sektorirajat ylittävää yhteistyötä. Työryhmissä on kuultu muita ja myös tultu kuuluksi ja samalla on opittu yhdessä. Yhteistyö on tuonut selkeyttä, suunnitelmallisuutta ja edistänyt palvelujärjestelmän kokonaisuuksien hallintaa. Työskentelyn lähtökohdina ovat olleet asiakaslähtöinen ajattelutapa ja ongelmakeskeinen, ratkaisuja etsivä työskentely. Asiakastyö ja palveluketjujen kehittäminen vaativat sektoroituneessa palvelujärjestelmässä moniammatillista yhteistyötä.

Työpajoissa ja työryhmissä on etsitty yhteistyöhön uutta ymmärrystä, uusia vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia toimia. Toimivia käytäntöjä on kehitetty eri puolilla uutta Salon kaupunkia ja niiden hyödyntäminen laajemmin sekä työntekijöiden toinen toisiltaan oppiminen ovat keskeisiä tuloksia työryhmien toiminnassa. Työskentelyssä on korostunut perhekeskeisyys ja yhdessä toimimisen malli.

Muutamassa palautteessa mainittiin, että eri ammattiryhmien ja eri alojen yhteisessä työskentelyssä koettiin eriarvoisuutta. Parempana pidettiin sitä, että työskentely tapahtuisi vain oman ammattialan sisällä. Nämä palautteet koskivat erityisesti kolmannen sektorin osallistumista työpajoihin ja eri pohjakoulutuksen saaneiden työntekijöiden välistä eriarvoisuuden tunnetta. Projektiryhmässä käsiteltiin kaikki palautteet ja päädyttiin jatkamaan monialaista yhteistyötä, koska sen merkitys nähtiin suurena ja lähes kaikki osallistujat kokivat sen hyväksi.

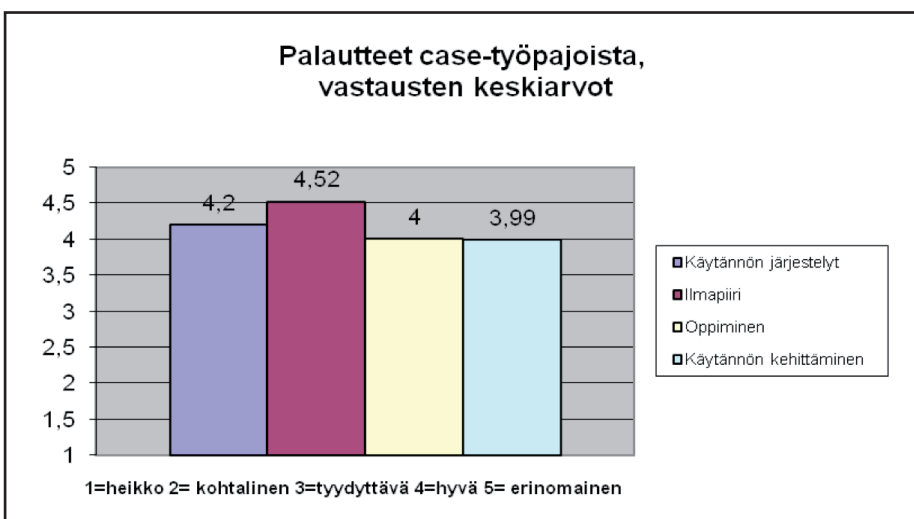
Case-työpajoihin osallistuttiin erittäin aktiivisesti, vaikka joissakin ryhmissä oli poissaoloja omasta työtilanteesta johtuen. Projektiryhmässä harkittiin sijaistajajärjestelyjä, mutta päädyttiin kuitenkin siihen, että sama ryhmä jatkaa koko kolmen tapaamisen ajan ja työskentelyyn pyritään sitoutumaan mahdollisuuksien mukaan.

KUVIO 14. *Palautteet case-ryhminen kokouskäytännöistä.*



Työpajatyöskentelyn ilmapiiriä pidettiin erittäin hyvänä ja työskentely koettiin hyödylliseksi. Eniten epävarmuutta koettiin käytäntöjen kehittymisestä ja pysyvistä muutoksesta toimintatavoissa.

KUVIO 15. *Palautteet case-työpajatyöskentelystä.*



Sairaanhoitajaopiskelijat tekivät opinnäytetyönään kyselyn case-työpajatyöskentelyyn osallistuneille keväällä 2010 (Jyrä, Laakso & Silanto). Vastauksia tuli yhteensä 60. Yli puolet vastaajista (60 %) oli sitä mieltä, että yhteistyö oli parantunut case-työpajatyöskentelyn jälkeen. Yhteistyötä piti sujuvana 68 %. Vastanneista 83 % toivoi case-työpajatoiminnan jatkuvan vielä hankkeen loppumisen jälkeen.

Osallistujien palautteet case-työpajatyöskentelystä (n = 60)

- | | |
|-----------------------------------|------|
| • Mieliä otettiin huomioon | 98 % |
| • Avoin ja rakentava tunnelma | 93 % |
| • Toimiminen työnohjaustilanteena | 75 % |
| • Kiireetön työskentely | 74 % |
| • Oma onnistuminen case-ryhmissä | 74 % |
| • Muilta oppiminen | 70 % |
| • Ongelmien jakamisen tärkeys | 64 % |
| • Ammatillinen varmuus kasvoi | 57 % |
| • Vaitiolovelvollisuus rajoittaa | 51 % |

7.2 KEHITETTYJEN TOIMINTAMALLIEN ARVIOINTI

BIKVA-arviointi aloitetaan ryhmähaastatteluista, jossa asiakkaita pyydetään kertomaan, mitä asioita he pitävät myönteisenä ja mitä kielteisenä kehitetyissä mielenterveyspalvelujen toimintamalleissa. Asiakkaiden palaute esitellään työryhmille ja kenttätöntekijöille. Tarkoituksena on pohtia ryhmähaastatteluna asiakkaiden palautetta ja omaa toimintaa. Asiakkaiden ja kenttätöntekijöiden haastatteluissa saatu tieto esitellään johtajille ja poliittisille päättäjille tarkoituksena saada heidän arviointinsa tilanteesta. (Krogstrup 2004.)

Asiakkaiden näkökulman Erityisestä edistävään -hankkeeseen toivat järjestöjen edustajat. Haastatteluun osallistuivat edustajat Omaiset mielenterveystyön tukena -yhdistyksestä, TUEXI-hankkeesta, Salon seurakunnasta, Syty ry:stä, Salon seudun omaiset ja läheiset -yhdistyksestä sekä Tuki vertaiselle -projektista. Positiivisina seikkoina tuotiin esille eri sektoreiden työntekijöiden yhteistyö ja koko palvelujärjestelmän tunteminen. Palveluohjausta ja palvelujen saantia yhden luukun periaatteella pidettiin hyvänä. Työntekijöiden yhteistä koulutusta ja asiakkaan aitoa kohtaamista korostettiin. Negatiivisina asioina asiakkaan näkökulmasta tuotiin esille palvelujen pirstaleisuus.

Työntekijöiden näkökulma hankkeessa nostettiin esille ikäryhmittäisten case-työpajojen työskentelyn pohjalta. Yhteenvedo kaikista ikäryhmittäisistä työryhmistä esitettiin neljässä eri ryhmätilaisuudessa, joihin osallistuivat lasten, nuorten, työikäisten ja vanhusten case-työpajojen edustajat. Taulukossa 9 on esitetty yhteenvedo henkilökunnan esille nostamista hyvistä käytännöistä ja kehittämiskohteista.

TAULUKKO 9. *Henkilökunnan esille nostamat toimivat käytännöt ja kehitettävät asiat.*

	Kehitettävää
Yhteiset	Case-työpajatyöskentelyn jatkaminen Työpari- ja konsultaatiokäytäntöjen kehittäminen
Lapset	Perhetyö ja arjessa auttaminen
Nuoret	Yli 18-vuotiaiden palvelut ja koulutuksen ulkopuolelle jääneiden nuorten palvelut
Työikäiset	Sektoreiden välinen yhteistyö ja hoitovastuun selkiyttäminen
Vanhukset	Palvelujen turvaaminen, dementiaa sairastavien hoidon järjestelyt, psykiatrin ja geriatriin palvelut

Johdon haastattelu, jossa asiakkaiden ja kenttätyöntekijöiden haastatteluista saatu tieto esiteltiin, toteutettiin ryhmähaastatteluna Salon seudun mielenterveysryhmän ohjausryhmän kokouksessa ja aiheen käsittely jatkuu edelleen osana ohjausryhmän toimintaa. Haastattelun teemat nousivat asiakkaiden ja käytännön työntekijöiden näkemyksistä.

Haastateltavat totesivat, että lääkärien välinen konsultaatiokäytäntö on määritelty ja ongelmana on tällä hetkellä hoitajien välinen konsultaatio. Konsultaation käyttöön vaikuttaa sen saatavuus. Työskentelytavan haasteena on myös työntekijän taito hyödyntää olemassa olevia verkostoja. Case-tapaamiset ovat osoittaneet, että työntekijät eivät tunne toisiaan. Sektorirajat ylittävän työskentelyn yhtenä suurena esteenä ovat taloudelliset seikat, jotka lienevät ratkaistavissa hyvällä johtamisella.

Haastateltavat kokivat case-työpajat toimivina ja etenkin oppimisprosessin merkitystä korostettiin. Tapaamiset ovat osoittaneet, että henkilökunta ei tunne ammattilaisverkostoa tarpeeksi hyvin. Tähän perustuen case-työpajat ovat todella hyödyllisiä myös tulevaisuudessa ja niiden jatkoa puolletaan. Verkos-

toihin liittyvää koulutusta ja perehdytystä tarvitaan lisää. Erittäin tärkeää on, että case-työpajatoiminta jatkuu kehittämishankkeen jälkeenkin.

Haastateltavien mukaan alueella ei tunnisteta mielenterveyden ongelmia vielä tarpeeksi hyvin ja ennaltaehkäisevää työtä tulisi kehittää. Kouluissa tulisi lisätä mielenterveystyön ammattilaisten määrää. Mikäli nuorella ei ole pakkohoidon tarvetta, hoitoa ei päästä aloittamaan tarpeeksi ajoissa, mikä on selkeä ongelma. Nuorille suunnattuja palveluja on alueella hyvin, mutta aikuisten palvelujen tarjonnassa on puutteita.

7.3 TULEVAISUUDENNÄKYMÄT

Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden merkitystä korostetaan Salossa erityisesti mielenterveystyössä ja mielenterveyspalveluiden järjestämisessä. Mielenterveystyön osaamista sekä yhteistyötä tehostetaan kaikilla toimialueilla. Toiminnan sisällöllinen kehittäminen on tärkeä osa-alue. Tulevaisuuden visio on avohoitopainotteisuuden lisääminen ja tämä toiminta vaatii poikkihallinnollista yhteistyötä eri organisaatioiden välillä. Erityisestä edistävään -hankkeen tavoitteena oli kehittää toimivat palvelut alueelle huomioiden asiakkaiden tarpeet. Hanke antoi eväitä kiinteän yhteistyön kehittämiseksi palvelujen suunnittelussa. Lisäksi se toi ideoita yhteisten tavoitteiden saavuttamiseen asiakas- ja perhelähtöiseen mielenterveyden edistämiseen ja näiden asioiden opettamiseen.

Mielenterveystyön kehittäminen on Salon seudulla ollut eri hallintokuntien sisällä tapahtuvaa työtä. Eriytyneiden ja erikoistuneiden mielenterveyspalveluiden rinnalle tarvitaan kokonaisvaltaista näkemystä mielenterveystyön toteuttamisesta. Uusien työtapojen kehittäminen vaatii kaikilta mielenterveystyön parissa työskenteleviltä asenteiden, tietojen ja taitojen muutosta. Eri sektoreiden työntekijöiden työskentelytapoja pitää päivittää vastaamaan tämän päivän tarpeita, jotta pystytään tarjoamaan tehokasta ja vaikuttavaa hoitoa. Koulutusorganisaatioilla on merkittävä rooli erilaisten koulutusmahdollisuuksien kehittämisessä, jotta koulutus saataisiin mahdollisimman hyvin vastaamaan työtehtävien vaatimaa asiantuntemusta. Tavoitteena on lisätä oppimista eri sektoreilla ja tehostaa yhteistyötä ratkaisukeskeisellä oppimisella eri ammattikuntien välillä. Yhtenä tavoitteena on hyödyntää alueellisia käytäntöjä ja yhdistää eri organisaatioiden voimavaroja.

Erityisestä edistävään -mielenterveystyön kehittämishankkeessa moniammatilliset työryhmät ovat pohtineet asiakaslähtöisesti ratkaisuja ja toimintatapoja case-työpajoissa. Ongelmalähtöisellä oppimisella on pyritty vastaamaan mielenterveystyön avainkysymyksiin. Työelämässä oppiminen on tärkeä elementti ja mahdollistaja. Erityisestä edistävään -hankkeessa kehitetty case-työpajamalli toimii parhaimmillaan oppimisen, työnohjauksen ja kehittämisen välineenä. Hankkeessa kehitettiin myös laajempi case-työpajamalli, jossa terveysalan opiskelijoiden PBL-opiskelu yhdistettiin työntekijöiden case-työskentelyyn. Tämä toimintatapa luo monia mahdollisuuksia käytännön kokemuksen ja näyttöön perustuvan tiedon yhdistämiselle sekä ammatillisen koulutuksen ja työelämän kehittämisen yhteistyölle.

Erityisestä edistävään -hankkeessa on luotu toimintamalleja, joissa on siirrytty henkilöstön kouluttamisesta henkilöstön kehittämiseen yli sektorirajojen. Työ, toisilta oppiminen ja yhdessä tekeminen on muodostanut uuden avoimen oppimisympäristön eri organisaatioiden välille. Kokemus tästä toimintatavasta kannustaa jatkamaan ja kehittämään sitä edelleen. Keskeisenä tavoitteena on luoda rakenteet, jotka mahdollistavat mielenterveystyön tavoitteellisen ja kokonaisvaltaisen kehittämisen eri toimijoiden yhteistyönä. Tarvitaan strategiaa, pysyviä rakenteita ja vastuuhenkilöitä.

LÄHTEET

Depressio 2009. Käypä hoito -suositus. Suomen Psykiatriayhdistys ry.

Haarala P., Keto A., Sipari S. 2008. Yhteiskehittelyllä paradoksien hyödyntämiseen. Teoksessa Töytäri-Nyrhinen, A. (toim.) Osaamisen muutosmatkalla. Helsinki: Edita. 142–163.

Hakkarainen, K. 2006. Kollektiivinen älykkyys [viitattu 8.2.2011]. Saatavissa: <http://www.helsinki.fi/science/networkedlearning/material/KaiHakkarainenKollektiivinen.pdf>.

Heikkilä, J. & Heikkilä, K. 2005. Voimaantuminen työyhteisön haasteena. WSOY.Helsinki.

Hämäläinen, A. & Kiiskilä, P. 2006. Työnohjaajien viitekehykset. Satakunnan Instituutti. 2. painos.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. WSOY. Helsinki.

Isometsä 2007. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Järvelä, S. & Häkkinen, P. 2002. Web-based Cases in Teaching and Learning – the Quality of Discussions and a Stage of Perspective Taking in Asynchronous Communication. *Interactive Learning Environments*, 10(1), 1–22.

Koivunen, N. 2005. Miten kollektiivinen asiantuntijuus organisoituu. *Hallinnontutkimus* 3/2005, 32–45.

Korkeila, J. 2006. Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006: 32*.

Krogstrup, H. 2004. Asiakaslähtöinen arviointi Bikva-malli. Hyvät käytännöt menetelmä käsikirja. Stakes.

Mattila, A. 2006. Näkökulman vaihtamisen taito. WSOY. Helsinki.

Mieli 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 [viitattu 8.2.2011]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi>.

Ojanen, S. 2000. Ohjauksesta oivallukseen, ohjausteorian kehittäminen. Helsinki. Yliopistopaino.

Parviainen, J. & Koivunen, N. 2004. Kollektiivinen asiantuntijuus – kymmenen kysymystä [viitattu 8.2.2011]. Saatavissa: <http://www.uta.fi/tutkimus/liike/seminaari030604/parviainen.pdf>.

Poikela, E. & Poikela, S. 2005. Ongelmista oppimisen iloa. Teoksessa Poikela, E., Poikela, S. (toim.) Ongelmaperustaisen pedagogiikan kokeiluja ja kehittämistä. Tampereen yliopisto.

Päivärinne, M. 2009. Salon hyvinvointitilinpito 2009. Salon kaupunki.

Rauma, M., Raappana, A., Melkas, H. & Toikkanen T. 2007. Kokemuksia vanhusten työyhteisöjen kehittämisestä - työparitoiminta ja tutkimuksellisuus. Työpolittinen aikakauskirja 1/2007.

Rautkallio, A. 1997. Reflektiivinen tiimi. Perheterapia 4. 4–12.

Ruohotie, P. 2000. Muuttuva työelämä ja jatkuva oppiminen. Teoksessa Harra, K., Raitaniemi, V. & Ruohotie, P. (toim) Työpaikkakouluttajan opas. Yritysanalyseja ja työpaikkakouluttajan opetus suunnitelmia. Helsinki: Opetus-, kasvatus- ja koulutusalojen säätiö. OKKA.

Salon seudun mielenterveysstrategia 2007–2012. Salon seudun mielenterveysstrategian ohjausryhmä.

Siltala, R., Alajääski, J., Keskinen S. & Tenhunen, A. 2009. Opetusalan asiantuntijoiden käsityksiä opettajan pedagogisesta innovatiivisuudesta. Kansanvalistusseura, Aikuiskasvatuksen tutkimusseura. Helsinki.

Sohlman, B. 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Tutkimuksia, 137. Stakes. Helsinki.

Sotkanet 2008 [viitattu 8.2.2011]. Saatavissa: <http://www.sotkanet.fi>.

STM 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2006:19. Helsinki.

Valtionkonttori 2009. Henkilöstö on osa ratkaisua – Työhyvinvointi on tuottavuutta ja ihmisyyttä [viitattu 8.2.2011]. Saatavissa: <http://www-kaiku-tyohyvinvointipalvelut.fi>.

Virkkunen, J., Ahonen, H. 2007. Teesejä ja vastakkaisargumentteja työn ja oppimisen murroksesta. Aikuiskasvatus 1.2009, 70–71.

Öystilä, S. 2001. Ryhmäprosessin hyödyntäminen yliopisto-opetuksen haasteena. Teoksessa Poikela, E & Öystilä, S. (toim.) Tutkiminen on oppimista ja oppiminen tutkimista. Tampereen yliopisto.

Liite I. CASE-TYÖPAJATYÖSKENTELYN LÄHTÖKOHDAT

LASTEN CASE-TYÖPAJAT

Tiina on 5-vuotias pikkutyttö. Hän on päivät päiväkodissa, äidin hoitaessa 1-vuotiasta pikkuveljeä kotona. Tiinan äiti on kotona hoitovapaalla 1-vuotiaan pikkuveljen kanssa. Isä tekee pitkiä työpäiviä ja kotona riidellään usein lasten kuullen. Päiväkodin henkilökunta on ottanut äidin kanssa puheeksi Tiinan käyttäytymisen. Tiinan on vaikea toimia yhdessä muiden lasten kanssa. Hän leikkii mieluummin yksin ja välillä hän saattaa suuttua kovasti ilman selkeää syytä. Neuvolan 5-vuotis tarkastuksessa terveydenhoitaja on kiinnittänyt huomiota Tiinan keskittymiskyvyn puutteeseen. Lisäksi neuvolakäynnin yhteydessä hän on ollut kovin takertuvainen äitiinsä.

Kalle on 5-vuotias vilkas pikkupoika. Kalle on hoidossa päiväkodissa, ja äiti hoitaa 1-vuotiasta pikkusiskoa kotona. Kallen äiti on kotona hoitovapaalla 1-vuotiaan pikkusiskon kanssa. Äiti toivoo, että Kalle saa ikäistään seuraa päiväkodissa ja oppii ryhmässä olemisen taitoja. Äiti on väsynyt Kallen tottelemattomuuteen ja äkkipikaisuuteen kotona. Isä tekee pitkiä työpäiviä ja kotona riidellään usein lasten kuullen. Päiväkodin henkilökunta on ottanut äidin kanssa puheeksi Kallen käyttäytymisen. Kallen on vaikea toimia yhdessä muiden lasten kanssa. Hän leikkii mieluummin yksin ja välillä hän saattaa suuttua kovasti ilman selkeää syytä. Neuvolan 5-vuotistarkastuksessa terveydenhoitaja on kiinnittänyt huomiota Kallen keskittymiskyvyn puutteeseen. Lisäksi neuvolakäynnin yhteydessä hän on ollut kovin takertuvainen äitiinsä eikä halua jäädä hetkeksikään yksin.

NUORTEN CASE-TYÖPAJAT

Jussi opiskelee 8. luokalla. Opettaja on useita kertoja ottanut yhteyttä Jussin kotiin, koska Jussilla on paljon selittämättömiä poissaoloja koulusta, jopa viik-

koja yhtäjaksoisesti. Koulussa Jussilla ei tunnu olevan kavereita, hän ei huolehdi siisteydestään eikä koulunkäynti tunnu kiinnostavalta. Jussin äiti on yksinhuoltaja, hän on avioeron jälkeen kärsinyt unettomuudesta masennuksesta, jonka takia hän on käynyt terveyskeskuslääkärillä.

Taina on aloittanut ammatilliset opinnot viime syksynä ja on ensimmäistä kertaa muuttanut pois kotoaan. Syksyn mittaan Tainalla oli paljon poissaoloja koulusta. Hän kertoi terveydenhoitajalle kärsivänsä unettomuudesta ja kokevansa opiskelun kovin rankkana. Taina haluaa valmistua ajallaan ja hänellä on korkeat tavoitteet opiskelunsa suhteen. Ensimmäisestä työharjoittelusta Taina sai hylätyn arvioinnin ja on kovin ahdistunut omasta tilanteestaan.

Matti on 20-vuotias nuori mies, jonka opiskelu on jäänyt kesken. Takana on mukautetun oppimäärän mukaisesti suoritettu peruskoulu. Matin haaveena on lakimiehen ammatti. Matin ongelmana on saamattomuus, masennus, päivärytmi on kadoksissa ja päihteiden käyttöä on runsaasti. Tulevaisuuden suunnitelmat ovat epäselviä, Nettipokeri kuuluu Matin harrastuksiin. Pikavippien ja nettipokerin sekä vaatteisiin ja ulkonäköön käytettyjen kulujen takia Matti on velkaantunut.

TYÖIKÄISTEN CASE-TYÖPAJAT

Alli on 40-vuotias työttömäksi jäänyt tarjoilija. Alli on muuttanut viisi vuotta sitten Saloon lastensa kanssa. Perheeseen kuuluu äidin lisäksi kaksi lasta, lukion toisella luokalla opiskeleva Mari-tyttö ja yläkoulun kahdeksannella luokalla oleva Timo-poika. Avioero on tapahtunut samaan aikaan kun perhe on muuttanut Saloon. Alli on jäänyt keväällä työttömäksi ja aikaisemmin ollut useaan otteeseen sairauslomalla epämääräisten oireiden takia. Työhön lähtö ei ole kiinnostanut ja kodista huolehtiminen on ottanut voimille. Elämällä ei ole tarkoitusta ja mielenkiinto ulkomaailmaan on vähentynyt. Mari on syksyllä käynyt usein terveydenhoitajan vastaanotolla jatkuneiden vatsavaivojen ja jatkuvan päänsäryn takia. Oireille ei ole löydetty selkeää syytä. Harrastussissakaan hän ei enää käy ja väsymystäkin esiintyy usein. Timon koulukäynti yläkoulun kahdeksannella luokalla ei myöskään ole lähtenyt oikein hyvin käyntiin. Timo ei ole jaksanut keskittyä ja häiritsee tunneilla. Lintsausta on esiintynyt ja tällä hetkellä hän liikkuu kaveriporukoissa, jossa käytetään paljon alkoholia. Opettaja on tuonut pojan terveydenhoitajan vastaanotolle viimeksi koulussa tapahtuneen välituntitappelun seurauksena. Kotiin on oltu yhteydessä, mutta siellä ei olla oltu tietoisia pojan elämäntilanteesta. Nyt Alli tu-

lee terveyskeskuksen päivystykseen aamupäivällä nyrjähtäneen nilkkansa takia. Sairaanhoidaja puhalluttaa asiakkaan epämääräisen käyttäytymisen ja hieman sekavan puheen takia. Alkometriin tulevatkin reippaat lukemat.

Kaisa on 48-vuotias lukion biologian opettaja. Kaisa on ollut tehokas ja kunnianhimoinen opettaja. Oppilaat ovat aikaisemmin arvostaneet hänen opetustaan. Kaisa on viime aikoina kokenut haluttomuutta lähteä töihin ja opetuksesta on hävinnyt into. Kaisa tuntee itsensä kovin väsyneeksi, päätä särkee jatkuvasti, mikään ei innosta, harrastuksiinkaan ei enää jaksa lähteä. Kotonakin arkiaskareet ovat jääneet usein tekemättä. Työyhteisöltään Kaisa ei ole saanut tukea omaan elämäntilanteensa. Kaisan aviomies Kalle on 55-vuotias maatalousyrittäjä. Talvisaikaan Kalle on ollut metsätöissä, mutta viimeaikoina työinnostus on laantunut. Naapurin isäntä vierailee usein Kallen ja Kaisan tilalla, ja Kaisa on alkanut epäillä Kallen alkoholinkäyttöä. Maatilan asiat eivät ole oikein hyvällä mallilla. Perheeseen kuuluu lisäksi Ville, 23 vuotta, joka on juuri jäänyt työttömäksi. Ville on lukiolainen.

VANHUSTEN CASE-TYÖPAJAT

Pekka (72 vuotta) on terveyskeskuksen päivystysvastaanotolla, koska hänellä on vatsavaivoja ja unettomuutta. Pekka toteaa lääkärille: ” Parempi kun kuolisin pois.” Pekka toimii 70-vuotiaan vaimonsa omaishoitajana. Vaimo sairastaa etenevää muistisairautta ja vaatii jatkuvaa huolenpitoa ja perään katsomista. Perheen lapset ovat huolissaan isän jaksamisesta ja ovat eri mieltä äidin kotona selviytymisestä ja pärjäämisestä.

Martta on 87-vuotias entinen maatalon emäntä. Martta sairastaa pitkälle edennyttä reumaa, ja tarvitsee jatkuvaa apua päivittäisissä toiminnoissaan. Martan kaksi kuukautta sitten edesmennyt aviomies toimi pitkään Martan omaishoitajana ensin kotona Kiskossa ja nyt viimeisen vuoden palvelutalossa. Martta joutui siirtymään miehensä kuoltua vanhainkotiin. Hän on itkuinen, ruoka ja uni eivät maistu. Martta on huolissaan taloudestaan ja pärjäämisestään, eikä muistikaan pelaa entiseen tapaan.

MAAHANMUUTTAJIEN CASE-TYÖPAJA

Aram opiskelee yläkoulussa. Aram on menestynyt koulussa hyvin, mutta viihtyy paljon kaupungilla ja välttelee kotona olemista. Nuorempi veli on alakou-

lussa, hänellä on vaikeuksia kielen oppimisessa, eikä hänellä ole koulussa ystäviä. Perheen isä on alakuloinen ja hän elää uudelleen kokemuksiaan ennen Saloon muuttoa. Perheeseen odotetaan perheenisäystä ja äitiysneuvolassa tulee puheeksi perheen tilanne.

Liite 2. MASENTUNEEN POTILAAN HOITOPOLKU SALOSSA -PROSESSIKUVAUS

*Anu Harju, Elina Kokkola, Heidi Luoti, Anne Palm,
Terhi Pihlaja, Tiia Rantalaiho, Elina Tommila, Jonna
Tuuri & Nina Valtonen (2010)*

Terveysalan opiskelijoiden oppimista integroitiin Erityisestä edistävään -hankkeessa myös siten, että opiskelijat laativat toimintamallien prosessikuvauksia eri-ikäisten asiakkaiden ja perheiden mielenterveyden edistämiseen liittyvistä palveluista ja työmenetelmistä. Opiskelijat kuvasivat masentuneen potilaan hoitopolun, josta on tässä tiivistetty yhteenvedo.

Masentuneen potilaan hoitopolkuun osallistuvat Salossa muun muassa Kriisikeskus Etappi, A-klinikka, työterveyshuolto, aikuissosiaalityö ja yleissairaalapsykiatrian poliklinikka. Jokaisen tahon osuus masentuneen potilaan hoitopolussa on tärkeä. Kriisikeskus Etappi (Harberg 10.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto), A-klinikka (Kyllönen 8.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto), työterveyshuolto (Micklin, Schukov & Salminen 7.12, henkilökohtainen tiedonanto) ja aikuissosiaalityö (ks. Seppälä 10.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto) ovat tärkeitä masennuksen tunnistamisvaiheessa ja hoitoon ohjaamisessa. Yleispsykiatrian poliklinikka puolestaan huolehtii masennuspotilaiden hoitamisesta ja ohjaa tarvittaessa jatkohoitoon erikoissairaanhoidon (Hukari & Lehtiniitty-Hehko 14.1.2010, henkilökohtainen tiedonanto).

Henkilöstölle tulee määritellä selkeät vastuut ja valtuudet, jolloin tiedetään, mitä kukin tekee ja miksi. Jos vastuukysymyksiä ei ole määritelty, voidaan tehdä päällekkäistä työtä tai osa töistä voi jäädä kokonaan hoitamatta. (Pokka-Vuento & Pirola 2004, 31.) Sorsa (2008) on tutkinut palvelujen ja hoitotyön laatua erityisesti mielenterveyspotilaiden kohdalla. Mielenterveyspotilaan hoitopolulle on tyypillistä eripuolilla Suomea niin sanottu ”luukulta toiselle”

-ohjaaminen, jolloin mielenterveyspotilaat joutuvat hankkimaan tarvitsemansa palvelut monelta eri palvelun

tarjoajalta. Moniammatillisen tiimin käyttäminen mielenterveyspotilaiden hoidossa on hyväksi. Moniammatillisen tiimin käyttäminen edellyttää saumatonta tiedonkulkua ja yhteistyötä, jotta potilaalle ei koidu ylämääräisiä ponnistuksia apua hakiessa. Tiedonkulkua ja verkostotyötä tulisi kohentaa ja tietoa lisätä erilaisista palveluvaihtoehdoista. Moniammatillisen tiimin tulisi rakentaa yhteisiä tavoitteita ja käsitteitä mielenterveyspotilaiden hoitamiseksi, ja tehdä mahdollisimman tiivistä yhteistyötä. (Sorsa 2008 [viitattu 11.1.2010].)

HOIDON TARPEESTA

Depressiolla tarkoitetaan yleisesti alakuloisuutta tai mielen masennusta. Depressio-käsite voidaan määritellä monella eri tavalla (Kokko 2000a [viitattu 4.1.2010]). Tässä depressio-käsitteellä tarkoitetaan psyykkistä masennuksen tilaa. Depressio on keskeinen kansanterveysongelma, ja siitä kärsii eriasteisesti 5 % suomalaisista (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä 2009 [viitattu 17.12.2010]). Masennus on tuki- ja liikuntaelinsairauksien ohella suurin syy työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä (Suomen mielenterveysseura ry 2008a [viitattu 17.12.2010]).

Masennukseen on monia syitä, mutta osasyinä masennuksen yleisyyteen ovat stressi, työelämän kiireisyys sekä suorituskeskeinen elämäntyyli, jotka luovat haasteita jatkuvasti muuttuvassa yhteiskunnassa. Masennuksen syynä voi olla myös esimerkiksi kriisi (Harberg 10.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto), alkoholi (Kyllönen 8.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto) tai sydäninfarkti (Hukari & Lehtiniitty-Hehko 14.1.2010, henkilökohtainen tiedonanto). Masennus on aina ollut ihmisten elämässä mukana, mutta kuitenkin ei ole selvää näyttöä siitä, että masennus olisi nykyisin yleisempää kuin aiemmin. (Suomen mielenterveysseura ry 2008a [viitattu 17.12.2010]; Harberg 10.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto.)

On tärkeää osata tunnistaa masennustiloja riittävän aikaisin, jotta apua ja hoitoa saataisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä 2009 [viitattu 17.12.2010]). Ajoissa haettu ja saatu apu sekä hoito nopeuttavat paranemista ja torjuvat masennuksen pahenemisen (Suomen mielenterveysseura ry 2008c [viitattu 17.12.2010]). Masennuksen oireita voivat olla esimerkiksi masentunut

mieliala, kiinnostuksen ja mielihyvän menettäminen, vähentyneet voimavarat sekä väsymys. Lisäksi masentuneella henkilöllä voi esiintyä itseluottamuksen ja omanarvontunnon vähenemistä, kohtuuttomia itsesyytöksiä sekä toistuvia kuolemaan ja itsemurhaan liittyvät ajatuksia. Keskittymisvaikeus, psykomotorinen muutos, unihäiriöt sekä ruokahaluun liittyvät muutokset voivat myös olla seurausta masennuksesta. Jotta masennus voidaan luokitella sairaudeksi, tulee näistä oireista esiintyä vähintään kaksi kolmesta ensimmäisestä luetellusta oireesta tai vähintään neljä kaikista edellä luetelluista oireista. Tämän lisäksi masennusjakson on täytynyt kestää vähintään kahden viikon ajan yhtäjaksoisesti. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä 2009 [viitattu 17.12.2010]; Kokko 2000b [viitattu 4.1.2010].)

Depression seulontaan on kehitetty monia seulontamenetelmiä muun muassa DEPS, Beckin depressioasteikko, Prime-MD:n kahden kysymyksen seula (masentunut mieliala ja mielihyvän menetys). Seulonnasta on hyötyä, jos siihen liittyy mahdollisuus konsultoida erikoislääkärinä, toimiva hoitomalli sekä potilaan hoitomyöntyvyyttä. Lisäksi hoidon tehoa tulee seurata systemaattisesti. Seulontaa on suositeltavaa kohdistaa niihin potilasryhmiin, joissa depressiota esiintyy paljon, kuten työuupumuksesta kärsiviin ja muista mieliala- ja päihdehäiriöistä kärsiviin asiakkaisiin. (Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä 2009 [viitattu 17.12.2010].)

Moni päihdeongelmainen on masentunut, ja moni masentunut käyttää runsaasti päihteitä. Toisinaan masentuneisuus edeltää päihteidenkäyttöä, mutta usein masennus ilmenee päihdekäytön seurauksena. (Mäkelä, Nuorvala, Kuokkanen 1998.) Kun masennus kytkeytyy alkoholismiin, se vaikuttaa useammin olevan sekundaaria kuin primaaria (Nuorvala, Mäkelä, Kuokkanen 1997). Masentuneen alkoholistin ennuste parantua on alkoholin käytön osalta todettu huonommaksi kuin sellaisen, jolla masennusta ei ole. Suomalaisessa hoitojärjestelmässä eriytetään päihteet ja masennus. Sosiaalihuollon yksiköissä on tarjolla palveluja päihdeongelmiin, kun taas masennus tulkitaan psykiatriseksi sairaudeksi. Psykiatrisessa hoitoyksikössä samanaikainen päihdeongelma voi jäädä tunnistamatta tai ainakin liian vähäiselle huomiolle hoitosuunnitelmassa. Palvelujärjestelmää tulisikin kehittää niin, että päihdeongelma ja masennus voitaisiin todeta ja hoitaa samanaikaisesti jaa mahdollisimman monipuolisesti ilman asiakkaan turhaa ohjaamista paikasta toiseen. (Mäkelä ym. 1998, 525.)

Mitä pidempään päihteidenkäyttö on jatkunut, sitä masentuneempia asiakkaat yleisesti ottaen ovat. A-klinikoiden asiakkaat ovat koko väestöön verrattu-

na huomattavasti masentuneempia. Masentuneita oli oman arvionsa mukaan kaksi kolmesta. Masennuksen yleisyydessä ei ollut suuria ikäluokkaeroja. Miehet ja naiset olivat yhtä usein masentuneita. (Nuorvala ym. 1997, 1, 42, 44.)

Masennuksen hoidon lähtökohta on aina ensiksi depression diagnosointi, minkä jälkeen lääkäri määrää hoidon masennuksen asteen ja oireiden perusteella (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä 2009 [viitattu 17.12.2010].) Hoitoa on saatavilla terveyskeskuksissa tai mielenterveystoimistoissa tai A-klinikalla (Mäkelä 2005. [viitattu 7.12.2009].) Joskus myös hoito psykiatrisessa sairaalassa on perusteltua. Depression hoito voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen, akuuttiin vaiheeseen, jatko- ja ylläpitohoitoon. Akuuttivaiheen tavoitteena on oireettomuus, ja se kestää niin kauan, kunnes tavoite on saavutettu. Jatkohoidon tavoite on estää oireiden palautumista, ja ylläpitohoidon tavoite on puolestaan ehkäistä masennuksen uusiutumista. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä 2009 [viitattu 17.12.2010].)

Koska masennukseen ei ole yhtä selkeää syytä, myös hoitomuodot vaihtelevat. Hoitomuodoista voi olla useita eri yhdistelmiä, joista tavallisin on lääkkeiden ja psykoterapian yhdistelmä. Psykoterapiamuotoja on monenlaisia, ja tilanteesta riippuen jokin terapiamuoto voi olla toista hyödyllisempi. (Mäkelä 2005. [viitattu 7.12.2009]; Suomen mielenterveysseura ry 2008c [viitattu 17.12.2010]). Muita käytössä olevia hoitomuotoja ovat esimerkiksi kirkasvalohoito, sähköhoito, magneettistimulaatiohoito ja liikunta. Lisäksi potilaspastus kuuluu aina masennuksen hoitoon. Hoitomuodoista ja masennuksen asteesta riippumatta masentunut tarvitsee seurantaa akuuttivaiheen jälkeenkin vielä vähintään puolen vuoden ajan. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä 2009 [viitattu 17.12.2010].)

Sosiaalityöntekijät käyttävät työssään yhtenä työmenetelmänä tulevaisuuden muistelua. Se on verkostodiologi, johon kutsutaan mukaan läheisiä, eri viranomaisia ja asiakas. Perhe tai asiakas päättää, keitä perheen läheisiä ja ammattilaisia palaveriin kutsutaan (Haarala ym. 2008, 178.) Tulevaisuuden muistelussa mennään ajassa yksi vuosi eteenpäin, jolloin asiat ovat paremmin kuin tällä hetkellä. Tilaisuudelle varataan riittävästi aikaa, ja yleensä tilaisuus kestää kolme tuntia. Vetäjät ovat ulkopuolisia, ja heitä on kaksi, joista toinen kirjaa kaikkien kommentit fläppitaululle ja toinen haastattelee. (Seppälä 10.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto.) Vetäjä kysyy hyvästä tulevaisuudesta, teoista,

tuesta, huolista ja niiden vähentymisestä. Jokainen osallistuja kertoo asioista omasta näkökulmastaan, eivätkä muut saa kommentoida tai keskeyttää toisen puheenvuoroa. Tavoitteena on saada huoli jäsennettyä. (Haarala ym. 2008, 178.) Asiakaskertoo, mistä on saanut apua ja tukea, mitä hän on itse tehnyt ja miten asiat ovat. Läheisiltä kysytään, mitä he ovat tehneet tilanteen hyväksi, esimerkiksi ottaneet perheen lapset kerran kuussa hoitoon, jotta vanhemmat saisivat levätä. Myös viranomaisilta kysytään, mitä he ovat tehneet asiakkaan auttamiseksi. Tällöin työntekijät miettivät, miten he voivat tukea asiakasta omassa työssään. (Seppälä 10.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto.)

Istunnon lopuksi tehdään suunnitelma, miten päästään hyvään tulevaisuuteen. Vuoden kuluttua järjestetään seurantapalaveri samalla kokoonpanolla. Tällöin tilannetta tarkastellaan uudelleen ja mietitään, onko tavoitteeseen päästy vai onko jotain korjattava. Menetelmä lähtee asiakkaasta, jolle ei sanella mitä pitää tehdä, vaan hän keksii ratkaisut itse. Verkostokonsultteja pitäisi kouluttaa lisää, jotta menetelmää voitaisiin mainostaa enemmän. Tähän mennessä kaikki verkostopalaverit on voitu järjestää. (Seppälä 10.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto.)

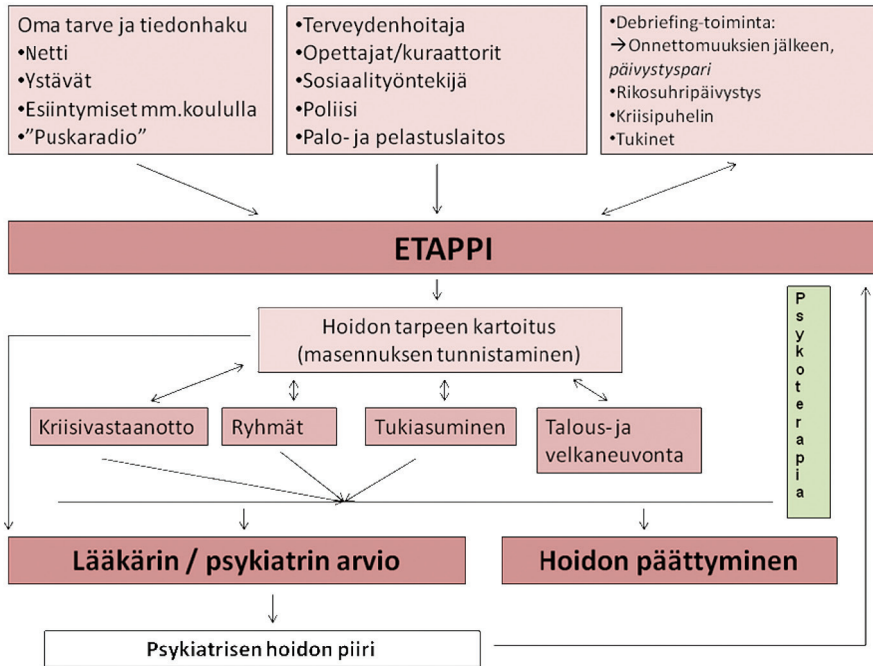
HOITOPAIKKOJA SALOSSA

Kriisikeskus Etappi

Kriisikeskus Etappi on Suomen Mielenterveysseuran alaisuudessa toimiva yksikkö, jossa tarjotaan lyhytkestoista apua elämän erilaisiin kriisitilanteisiin (Salon mielenterveysseura ry a [viitattu 15.12.2009]). Etapissa työskentelee kolme psykiatrista sairaanhoitajaa, joista yksi on lisäksi terveydenhoitaja ja kaksi lisäkoulutukseltaan psykoterapeutteja. Lisäksi Etapissa on yksi verkaneuvoja ja toiminnanjohtaja sekä noin 50 vapaaehtoistyöntekijää, jotka toimivat erilaisissa tehtävissä. (Harberg 10.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto.)

Etappiin voi hakeutua kuka tahansa ilman lähetettä ja halutessaan myös nimettömänä. Etappiin hakeutumisen syynä (kuvio 1.) voi olla asiakkaan oma tarve saada apua elämäntilanteeseensa tai Etappiin voi tulla eri tahojen, kuten terveydenhoitajan tai sosiaaliviranomaisen lähettämänä. Myös esimerkiksi onnettomuuksien jälkeen ja rikosuhripäivystyksen tai kriisipuhelimen kautta voidaan ohjata asiakas Etappiin. (Harberg 10.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto; Salon mielenterveysseura ry b [viitattu 15.12.2009].)

Etapin toimintaa on kuvattu Kuviossa 1. Ensimmäiseksi Etapissa kartoitetaan potilaan tilanne ja avun tarve (Salon mielenterveysseura c [viitattu 15.12.12009]). Tämän jälkeen hänelle mietitään sopivimmat tukimuodot. Etappi tarjoaa kriisivastaanottoa, erilaisia ryhmiä, tukiasuntoja, talous- ja velkaneuvontaa, kriisipuhelinpalveluita, Tukinet-verkkopalvelun, rikosuhripäivystystä sekä kuntoutusta. Kaikkiin näihin sisältyy psykoterapiaa. Etapin toiminnan tavoitteena on ennaltaehkäistä masennuksen ja muiden lisäongelmien syntymistä, sekä tunnistaa jo olemassa olevia ongelmia. Tarvittaessa ohjataan jatkohoitoon, yleensä terveyskeskuslääkärin vastaanotolle. (Harberg 10.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto; Salon mielenterveysseura d [viitattu 15.12.2009].)



KUVIO 1. *Kriisikeskus Etapin toiminta.*

Etappiin tulisi päästä 1–2 päivän kuluessa yhteydenotosta. Tämä toteutuu hyvin, sillä työntekijöillä on liukuva työaika ja ajanvarauskirjat pyritään pitämään väljinä. Asiakaskäyntejä on suunniteltu 3–5 asiakasta kohden. Toisinaan tämä määrä on sopiva, mutta toisaalta joillekin riittää pienempi määrä käyntejä ja

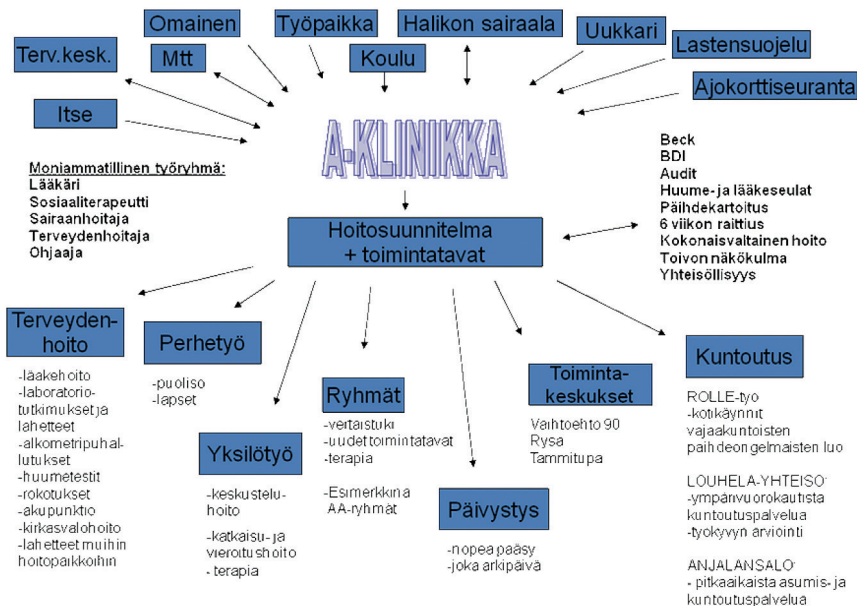
jotkut tarvitsevat huomattavasti enemmän kontakteja. Tukiasuntoja Etapilla on 41, joten tarvittaessa tukiasunnon saa nopeasti. Kriisityön tekeminen on henkisesti raskasta, joten itsestä huolehtiminen on tärkeää työuupumuksen ehkäisemiseksi. Säännöllinen koulutuksissa käyminen takaa ajantasaisen tiedon käyttämisen asiakastyössä. Tämän lisäksi erikoiskoulutuksen hankkiminen eri terapia-
muotoihin on hyödyksi. (Harberg 10.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto.)

Yhteistyö psykiatristen hoitopaikkojen sekä perusterveydenhuollon kanssa toimii hyvin, ja Etapin asiakkaat pääsevätkin yleensä nopeasti jatkohoitoon, mikäli se on tarpeellista. Tulevaisuudessa ollaan kuitenkin siirtämässä Salon avopalveluita Turkuun, joten hyvän yhteistyön jatkuminen ja nopea hoitoon pääsy tulee olemaan haaste, sillä esimerkiksi masennuspotilaalle matka Turkuun voi olla ylivoimainen. (Harberg 10.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto.)

A-klinikka

A-klinikka on avohoitoyksikkö, josta voi hakea apua päihdeongelmiin ja niihin liittyviin sosiaalisiin ja mielenterveysongelmiin. Depressio voi liittyä päihdeongelmaan joko sen aiheuttajana tai seurauksena. A-klinikan palvelu on vapaaehtoista, maksutonta ja luottamuksellista. (Kyllönen 8.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto.)

A-klinikalle voi hakeutua monia eri teitä, joita esitellään kuviossa 2. Asiakas tai hänen omaisensa voi olla aktiivisena osapuolena. Omainen voi tulla ensin esimerkiksi yksin keskustelemaan, mikäli hänellä on noussut huoli läheisensä päihdeiden käytöstä. Päihdekeskustelut toimivat apuvälineenä, mikäli päihdeiden käyttö on aiheuttanut ristiriitoja perheelle tai puolisoitten välille. Työpaikka voi ottaa yhteyttä jos päihdeiden käyttö haittaa työssä suoriutumista tai työpaikalta on poissaoloja. Muita yhteydenottotahoja voivat olla terveyskeskus, koulu, Halikon sairaala, Uukkari tai lastensuojelu. Ajokorttiseuranta on henkilöille, jotka ovat jääneet kiinni ajaessaan autolla päihdeiden vaikutuksen alaisena. He ovat viranomaisen määräyksestä A-klinikan seurannassa määrärajan, johon kuuluvat alkometripuhallutukset, tarvittaessa huumesekalat tietyn väliajoin sekä yllätykselliset satunnaisseurannat. Ajokortin takaisin saaminen edellyttää kuuden viikon yhtäjaksoista raittiutta. (Kyllönen 8.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto.)



KUVIO 2. A-klinikan toiminta.

Salon A-klinikkatoimi sisältää moniammatillisen työryhmän (kuvio 2.), johon kuuluvat sosiaali- ja terveystieteiden palvelut, toimintakeskuspalvelut sekä kuntoutus- ja asumispalvelut. Yksittäisistä työntekijöistä työryhmässä mainittakoon päihdelääkäri, sosiaaliterapeutit ja sairaanhoitajat. Muita yhteistyötahoja A-klinikan kanssa ovat mielenterveystoimisto, Kriisikeskus Etappi, työvoimatoimisto, aikuiskoulutuskeskus, seurakunta, erityisnuorisotyö. (Kyllönen 8.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto.)

Kahdenkeskisissä keskusteluissa asiakas ja A-klinikan työntekijä neuvottelevat tilanteesta ja tavoitteista, laativat hoitosuunnitelman ja sopivat toimintatavoista. Lääkinnällisellä hoidolla pyritään tarvittaessa lievittämään juomiskierteen vieroitusoireita. A-klinikalla on saatavilla lääkärin tutkimus ja hoito. Laboratoriotutkimuksia tehdään tarpeen mukaan, voidaan esimerkiksi mitata maksan GT-arvoa ja ottaa huumetestejä. Myös kirkasvalo- ja akupunktiohoitoja on saatavilla. Lääkäri kirjoittaa tilanteen niin vaatiessa myös läheteitä muihin hoitopaikkoihin. (Kyllönen 8.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto.)

Perhekeskustelut ovat osa kokonaisvaltaista hoitoa, mikäli asiakas niin haluaa. Lastensuojeluun otetaan tarvittaessa yhteyttä. Yksilötyössä tärkeimmät työmuodot ovat keskustelu, katkaisu- ja vieroitushoito sekä terapia. A-klinikan toimintaan kuuluvat myös työntekijöiden ohjaamat hoidollisesti suuntautuneet avoimet ja suljetut ryhmät. Ryhmätoiminnan tavoitteena on etsiä yhdessä uusia tapoja selviytyä vaikeuksista vaihtaen kokemuksia ja tietoja, tukea antaen ja saaden. Parhaassa tapauksessa jäsenet kulkevat oivaltamisen kautta raittiuteen ryhmän tuella. Ryhmä antaa hyvää vertaistukea, koska sen jäsenissä voi olla monessa eri vaiheessa olevia raittiuteen pyrkiviä päihteiden käyttäjiä. (Kyllönen 8.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto.)

Apua on saatavilla päivystysluonteisesti joko samana tai viimeistään seuraavana päivänä. Päivystävä sairaanhoitaja antaa tarvittaessa terveysneuvontaa, ohjausta, terveydenhoidollisia hoitotoimenpiteitä, päihdekierteen ennaltaehkäisyä ja avokatkaisua lääkärin valvonnassa. Päihtyneitäkään ei käännytetä päivystyksestä pois. A-klinikan toiminnassa korostuu toivon näkökulma; aina on toivoa muuttaa suuntaa elämässään ja aloittaa takaiskun tullessakin alusta. (Kyllönen 8.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto.)

Toimintakeskuksissa on yhteisöllistä, päihteetöntä yhdessäoloa ja toimintaa. Niiden peruspalveluihin kuuluvat ruokailu, päivän lehdet, tietokone, sauna ja mahdollisuus pyykinpesuun. Tarjolla on lisäksi harrastustoimintaa, luento- ja ryhmätoimintaa, tutustumis- ja opintokäyntejä sekä yhteistyötä eri järjestöjen kanssa. Keskuksessatoimii lisäksi verstaas, jossa voi kunnostaa esimerkiksi huonekaluja, pyöriä ja valmistaa puuesineitä. Toimintakeskuksiin ei pääse päihtyneenä. Asiakkailta on yhdessäolon myötä mahdollisuus kohentaa elämänlaatuaan, saada myönteisiä kokemuksia vaihtoehdoksi riippuvuuksille. Sosiaaliterapeutit ja sairaanhoitajat käyvät säännöllisesti toimintakeskuksissa, joten kävijöillä on mahdollisuus terveydentilansa seurantaan. (Kyllönen 8.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto.)

Kuntoutus- ja asumispalveluiden tehtävänä on varmistaa asuminen sille tasolle, että hoito ja tuki mahdollistuisivat. Tätä palvelua tarjoaa Louhela-yhteisö. Sen toiminta perustuu sosiaalipedagogiseen oppimiseen sekä yksilölliseen päihdetyöhön ja sitä kautta yksilön voimaantumiseen. Yhteisöllisyyden korostuminen vahvistaa asiakkaiden itsetuntoa ja auttaa siten kuntoutumaan ja löytämään uutta sisältöä elämään. Kuntoutusjaksot suunnitellaan yksilöllisesti, ja osa asiakkaista aloittaa Louhelassa asumispolun, jonne voi tulla myös jatkokuntoutukseen laitoshoidon jälkeen. Kuntoutussuunnitelma tehdään jokaisel-

le jakson aikana ja jakson päätyttyä tehdään suunnitelma kotiin. Sosiaaliterapeutti käy kaksi kertaa viikossa Louhelassa ja sairaanhoitaja kerran viikossa tai tarpeen mukaan useammin. Vertaistukiohjaaja toimii ryhmän vetäjänä kerran viikossa. (Kyllönen 8.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto.)

Asumisyhteisö Anjalansalo tarjoaa tuettua asumista ja päihdekuntoutumista, jotta asiakkaille mahdollistuisi tulevaisuudessa itsenäinen asuminen. Anjalansalon kuntoutuspalveluita käyttävät myös ikääntyvät ja liikuntaesteiset päihdeidenkäyttäjät, joilla ei ole mahdollisuutta käyttää elämäntilanteensa huomioiden muita asumis- ja kuntoutuspalveluita. Asumisjaksot vaihtelevat lyhyistä kuntoutumisjaksoista pitkäaikaiseen asumiseen. Toimintaideana ovat sosiaalipedagoginen viitekehys, yksilöllinen päihdetyö ja yhteisöllinen asuminen. (Kyllönen 8.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto.)

Rolle-työ on kotiin vietyä päihdepalvelua iäkkäille ja vajaakuntoisille asiakkaille, jotka eivät pysty itse hakeutumaan A-klinikalle. Rolle-työ mahdollistaa iäkkäimmille, runsaasti päihdeitä käyttäville kotona asumisen, joka on mielekkäämpää, turvallisempaa ja taloudellisempaa. Sen tarkoituksena on ylläpitää kotona asumista niin kauan kuin mahdollista ja edetä tuetumpaan asumiseen yksilöllisten tarpeiden mukaan. Hoito perustuu positiiviseen vanhuskäsitykseen. Sen lähtökohtana on asiakkaan jäljellä oleva terveys ja subjektiivinen hyvinvoinnin tunne. Hoitoon kuuluvat terapeuttiset keskustelut, terveydellinen, taloudellinen ja sosiaalinen tukeminen. (Kyllönen 8.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto.)

Työterveyshuolto

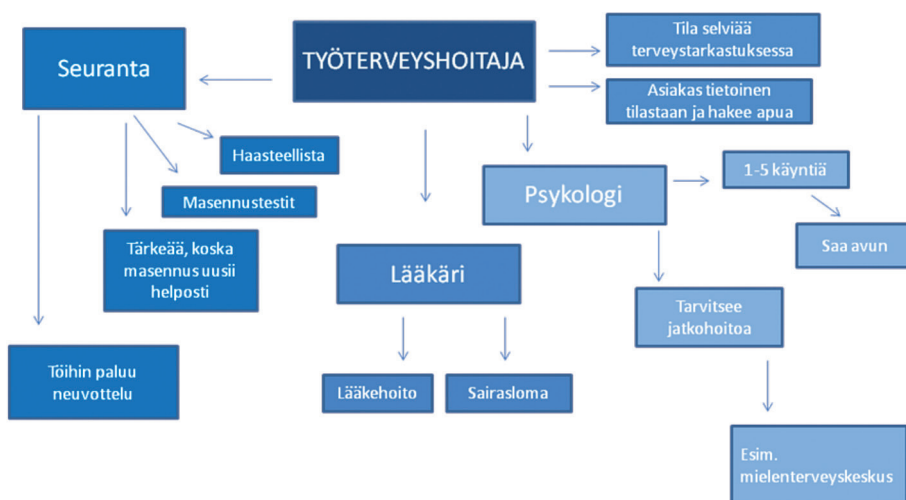
Asiakas voi tulla työterveyshoitajan (kuvio 3.) vastaanotolle tietoisena masentuneesta tai tila voi selvitä myös terveystarkastuksen yhteydessä. Masentuneisuutta voidaan selvittää erilaisilla testeillä, joita ovat muun muassa PPI 15, työuupumustesti, EPDS ja tyky-indeksi. Myös työnantaja on tärkeässä roolissa masentuneen auttamisessa. Hän voi ottaa yhteyttä työterveyshuoltoon, jos epäilee työntekijän olevan masentunut. Puuttuminen tapahtuu usein kuitenkin liian myöhään, koska ihmiset eivät halua puuttua toisten yksityisasioihin. (Micklin, Schukov & Salminen 7.12, henkilökohtainen tiedonanto.)

Kun työterveyshoitaja havaitsee asiakkaan olevan masentunut, asiakas ohjataan psykologin luokse. Psykologin vastaanotolle pääsee noin viikossa ja akuuteissa tapauksissa nopeamminkin. Asiakas käy psykologin luona 1–5 kertaa,

mutta käyntejä ei lasketa varsinaiseksi hoidoksi, koska niistä ei voi saada ke-lakorvausta. Psykologi ohjaa asiakkaan jatkohoitoon harkintansa mukaan. Jos potilas tarvitsee lääkitystä tai sairauslomaa, työterveyshoitaja ohjaa asiakkaan lääkärin vastaanotolle. Sairasloman jälkeen, ennen kuin asiakas palaa töihin, voidaan järjestää neuvottelu, jossa keskustellaan töihin paluusta ja sovitaan esimerkiksi työajasta. (Micklin, Schukov & Salminen 7.12, henkilökohtainen tiedonanto.)

Masentuneiden potilaiden seuranta työterveyshuollossa on hankalaa, koska asiakkaat eivät yleensä ilmoita tilanteestaan työterveyshoitajalle eivätkä esimerkiksi töihin palatessaan varaa aikaa vastaanotolle. Työterveyshoitajat eivät usein myöskään tiedä, jos asiakkaan sairausloma jatkuu. Seuranta olisi kuitenkin erittäin tärkeää hoidon jatkuvuuden kannalta, sillä masennus uusii helposti. Seurannassa voidaan käyttää apuna myös masennustestejä, jotka voidaan uusia tietyin väliajoin. Asiakas olisi myös hyvä saada vastaanotolle useammin. (Micklin, Schukov & Salminen 7.12, henkilökohtainen tiedonanto.)

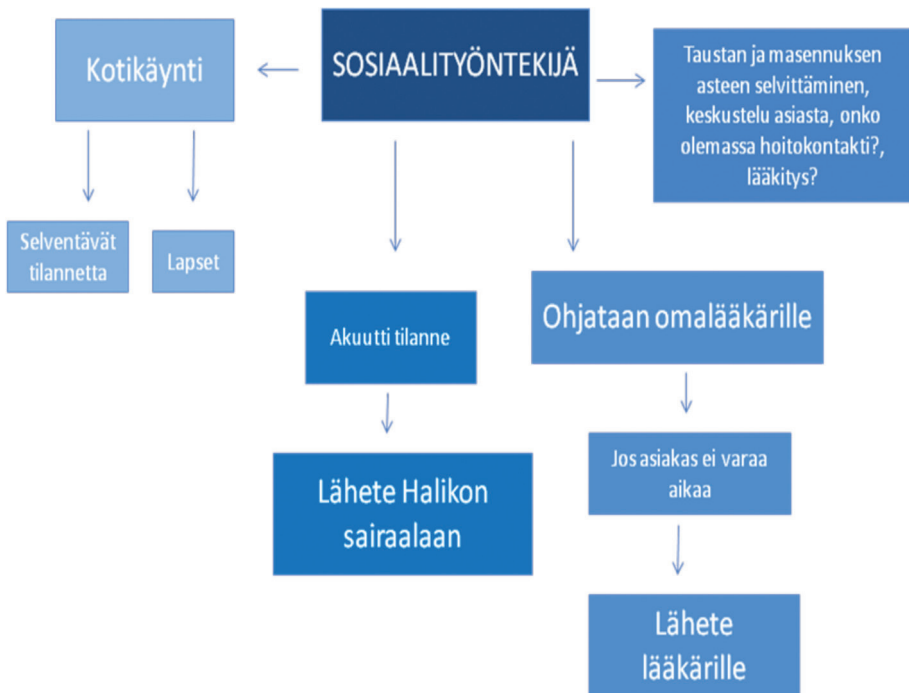
Työterveyshoitajat ovat lähiaikoina olleet koulutuksessa, jonne tosin eivät päässeet kaikki halukkaat. Koulutuksen tavoitteena oli, että työterveyshoitajat pystyisivät itse juttelemaan lievästi masentuneen asiakkaan kanssa, eikä asiasta tarvitsisi lähettää eteenpäin. (Micklin, Schukov & Salminen 7.12, henkilökohtainen tiedonanto.)



KUVIO 3. Työterveyshoitajan rooli masentuneen hoidossa.

Aikuissosiaalityö

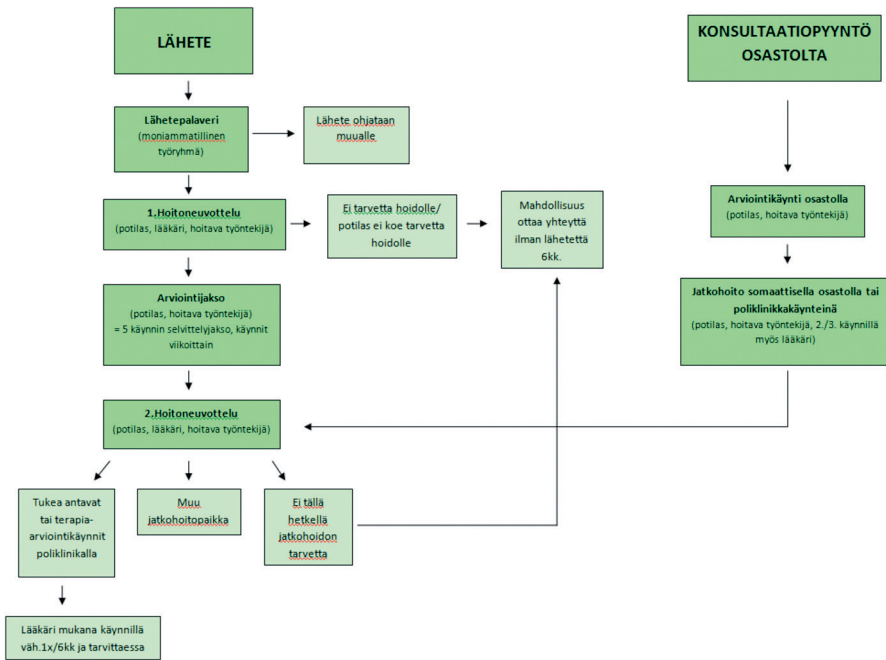
Masentuneen asiakkaan tullessa sosiaalityöntekijän (kuvio 4.) vastaanotolle selvitetään asiakkaan taustaa, keskustellaan tilanteesta ja selvitetään masennuksen aste sekä mahdollinen jo olemassa oleva hoitokontakti ja lääkitys. Olemassa oleva hoitokontakti on hyvä selvittää, koska monilla asiakkailla on ennestään hoitokontakti joko A-klinikkaan, mielenterveyskeskukseen tai molempiin. Sosiaalityöntekijän on tärkeää antaa asiakkaalle aikaa. Asiakkaan ottaa vastaan kaksi työntekijää varsinkin, jos kyseessä on haastavampi asiakas. Kun sosiaalityöntekijä epäilee asiakkaan olevan masentunut, hän ohjaa asiakasta varamaan ajan omalääkärin vastaanotolle. Jos asiakas ei itse varaa aikaa, voidaan tehdä lähete lääkärille. Akuuteissa tapauksissa tehdään lähete Halikon sairaalaan. Sosiaalityöntekijät tekevät myös kotikäyntejä. Kotikäynnit selventävät tilannetta ja samalla pystytään ottamaan asiakkaan lapset huomioon. Sosiaalityöntekijät tarvitsevat lisää tietoa masennuksesta, jotta asiakkaita pystyttäisiin auttamaan tarpeeksi tehokkaasti. Lisäksi yhteistyötä avohoidon kanssa on lisättävä. Sosiaalityöntekijöille on tarjolla jonkin verran koulutusta, mutta sitä pitäisi järjestää enemmän, koska masentuneen ihmisen kohtaaminen on haastavaa. (Sepälä 10.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto.)



KUVIO 4. Sosiaalityöntekijän rooli masentuneen hoidossa.

Yleissairaalapsykiatrian poliklinikka

Salon yleissairaalapsykiatrian poliklinikka toimii yhteistyössä muun erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Poliklinikalla arvioidaan potilaan psykiatrisen hoidon tarve ja toteutetaan tukea antavaa hoitoa. Tarvittaessa potilas ohjataan toiseen hoitopaikkaan. Yleissairaalapsykiatrian poliklinikan keskeisenä tehtävänä on vastata Salon aluesairaalasta tuleviin konsultaatiopyyntöihin. Hoidettavat potilaat ovat iältään 18–65-vuotiata. Poliklinikan työryhmään kuuluvat psykiatrian erikoislääkärin lisäksi kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa sekä yleissairaalapsykiatrian osaston kanssa yhteinen psykologi, sosiaalityöntekijä ja osastonsihtööri. Asiakaskäyntejä yleissairaalapsykiatrisella poliklinikalla on vuosittain noin 2500. Potilaan hoito poliklinikalla aloitetaan viiden käynnin tutkimusjaksolla. Tämän tutkimusjakson perusteella arvioidaan hoidon tarve ja määritetään jatkohoitoa paikka sekä hoitomuodot. Potilaan hoitopolkua yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla esitellään kuviossa 5. (Hukari & Lehtiniitty-Hehko 14.1.2010, henkilökohtainen tiedonanto.)



KUVIO 5. Yleissairaalapsykiatrian poliklinikan toiminta.

Yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla hoidetaan ensisijaisesti potilaita, joilla on somaattiseen sairauteen liittyvää psyykkistä oireilua, somaattisin oirein ilmenevä psyykinen häiriö, raskaudenaikainen tai synnytyksen jälkeinen masennus tai meneillään oleva lapsettomuushoito. Hoitoon hakeudutaan lääkärin läheteellä. Lähetteitä tulee muun muassa perusterveydenhuollosta, yksityisiltä lääkäreiltä ja erikoissairaanhoidosta esimerkiksi Salon aluesairaalan erikoisaloilta. Poikkeustapauksena synnytykseen liittyvissä ongelmissa lähetteen voi tehdä potilasta hoitava terveydenhoitaja. Poliklinikalla pidetään kaksi kertaa viikossa lähetealaveri, jossa moniammatillisessa työryhmässä arvioidaan potilaalle sopiva hoitopaikka ja hoidon kiireellisyys. Potilas saa kutsun ensimmäiselle vastaanottokäynnille arvioidun kiireellisyyden perusteella, ja aika lähetetään yleensä postitse. Ensimmäiseen tapaamiseen osallistuvat potilaan lisäksi lääkäri ja hoitava työntekijä (joko sairaanhoitaja tai psykologi). Ensimmäinen poliklinikakäynti on selvittelykäynti, mikä pitää sisällään tulohaastattelun. Tulohaastattelussa kartoitetaan muun muassa masennusoireet, elämäntilanne, potilaan psyykinen ja fyysinen sairaushistoria, voimavarat ja perheen jaksaminen sekä myös perheen mahdollinen tuen tarve. Käynnillä arvioidaan lisäksi potilaan lääkityksen, sairausloman ja jatkohoidon tarve. Perheen ja läheisten mukanaolo on koko hoitojakson ajan mahdollista potilaan suostumuksella. Tulohaastattelun kirjaa lääkäri psykiatrian tiivistelmäehdelle. (Hukari & Lehtiniitty-Hehko 14.1.2010, henkilökohtainen tiedonanto.)

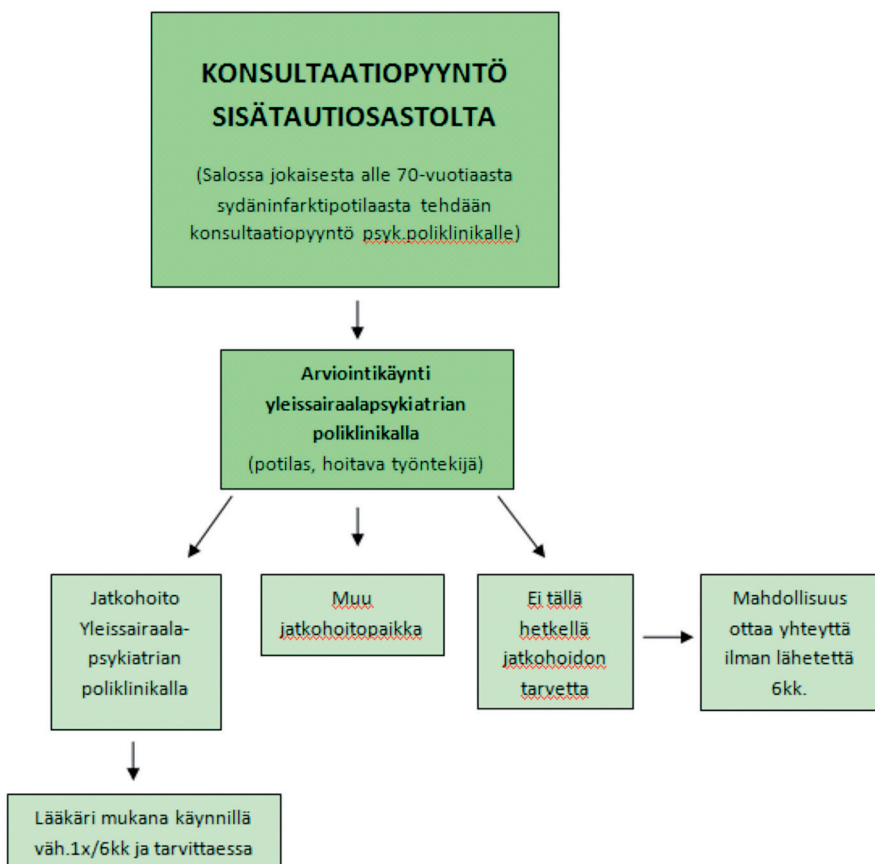
Mikäli ensimmäisen vastaanottokäynnin perusteella sovitaan hoitojakson aloittamisesta yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla, toteutetaan se aloittamalla viiden käynnin arviointijakso. Arviointijakson toteuttaa hoitava työntekijä (sairaanhoitaja tai psykologi). Arviointikäynnit toteutetaan viikoittain. Arviointikäynneillä täydennetään elämän- ja sairaushistorian kartoittamista, seurataan potilaan vointia ja mahdollisen lääkityksen tehoa sekä arvioidaan potilaan ja perheen tai muiden läheisten yleistä jaksamista. Oireiden kartoittamisen apuna käytetään itsearviointilomakkeita, kuten BDI-masennuskyselyä, SCL 90 -oirekyselyä ja AUDIT-alkoholin riskikäytön seulontalomaketta. (Hukari & Lehtiniitty-Hehko 14.1.2010, henkilökohtainen tiedonanto.)

Arviointijakson jälkeen sovitaan potilaalle hoitoneuvottelu, jossa on mukana potilas, mahdollisesti joku potilaan läheisistä sekä lääkäri ja arviointijakson toteuttanut työntekijä. Siinä käydään läpi arviointijakson aikana esille tulleet asiat ja sovitaan mahdollisesta jatkohoidosta. Useasti potilaat jatkavat tukea antavia tai terapia-arviointikäyntejä poliklinikalla. Potilaan hoitojaksoa jatkaa arviointikäynnit tehnyt hoitaja, ja lääkäri tapaa potilaan aina tarvittaessa sekä

vähintään kerran puolessa vuodessa. Mikäli potilaan hoito jatkuu muualla, mahdollisia jatkohoitoaikoja ovat esimerkiksi työterveyshuolto, omalääkäri tai aikuispsykiatrian poliklinikka. Mikäli potilaalla ei sillä hetkellä ole jatkohoidon tarvetta, on hänellä mahdollisuus ottaa yhteyttä yleissairaalapsykiatrian poliklinikalle kuuden kuukauden ajan ilman uutta lähetettä. (Hukari & Lehtiniitty-Hehko 14.1.2010, henkilökohtainen tiedonanto.)

Yleissairaalapsykiatrian poliklinikalle aluesairaalasta tuleviin konsultaatiopyyntöihin vastaa yleisimmin sairaanhoitaja tai psykologi tekemällä kyseiselle (pyytäneelle) osastolle tai ensiapuun arviointikäynnin. Lääkäri vastaa selkeästi lääkärille esitettyihin konsultaatiopyyntöihin. Konsultaatiokäynnillä arvioidaan potilaan psyykkistä vointia, jatkohoidon tarvetta tai käydään tukea antavaa keskustelua. Mikäli potilaalla on tarvetta tukea antaville hoitokäynneille, toteutetaan ne joko somaattisella osastolla tai yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla. Esimerkiksi onnettomuudessa olleet potilaat saattavat joutua olemaan osastolla hyvinkin pitkään, jolloin hoito toteutetaan hoitavalla osastolla. Konsultaatiopotilaiden kohdalla yleensä toisella tai kolmannella poliklinikakäynnillä potilaan tapaa myös yleissairaalapsykiatrian poliklinikan lääkäri. Mikäli konsultaatiopyyntö koskee ainoastaan lääkitystä, saattaa psykiatri vastata pyyntöön myös puhelimitse. Kaikki itsemurhaa yrittäneet potilaat pyritään haastattelemaan välittömästi konsultaatiopyynnön tultua ja lisäksi arvioidaan itsemurhan riski sekä hoidon tarve (osastohoito tai nopea vastaanottoaika avohoitoon). (Hukari & Lehtiniitty-Hehko 14.1.2010, henkilökohtainen tiedonanto.)

Tutkimusten mukaan myös sydäninfarktipotilaat kuuluvat riskiryhmään sairastua masennukseen. Tämän vuoksi Salossa on luotu yhdessä sisätautiyksikön ja yleissairaalapsykiatrian yksikön kanssa yhteistyömalli sydänpotilaiden psyykkisestuen hoitoon (kuvio 6.). Tämän hoitomallin myötä jokaiselle alle 70-vuotiaalle sydäninfarktiin sairastuneelle potilaalle tarjotaan mahdollisuus vastaanottokäyntiin yleissairaalapsykiatrian poliklinikalle. Sisätautiyksikön konsultaatiopyynnön tultua sydänpotilaalle lähetetään kutsu yleissairaalapsykiatrian poliklinikalle. Arviointikäynti yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla pyritään toteuttamaan ennen sisätautien poliklinikakäyntiä, joka on noin kuukauden kuluttua kotiutumisesta. Myös sydäninfarktipotilailla on mahdollisuus ottaa yhteyttä uudelleen yleissairaalapsykiatrian poliklinikalle puolen vuoden ajan ilman lähetettä. (Hukari & Lehtiniitty-Hehko 14.1.2010, henkilökohtainen tiedonanto.)



KUVIO 6. Sydäninfarktipotilaan hoitopolku yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla.

Masentunut voi päästä hoidon piiriin montaa eri reittiä. Masennus voidaan tunnistaa esimerkiksi Kriisikeskus Etapissa (Harberg 10.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto), A-klinikalla (Kyllönen 8.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto), työterveyshuollossa (Micklin, Schukov & Salminen 7.12, henkilökohtainen tiedonanto) ja aikuissosiaalityössä (Seppälä 10.12.2009, henkilökohtainen tiedonanto). Näiden tahojen merkitys masentuneen potilaan hoitopolussa onkin lähinnä masennuksen tunnistamisessa, ja hoitoon ohjaamisessa. Yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla arvioidaan potilaan psykiatrisen hoidon tarve ja toteutetaan tukea antavaa hoitoa. Tarvittaessa sieltäkin potilas ohjataan toiseen hoitopaikkaan. (Hukari & Lehtiniitty-Hehko 14.1.2010, henkilökohtainen tiedonanto.)

Sydäninfarktipotilaan riski sairastua masennukseen on suuri. Salossa on kehitetty ainutlaatuinen yhteistyömalli sisätautiyksikön ja yleissairaалapsykiatrian poliklinikan kanssa sydänpotilaiden psyykkisen tuen hoitoon. Yhteistyömallin kehittäminen on parantanut hoidon laatua. (Hukari & Lehtiniitty-Hehko 14.1.2010, henkilökohtainen tiedonanto.)

Mielenterveyspotilaan hoitopolulle on tyyppillistä eripuolilla Suomea niin sanottu ”luukulta toiselle” -ohjaaminen, jolloin mielenterveyspotilaat joutuvat hankkimaan tarvitsemansa palvelut monelta eri palvelun tarjoajalta (ks. Sorsa 2008; Mäkelä ym. 1998). Tämä heikentää hoidon laatua selvästi, sillä masentunut potilas ei välttämättä jaksa kulkea paikasta toiseen apua hakemassa. Tällöin esimerkiksi kotikäynneistä voisi olla hyötyä. Selkeän hoitopolun luominen ja vastuiden jakaminen onkin hoidon laadun kannalta tärkeää (ks. Pokka-Vuento & Pirola 2004). Salossa eri tahot tekevät hyvin yhteistyötä keskenään, mikä helpottaa potilaiden hoitoa. Masentuneen potilaan hoitoon pääsy toteutuu Salossa myös melko hyvin, sillä hoitoon pääsee yleensä nopeasti, ja matalan kynnyksen paikkoja, kuten Kriisikeskus Etappi, A-klinikka ja työelämässä oleville työterveyshuolto, on saatavilla. Hoitoon pääsyn nopeuteen vaikuttaa osaltaan kuitenkin masennuksen aste. Vakavasti masentuneiden kohdalla nopea hoitoon pääsy toteutuu hyvin, mutta lievästi masentuneet voivat toisinaan joutua odottamaan hoitoon pääsyä hieman suosituksia kauemmin.

LÄHTEET

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveystenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita Prima.

Harberg, P. Kriisityöntekijä. Henkilökohtainen tiedonanto 10.12.2009. Kriisikeskus Etappi.

Hukari, A. & Lehtiniitty-Hehko, E. Erikoissairaanhoidaja. Henkilökohtainen tiedonanto 14.1.2010. Salon yleissairaалapsykiatrian poliklinikka.

Kokko, M. 2000a. Nähdä kuulla ja ymmärtää – Perusterveydenhoidossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. Oulun yliopisto. Mitä depressio on. [viitattu 4.1.2010]. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514251725/html/x136.html>.

Kokko, M. 2000b. Nähdä kuulla ja ymmärtää – Perusterveydenhoidossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. Oulun yliopisto. Depression tunnistaminen ja diagnosointi perusterveydenhuollossa. [viitattu 4.1.2010]. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514251725/html/x189.html>.

Kvist, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Kinnunen, J. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 3/2006. 107–119.

Kyllönen, T. perheterapeutti, apulaisjohtaja. Henkilökohtainen tiedonanto 8.12.2009. Salon A-klinikka.

Launonen, P. 2008. Laatutyöstä hyötyvät kaikki. *Suomen lääkirilehti* 46/2008. 4034–4037.

Micklin, T., Schukov, P. & Salminen, M. työterveyshoitaja. Henkilökohtainen tiedonanto 7.12.2009. Salon Läntinen terveysasema.

Mäkelä R. 2005. Masennus. Päihteet ja mielenterveys. Päihdelinkki [viitattu 7.12.2009]. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/141-masennus>.

Mäkelä, R., Nuorvala, Y. & Kuokkanen, M. 1998. Päihdepotilaan masennus. *Suomen lääkirilehti* 6 (53), 525–528.

Nuorvala, Y., Mäkelä, R. & Kuokkanen, M. 1997. Päihteet, masennus ja itsemurhavaara. Stakes, Itsemurhien ehkäisyprojekti & A-klinikkasäätiö. Helsinki.

Paunio, P. 2005. Sosiaali- ja terveydenhuollon laaturintamalta. *Moodi* 4/2005. 127–128.

Pokka-Vuento, M. & Piirola, S. 2004. Terveystenhuollon palvelujärjestelmän laadunhallinta parantaa henkilöstöjohtamista. *Sairaanhoitaja* 4/2004. 30–32.

Salon mielenterveysseura ry a. Taustaorganisaatio [viitattu 15.12.2009]. Saatavissa: <http://www.ssmts.fi/index.php?sivu=taustaorganisaatio>.

Salon mielenterveysseura ry b. Psykososiaalinen tuki traumaattisiin tilanteisiin [viitattu 15.12.2009]. Saatavissa: http://www.ssmts.fi/index.php?sivu=psykososiaalinen_tuki_2.

Salon mielenterveysseura ry c. Kriisivastaanotto [viitattu 15.12.2009]. Saatavissa: http://www.ssmts.fi/index.php?sivu=kriisivastaanotto_2.

Salon mielenterveysseura ry d. Kriisikeskus [viitattu 15.12.2009]. Saatavissa: <http://www.ssmts.fi/index.php?sivu=palaute>.

Seppälä, P. sosiaalityöntekijä. Henkilökohtainen tiedonanto 10.12.2009. Perttelin sosiaalitoimisto.

Sorsa, M. 2008. Asiakaslähtöisyyden toteutuminen päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Tampereen yliopisto [viitattu 11.1.2010]. Saatavissa: http://www.health.fi/content/files/PP_2008/Sorsa_Minna_1.pdf.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä 2009. Depressio. Käypähoito [viitattu 17.12.2010]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023>.

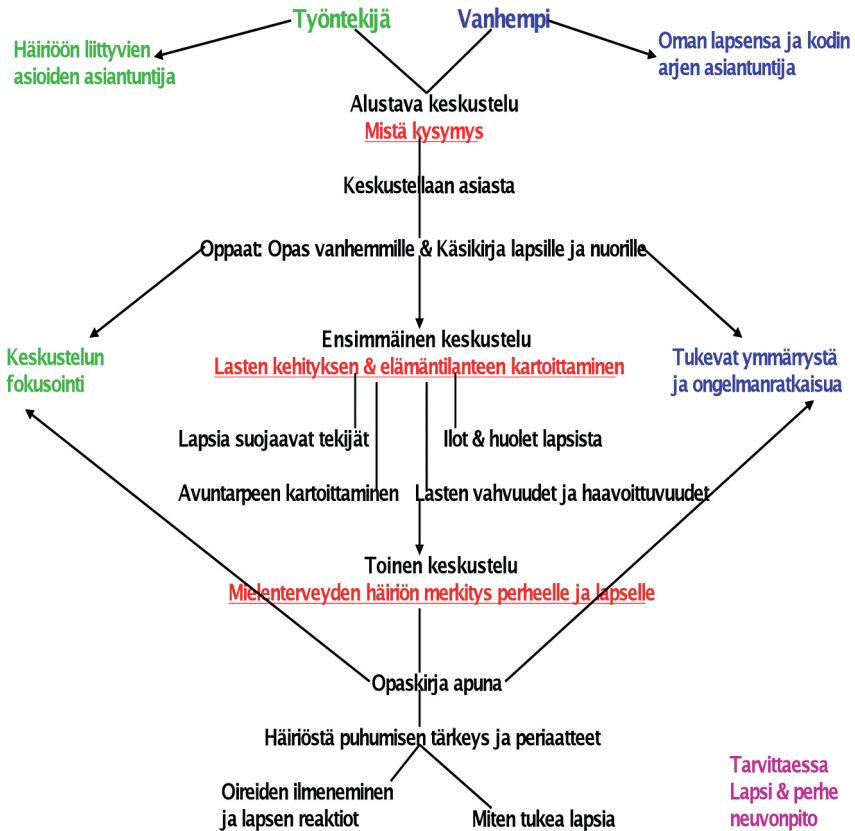
Suomen mielenterveysseura ry 2008a. Ovatko masennus ja ahdistus yleistyneet? Tukinet verkkoartikkeli [viitattu 17.12.2010]. Saatavissa: https://www.secure-tukinet.net/aineisto/aineisto_popup.tmp?search_id=547.

Suomen mielenterveysseura ry 2008b. Masennuksen ja surun välinen ero. Tukinet verkkoartikkeli [viitattu 17.12.2010]. Saatavissa: https://www.secure-tukinet.net/aineisto/aineisto_popup.tmp?search_id=518.

Suomen mielenterveysseura ry 2008c. Masennuksen hoito. Tukinet verkkoartikkeli [viitattu 17.12.2010]. Saatavissa: https://www.secure-tukinet.net/aineisto/aineisto_tiedot.tmp?talleta_referer=1;search_id=515;paluu_listalle=1;ft=masennuksen%20hoito;ty=;lu=.

Liite 3. LAPSET PUHEEKSI -TOIMINTAMALLI

Prosessikaavion tekijät: Jenni Koivuniemi, Piia Laitala & Tiina Niemelä. Hoitotyön koulutusohjelma 2009.



KIRJOITTAJAT

Liisa Anttila

työskentelee lehtorina Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueella ja toimi Erityisestä edistävään -hankkeessa projektikoordinaattorina.

Irmeli Leino

työskentelee lehtorina Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueella ja toimi Erityisestä edistävään -hankkeessa projektikoordinaattorina.

Pekka Makkonen

työskentelee suunnittelijana VSSHP:n psykiatrian tulosalueella ja toimi Erityisestä edistävään -hankkeessa asiantuntijana.

Marita Päivärinne

työskentelee terveyden edistämisen koordinaattorina Salon terveystieteiden keskuksessa ja toimi Erityisestä edistävään -hankkeessa asiantuntijana.

Ulla Wiirilinna

työskentelee koulutuspäällikkönä Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueella ja toimi Erityisestä edistävään -hankkeen projektipäällikkönä.