

Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö

EDISTÄVÄ JA EHKÄISEVÄ MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖ
mielenterveys- ja päihdepalveluissa

Pro gradu -tutkielma
Leena Kurki-Kangas
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Lokakuu 2016

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

LEENA KURKI-KANGAS: Edistävä ja ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö mielenterveys- ja päihdepalveluissa

Pro gradu -tutkielma, 68 s., 5 liitesivua

Ohjaaja: sosiaalipsykiatrian professori Sami Pirkola (Tay/HES)

Terveystieteiden tutkinto-ohjelma, Kansanterveystiede

Lokakuu 2016

Edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön merkitystä on korostettu kansainvälisesti jo pitkään. Myös Suomessa aihe on nostettu viime vuosina painokkaammin esille ja tunnistettu kannattavaksi sekä inhimillisesti että taloudellisesti. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 (Mieli-suunnitelma) linjasi mielenterveys- ja päihdetyön yhteistä kehittämistä vuoteen 2015. Yksi suunnitelman neljästä painopistealueesta kohdistui edistävään ja ehkäisevään työhön, mutta suunnitelman loppuarvioinnissa tämän osa-alueen katsottiin jääneen liian vähäiselle huomiolle. Aihe on ajankohtainen, sillä meneillään olevan sosiaali- ja terveystieteiden palvelujärjestelmän uudistamisen yhteydessä myös edistävien ja ehkäisevien palvelujen asemaa ollaan uudistamassa.

Tässä pro gradu -tutkielmassa selvitettiin sitä, miten panostus ehkäisevään työhön on viime vuosina muuttunut mielenterveys- ja päihdetyön toimijoiden arvioimana sekä sitä, millaisia painotuksia viime vuosina toteutetussa edistävässä ja ehkäisevässä mielenterveys- ja päihdetyössä on nähtävissä. Lisäksi selvitettiin, minkälaiset tekijät mielenterveys- ja päihdetyön kentällä nähdään edistävää ja ennaltaehkäisevää työtä mahdollistavina.

Tutkimusaineistona käytettiin Mieli-suunnitelman ulkoista arviointia varten vuonna 2015 toteutetun sähköisen kyselyn ehkäisevää työtä koskeviin kysymyksiin tulleita vastauksia. Ehkäisevään työhön panostamisen kehittymistä koskevaa aineistoa (N=147) analysoitiin SPSS 23.0 -ohjelmistolla riskitaulukkoimalla ja χ^2 -testin avulla. Ehkäisevän työn toteuttamisen esimerkkejä sekä edesauttavia ja estäviä tekijöitä koskevaa aineistoa analysoitiin laadullisesti teorialähtöisen teema-analyysin menetelmin.

Tutkimuksen perusteella panostus ehkäisevään mielenterveys- ja päihdetyöhön näyttää kehittyneen mielenterveys- ja päihdepalveluissa myönteiseen suuntaan. Vastaajista noin 63 % oli sitä mieltä, että varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisevään työhön oli panostettu edeltävän kolmen vuoden aikana enemmän kuin aikaisemmin. Johtavissa asemassa toimivat arvioivat panostuksen lisääntyneen huomattavasti muita ryhmiä useammin.

Viime vuosina toteutettu ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö on tutkimustulosten mukaan painotunut toimiviin palveluihin ja niiden strategiseen suunnitteluun ja koordinointiin, toimiviin yhteisiin käytäntöihin ja työmenetelmiin, osaamisen vahvistamiseen sekä näiden osa-alueiden sisällä erityisesti lasten hyvinvoinnin ja perheiden pärjäävyyden tukemiseen ja asiakkaan aseman vahvistamiseen. Eri toimijoiden välisellä yhteistyöllä oli merkittävä rooli kaikilla osa-alueilla. Teemat noudattelevat aiemmissa tutkimuksissa toistuvia vaikuttavan edistävän ja ehkäisevän työn piirteitä.

Edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön onnistunut toteuttaminen edellyttää tämän tutkimuksen mukaan toimia sekä yhteiskunnan, yhteisön ja organisaation että yksilön tasolla. Eri-tyyppisen merkityksellisinä vastauksissa näyttäytyivät riittävien voimavarojen turvaaminen sekä hyvät yhteiset toimintakäytännöt. Yksi merkittävimmistä ehkäisevään työhön vaikuttaneista tekijöistä oli tämän tutkimuksen mukaan toimiva yhteistyö eri toimijoiden välillä.

Asiasanat: edistävä ja ehkäisevä työ, mielenterveys, mielenterveyspalvelut, päihde, päihdetyö

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Health Sciences

LEENA KURKI-KANGAS: Promotion of mental health and abstinence from substances and the prevention of mental health and substance abuse problems in mental health and substance abuse services

Master Thesis, 68 p., 5 p. appendices

Supervisor: Professor of Social Psychiatry Sami Pirkola (UTA/HES)

Degree Programme in Health Sciences, Public Health

October 2016

The importance of promotion of mental health and abstinence from substances and the prevention of mental health and substance abuse problems has long been recognized. Recently also in Finland greater attention has been given to this approach. The national plan for mental health and substance abuse work (Mieli-plan) defined the core principles for the future of mental health and substance abuse work until 2015. One of the Mieli-plan's four main principles was to invest in prevention and promotion, but when evaluating the plan, this principle was found to be left with too little attention. This is also current theme in Finland because of the ongoing social- and health service reform where the position of promotion and prevention services is also to be reformed.

The aim of this master thesis was to examine how the mental health and substance abuse service agents assess that the investment for prevention has been changed in recent years. The aim was also to examine the recent focuses of promotion and prevention in mental health and substance abuse services, and which factors make promotion and prevention possible according to the mental health and substance abuse service agents.

The data used in this study was collected in 2015 as a part of Mieli-plan's external evaluation. The answers for the questions that covered early intervention and prevention were used. The data that covered investment for prevention (N=147) was analyzed with SPSS 23.0 software using cross tabulation and χ^2 -test. The data which covered examples of prevention and factors that make promotion and prevention possible was analyzed qualitatively using deductive thematic-analysis.

According to this research, investment for prevention has been changing towards positive direction. Approximately 63% of respondents assessed that in previous three years investment for early intervention and prevention had been greater than before. Managers assessed more often than the other groups that the investment has been increased.

This study showed that recent year's preventive mental health and substance abuse work has been emphasized in functional services and their strategic planning and coordination, common and functional practices and working methods, and strengthening of expertise, and within these themes especially in supporting the wellbeing of children and resilience of families, and strengthening the status of service users. Cooperation between different actors had remarkable role in every aspect. Focuses of preventive work follow mainly the features of functional prevention described in previous studies.

According to research results, successful promotion of mental health and abstinence from substances and the prevention of mental health and substance abuse problems require actions at social, community and organizational as well as at individual level. Sufficient resources and functional practices appeared to be especially important. One of the most significant factors that had influence to prevention was successful cooperation between different actors.

Key words: mental health, mental health services, promotion and prevention, substance, substance abuse work

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 MIELENTERVEYS JA PÄIHTEET	3
2.1 Mitä on mielenterveys?	3
2.2 Mielenterveys- ja päihdehäiriöt	4
3 EDISTÄVÄ JA EHKÄISEVÄ MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖ.....	6
3.1 Lähtökohtia terveyden edistämistyölle	6
3.2 Promootion ja prevention käsitteet mielenterveys- ja päihdetyössä	7
3.3 Miksi edistävää ja ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä tarvitaan?	9
3.4 Edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön tasot	10
3.5 Edistävän ja ehkäisevän työn vaikuttavuus ja vieminen käytäntöön	15
3.6 Yhteenvedoa edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön tutkimuksesta	22
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	25
5 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT	26
5.1 Aineiston kuvaus	26
5.2 Analyysimenetelmät	27
5.3 Laadullisen analyysin eteneminen	30
6 TUTKIMUSTULOKSET	34
6.1 Panostus ehkäisevään mielenterveys- ja päihdetyöhön	34
6.2 Ehkäisevän työn painopisteet	38
6.3 Ehkäisevää työtä mahdollistavat tekijät	44
7 POHDINTA	52
7.1 Tulosten tarkastelu ja merkitys	52
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	56
7.3 Jatkotutkimusehdotukset	58
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	60
LÄHTEET	61
LIITE: Tutkimuksessa käytetty kyselylomake	69

1 JOHDANTO

Mielenterveys- ja päihdetyön painopisteen siirtämistä kohti edistävää ja ehkäisevää työtä on kansainvälisesti korostettu jo pitkään (vrt. OECD 2015; WHO 2013). Ehkäisevä ja edistävä työ on nostettu myös Suomessa viime vuosina yhä painokkaammin esille ja tunnistettu kannattavaksi sekä inhimillisesti että taloudellisesti. Vuorenmaa ja Hannu-Jama (2015) toteavat, että sekä kansallisella tasolla että kunnissa mielenterveyden edistäminen ja päihdehaittojen ehkäisy ovat sosiaalisesti kestävä kasvun ja hyvinvoinnin edellytystekijöitä.

Vaikuttavimmat keinot mielenterveyden edistämiseksi ja päihdehaittojen ehkäisemiseksi ovat tutkimusten mukaan koko väestön hyvinvoinnin, terveyden ja sen osana mielenterveyden edistäminen. Oleellista on myös väestöryhmien välisten erojen selitystekijöihin pureutuva hyvinvointi- ja terveyspolitiikka. (Vuorenmaa & Hannu-Jama 2015.) Edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön vaikuttavista interventioista on myös olemassa laajaa tutkimusnäyttöä (ks. esim. Patel ym. 2015; Laajasalo & Pirkola 2012). Vaikuttavia interventioita kartoittaneessa katsauksessa (Laajasalo & Pirkola 2012) todetaan, että pidempiaikaisen hyödyn saavuttamiseksi ehkäisevä työ edellyttää sitoutumista kaikilla tasoilla. Ennaltaehkäisyn tulee olla yksi terveyspolitiikan painopisteistä ja palvelujärjestelmää on kehitettävä tähän suuntaan.

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 (jatkossa Mieli-suunnitelma) (STM 2009) linjasi mielenterveys- ja päihdetyön yhteistä kehittämistä vuoteen 2015. Suunnitelman laatimisen lähtökohtina olivat mielenterveys- ja päihdeongelmien suuri kansanterveydellinen ja -taloudellinen merkitys sekä hajanaisen palvelujärjestelmän uudistamisen tarve. Keskeisinä tavoitteina oli vähentää mielenterveys- ja päihdeongelmia ja niihin liittyvää syrjäytymistä, taata palvelut, jotka perustuvat kansalaisten todellisiin tarpeisiin ja ovat vaivattomasti ja joustavasti saatavilla sekä perustaa toiminta hyviin ja vaikuttaviksi arvioituihin käytäntöihin. Yksi suunnitelman neljästä painopistealueesta kohdistui edistävään ja ehkäisevään työhön. Edistävän ja ehkäisevän työn tavoitteeksi suunnitelmassa mainittiin voimavarojen ja muiden suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä riskitekijöiden vähentäminen. Mieli-suunnitelman loppuarvioinnissa (STM 2016) juuri tämän osaluheen katsottiin kuitenkin jääneen sekä suunnitelmavaiheessa että toimeenpanossa liian vähäiselle huomiolle.

Edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi on edelleen tarvetta. Aihe on ajankohtainen, koska mielenterveys- ja päihdetyössä edistävän ja ehkäisevän työn merkitystä painotetaan sekä kansallisesti että kansainvälisesti yhä voimakkaammin ja palvelujärjestelmän uudistamisen yhteydessä myös edistävien ja ehkäisevien palvelujen asemaa uudistetaan. Uutena näkökulmana

on ehkäisevän ja edistävän työn kannalta kiinnitettävä huomiota siihen, miten säilytetään kuntien motivaatio terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolisten edistävien ja ehkäisevien palvelujen ylläpitämiseen ja kehittämiseen, kun terveydenhuoltopalveluiden järjestämisvastuu siirtyy sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen myötä pois kunnilta. Kokonaisvastuu kuntalaisten hyvinvoinnista ja terveyden edistämistyöstä jää kuitenkin edelleen kuntaan. (STM 2016; Ståhl ym. 2015.) Sote-uudistuksen myötä myös edistävään ja ehkäisevään mielenterveys- ja päihdetyöhön muodostuu uusia rajapintoja, jotka luovat haasteita (STM 2016, 25), mutta tarjoavat toisaalta mahdollisuuksia uusien toimintamallien kehittämiseksi.

Toteutuessaan sote-uudistus luo mahdollisuuksia toimivampien palveluiden kehittämiseksi, mutta uudistuksen yhteydessä on myös huolehdittavia hyvien käytäntöjen säilyttämisestä. Jotta työtä pystytään kehittämään ja hyviä käytäntöjä säilyttämään, tarvitaan tietoa tämän hetkisestä tilanteesta (vrt. Grol & Wensing 2013b). Mieli-suunnitelman loppuraportissa (STM 2016, 22) todetaan, että edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön toteutuksesta ei ole tällä hetkellä olemassa kattavaa kokonaiskuvaa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa siitä, millaisia painotuksia on nähtävissä viime vuosina mielenterveys- ja päihdetyön kentällä toteutetussa edistävässä ja ehkäisevässä työssä sekä siitä, minkälaiset tekijät mielenterveys- ja päihdetyön kentällä nähdään edistävää ja ennaltaehkäisevää työtä mahdollistavina. Tarkoituksena on lisäksi selvittää sitä, miten panostus ennaltaehkäisevään työhön on mielenterveys- ja päihdetyön yksiköissä viime vuosina muuttunut toimijoiden arvioimana.

Tämä tutkimus keskittyy kuvaamaan edistävää ja ehkäisevää työtä sosiaali- ja terveystieteiden palvelujärjestelmässä ja sen sisällä erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluissa. On kuitenkin tärkeää muistaa, että huomattava osa edistävistä ja ehkäisevistä mielenterveys- ja päihdetyöstä tehdään muualla kuin mielenterveys- ja päihdepalveluissa tai sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän piirissä.

Tutkimuksessa hyödynnetään Mieli-suunnitelman ulkoisen arvioinnin yhteydessä kerättyä tutkimusaineistoa. Mieli-suunnitelman ulkoinen arviointi oli osa Mieli-suunnitelman toimintakauden päättyessä sosiaali- ja terveysministeriön (STM) toimeksiannosta tehtyä kokonaisarviointia suositusten toteutumisesta, niiden vaikutuksista ja suunnitelman toimivuudesta ohjauksena.

2 MIELENTERVEYS JA PÄIHTEET

2.1 Mitä on mielenterveys?

Mielenterveyttä voidaan määritellä monin eri tavoin. Määrittelyt eroavat toisistaan muun muassa sen osalta, lähestytäänkö mielenterveyttä terveys- vai sairauslähtöisesti. Sairauslähtöisessä ajattelussa mielenterveys nähdään oireiden ja häiriöiden puuttumisena (Lönnqvist & Lehtonen 2014). Positiivisen mielenterveyskäsitteksen mukaan mielenterveys nähdään puolestaan voimavarana, johon ihmisen hyvinvointi ja toimintakyky perustuvat (Laitila 2013). Positiivisen määrittelyn mukaan mielenterveys on olennainen osa kokonaisvaltaista terveyttä ja hyvinvointia, ja se heijastelee tasapainoa yksilön ja hänen ympäristönsä välillä (Lehtinen ym. 2005). Maailman terveysjärjestö (WHO 2005) määrittelee mielenterveyden hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaaleissa stressitilanteissa ja työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti, ja kykenee toimimaan yhteisön jäsenenä.

Positiivisen mielenterveyden määrittelyihin kytkeytyy läheisesti salutogeneesiteoria, joka on alun perin Aaron Antonovskyn esittämä teoria terveyden alkuperästä. Hyvinvoinnin salutogeneettinen malli perustuu kahteen Antonovskyn teorian perustana olleeseen käsitteeseen: koherenssin tunteeseen (Sense of Coherence, SOC) ja yleisiin vastustusvoimiin (Generalized Resistance Resources, GRR). Koherenssin tunne on voimavara ja tapa nähdä maailma ymmärrettävänä, hallittavana ja merkityksellisenä. Yleiset vastustusvoimat puolestaan helpottavat lukemattomien stressitekijöiden käsittelyä ja ovat näin edellytys vahvan koherenssin tunteen synnylle. (Eriksson & Lindström 2014, 70–71.)

Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät voivat olla joko suojaavia tai toisaalta muodostaa riskin mielenterveydelle. Suojaavat tekijät vahvistavat elämänhallintaa ja yksilön kykyä selvitä haastavista olosuhteista. Suojaavat tekijät muokkaavat, parantavat ja korjaavat yksilön vastusta negatiivisille seuraamuksille altistaville ympäristötekijöille. Riskitekijät liittyvät puolestaan suurentuneeseen todennäköisyyteen vakavien terveysongelmien puhkeamiseen sekä ongelmien vakavuuteen ja pidempään keston. (Rutter 1990, 181–214.) Riski- ja suojaavia tekijöitä on jaoteltu eri tavoin eri lähteissä (esim. National Research Council & Institute of Medicine 2009, 81–91; Hosman ym. 2004; Lönnqvist & Lehtonen 2014) sen mukaan, liittyvätkö ne ulkoisiin olosuhteisiin vai yksilön sisäisiin tekijöihin. Yksilön sisäisiä suojaavia tekijöitä ovat muun muassa myönteiset varhaiset ihmissuhteet, hyväksytyksi tuleminen tunne, ristiriitojen käsittelytaito sekä kyky ihmissuhteiden luomiseen, ylläpitoon ja purkamiseen. Ulkoisiin olosuhteisiin liittyvinä suojaavina tekijöinä kuvataan muun muassa sosiaalinen tuki, työllisyys, turvallinen ympäristö ja toimiva yhteiskuntarakente. Yksilön sisäisiä riskitekijöitä ovat puolestaan esimerkiksi itsetunnon haavoittuvuus, huono sosiaalinen asema ja eris-

täytyneisyys. Ulkoisiin olosuhteisiin liittyvinä riskitekijöinä eritellään muun muassa suojattomuus ja kodittomuus, hyväksikäyttö ja väkivalta, huumeiden ja alkoholin helppo saatavuus, diskriminointi sekä työttömyys ja köyhyys.

Mielenterveyttä määrittävät sekä biologiset, psykologiset että sosiaaliset tekijät. Tutkimusten mukaan lapsuudella on merkittävä rooli yksilön myöhemmän kehityksen määrittelijänä (Shonkoff 2009). Ensimmäisten elinvuosien aikana psyykkiset, sosiaaliset, kognitiiviset ja fyysiset taidot kehittyvät enemmän kuin milloinkaan muulloin ihmisen elämänsä aikana. Myöhempään kehitykseen vaikuttavat pitkälti ensimmäisten elinvuosien aikana kehittyneet kognitiiviset taidot sekä sosiaalinen ja emotionaalinen kompetenssi. (Shonkoff 2009; Eming Young 2000, 1–5; Bullock 2015.) Tämän vuoksi mielenterveyden edistämisen kannalta erityisesti näiden ensimmäisten elinvuosien terveen kehityksen tukeminen on olennaisen tärkeää (Shonkoff 2009; Jané-Llopis & Barry 2005; Bullock 2015). Mielenterveyttä on mahdollista tarkastella elämänsäkaarijäsennyksen kautta. Tällöin elämä nähdään siirtymien ja vaiheiden jatkumona, jossa tietyt ajanjaksot ovat kehityksellisesti erityisen haastavia. Näihin vaiheisiin liittyy usein riskejä ja ulkopuolisen tuen tarvetta, ja mielenterveyden edistäminen onkin merkityksellistä läpi koko ihmisen elämänsäkaaran. (Laajasalo & Pirkola 2013, 3.)

2.2 Mielenterveys- ja päihdehäiriöt

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat kansanterveyden kannalta keskeinen sairausryhmä ja ne heikentävät elämänlaatua enemmän kuin monet somaattiset sairaudet (Suvisaari 2010, 17). Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna mielenterveyden häiriöt ovat johtavia toimintakyvyn vajauksien aiheuttajia (Global Burden of Disease Study Collaborators 2013) ja niiden aiheuttama taakka on lisääntynyt arvion mukaan 37,6 % vuosien 1990 ja 2010 välillä menetettyinä toimintakykyisinä elinvuosina, ennenaikaisen kuoleman aiheuttamina menetettyinä elinvuosina ja menetettyinä terveinä elinvuosina arvioituna. Useimpien häiriöiden kohdalla lisääntymisen syynä ovat olleet väestön kasvu ja ikääntyminen. (Whiteford ym. 2013.) Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan Suomessa naisista 17 % ja miehistä 14 % oli kärsinyt viimeksi kuluneen kuukauden aikana merkittävästä psyykkisestä kuormittuneisuudesta. Masennushäiriöjakson oli sairastanut viimeksi kuluneen vuoden aikana naisista seitsemän prosenttia ja miehistä neljä prosenttia. Alkoholin väärinkäyttö tai alkoholiriippuvuus todettiin viimeksi kuluneen vuoden aikana naisista yhdellä prosentilla ja miehistä kolmella prosentilla. Vakavaa työuupumusta esiintyi naisista kolmella ja miehistä kahdella prosentilla. (Suvisaari ym. 2012.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ja -häiriöt muodostavat keskeisen haasteen ihmisten elämälaadulle, terveydelle ja toimintakyvyille. Mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyy psyykkistä kärsimystä ja toimintakyvyn haittaa aiheuttavia psyykkisiä oireita, ja näiden muodostamat oireyhtymät on kuvattu tautiluokituskriteerein (Lönqvist & Lehtonen 2014). Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan Suomessa yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä olivat masennushäiriöt (6,5 %), alkoholin käyttöön liittyvät häiriöt (4,5 %) ja ahdistuneisuushäiriöt (4,1 %) (Pirkola ym. 2005). Mielenterveyshäiriöt ovat myös usein yhteydessä somaattisiin sairauksiin (Parks ym. 2006). Mielenterveyden häiriöt lisäävät sekä tarttuvien että kroonisten sairauksien riskiä ja ovat yhteydessä tarkoituksettomiin ja tarkoituksellisiin tapaturmiin. Vastaavasti monet somaattiset sairaudet lisäävät riskiä mielenterveyden häiriöille ja yhteissairastavuus hankaloittaa avunhakemista, diagnosointia ja hoitoa. (Prince ym. 2007.)

Päihderiippuvuus luokitellaan mielenterveyden häiriöksi ja sillä on vahva yhteys myös muihin mielenterveyden häiriöihin. Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat toistensa riskitekijöitä ja esiintyvät verrattain usein samanaikaisesti. Mielenterveys- ja päihdeongelmilla on myös paljon yhteisiä suojaavia ja riskitekijöitä. (Laitila 2013.) Kaksoisdiagnoosista puhuttaessa tarkoitetaan, että päihdehäiriön lisäksi henkilöllä on vähintään yksi muu mielenterveyden häiriö. Tällaisten potilaiden määrä palvelujärjestelmässä näyttää olevan lisääntymässä. (Aalto 2007.) Päihdetapauslaskennan vuoden 2011 tiedonkeruun mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa päihteiden vuoksi asioineista masennusta oli neljänneksellä (26 %) ja muu mielenterveyden häiriö vajaa kolmanneksella (29 %) (Kuussaari & Partanen 2013, 15–16). On kuitenkin huomioitava, että päihteillä on myös mielenterveyteen liittymättömiä haittoja ja riskejä, ja ehkäisevä päihdetyö on pitkälti päihteiden kysyntään, saatavuuteen ja haittoihin vaikuttamista, ja sisältääkin vahvan yhteiskuntapoliittisen näkökulman (Laitila 2013).

3 EDISTÄVÄ JA EHKÄISEVÄ MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖ

3.1 Lähtökohtia terveyden edistämistyölle

Terveyden edistäminen alkoi hahmottua tieteelliseksi ja ammatilliseksi käsitteeksi 1970-luvulla ja kehityksen alku katsotaan yleisesti paikantuneen nk. Lalonden (1974) raporttiin. Kanadassa vuonna 1974 julkaistussa terveystoliittisessa asiakirjassa terveyden edistämiseksi kuvattiin ensimmäistä kertaa terveystoliittinen sisältö, jossa painopiste asetui terveydenhuollon ulkopuolelle. (Rimpelä 2010, 16–17.) Maailman terveystoliittisen (WHO) kehittämistyöllä on ollut tämän jälkeen merkittävä vaikutus terveyden edistämistyön linjaajana. Nykyisen terveyden edistämistyön toimintalinjat määriteltiin pitkälti vuonna 1986 pidetyssä Ottawan konferenssissa ja sen pohjalta laaditussa Ottawan asiakirjassa (Ottawa Charter, WHO 1986). Terveyden edistäminen oli määritelty prosessiksi, joka tekee yksilöt ja yhteisöt kykeneviksi hallitsemaan terveyttään määrittäviä tekijöitä ja kohentamaan terveyttään. Ottawan asiakirjassa määriteltiin lisäksi viisi terveyden edistämisen strategiaa: terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, terveellisen ympäristön aikaansaaminen, yhteisöjen toiminnan edistäminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen sekä terveystoliittien uudistaminen. (WHO 1986.) Tämän jälkeen Ottawan asiakirjan sisältöjä on syvennetty ja kehitetty edelleen useissa maailmanlaajuisissa konferensseissa (WHO 2016).

Kansainväliset linjaukset heijastuvat kansallisella tasolla terveyden edistämisen käytäntöihin. Toisaalta myös eri maiden hyvät käytännöt vaikuttavat kansainvälisten linjausten muotoutumiseen, ja Suomi onkin ollut aktiivisesti mukana luomassa kansainvälistä terveyden edistämisen politiikkaa. Esimerkkinä Suomen aktiivisesta roolista on muun muassa ”Terveys kaikissa politiikoissa” (Health in All Policies) -teema, joka nostettiin vuonna 2006 terveysteamaksi Suomen toimiessa Euroopan unionin puheenjohtajamaana (vrt. Leppo ym. 2013).

Kuten viime vuosikymmeninä julkaistuissa asiakirjoissa on tunnustettu, suurin osa terveyttä määrittävistä tekijöistä löytyy terveydenhuollon ulkopuolelta. Onkin todettu, ettei terveyttä voida edistää vain terveydenhuollon keinoin, vaan työhön tarvitaan kaikkia yhteiskunnan sektoreita (vrt. Nutbeam ym. 2010). Väestön terveyden edistämisen kehittymistä Suomessa tarkastelevassa kirjoituksessaan Matti Rimpelä (2010, 23–31) toteaa, että terveydenhuollolla olisi kuitenkin edellytykset toimia väestön terveyden edistämisen tärkeänä asiantuntijana ja vaikuttajana, mutta kehitys on johtanut Suomessa siihen, että vastuu terveyden edistämisestä on siirtynyt vuosikymmenten saatossa terveydenhuollon ulkopuolelle. 1990-luvulta lähtien terveystoliittien asiakirjoissa on ollut vain vähän viittauksia terveydenhuollon tehtäviin väestön terveyden edistämiseksi. (Rimpelä 2010, 23–31.)

Suomessa kokonaisvastuu väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä on lain mukaan kunnilla. Vuonna 2011 voimaantulleessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010) on erikseen säädetty kuntien tehtävistä terveyden ja hyvinvoinnin edellytysten huomioimiseksi eri hallinnonalojen toiminnassa. (Ståhl ym. 2015.) Terveyden edistäminen perustuu Suomessa kansanterveyslakiin (66/1972) ja siitä linjataan myös muun muassa työturvallisuuslaissa (738/2002), ehkäisevän päihdetyön järjestämislaissa (523/2015), tupakkalaissa (549/2016), tartuntatautilaissa (583/1986) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon (1301/2014). Meneillään olevan sote-uudistuksen valmistelun myötä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä ollaan parhailaan uudistamassa. Sote- ja maakuntauudistuksia koskevia keskeisiä tähän mennessä valmisteltuja lakiluonnoksia ovat maakuntalaki, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki, voimaanpanolaki sekä maakuntien rahoituslaki. Vastuu terveyden edistämisestä on uudistuksen myötä jäämässä edelleen kuntiin. (STM 2016.)

3.2 Promootion ja prevention käsitteet mielenterveys- ja päihdetyössä

Ehkäisevän ja edistävän mielenterveys- ja päihdetyön määrittely edellyttää tarkempaa pureutumista siihen, mitä oikeastaan ollaan ehkäisemässä tai edistämässä. Tarkoitetaanko ennaltaehkäisyllä sitä, että pyritään ehkäisemään sairauden puhkeamista ensimmäistä kertaa, uudelleen sairastumista vai sairauden aiheuttamaa toimintakyvynvajausta? (ks. esim. Mrazek & Haggerty 1994; Robinson ym. 2004.) Mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämisen (promootio) suhteutumisesta mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyyn (preventio) ja varhaisen puuttumisen käsitteeseen on olemassa monia määritelmiä. Yhteneväisen määritelmän puutteen ja käsitteiden päällekkäisyyksien takia on tärkeää avata tutkimuksen taustalla vaikuttavia käsitteitä ja yleistä teoriapohjaa.

Promootio voidaan määritellä mahdollisuuksien luomiseksi sille, että ihmisten elinehdot ja elämäntila voisivat parantua. Tästä näkökulmasta katsottuna terveyden edistämisen tehtävänä on ylläpitää ja vahvistaa terveyttä suojaavia tekijöitä. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.) Mielenterveyden edistämisenä voidaan siis pitää kaikkea toimintaa, joka vähentää mielenterveyttä vahingoittavia tekijöitä ja vahvistaa mielenterveyttä (Lönnqvist & Lehtonen 2014) niin yhteiskunnan, yhteisöjen kuin yksilöidenkin tasolla (Laitila 2013). Promootio voi tarkoittaa eri asioita tilanteesta riippuen. Joillekin se voi näyttäytyä mielenterveyden ongelmien hoitona, toisille lisääntyneenä kykynä käsitellä stressiä ja muita kuormittavia elämäntilanteita (Mrazek & Haggerty 1994, 26–27) tai hyvinvoinnin vahvistamisena esimerkiksi liikunnan, taiteen ja yhdyskuntasuunnittelun keinoin (Wahlbeck 2015).

Mielenterveydestä puhuttaessa promootioon liittyy erityinen kysymys siitä, onko tarpeellista ylipääntään puhua erikseen terveyden edistämisestä ja mielenterveyden edistämisestä (Tilford 2006, 42). Maailman terveysjärjestön (WHO 1947) määritelmän mukaan terveys on ”täydellinen fyysisen,

psykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, eikä ainoastaan sairauden puuttumista”, ja sisältää siis jo itsessään mielenterveyden ulottuvuuden. Mielenterveyden edistämisen sisällyttäminen yleisesti terveyden edistämiseen sisältää kuitenkin riskin, että mielenterveys jää altavastaajaksi fyysisen terveyden edistämiseen nähden (Tilford 2006, 42). Mielenterveyden sisällyttämistä terveyden edistämispolitiikkaan ja -käytäntöihin hankaloittavat muun muassa käsitteen määrittelyn sekä mielenterveyden ja terveyden välisen suhteen hahmottamisen hankaluudet sekä mielenterveyteen liittyvien taustatekijöiden moninaisuus (Solin 2011, 5.) Näin ollen onkin perusteltua käsitellä mielenterveyden edistämistä myös omana kokonaisuutenaan (Tilford 2006, 42).

Preventiolla eli ennaltaehkäisyllä voidaan puolestaan tarkoittaa pyrkimystä ehkäistä sairauksia puhkeamasta, uudelleen sairastumista ja sairauden aiheuttamia toimintakyvynvajauksia (Robinson ym. 2004). Perinteisesti ennaltaehkäisy onkin jaoteltu juuri edellä kuvattuihin primaari-, sekundaari- ja tertiaariprevention tasoihin. Psykiatrisen prevention lähtökohtana voidaan pitää primaaripreventiota, jossa pyritään ehkäisemään mielenterveyden häiriöiden syntyä ja alentamaan tätä kautta uusien sairastapausten ilmaantuvuutta. Keinot voivat perustua tietoon mielenterveyden ja sen häiriöiden biologiasta, psykologiasta ja sosiaalisesta ulottuvuudesta. Sekundaaripreventiossa on olennaista panostaa sairastapausten varhaiseen havaitsemiseen ja varhaiseen hoitoon ja tertiaaripreventiossa puolestaan pyrkii vähentämään mielenterveyden häiriöiden aiheuttamaa toimintakyvyn haittaa. (Lönnqvist & Lehtonen 2014.)

Preventiota voidaan jäsentää myös sen mukaan, mihin joukkoon ennaltaehkäisevät toimet kohdistetaan. Universaalilla tasolla kohdejoukkona on koko väestö, kun taas valikoiva ennaltaehkäisy kohdistuu tiettyihin kohonneen riskin ryhmiin ja kohdennettu ennaltaehkäisy puolestaan korkean riskin henkilöihin. (Mrazek & Haggerty 1994, 19–22). Mielenterveys- ja päihdetyön kannalta eri tasoihin ja kohdejoukkoihin perustuvat määrittelyt ovat kuitenkin osin ongelmallisia, koska ne ovat alun perin luotu somaattisia sairauksia ajatellen. Somaattiset sairaudet nähdään usein tapausluonteisina, jolloin niitä on pääsääntöisesti helpompi myös jäsentää, määrittellä ja mitata kuin luonteeltaan moninaisempia ja epämääräisempiä mielenterveyden ongelmia. (Mrazek & Haggerty 1994, 22.)

Ennaltaehkäisevän ja edistävän mielenterveys- ja päihdetyön määrittelyihin liittyy kiinteästi keskustelu siitä, miten promotio ja preventio kytkeytyvät toisiinsa. Tilford (2006, 44) esittää, että on tunnistettavissa kolme näkökulmaa: 1) mielenterveyden edistäminen keskittyy vain positiivisen mielenterveyden edistämiseen, 2) mielenterveyden edistäminen keskittyy sairauden ehkäisyyn primaari-, sekundaari- ja tertiaaritasoilla ja 3) mielenterveyden edistäminen sisältää sekä promotio että prevention ulottuvuudet. Savola ja Koskinen-Ollonqvist (2005) ovat tehneet kattavan katsauksen terveyden edistämisen teoreettisiin määrittelyihin ja rakentaneet näiden määrittelyjen pohjalta ter-

veyden edistämisen viitekehyksen, jossa terveyden edistämiseen sisältyy sekä promotiivista että preventiivistä toimintaa. Lähtökohtana on, että näiden kahden toimintamuodon ei tulisi kilpailla keskenään, koska molempia tarvitaan, ja toimintamallit kietoutuvat toisiinsa. Myös WHO:n (Hosman ym. 2004) mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyä koskevassa raportissa todetaan, että mielenterveyden edistäminen ja häiriöiden ennaltaehkäisy tulisi nähdä käsitteellisesti erillisinä, mutta toisiinsa liittyvinä lähestymistapoina. WHO:n (Hosman ym. 2004) määritelmän mukaan:

”Mielenterveyden edistämisen tavoitteena on tukea positiivista mielenterveyttä vahvistamalla henkistä hyvinvointia, osaamista ja sitkeyttä ja luomalla tukea antavia asumisololoja ja ympäristöjä. Mielenterveyden häiriöiden ehkäisy taas pyrkii oireiden ja perimmiltään mielenterveyshäiriöiden vähentämiseen, ja yhtenä keinona käytetään mielenterveyden edistämisen strategioita. Silloin kun mielenterveyden edistämällä tähdätään yhteisön positiivisen mielenterveyden lisäämiseen, sillä saattaa olla myös mielenterveyden häiriöiden esiintymistä vähentävä toissijainen vaikutus.” (suomeksi Tamminen & Solin 2013, 18).

Myös varhaisen puuttumisen käsite on moninainen ja sitä voidaan määritellä eri tavoin. Varhaisella puuttumisella voidaan tarkoittaa esimerkiksi oireiden varhaista tunnistamista tai toisaalta ehkäisevää toimintaa. Yleensä varhaisella puuttumisella tarkoitetaan sitä, että ongelmat havaitaan mahdollisimman aikaisin ja niihin pyritään löytämään yhdessä ratkaisuja (vrt. Satka 2009). Promootiota ja preventiota ajatellen varhaisen puuttumisen voidaan katsoa kietoutuvan yhtäläillä sekä edistävän että ehkäisevän toiminnan alueille. Varhaiseen puuttumiseen kiinteästi liitetty subjektiivinen huoli (ks. esim. Satka 2009) voi herätä työntekijässä jo silloin, kun riittäviä keinoja ovat suojaavien tekijöiden vahvistaminen (vrt. promootio) tai vaihtoehtoisesti silloin, kun toiminta voidaan luokitella ennemmin preventiiviseksi. Esimerkiksi Catania ja kumppanit (2011) toteavat, että varhaisen puuttumisen strategiat voivat olla tehokkaita niin ongelmien ehkäisemiseksi kuin toisaalta sairauden puhkeamisen viivästyttämiseksi.

3.3 Miksi edistävää ja ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä tarvitaan?

Mielenterveyden edistäminen ja ongelmien ennaltaehkäisy on perusteltua sekä taloudellisesta että inhimillisestä näkökulmasta katsottuna. Kasvavat todisteet mielenterveysongelmien sosiaalisista ja taloudellisista kustannuksista ovat johtaneet positiivisen mielenterveyden edistämisen ja häiriöiden ennaltaehkäisyn merkityksen lisääntyneeseen tiedostamiseen (Zechmeister ym. 2008). Väestön terveys on parantunut ja elämänkaari pidentynyt kuluneiden vuosikymmenten aikana, mutta huomionarvoista on, että väestön mielenterveys ei ole kohentunut samaa tahtia (Lönnqvist & Lehtonen 2014).

On arvioitu, että huonosta mielenterveydestä aiheutuvat kustannukset ovat teollistuneissa maissa keskimäärin 3–4 % BKT:sta. Mielenterveyden häiriöt eivät aiheuta ainoastaan palveluiden käytöstä johtuvia suoria kustannuksia, vaan niihin liittyy runsaasti epäsuoria kustannuksia esimerkiksi saira-

uspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden kautta. (McDaid ym. 2008.) Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat Suomessa edelleen yleisin työkyvyttömyyseläkkeiden peruste ja vuoden 2013 lopussa näiden häiriöiden vuoksi eläkkeellä oli yli 111 000 suomalaista. Tämä on 47 % kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä. Alle 25-vuotiaiden kohdalla mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden osuus on 80 % kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä. Tässä ikäryhmässä yleisin yksittäinen työkyvyttömyyden syy on älyllinen kehitysvammaisuus. Muita keskeisiä syitä ovat mielialahäiriöt sekä skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt. (Kivekäs ym. 2015.) Kaikkia mielenterveysperustaisia eläkkeitä tarkasteltaessa huomionarvoista on, että masennusperusteinen sairauspäiväraha- ja työttömyyseläkkeiden määrä on viime vuosina kääntynyt Suomessa laskuun ja vuosien 2007–2014 välillä uusien masennusperäisten työkyvyttömyyseläkkeiden määrä työeläkejärjestelmässä on vähentynyt 32 %. (Kivekäs ym. 2015.)

Mielenterveyden häiriöt lisäävät enneaikaisen kuoleman riskiä. Tutkimuksissa (Parks ym. 2006) on todettu, että vakavista mielenterveydenhäiriöistä kärsivät kuolivat keskimäärin 25 vuotta muuta väestöä aiemmin ja kuoleman aiheuttivat pääasiassa ennaltaehkäistävissä olevat sairaudet, joihin liittyi riskitekijöitä, kuten tupakointi, lihavuus, päihteiden käyttö ja hoitoonpääsyn vaikeus. Tanskassa, Suomessa ja Ruotsissa kerätyn rekisteriaineiston pohjalta toteutetussa pitkittäistutkimuksessa todettiin, että vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsivien naisten odotettavissa oleva elinikä oli keskimäärin 15 vuotta ja miesten 20 vuotta muuta väestöä lyhyempi (Nordentoft ym. 2013).

3.4 Edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön tasot

Edistävää ja ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä toteutetaan ja mahdollistetaan useissa eri ympäristöissä ja eri tasoilla. Työ on laaja-alaista ja sitä toteuttamassa tulisi olla niin yksilöt, vapaaehtoisjärjestöt, maan hallitus, teollisuuden toimijat kuin media. Mielenterveyden edistämiseksi tulisi vahvistaa yksilöiden pärjäävyyttä (resilienssi), tukea perheitä sekä vahvistaa yhteisöjä, joissa yksilöt elävät, työskentelevät, oppivat ja leikkivät. Pärjäävyyden vahvistaminen edellyttää näyttöön perustuvien edistävän ja ehkäisevän työn ohjelmien viemistä perheen, koulun, työpaikkojen ja yhteisöjen alueelle, näyttöön perustuvan tutkimustiedon tuottamista sekä yleisen tiedon ja hyväksynnän lisäämistä liittyen mielenterveyden edistämiseen ja häiriöiden ennaltaehkäisyyn. (Power 2010; Muñoz ym. 2012; Wahlbeck 2015.)

Edistävän ja ehkäisevän työn toteuttamista tarkastellaan seuraavassa yhteiskunnan, yhteisön ja organisaation sekä yksilön tasoilla. Kuten Nutbeam ja kumppanit (2010) terveyden edistämisen teorioita kuvaavassa teoksessaan toteavat, yksilön käyttäytymisen lisäksi terveyden edistämässä ollaan kiinnostuneita myös yhteisöjen, organisaatioiden ja yhteiskunnan toiminnasta. Tarkastelussa hyödynnetään Tansellan ja Thornicroftin (1998) mielenterveyspalveluja kuvaavaa matriisimallia, joka

soveltuu mielenterveyspalvelujen suunnitteluun ja arviointiin. Mallissa palveluita tarkastellaan sekä maantieteellisellä että ajallisella ulottuvuudella. Matriisimallissa maantieteellinen ulottuvuus jakautuu valtakunnalliseen tasoon, paikallistasoon sekä asiakastasoon ja ajallinen ulottuvuus puolestaan panoksiin, prosesseihin ja tuloksiin. Panoksia kuvataan sekä materiaalisina että immateriaalisina resursseina, joiden avulla palveluita tuotetaan. Prosessivaihe puolestaan kuvaa niitä toimia, joilla tuotetaan mielenterveyspalveluja. Tulokset ovat muutoksia toiminnassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa sekä yksilö- että väestötasolla. Edistävän ja ehkäisevän työn näkökulmasta tuloksina voitaisiin siis pitää esimerkiksi elämälaadun kohentumista, sairastavuuden ja kuolleisuuden laskua ja oireiden vähenemistä.

Tässä tutkimuksessa keskitytään kuvaamaan edistävää ja ehkäisevää työtä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä ja sen sisällä erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluissa, ja näin ollen myös tässä kohden tarkastelu keskittyy enimmäkseen palvelujärjestelmän sisällä toteutettavaan edistävään ja ehkäisevään työhön. On hyvä muistaa, että huomattava osa edistävästä ja ehkäisevästä mielenterveys- ja päihdetyöstä tehdään kuitenkin muualla kuin mielenterveys- ja päihdepalveluissa tai sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän piirissä.

Yhteiskunnan taso

Tansellan ja Thornicroftin (1998) matriisimallin mukaan mielenterveyspalveluihin kytkeytyvät olennaiset tekijät valtakunnallisella tasolla jaottuvat yhteiskunnalliseen, poliittiseen, lakisääteiseen, taloudelliseen ja ammatilliseen alueeseen. Yhteiskunnallisella ja poliittisella alueella tarkasteltuna mielenterveyteen liittyvät linjaukset heijastelevat laajempaa yhteiskunnallista ilmapiiriä. Tämä suvaitsevaisuuden tai toisaalta tuomitsevuuden ilmapiiri välittyy asiakkaiden kohtaamiseen myös palvelujärjestelmän sisällä. Taloudelliset tekijät välittyvät käytännön työn toteuttamiseen muun muassa mielenterveyspalvelujen rahoittamisen kautta. Yleinen huono taloudellinen tilanne heijastuu yksilöiden elämään sairastumisen riskitekijöitä, kuten työttömyyttä, lisäämällä. Kolmas valtakunnallisen tason osa-alue liittyy kansallisiin hoitosuosituksiin, linjattuihin henkilöstömitoituksiin sekä ammatillisen ja jatkokoulutuksen järjestämiseen. Tansellan ja Thornicroftin (1998) matriisimallissa valtakunnallisen tason panoksina mainitaan muun muassa palveluiden rahoittaminen, tiedonvälitys sekä mielenterveyslainsäädäntö, asetukset ja direktiivit.

Suomen koko terveyspolitiikkaa on viimeisen 15 vuoden ajan linjannut Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (STM 2001). Terveiden edistämistä painottavan Terveys 2015 -ohjelman taustana on ollut WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelma ja ohjelmassa on pyritty terveyden tukemiseen ja edistämiseen yhteiskunnan kaikilla sektoreilla. Mielenterveyden osalta terveyspolitiikan suunnan ohjaamiseen on sekä Suomessa että kansainvälisesti kiinnitetty huomiota erityisesti 2000-luvulla.

Keskeisiä mielenterveys- ja päihdetyön ohjauskeinoja ovat vuosituhaten alussa olleet erilaiset laatusuositukset: Päihdepalvelujen laatusuositukset (2002), Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit (2006), Mielenterveyspalveluiden laatusuositus (2001) sekä Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen kehittämissuositus (2007). 2000-luvun alussa toteutettiin myös kansallista hankeohjausta, kun STM tuki useamman kehittämisohjelman toteutumista vuosina 2004–2007 (ks. Kuosmanen ym. 2010). Vuosina 2008–2011 ja 2012–2015 STM:n toteuttama Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) pyrki puolestaan hankeohjauksen avulla edistämään sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuorituksia ja muokkaamaan palveluiden rakennetta ja toimintaa. (STM 2012.)

Viime vuosina mielenterveys- ja päihdetyötä on pyritty Suomessa ohjaamaan erityisesti Mieli-suunnitelman (STM 2009) avulla. Eri alojen asiantuntijoiden muodostaman työryhmän kokoamassa suunnitelmassa linjattiin mielenterveys- ja päihdetyön yhteistä kehittämistä vuoteen 2015. Mieli-suunnitelman keskeisinä tavoitteina oli vähentää mielenterveys- ja päihdeongelmia ja niihin liittyvää syrjäytymistä, taata palvelut, jotka perustuvat todellisiin tarpeisiin ja ovat vaivattomasti ja joustavasti saatavilla sekä perustaa toiminta hyviin ja vaikuttaviksi arvioituihin käytäntöihin. Mieli-suunnitelman painopistealueiksi muodostuivat asiakkaan aseman vahvistaminen, mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyyn panostaminen, palvelujen toteuttaminen toimivana kokonaisuutena sekä ohjauskeinojen kehittäminen. (STM 2009.) Suunnitelman katsottiin edesauttaneen myönteistä kehitystä erityisesti kokemusasiantuntijoiden ottamisessa mukaan toimintaan, psykiatrisen tahdosta riippumaton hoidon vähentymisessä, mielenterveys- ja päihdetyön strategioiden sisällyttämisessä kuntastrategioihin sekä työkyvyn ja työhön paluun tukemisen vahvistumisessa. Lisäksi suunnitelmalla katsottiin olleen myönteinen vaikutus tietoisuuden lisääntymiseen asiakkaan aseman vahvistamisen, edistävän ja ehkäisevän työn sekä palvelujärjestelmän kehittämisen tarpeista. (STM 2016.)

Lain tasolla mielenterveys- ja päihdetyötä ohjaavat Suomessa terveydenhuoltolaki (1326/2010), sosiaalihuoltolaki (1301/2014), alkoholilaki (1143/1994), ehkäisevän päihdetyön järjestämislaki (523/2015), päihdehuoltolaki (41/1986), mielenterveyslaki (1116/1990), laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994) sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidon järjestämisestä (33/2008). Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kunnan tulee järjestää asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveys-työ, jonka tarkoituksena on yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen ja mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen.

Mielenterveys- ja päihdetyössä ennaltaehkäisevän ja edistävän työn merkitystä on korostettu yhä voimakkaammin ja kehittämistä on pyritty linjaamaan myös valtakunnallista tasoa laajemmin kan-

sainvälisten suositusten ja sopimusten avulla (esim. EU 2008; WHO 2013; OECD 2014). ”Terveys kaikissa politiikoissa” -teema on mielekäs mielenterveyspolitiikan näkökulmasta, sillä mielenterveyden edistäminen koskettaa kaikkia politiikan lohkoja (Eskola & Taipale 2013), ja lähestymistapaa onkin kehitetty edelleen mielenterveyden osalta eurooppalaisena yhteistyönä ”Mielenterveys kaikissa politiikoissa” (Mental Health in All Policies – MHiAP) -kehittämistyön kautta (EU 2015). Samaisen Euroopan komission ja EU:n jäsenmaiden yhteisen kehittämistyön tuloksena julkaistiin vastikään poliittisille päättäjille, terveyden- ja sosiaalihuollon ja opetustoimen ammattilaisille, työntantajille, työeläkelaitoksille sekä työmarkkinajärjestöille suunnattu suositus mielenterveyden edistämiseksi Euroopassa (EU 2016).

Yhteisön ja organisaation taso

Monet terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat tekijät kytkeytyvät sosiaalisiin rakenteisiin ja sosiaaliseen ympäristöön siinä paikallisympäristössä, jossa ihmiset elävät. Näiden tekijöiden huomioiminen on terveyden edistämisen kannalta oleellista. (Nutbeam ym. 2010, 23.) Muun muassa koulut ja työpaikat ovat terveyden edistämisympäristöinä avainasemassa (vrt. Wahlbeck 2015). Yhteisön ja organisaation tasolle voidaan katsoa sijoittuvan myös kuntatason toimet, kuten erilaiset liikunta- ja kulttuuripalvelut ja vielä toistaiseksi myös tapa järjestää sosiaali- ja terveyspalveluja. Myös kolmannen sektorin toimijoilla on keskeinen rooli yhteisötason terveyden edistämistyössä.

Tansellan ja Thornicroftin (1998) mielenterveyspalveluiden matriisimallissa paikallistaso kuvaa sitä aluetta, joka tarjoaa yleistason aikuisten mielenterveyspalveluita alueensa asukkaille. Tällä tasolla oleellista on alueen sosiodemografisten piirteiden hyödyntäminen palveluiden suunnittelussa. Paikallistaso on myös Tansellan ja Thornicroftin (1998) mukaan tarkoituksenmukaisin alueellisten toimintamallien muodostamiseen sekä palvelujärjestelmän eri rakenneosien järjestäytymisen ja integraation tarkasteluun. Paikallistason panoksina matriisimallissa kuvataan muun muassa väestön palvelutarpeiden arviointi, budjetti, henkilökunta, palveluiden yhteensovittaminen sekä asiakaslähtöisyys. Matriisimallissa panoksia luonnehditaan sekä näkyviksi että näkymättömiksi ja todetaan, että näkymättömät panokset jäävät helposti huomiotta. Esimerkiksi sujuva yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä sekä terveydenhuollon ja sosiaalitoimen välillä on paikallistasolla tärkeä osa hoidon toteutusta ja edellyttää panoksina henkilökunnan koulutusta sekä palveluiden yhteensovittamista.

Mielenterveyspalvelut on Suomessa järjestetty siten, että kuntien järjestämän perusterveydenhuollon piirissä ennaltaehkäistään, diagnosoidaan ja hoidetaan yleisiä mielenterveyden ongelmia, kuten masennusta, ahdistushäiriöitä ja päihdeongelmia. Pääsääntöisesti sairaanhoitopiirien järjestämään erikoissairaanhoidon ja psykiatriseen sairaalahoitoon pääsee perusterveydenhuollon kautta, ja näis-

sä palveluissa hoidetaan ongelmia, joiden hoitoon perusterveydenhuollon palvelut ovat riittämättömiä. (Sädeniemi ym. 2014.) Edistävää ja ehkäisevää mielenterveystyö painottuu perusterveydenhuollossa lasten ja nuorten kohdalla neuvolaan ja kouluterveydenhuoltoon. Aikuisten osalta edistävät ja ehkäisevät palvelut sijoittuvat perusterveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa muun muassa työterveyshuoltoon ja terveyskeskusten vastaanottotoimintaan. (Kähärä 2015, 15.) Päihdepalvelujen laatusuosituksen (2002) mukaan päihdeongelmia hoidetaan sekä terveydenhuollon piirissä, sosiaali-toimissa että päihdehuollon erityispalveluissa. Varhaisvaiheen tunnistamisessa, avun tarjoamisessa ja hoitamisessa keskeinen rooli on terveysasemilla, mielenterveystoimistoilla, kotisairaanhoidolla, äitiys- ja lastenneuvoloilla, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa sekä työterveyshuollossa.

Ennaltaehkäisevä työ edellyttää sektorirajat ylittävää yhteistyötä ja perusterveydenhuollossa toteutettava ehkäisevä toiminta tarvitsee onnistuakseen taustaksi myös erikoissairaanhoidon asiantunte- musta ja osaamista (Laajasalo ja Pirkola 2012). Yhteisistä tekijöistä huolimatta mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat perinteisesti olleet hajanaisessa palvelujärjestelmässä toisistaan erillään. Mieli- suunnitelmassa (STM 2009) pyrittiin ensimmäistä kertaa linjaamaan mielenterveys- ja päihdetyötä yhdessä.

Yksilötaso

Terveyden edistämisen teorioita tarkasteltaessa yksilötasolla huomio kiinnittyy terveyskäyttäytymi- seen, ja teoriapohja on kytkeytynyt vahvasti psykologisiin ja sosiaalipsykologisiin perinteisiin. Nut- beamin ja kumppaneiden (2010, 9–21) teoksessa yksilön terveyskäyttäytymistä selittämään pyrki- vissä malleissa painotetaan terveyttä koskevan tiedon ja uskomusten merkitystä sekä yksilön uskoa ja kykyä siihen, että terveyteen pystyy vaikuttamaan omalla toiminnallaan. Lisäksi painotetaan omaksuttujen sosiaalisten normien ja sosiaalisen vaikutuksen merkitystä yksilön toiminnalle. Mal- leissa pyritään myös ymmärtämään sitä, että psykologiset teoriat eivät välttämättä riittävästi huomi- oi sosioekonomisia ja ympäristöön liittyviä olosuhteita, jotka muokkaavat merkittävästi resursseja sekä mahdollisuuksia päästä palveluiden piiriin. Lisäksi tunnistetaan ympäristön ja sen muokkaami- sen merkitys terveyden edistämisen tärkeänä osatekijänä.

Tansellan ja Thornicroftin (1998) mielenterveyspalveluja kuvaavassa matriisimallissa asiakastasolla tarkoitetaan aluetta, johon kuuluvat yksittäisen asiakkaan tai tietyn yhtenäisen asiakasryhmän hoito ja tuki. Tälle alueelle kuuluvat myös laajemmille verkostoille, kuten potilaille ja heidän perheilleen ja huoltajilleen, suunnatut interventiot. Tansella ja Thornicroft (1998) korostavat, että tällä alueella työskentelevien klinikoitten olisi tärkeää ymmärtää, miten ylempien tasojen prosessit vaikuttavat asiakastason kliniseen työhön. Oleellista olisi laajentaa ammattilaisten perspektiiviä asiakastaso- laajemmalle sekä maantieteellisellä että ajallisella ulottuvuudella. Asiakastason panoksina mat-

riisimallissa nimetään muun muassa yksilön palvelutarpeiden arviointi, potilaan vaatimukset ja toiveet sekä perheiden vaatimukset ja toiveet.

Organisaatiotekijöiden lisäksi edistävän ja ehkäisevän työn toteutuminen ja laatu riippuvat myös niiden toteuttajista. Pelkät toimivat rakenteet eivät riitä, jos henkilökunnalla ei ole valmiutta hyödyntää niitä, ja toisaalta henkilökunnan osaaminen ja sitoutuminen eivät riitä, jos organisaation rakenteet eivät ole tukemassa. (MHP Hands Consortium & THL 2013, 19.) Yksilötasolla on mahdollista tarkastella myös sitä, millaiset tekijät vaikuttavat mielenterveys- ja päihdetyötä tekevien työntekijöiden terveydenedistämisasiaktiivisuuteen. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa oma osaaminen sekä koettu työn monipuolisuus ja haastavuus (Simonsen 2013). Myös sitoutuminen ja kiinnostus edistävää työtä kohtaan vaikuttavat työn toteuttamisen mahdollisuuksiin, kuten myös työntekijöiden oma jaksaminen (MHP Hands Consortium & THL 2013, 19–21).

3.5 Edistävän ja ehkäisevän työn vaikuttavuus ja vieminen käytäntöön

Vaikuttavuus

Edistävää ja ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä on tutkittu paljon interventioiden vaikuttavuuden ja tehokkuuden näkökulmasta (vrt. Fledderus ym. 2010; Solantaus ym. 2010; Cuijpers ym. 2008, 2009; Barlow ym. 2015). Häiriöiden ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen tähtäävien interventioiden vaikuttavuuden tutkimus sisältää kuitenkin paljon haasteita, ja tutkimuksiin perustuva näyttö on edelleen melko vähäistä. Etenkin positiivisen mielenterveyden vahvistamiseen tähtäävien interventioiden vaikuttavuudesta on vain vähän tietoa (Fledderus ym. 2010).

Satunnaistetut kontrolloidut kokeet ovat perinteisesti olleet se menetelmä, jolla yksittäisten hoitojen ja interventioiden tehokkuutta pyritään arvioimaan. Tansella ja Thornicroft (1998) toteavat, että yhteisön tasoilla nämä menetelmät ovat hankalia, ja yhteiskunnan tasolle pitkälti sopimattomia. Tämä perustuu muun muassa siihen, että vastetapahtuman ilmaantuvuus vaikuttaa tilastolliseen voimaan ja tarvittavaan otoskoko. Yhteisöjen ja väestön tasolla vastetapahtuman ilmaantuvuus on luonnollisesti matalampi kuin suuren riskin ryhmissä, ja näin ollen valikoitujen ja universaalien interventioiden vaikuttavuusnäyttö on jäänyt vähäisemmäksi. (Muñoz ym. 2012.) Useissa systemaattisissa katsauksissa (esim. Fernandez ym. 2015) ongelmaksi onkin osoittautunut juuri näytön riittämättömyys. Toisaalta useissa aihetta käsittelevissä katsauksissa (esim. Wahlbeck 2015; Jané-Llopis & Barry 2005) on todettu, että haasteista huolimatta näyttöä vaikuttavuudesta ja edistävän ja ehkäisevän työn kannattavuudesta on kertynyt riittävästi, jotta tietoa kannattaisi lähteä viemään käytäntöön. Kansanterveyden näkökulmasta laajoissa väestöissä pienilläkin vaikutuksilla voi olla suuri yhteiskunnallinen merkitys (Muñoz ym. 2012).

Beardslee ja kumppanit (2011) toteavat mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyä käsittelevässä kirjallisuuskatsauksessaan, että sairauden puhkeamisen estämiseen tähtäävän ennaltaehkäisyn vaikuttavat toimenpiteet ovat useimmiten luonteeltaan monitieteellisiä ja kehityksellisiä (ks. myös National Research Council & Institute of Medicine 2009), ja että tällaisista menetelmistä on olemassa vakiintunutta ja kasvavaa tieteellistä näyttöä. Beardsleen ja kumppaneiden (2011) mukaan ongelmien ennaltaehkäiseminen vaatii paradigman muutosta siihen suuntaan, että strategioita implementoitaisiin jo ennen sairauden puhkeamista ja huolehdittaisiin väestön terveydestä jo ennen kuin yksilöt hakeutuvat psykiatristen palveluiden piiriin. Beardslee ja kumppanit (2011) puhuvat ennaltaehkäisyn yhteydessä erityisesti kehityksellisen näkökulman merkityksen ymmärtämisestä ja toteavat, että ehkäisevän työn tulisi painottua nimenomaan lapsiin ja nuoriin, koska puolet kaikista mielenterveyden, tunteiden ja käytöksen häiriöistä näyttäisi tutkimusten mukaan alkavan ennen 14 vuoden ikää ja kolme neljäsosaa ennen 24 vuoden ikää (vrt. Kessler ym. 2005).

Tässä kappaleessa esitellään joitakin edistävään ja ehkäisevään mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyviä vaikuttavuustutkimuksia ja näistä koottuja katsauksia (taulukko 1). Tarkoituksena ei ole yksityiskohtaisesti esitellä eri interventioita ja niiden vaikuttavuusnäyttöä, vaan pyrkiä löytämään näiden pohjalta yleisemmin vaikuttavaan ja tehokkaaseen edistävään ja ehkäisevään mielenterveys- ja päihdetyöhön yhdistettävissä olevia piirteitä. Tämän vuoksi huomioon on pyritty ensisijaisesti ottamaan useita eri tutkimuksia käsitteleviä katsauksia.

Taulukko 1. Edistävään ja ehkäisevään mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyviä tutkimuksia

Tutkimus/katsaus	Sisältö lyhyesti
Katsauksia	
Beardslee W. R., Bell C. C. & Chien P. L. 2011. Prevention of Mental Disorders, Substance Abuse, and Problem Behaviors: A Developmental Perspective.	Kirjallisuuskatsauksen pohjalta suositetaan, että mielenterveystyötä tekevien tulisi ennaltaehkäisyn näkökulmasta ymmärtää näyttöön perustuvia käytäntöjä mielenterveyden edistämiseksi ja häiriöiden ennaltaehkäisemiseksi sekä aktiivisesti etsiä mahdollisuuksia näiden toimien toteuttamiselle. Vanhempien mielenterveyttä ja vanhemmuutta sekä lapsen kehityksellistä kompetenssia tulisi tukea, ja riskissä olevien lasten kohdalla tulisi hyödyntää ennaltaehkäisyn strategioita. Soveltuvia ennaltaehkäisyn strategioita tulisi hyödyntää omassa työssään sekä tukea muissa ympäristöissä toteutettavia ennaltaehkäisyn strategioita tarjoamalla asiantuntemustaan. Näyttöön perustuvien käytäntöjen leviämistä kouluissa, eri yhteisöissä ja terveydenhuollossa tulisi edistää. Lisäksi tulisi ajaa aktiivisesti puuttumista mielenterveyden riskitekijöihin, kuten köyhyyteen ja väkivallalle altistumiseen.
Laajasalo T. & Pirkola S. 2012. Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille.	Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä kartoittaneen katsauksen tarkoituksena oli muodostaa kokonaiskäsitys mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyn kehityksellistä hankkeista ja niiden vaikuttavuudesta sekä Suomessa että kansainvälisesti. Raportissa korostetaan, että perusterveydenhuollon mielenterveystyö on eri tahojen yhteistyötä. Preventiivisten hankkeiden onnistuminen edellyttää sektorirajat ylittävää yhteistyötä ja ehkäisevä toiminta tarvitsee onnistuakseen taustaksi myös erikoissairaanhoidon asiantuntemusta ja osaamista. Katsauksen pohjalta todetaan, että preventiiviset interventiot ovat monitekijäisiä ja tarvitsevat motivoituneita ja järjestäytyneitä toimijoita. Tärkeitä osatekijöitä ovat sitoutuminen, yhdessä oppiminen ja onnistumisen kokemukset. Suuri osa preventiivisistä hankkeista on katsauksen mukaan suunnattu lapsille ja nuorille, mutta kirjoittajat muistuttavat, että nämä vaikuttavat tutkimusten mukaan lasten lisäksi suotuisasti

	<p>myös vanhempien hyvinvointiin. Katsauksessa läpikäydyissä preventiivisissä interventioidissa ja ohjelmissa on ollut nähtävillä sähköisten verkkopalvelujen lisääntynyt hyödyntäminen, ja raportissa todetaankin, että on olemassa kansainvälistä tutkimusnäyttöä näiden palvelujen mahdollisuuksista sekä häiriöiden hoidossa että ennaltaehkäisyssä. Yhdessä oleelliseksi tekijäksi toimivien ennaltaehkäisevien interventioiden kehittämisessä ja levittämisessä nostetaan koordinoitujen kehitys- ja ohjaustyön tarve.</p>
<p>Borg A-M. 2015. Lasten mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisy. Näyttöön perustuvien menetelmien kartoitus.</p>	<p>Katsaus lasten mielenterveyden edistämisen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisyyn näyttöön perustuvista menetelmistä. Katsauksen pohjalta todetaan, että eniten vaikuttavuusnäyttöä on vanhempien ryhmämuotoisista koulutusohjelmista, jotka on tarkoitettu lasten käytöshäiriöiden ehkäisemiseen. Katsauksessa todetaan myös, että tehokkainta on keskittää interventioita perheisiin, joissa riskitekijöitä on kasaantuneesti. Todetaan myös, että Suomessa tehokkaita ja vaikuttavia menetelmiä ei ole riittävästi ja kattavasti käytössä, jotta ne olisivat tasapuolisesti kaikkien niitä tarvitsevien saatavilla. Katsauksen pohjalta suositetaan, että Suomeen tulisi perustaa kansallinen taho, joka koordinoisi kehittämistä, arvioisi menetelmien tieteellistä perustaa ja välittäisi tietoa. Perusteltua olisi myös kehittää sähköinen portaali, jossa olisi koottuna keskeiset menetelmät ja niiden tutkimusnäyttö. Lisäksi suositetaan, että yhtenäisestä ja laadukkaasta implementoinnista huolehdittaisiin keskitetysti ja että menetelmät tulisi saada valtakunnallisesti kattavaan ja yhtenäiseen käyttöön sosiaali- ja terveydenhuollossa.</p>
<p>Fernandez A., Moreno-Peral P., Zabaleta-del-Olmo E., Bellon J. A., Aranda-Regules J. M., Luciano J. V., Serrano-Blanco A. & Rubio-Valera M. 2015. Is there a case for mental health promotion in the primary care setting? A systematic review.</p>	<p>Systemaattinen katsaus mielenterveyden edistämisen käytännöistä perusterveydenhuollon ympäristössä. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida perusterveydenhuollon toimijoiden toteuttamien aikuisväestölle suunnattujen mielenterveyden edistämisen interventioiden vaikuttavuutta. Päätuloksena oli, että näyttöä on saatavissa rajallisesti. Huolimatta siitä, että mielenterveyden edistäminen ajatellaan osaksi perusterveydenhuollon tehtävää, näiden toimien implementoinnissa ja arvioinnissa on paljon puutteita. Perusterveydenhuollon toimijat ovat avainasemassa mielenterveyden edistämässä ja olisivat tärkeää varmistaa, että heillä on myös mahdollisuus tämän toiminnan toteuttamiseen.</p>
<p>Catania L. S., Hetrick S. E., Newman L. K. & Purcell R. 2011. Prevention and early intervention for mental health problems in 0–25 year olds: Are there evidence-based models of care?</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus 0–25-vuotiaiden lasten ja nuorten mielenterveydestä ja mielenterveyden häiriöiden synnystä. Katsauksessa on koottu näyttöä yhteistyöhön ja integroituihin palveluihin perustuvasta palvelujärjestelmästä, joka edistää hoidon parempaa jatkuvuutta kyseisessä ikäryhmässä. Katsauksen pohjalta on koottu sekä tutkimuksiin perustuvia pääperiaatteita että osatekijöitä vaikuttaville ja tehokkaille integroiduille palvelumalleille. Pääperiaatteita: Tarve perustavanlaatuiselle muutokselle toimintakäytännöissä ja -kulttuurissa, yhteistyö sekä potilaan ja huoltajan osallistuminen hoitoon. Osatekijöitä: Toimiva palveluohjaus, perusterveydenhuollon vahva rooli ja pääsy tarvittaessa erikoissairaanhoidon piiriin. Edellytyksenä tiimityöhön perustuva lähestymistapa ja tehostettu vuorovaikutus ammattilasten välillä. Ennaltaehkäisy ja varhaisen puuttumisen tarpeessa olevat tulee tunnistaa ajoissa ja strukturoituja johtamissuunnitelmia tulee kehittää yhdessä. Potilaiden systemaattista seuranta tulee kehittää ja potilaita ja perhettä ohjata ja kouluttaa sairauteen ja sen hoitoon liittyvissä kysymyksissä. Tarvitaan pysyvä rahoitusjärjestelmä, joka tukee yhteistyössä toteutettavan hoidon järjestämistä. Potilaalla ja tarvittaessa perheellä tulee olla valinnanmahdollisuuksia hoidon järjestämiseen liittyen. Oleellista on, että kaikki lapsen ja nuoren hyvinvointiin liittyvät osa-alueet huomioidaan, fyysinen terveys mukaan lukien, ja mahdollistetaan saumaton siirtyminen eri palveluiden välillä.</p>
<p>Yksittäisiä tutkimuksia</p>	
<p>Solantaus T., Paavonen E. J., Toikka S. & Punamäki R-L. 2010. Preventive interventions in families with parental depression: children’s psychosocial symptoms and prosocial behavior.</p>	<p>Tutkimuksessa selvitettiin preventiivisen perheintervention ja lyhyen vanhempien kanssa käytävän psykoedukatiivisen keskustelun (Lapset puheeksi) vaikuttavuutta lasten psykososiaalisiin oireisiin ja prososiaaliseen käytökseen perheissä, joissa vanhemmilla oli mielialahäiriö. Interventiot toteutettiin julkisessa terveydenhuollossa aikuisten psykiatristen palvelujen piirissä. Molemmat interventiot todettiin vaikuttaviksi. Lasten oireet vähenivät ja prososiaalinen käytös lisääntyi. Tulokset tukevat näkemystä, että psykiatrisissa palveluissa preventiivisiä interventioita tulisi kohdistaa mielenterveysongelmista kärsivien vanhempien lapsiin.</p>

<p>Fledderus M., Bohlmeijer E. T., Smit F. & Westerhof G. J. 2010. Mental Health Promotion as a New Goal in Public Mental Health Care: A Randomized Controlled Trial of an Intervention Enhancing Psychological Flexibility.</p>	<p>Tutkimuksessa selvitettiin voidaanko hyväksymis- ja omistautumisterapiaan (ACT, Acceptance and Commitment Therapy) ja mindfulnessiin perustuvalla interventioilla edistää positiivista mielensterveyttä lievistä ja kohtalaisesta psyykkisestä kuormittuvuudesta kärsivillä. Interventiolla osoittautui olevan merkittävä vaikutus positiiviseen mielensterveyteen ja vaikutus säilyi kolmen kuukauden seurannassa. Tutkimustuloksiin pohjautuen suositetaan, että vastaavia interventioita tulisi laajentaa eri ympäristöihin, kuten työpaikoille, kouluihin ja terveydenhuollon piiriin. Lisäksi suositetaan että vastaavia interventioita tulisi tarjota sähköisesti ja oma-apua -tyylisesti.</p>
<p>Barlow A., Mullany B., Neault N., Goklish N., Billy T., Hastings R., Lorenzo S., Kee C., Lake K., Redmond C., Carter A. & Walkup J.T. 2015. Paraprofessional-Delivered Home-Visiting Intervention for American Indian Teen Mothers and Children: 3-Year Outcomes From a Randomized Controlled Trial.</p>	<p>Tutkimuksessa selvitettiin teiniäideille ja heidän lapsilleen suunnatun paraprofessionaaliin kotikäynteihin perustuvan intervention tehokkuutta Amerikan intiaanien keskuudessa. Interventioon sisältyi muun muassa positiivista vanhemmuutta tukevaa ohjausta äitien kotona. Intervention todettiin vaikuttavan myönteisesti vanhemmuuteen ja lapsen kehitykseen sekä vähentävän raskauteen liittyviä riskejä vähemmistöryhmässä, jossa käytössä olevia resursseja on vähiten. Tulosten pohjalta todettiin, että käyttäytymiseen liittyvien kroonisten sairauksien lisääntyessä maailmanlaajuisesti tulisi tämän tyyppisiin korkean riskin yhteisöihin suunnattuihin tehokkaisiin interventioihin kiinnittää erityistä huomiota.</p>
<p>Cuijpers P., Muñoz R. F., Clarke G. N. & Lewinsohn P. M. 2009. Psychoeducational treatment and prevention of depression: The “coping with depression” course thirty year later.</p>	<p>Meta-analyysi tutkimuksista, joissa on selvitetty psykoedukatiivisen intervention (The Coping with Depression” CWD) tehokkuutta. Analyysin pohjalta todetaan, että interventio on vaikuttava masennushäiriöiden ehkäisyssä. Preventiiviseen interventioon osallistuneilla todettiin 38 % pienempi todennäköisyys masennushäiriön kehittymiseen verrattuna niihin, jotka eivät osallistuneet interventioon.</p>

Mielensterveyttä edistäviä ja häiriöitä ehkäiseviä interventioita on jonkin verran tutkittu myös kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta. Poliittisen päätöksenteon kannalta tämä onkin välttämätöntä. Vaikuttavuustutkimus ei yksinään riitä. (Zechmeister ym. 2008.) Zechmeister ja kumppanit (2008) totesivat systemaattisessa katsauksessaan, että kustannusvaikuttavuusnäyttö on toistaiseksi rajoittunut pieneen määrään interventioita ja lisää tutkimusta tarvitaan. Lupaavimmat tulokset liittyivät varhaislapsuuden kehitykseen kohdistuviin ohjelmiin. McDaid (2011) on laatinut koosteen mielensterveyden edistämisen, häiriöiden ehkäisyn ja varhaisen puuttumisen taloudellisista hyödyistä. Katsauksensa pohjalta McDaid (2011) on koonnut yhteen tietoa ehkäisevään mielensterveystyöhön sijoitetun pääoman tuotosta (taulukko 2). Myös McDaid (2011) toteaa, että lupaavimmat toimenpiteet kohdistuvat varhaislapsuuteen.

Taulukko 2. Yhteenveto ehkäisevän mielenterveystyön tuotosta. A = Sijoitettu pääoma palautuu alle vuodessa, B = Sijoitettu pääoma palautuu 1-5 vuodessa, C = Sijoitettu pääoma palautuu 5-10 vuodessa, D = Sijoitettu pääoma palautuu yli 10 vuoden jälkeen, +++ = Tuotto on enemmän kuin viisi kertaa sijoitettu pääoma, ++ = Tuotto on jopa viisi kertaa sijoitettu pääoma, + = Tuotto on yhtä suuri tai pienempi kuin sijoitettu pääoma, mutta toimenpide tuottaa terveyshyötyä. (Lähde McDaid 2011, suomeksi THL 2016a).

Toimenpide (seuranta-aika)	Terveydenhuoltojärjestelmä	Muu julkinen sektori	Yksityinen sektori	Kokonaisvaikeus
Lasten mielenterveyden edistäminen ja hyvinvointi	B +++	B+++	B+++	B+++
Mielenterveyden edistäminen työelämässä (1 vuotta)	A+	A+	A+++	A+++
Työttömien / työttömyysvaarassa olevien mielenterveyden edistäminen (2 vuotta)	B+	A++	A++	A++
Ikä-ihmisten mielenterveyden edistäminen (5 vuotta)	B++	B++	B++	B++
Velkaneuvonta (2 vuotta)	+	B+	B++	B++
Psykoosien varhainen tunnistaminen ja hoito	A+++	+	B+++	A+++
Alueelliset itsemurhien ehkäisystrategiat	+	+	+++	A+++

Eri interventioihin liittyviä vaikuttavuustutkimuksia on tehty runsaasti ja kokonaiskuvaa on tässä kappaleessa pyritty luomaan lähinnä tutkimuskatsausten ja yksittäisten esimerkkitutkimusten avulla. Useita vaikuttavuustutkimuksia yhdistävänä tekijänä voitaneen todeta, että interventioiden kohdistaminen erityisesti lapsiin ja nuoriin vaikuttaisi edistävän ja ehkäisevän työn näkökulmasta erityisen tarkoituksenmukaiselta. Useissa tutkimuksissa korostetaan lisäksi eri tahojen välisen yhteistyön merkitystä edistävän ja ehkäisevän työn toteuttamisessa. Toistuvia teemoja ovat myös perusterveydenhuollon roolin merkitys varhaisessa tunnistamisessa ja hoitoon pääsyssä sekä huomion kiinnittäminen yksilön lisäksi hänen ympäristöönsä, perheeseensä ja läheisiinsä. Myös sähköisten palveluiden ja työmenetelmien luomat mahdollisuudet nostetaan useissa edistävää ja ehkäisevää työtä koskevissa tutkimuksissa esiin. Useiden interventioiden vaikuttavuudesta on olemassa selvää tutkimusnäyttöä. Tällaisten menetelmien koordinoitu ja laaja implementointi voidaan nimetä yhdeksi tärkeäksi edistävän ja ehkäisevän työn osa-alueeksi.

Edistävän ja ehkäisevän työotteen vieminen käytäntöön

Muutoksen tarve kohti edistävämpää ja ehkäisevämpää mielenterveys- ja päihdetyötä on tunnustettu laajalti ja kuten edellisessä kappaleessa on todettu, joidenkin interventioiden vaikuttavuudesta on kertynyt vakuuttavaa näyttöä. Ei kuitenkaan riitä, että tiedetään, mitä ja miten pitäisi tehdä, vaan huomiota on kiinnitettävä myös näiden uusien käytäntöjen ja interventioiden implementointiin, jolla tarkoitetaan innovaatioiden ja muutosten suunnitelmallista ja systemaattista käyttöönottoa (vrt. Grol & Wensing 2013, 10). Terveyden edistämisen kentällä on viime vuosikymmeninä alettu yhä enenevässä määrin kiinnittää interventioiden sijaan huomiota organisaatioiden kykyyn soveltaa ja integroida interventioita ja ohjelmia siten, että vaikutukset ovat kestäviä. Tätä lähestymistapaa on kansainvälisessä kirjallisuudessa kutsuttu käsitteellä ”health promotion capacity building”. (Rimpelä 2010, 19–20.)

Suomessa ”health promotion capacity building” -lähestymistapaa on hyödynnetty vuodesta 2006 alkaen Terveyden edistämisen vertailutieto (TedBM) -hankkeessa ja sovelluksesta on käytetty työnimeä *organisaation aktiivisuus väestönsä terveyden edistämässä*. TedBM -hanke on STM:n toimeksiannosta käynnistetty ”Terveyden edistämisen vertailutieto” -hanke, jonka tavoitteena on ollut kehittää kattava, yhtenäinen ja suunnitelmallinen kuntien ja kuntapalvelujen terveyden edistämisen seuranta- ja vertailuanalyysijärjestelmä. (Ståhl & Rimpelä 2010; Rimpelä 2010, 19–20). Ydinkäsitteeksi on sittemmin muotoutunut terveydenedistämisasiivisyys (TEA), jolla tarkoitetaan yhteisön terveydenedistämisasiivisyyttä. TEAvisari-verkkopalvelun kautta kuntien, alueiden ja koulujen on mahdollista tarkastella omia tietojaan sekä suunnitella ja johtaa terveydenedistämistoimintaa. Terveydenedistämisasiivisyyttä mitataan nykyään TEAvisarissa perusterveydenhuollossa, perusopetuksessa, lukiokoulutuksessa, ammatillisessa koulutuksessa, liikunnassa, kuntajohdossa sekä ikään-tyneiden palveluissa. (THL 2016b.) Seitsemän olennaista kehitettävää ja selvitettävää teemaa terveydenedistämisasiivisyyden viitekehyksessä ovat:

- sitoutuminen (strategia- ja ohjelma-asiakirjat, talous- ja toimintasuunnitelmat, vastuuväestöjen määrittely, kansallisten ohjelmien ja suositusten hyödyntäminen, väestön terveyden edistämistavoitteiden ja niiden toteutumisen kirjaaminen),
- johtaminen (toimeenpanosuunnitelmat, ydinprosessien omistajuuden määrittely, terveysvaikutusten ennakoarviointi, tavoitteiden toteutumisen seuranta ja raportointi),
- seuranta ja tarveanalyysi (vastuuväestöjen terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuraaminen, tulosten tulkinta ja tarveanalyysi),
- voimavarat (henkilöstön ja muiden voimavarojen mitoitus ja osaaminen, talousarvio, määrärahat),
- yhteiset käytännöt (yhteiset käytännöt toiminnassa ja raportoinnissa),

- osallisuus (kuntalaisilla mahdollisuus tutustua tavoitteisiin, ydinprosesseihin ja voimavaroihin, vastuuväestön edustajia kuullaan, mahdollisuus osallistua toiminnan kehittämiseen ja arviointiin) sekä
- terveyden edistämisen ydintehtävät (toimialakohtaisesti määritettävät terveyden edistämisen ydintehtävät, kuvaa toiminnan kattavuutta ja volyymia). (Ståhl & Rimpelä 2010; Rimpelä 2010, 19–20; 142; THL 2016b.)

Simonsen (2013) on väitöskirjassaan todennut, että terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä on tutkittu paljon, mutta harvinaisempaa on tutkimus, joka keskittyy terveyden edistämisen toteuttamiseen ja toteutumiseen sekä niihin yhteydessä oleviin tekijöihin. Omassa väitöskirjassaan Simonsen (2013) on tutkinut terveyden edistämistä ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä neljässä suomalaisessa kunnassa ja todennut, että terveydenhuollon ammattilaisten terveydenedistämistoiminnan aktiivisuutta lisäsivät organisaation arvot, oma osaaminen sekä mahdollisuudet yhteistyöhön. Myös koetulla työn monipuolisuudella ja haastavuudella sekä kollegoiden sosiaalisella tuella oli yhteyttä terveydenedistämistoiminnan aktiivisuuteen.

Terveydenhuollon kentällä on tutkittu myös yleisemmin uusien toimintatapojen implementointia ja implementoinnin onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä (vrt. Grol & Wensing 2013b; van Achterberg ym. 2008). Yhtenä oleellisena implementoinnin onnistumiseen vaikuttavana tekijänä korostetaan eri tutkimuksissa sitä, että ennen implementointia on analysoitava niitä ympäristöjä, joissa muutoksia on tarkoitus tehdä. Esimerkiksi Grol ja Wensing (2013b) ovat kehittäneet tehokkaan portaittaisen implementoinnin mallin, jossa prosessi lähtee liikkeelle olemassa olevien ongelmien ja parhaiden käytäntöjen tunnistamisesta. Tämän jälkeen kerättyä tietoa tarkastellaan tutkimuksiin pohjautuvan tiedon ja suositusten valossa. Grol ja Wensing (2013b) toteavat, että yhdistäminen ja vertailu ovat oleellisen tärkeä osa onnistunutta implementointiprosessia. Tällöin pystytään valitsemaan strategia, joka sopii kohdejoukolle ja haluttuun kontekstiin. Onnistunut osatekijöiden yhdistäminen on avainasemassa onnistuneen implementointistrategian valinnassa, kuten myös valitun implementointistrategian perustuminen asianmukaisiin teoreettisiin käsityksiin ja vaikuttavuusnäyttöön. (van Achterberg ym. 2008.)

Van Achterberg kumppaneineen (2008) on käynyt katsausartikkelissaan läpi implementointiin liittyvää tutkimustietoa hoitotieteen näkökulmasta ja todennut, että onnistuneen muutoksen ja toisaalta muutosvastaisuuden taustalla vaikuttaa useita eri osatekijöitä, kuten tiedot, asenteet, rutiinit, sosiaalinen vaikutus, organisaatioihin liittyvät tekijät sekä resurssit. Nämä tekijät ovat van Achterbergin (2008) ja kumppaneiden mukaan kuitenkin ennemminkin otsikoita kuin varsinaisia osatekijöitä ja

onnistuneen implementoinnin kannalta on tärkeää analysoida tarkemmin spesifejä ja operationalisoitavia implementointiin vaikuttavia tekijöitä.

Myös Jané-Llopis ja Barry (2005) ovat artikkelissaan sivunneet implementointiin liittyviä kysymyksiä laatiessaan artikkelinsa pohjalta suosituksia mielenterveyden edistämishojelmien kehittämiseksi. Suositusten mukaan ohjelmien kehitys ja implementointi tulisi perustaa tehokkuuden periaatteeseen ja prosesseihin, jotka ovat voimaannuttavia, yhteistyöhön perustuvia, osallistavia ja perustuvat sidosryhmien kumppanuuteen. Päämäärät ja toiminnan tavoitteet tulisi selkiyttää, samoin kuin toteutukseen tarvittavat resurssit. Lisäksi tulisi kehittää ja ylläpitää seuranta- ja arviointijärjestelmää. Ohjelmia tulisi rakentaa jo olemassa olevien ohjelmien pohjalta, mutta olemassa olevia ohjelmia eri kulttuureihin implementoitaessa tulisi aina huomioida niiden soveltuvuus, tehokkuus ja kestävyys toisessa ympäristössä. (Jané-Llopis & Barry 2005.)

3.6 Yhteenvetoa edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön tutkimuksesta

Edistävää ja ennaltaehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä on tutkittu sekä kansainvälisesti että Suomessa. Erityisesti tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota interventioiden vaikuttavuuteen ja tehokkuuteen (vrt. Fledderus ym. 2010; Solantaus ym. 2010; Cuijpers ym. 2008, 2009; Fernandez ym. 2015; Barlow ym. 2015; McDaid 2011), ja interventioiden vaikuttavuutta käsittelevistä tutkimuksista on tehty useita katsauksia (vrt. Laajasalo & Pirkola 2012; Patel ym. 2015; Beardslee ym. 2011; Borg 2015) näyttöön perustuvan toiminnan pohjaksi. Selvää näyttöä interventioiden vaikuttavuudesta on kuitenkin vain rajallisesti ja interventioiden arviointiin ja vaikuttavuuden tutkimiseen liittyy haasteita (vrt. Tansella & Thornicroft 1998; Nutbeam 1998). Vaikka näyttöä on rajallisesti, on tutkimustulosten pohjalta kuitenkin perusteltua todeta, että edistävää ja ehkäisevää työtä ja interventioita kannattaa ja pitää viedä käytäntöön koordinoitusti ja laaja-alaisesti (vrt. Borg 2015; Fledderus ym. 2010; McDaid 2011).

Vaikuttavuustutkimusten tuloksista on nähtävissä yhteneviä vaikuttavan edistävän ja ehkäisevän työn piirteitä, jotka toistuvat eri tutkimuksissa. Tällaisia eri katsauksissa ja tutkimuksissa toistuvia teemoja ovat tiivis yhteistyö eri toimijoiden välillä, lasten ja nuorten kasvun ja kehityksen tukemisen painottaminen, huomion kiinnittäminen ja tuen suuntaaminen yksilön lisäksi hänen läheisiinsä ja ympäristöönsä, näyttöön perustuvien menetelmien hyödyntämien sekä perusterveydenhuollon terveyden edistämisen merkitys (vrt. Laajasalo & Pirkola 2012; Patel ym. 2015; Beardslee ym. 2011; Fledderus ym. 2010; Solantaus ym. 2010; Cuijpers ym. 2008, 2009; Fernandez ym. 2015; Barlow ym. 2015; McDaid 2011).

Interventioiden vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden tutkiminen on perusteltua taloudellisesti, mutta myös inhimillisesti ajatellen. Vaikuttavuustutkimus ei kuitenkaan yksinään riitä, vaan erityistä huomiota tulisi kiinnittää vaikuttavien menetelmien laajaan koordinoituun implementointiin (ks. Borg 2015; Grol & Wensig 2013a). Terveyden edistämisen kentällä on alettu yhä enenevässä määrin kiinnittää huomiota organisaatioiden kykyyn soveltaa ja integroida interventioita ja ohjelmia siten, että vaikutukset ovat kestäviä. Tätä lähestymistapaa on kutsuttu käsitteellä ”health promotion capacity building” (Rimpelä 2010, 19–20) ja sitä on hyödynnetty muun muassa suomalaisten kuntien terveyden edistämien vertailutietojärjestelmän kehittämisessä (Ståhl & Rimpelä 2010). Yleisemmin implementointia koskevien tutkimustulosten (vrt. van Achterberg ym. 2008; Grol & Wensig 2013b) mukaan edellytyksenä onnistuneelle implementointistrategialle on, että löydetään strategia, joka sopii kohdejoukolle ja että strategia pohjautuu asianmukaiseen teoreettiseen käsitykseen sekä näyttöön joko teorian tai itse strategian vaikuttavuudesta. Onnistunut implementointi edellyttää analyysia kohdejoukon ja ympäristön tiedoista, asenteista, rutiineista, sosiaalisesta vaikutuksesta, organisaatioihin liittyvistä tekijöistä sekä resursseista.

Edistävän ja ehkäisevän työotteen ja interventioiden kehittämistä ja implementointia ajatellen on tärkeää tunnistaa eri tekijät ja tasot, joilla työtä tehdään ja joilla siihen vaikutetaan. Taulukkoon 3 on koottu Tansellan ja Thornicroftin (1998) mielenterveyspalvelujen matriisimallia mukaillen edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön toteuttamisen mahdollisuuksiin liittyviä tekijöitä valtakunnallisella, paikallisella ja yksilön tasolla sekä panosten, prosessien ja tulosten ulottuvuuksilla. Matriisimallia on kuvattu tarkemmin tämän tutkielman luvussa 3.4. Alkuperäistä mallia on muokattu edellä esitetyn kirjallisuuskatsauksen pohjalta edistävää ja ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä kuvaavaksi ja tämän tutkimuksen tarkoituksia vastaavaksi. Tansellan ja Thornicroftin (1998) mallia on paikallistason osalta täydennetty ”health promotion capacity building” -käsitteeseen pohjautuvalla suomalaisille kunnille kehitetyillä terveydenedistämisen aktiivisuuden ulottuvuuksilla (ulottuvuuksia on kuvattu tarkemmin luvussa 3.5) ja tämä ulottuvuus on nimetty yhteisön ja organisaation tasoksi. Matriisissa asiakastaso on korvattu yksilötasolla ja se tarkastelee edistävän ja ehkäisevän työn mahdollistavia tekijöitä työntekijöiden näkökulmasta. Tämän ulottuvuuden määrittelyn pohjalla on käytetty tämän tutkielman luvussa 3.4 esiteltyä kirjallisuutta.

Taulukko 3. Edistävän ja ehkäisevän työn toteuttaminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa: työhön vaikuttavat tekijät eri tasoilla

Maantieteellinen/ajallinen ulottuvuus	Panos	Prosessi	Tulos
Valtakunnallinen taso	Yhteiskunnallinen ilmapiiri, politiikka Lainsäädäntö Palveluiden rahoittaminen Kansalliset suositukset, linjat ukset	Toiminnan mittarit	Onnistuneen edistävän ja ehkäisevän työn tulokset (mm. elämän laadun paraneminen, sairastavuuden ja kuolleisuuden aleneminen, oireiden väheneminen, toimintakyvyn lisääntyminen jne.)
Yhteisön ja organisaation taso	Sitoutuminen Johtaminen Seuranta ja tarveanalyysi Voimavarat Yhteiset hyvät käytännöt Osallisuus	Palvelumallit Toimintakäytännöt Hoitopolut	
Yksilötaso	Osaaminen Sitoutuminen Työn mielekkyys Jaksaminen	Palvelujen laatu Palvelujen jatkuvuus	

Mieli-suunnitelmassa (STM 2009) edistävä ja ehkäisevä työ nostettiin yhdeksi neljästä suomalaisen mielenterveys- ja päihdetyön kehitettävästä osa-alueesta tutkimuksiin pohjautuvien kansallisten ja kansainvälisten linjausten mukaisesti. Suunnitelman arvioinnissa todetaan, että nimenomaan edistävää ja ehkäisevää työtä koskeva osa-alue jäi sekä suunnitelmavaiheessa että toimeenpanossa vähemmälle painatukselle ja tätä pidettiin erityisenä puutteena (STM 2016, 60). Mieli-suunnitelman loppuraportissa (STM 2016, 27) suunnitelman ohjausryhmä ehdottaa yhdeksi tulevaisuuden painopisteeksi, että mielenterveyttä vahvistavaa ja ongelmia ehkäisevää työtä lisätään ja että edistävän työn, ehkäisyn sekä varhaisen tunnistamisen ja hoidon vaikuttavat menetelmät otetaan peruspalveluissa kattavasti käyttöön. Raportissa (STM 2016, 22) todetaan myös, että toteutetusta edistävästä ja ehkäisevästä työstä ei ole saatavissa kattavaa kokonaiskuvaa. Mielenterveys- ja päihdetyössä edistävän ja ehkäisevän työotteen korostaminen sekä vaikuttavien menetelmien implementointi osaksi palveluita edellyttää käsitystä edistävän ja ehkäisevän työn tämänhetkisestä tilanteesta mielenterveys- ja päihdetyön kentällä (vrt. Grol & Wensig 2013).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa ennaltaehkäisevän ja edistävän mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen tueksi kartoittamalla sitä, miten panostus ehkäisevään työhön on viime vuosina muuttunut mielenterveys- ja päihdetyön toimijoiden arvioimana sekä sitä, millaisia painotuksia viime vuosina toteutetussa edistävässä ja ehkäisevässä mielenterveys- ja päihdetyössä on nähtävissä. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, minkälaiset tekijät mielenterveys- ja päihdetyön kentällä nähdään edistävää ja ennaltaehkäisevää työtä mahdollistavina.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten panostus ennaltaehkäisevään mielenterveys- ja päihdetyöhön on kehittynyt viime vuosina mielenterveys- ja päihdetyön toimijoiden kuvaamana?
2. Millaisiin osa-alueisiin edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön toteutus on viime vuosina painottunut?
3. Mitkä tekijät mahdollistavat mielenterveys- ja päihdepalveluissa tehtävän edistävän ja ennaltaehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön toteuttamista?

5 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

5.1 Aineiston kuvaus

Tutkielman aineistona käytetään Mieli-suunnitelman ulkoisen arvioinnin yhteydessä kerättyä tutkimusaineistoa. Ulkoinen arviointi oli osa Mieli-suunnitelman toimintakauden päättyessä tehtyä kokonaisarviointia suositusten toteutumisesta, vaikutuksista ja suunnitelman toimivuudesta ohjausvälineenä. Arviointi jakautui kolmeen osaan: STM:n ohjausryhmän tuottamaan raporttiin, THL:n raporttisarjan päätösraporttiin sekä ulkoiseen loppuarviointiin. Ulkoinen arviointi tehtiin STM:n toimeksiannosta ja arvioinnin toteuttaja valittiin avoimella kilpailutuksella. Ulkoinen arviointi toteutettiin Tampereen yliopiston Terveystieteiden yksikössä. Arviointiryhmään kuuluivat (pj) sosiaalipsykiatrian professori Sami Pirkola (Tay/HES), professori Juhani Lehto (Tay), päihdelääketieteen professori Mauri Aalto (Tay), erikoislääkäri, LT, MPH Ulla Idänpään-Heikkilä, kehittämisspäällikkö Petri Näätänen (HUS), dosentti, yliopistonlehtori Sari Fröjd (Tay/HES) ja asiantuntijalääkäri, LT Hannele Heilä (Kela). Arviointiryhmän asiantuntijasihteerinä toimi tämän tutkielman laatija.

Mieli-suunnitelman ulkoisessa arvioinnissa hyödynnettiin sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä. Arvioinnin tietolähteinä käytettiin sähköistä kyselyä asiantuntijoille, palvelujen vaikuttavuutta mittaavaa tilastotietoa, keskeisten asiantuntijatahojen laadullisia haastatteluja sekä kansallisia ja kansainvälisiä selvityksiä ja muuta kirjallista materiaalia. Tässä tutkielmassa aineistona käytetään Mieli-suunnitelman arviointia varten toteutetun sähköisen kyselyn ennaltaehkäisevää ja varhaista puuttumista koskeviin kysymyksiin tulleita vastauksia.

Sähköisen kyselyn tavoitteena oli tuottaa ulkoista arviointia varten tietoa suunnitelman toimenpiteiden ja niihin liittyvien tavoitteiden toteutumisesta sekä ohjelman toteuttamista edistävästä ja estävästä tekijöistä. Kysymykset laadittiin Mieli-suunnitelman neljän painopistealueen ja kahdeksantoista osatavoitteen pohjalta vastaamaan toimeksiantoön kirjattuihin arviointitavoitteisiin. Sähköinen kysely sisälsi sekä strukturoituja kysymyksiä että mahdollisuuden vapaamuotoiseen vastaamiseen. Kyselylomake on esitetty liitteessä 1. Kysely lähetettiin sairaanhoitopiirien psykiatrian toimialan johtotehtävissä toimiville sekä valittujen päihdehuollon yksiköiden ja kuntien / sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien perusterveydenhuollon sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen johto- ja kehittämistehtävissä toimiville. Lisäksi kysely lähetettiin valituille kolmannen sektorin toimijoille, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) eri toimipisteiden edustajille, joidenkin yksityisten työterveysasemien työterveyden vastuuhenkilöille sekä yliopistojen edustajille. Oskoko oli 564. Otannassa pyrittiin huomioimaan vastaajien jakautuminen eri toimijatahoille sekä toimijoiden alueellisesti kattava tavoittaminen. Aineisto kerättiin marraskuun 2015 aikana. Vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastauksia palautui marraskuun 2015 loppuun mennessä 147. Vastausprosentti oli 26 %.

5.2 Analyysimenetelmät

Tämän tutkimuksen perustana on raportin alussa kuvattu kirjallisuuskatsaus, jonka mukaan edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyöotteen painoarvoa tulisi lisätä (vrt. OECD 2015; WHO 2013), tutkimuksissa ja tutkimuskatsauksissa esitetyt näkemykset edistävän ja ehkäisevän työn vaikuttavista menetelmistä (vrt. Laajasalo & Pirkola 2012; Patel ym. 2015; Beardslee ym. 2011; Borg 2015) sekä tarve viedä edistävää ja ehkäisevää työtä käytäntöön (vrt. Borg 2015; Laajasalo & Pirkola 2012; STM 2016). Kokonaisuuden kannalta tässä tutkimuksessa on ollut mielekästä hyödyntää sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä. Varhaisen puuttumisen ja ennaltaehkäisevän työn panostuksen kehittymistä koskevaa tietoa analysoitiin tilastollisesti ristiintaulukoimalla ja χ^2 -testin avulla vertailemalla panostuksen kehittymistä eri taustamuuttujien luokissa. Edistävän ja ennaltaehkäisevän työn toteuttamista sekä edesauttavia ja estäviä tekijöitä koskevaa aineistoa analysoitiin laadullisesti teorialähtöisen teema-analyysin menetelmin.

Muuttujat ja kvantitatiivinen analyysi

Tutkimuksessa käytettävien muuttujien pohjana olleet Mieli-suunnitelman ulkoista arviointia varten toteutetun sähköisen kyselylomakkeen kysymykset on esitetty liitteessä 1. Joitakin muuttujia luokiteltiin uudelleen ennen analyysia. Tämä tehtiin siksi, että kyselyn vastausmäärä oli verrattain pieni ja ilman uusia luokitteluja analyysissa käytetyn tilastollisen testin oletukset eivät olisi täyttyneet (vrt. Heikkilä 2014, 201). Uudelleenluokittelu pyrittiin tekemään tutkimuksen tarkoitus huomioiden sekä siten, että olennaista tietoa ei hukattaisi tai aineisto vääristyisi (vrt. Valtari 2006, 12–13).

Selitettävänä muuttujana oli varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisevään työhön panostaminen viimeisen kolmen vuoden aikana vastaajan organisaatiossa/vastuualueella. Panostusta kysyttiin Likertin asteikolla siten, että vastausvaihtoehdot olivat ”huomattavasti vähemmän kuin aikaisemmin”, ”hieman vähemmän kuin aikaisemmin”, ”saman verran kuin aikaisemmin”, ”hieman enemmän kuin aikaisemmin”, ”huomattavasti enemmän kuin aikaisemmin” ja ”en osaa sanoa”. Ennen analyysia vaihtoehdot ”huomattavasti vähemmän kuin aikaisemmin”, ”hieman vähemmän kuin aikaisemmin” ja ”saman verran kuin aikaisemmin” sekä vaihtoehdot ”hieman enemmän kuin aikaisemmin” ja ”huomattavasti enemmän kuin aikaisemmin” yhdistettiin. Vaihtoehto ”en osaa sanoa” suljettiin analyysista pois vastausten vähäisen määrän takia. Lopullisiksi luokiksi muodostui ”saman verran tai vähemmän kuin aikaisemmin” ja ”enemmän kuin aikaisemmin”.

Selittävät muuttajat olivat edustettu sektori, vastuutaso/tehtäväalue, palveluiden tuottajataho sekä organisaation/vastuualueen kohderyhmä:

- *Edustettu sektori* määriteltiin alkuperäisen luokittelun mukaisesti luokin ”mielenterveyspalvelut”, ”päihdepalvelut” ja ”sekä mielenterveys- että päihdepalvelut”.
- *Vastuutasoa/tehtäväaluetta* tiedusteltiin kyselylomakkeessa luokin ”asiakkaan edustaja”, ”työntekijä”, ”esimiestyöntekijä”, ”asiantuntija”, ”johtaja” ja ”jokin muu, mikä?”. Ennen analyysia luokat ”asiakkaan edustaja” ja ”työntekijä” yhdistettiin luokaksi ”asiakkaan edustaja tai työntekijä” ”työntekijä” -luokan vähäisen vastaajamäärän takia. Luokka ”jokin muu, mikä?” suljettiin pois analyyseista vähäisen vastaajamäärän takia.
- *Palveluiden tuottajatahoa* tiedusteltiin kyselyssä luokin ”potilas- ja omaisjärjestöt”, ”sosiaali- ja terveysjärjestöt”, ”yksityiset palveluntuottajat”, ”kunnalliset peruspalvelut”, ”erikoissairaanhoidto” ja ”jokin muu, mikä?”. Ennen analyysia luokat ”potilas- ja omaisjärjestöt” ja ”sosiaali- ja terveysjärjestöt” yhdistettiin luokaksi ”järjestöt” potilas- ja omaisjärjestöjen edustajien vähäisen määrän takia. Luokka ”jokin muu, mikä?” suljettiin pois analyyseista vähäisen vastaajamäärän takia.
- *Organisaation/vastuualueen kohderyhmää* tiedusteltiin kyselyssä vaihtoehdoin ”lapset ja lapsiperheet”, ”nuoret”, ”aikuiset”, ”vanhukset” ja ”kaikki ikäryhmät”. Vastaajien oli mahdollista valita useampi vaihtoehto. Ennen analyysia aineisto koodattiin uudelleen siten, että vastausvaihtoehtoista muodostui yksi kohderyhmää kuvaava muuttuja (vrt. Heikkilä 2014, 125). Lopulliset luokat olivat ”lapset, lapsiperheet, nuoret”, ”nuoret ja aikuiset”, ”aikuiset” ja ”kaikki ikäryhmät”.

Määrällinen aineisto analysoitiin SPSS Statistics 23.0 -ohjelmistolla. Selittävien muuttujien yhteyttä varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisyyn panostamiseen tarkasteltiin ristiintaulukoimalla (vrt. Heikkilä 2014, 198). Tilastollista merkitsevyyttä testattiin Pearsonin χ^2 -riippumattomuustestin avulla. Riippuvuustarkasteluissa tutkitaan sitä, onko selitettävän muuttujan jakauma erilainen selittävän muuttujan eri luokissa. Menetelmät valittiin, koska selittävät ja selitettävät muuttajat olivat luokittelevia. (Heikkilä 2014, 198–209.) Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin $p < 0.05$.

Laadullinen tutkimus ja teema-analyysi

Laadullisen analyysin periaatteena on luoda yksittäisten havaintojen pohjalta sääntöjä, jotka pätevät koko aineistoon (Alasuutari 2011, 191). Laadullisen tutkimuksen eri lähestymistavoilla tutkimusaineistosta pyritään löytämään toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21). Tässä tutkimuksessa laadullista aineistoa analysoitiin teema-analyysin avulla. Teemoittelu on laadullisen analyysin perusmenetelmä ja sen avulla aineistosta pyritään hahmotta-

maan keskeisiä teemoja, jotka voivat olla aineistossa ei muodossa toistuvia aiheita (Eskola & Suoranta 1998, 175–182). Teemoittelu kuvataan usein yhtenä kvalitatiivisen analyysin välineenä, ei niinkään itsenäisenä menetelmänä. Analyysimenetelmänä teema-analyysi on melko huonosti tunnettu, vaikka asianmukaisesti toteutettuna sillä on monia etuja (Braun ja Clarke 2006). Teema-analyysissä tunnistetaan, analysoidaan ja raportoidaan aineistossa toistuvia teemoja. Suppeimmillaan se voi olla aineiston järjestelyä ja kuvailua, mutta sen avulla voidaan edetä pidemmälle tutkimuskysymyksen eri ulottuvuuksien tulkintaan. Teema-analyysi voi olla vaihtoehtoisesti realistinen menetelmä, joka raportoi kokemuksia, merkityksiä ja todellisuutta, tai se voi olla konstruktivistinen menetelmä, joka tutkii miten tapahtumat ja merkitykset ovat sosiaalisesti tuotettujen diskurssien aikaansaannoksia. (mt.) Tässä tutkimuksessa lähestymistapa on realistinen. Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, mitä aineistossa kerrotaan edistävästä ja ehkäisevästä työstä olettaen, että vastaukset edustavat objektiivista todellisuutta.

Teema-analyysissa teema tavoittaa aineistosta jotakin tärkeää suhteessa tutkimuskysymykseen. Teema-analyysissa on mahdollista muodostaa rikas temaattinen kuvaus koko aineistosta tai vaihtoehtoisesti keskittyä tuottamaan yksityiskohtaisempi kuvaus jostakin tietystä teemasta tai teemaryhmästä. (Braun ja Clarke 2006.) Tutkimuskysymysten luonteen vuoksi tässä tutkimuksessa keskitytään kuvaamaan koko aineistoa ja tavoitellaan aineiston tarjoamien mahdollisuuksien puitteissa kattavaa kuvausta edistävän ehkäisevän työn toteuttamisesta mielenterveys- ja päihdepalveluissa.

Teema-analyysi voi olla joko aineisto- tai teorialähtöistä. Teorialähtöinen (deduktiivinen) tutkimus tarkoittaa tutkimusaineiston analyysin perustumista olemassa olevaan teoriaan tai malliin, ja tarkoituksena on usein mallin tai teorian testaaminen uudessa yhteydessä. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 103–117.) Elon ja Kyngäksen (2008) mukaan teorialähtöinen analyysi voi rakentua myös siten, että teorioiden, mallien tai kirjallisuuskatsauksen pohjalta luodaan analyysin pohjaksi kategoriamatriiseja. Matriisit voivat olla joko väljiä tai strukturoituja. Teorialähtöisessä analyysissa aineistosta voidaan poimia ne asiat, jotka sisältyvät laadittuun analyysirunkoon sekä ne asiat, jotka jäävät rungon ulkopuolelle ja muodostaa näistä edelleen uusia luokkia (Tuomi & Sarajärvi 2012, 117–119). Aineistolähtöisessä (induktiivisessa) analyysissa pääpaino on puolestaan aineistossa ja teemat ovat voimakkaasti linkittyneitä itse aineistoon. Tällöin teoria rakennetaan aineisto lähtökohtana. (Braun ja Clarke 2006; Tuomi & Sarajärvi 2012, 108–113; Eskola & Suoranta 1998, 83.) Aineisto- ja teorialähtöisen analyysin väliin sijoittuu teoriaohjaava analyysi, jossa analyysi ei pohjaudu suoraan teoriaan, vaikka kytkennät siihen ovatkin havaittavissa. On myös mahdollista tehdä havaintoja siitä, ettei empiria vastaa aiempia tutkimuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 117–119).

Tässä tutkimuksessa sekä edistävän ja ehkäisevän työn toteuttamisen painotuksia kuvaavaa aineistoa että edistävää ja ehkäisevää työtä tukevia ja estäviä tekijöitä kuvaavaa aineistoa on analysoitu teorialähtöisesti. Analyysien pohjalle on Elon ja Kyngäksen (2008) esimerkin mukaisesti rakennettu kirjallisuuskatsaukseen pohjautuen kategoriamatriisit. Ehkäisevän työn toteuttamista kuvaava matriisi on rakennettu teorian pohjalta hyvin väljäksi ja rungon pohjalta on muodostettu analyysivaiheessa uusia teemoja aineistolähtöisen analyysin periaatteella (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2002, 116) mielenterveys- ja päihdetyön alueella toteutetun ehkäisevän työn painopisteiden selvittämiseksi. Työtä tukevia ja estäviä tekijöitä kuvaava matriisi on puolestaan rakennettu strukturoiduksi. Tässä ideana on ollut tarkastella sitä, vastaavatko kirjallisuuskatsauksen ja teorioiden periaatteet edistävän ja ehkäisevän työn toteuttamisen mahdollistavista tekijöistä mielenterveys- ja päihdepalvelujen toimijoiden näkemyksiä, ja muodostaa näiden pohjalta synteesi mahdollistavista tekijöistä.

Teorialähtöinen analyysi on valittu tässä tutkimuksessa lähestymistavaksi, koska tutkimuksessa tarkasteltavista ilmiöistä on olemassa aiempaa tutkittua tietoa, jonka hyödyntäminen analyyseissa on ollut tutkimuksen tarkoituksen kannalta relevanttia. On olemassa tutkittua tietoa siitä, millaiset tekijät ovat yhteydessä vaikuttavaan ennaltaehkäisevään ja edistävään työhön (ts. millaisia asioita työssä mahdollisesti kannattaisi painottaa) (vrt. esim. Laajasalo & Pirkola 2012; Patel ym. 2015; Beardslee ym. 2011; Borg 2015). Lisäksi on olemassa terveyden edistämisen teorioita ja malleja, jotka kuvaavat terveyden edistämistyön toteuttamisen mahdollisuuksiin liittyviä tekijöitä eri tasoilla (vrt. Nutbeam ym. 2010), ja myös mielenterveyspalveluista on koottu oma matriisimallinsa (Tansella & Thornicroft 1998). Deduktiivinen lähestymistapa on hyödyllinen nimenomaan silloin, kun tutkittavasta aiheesta on olemassa aiempaa tutkittua tietoa, kun taas induktiivinen lähestymistapa olisi käyttökelpoisempi, jos tutkittavasta aiheesta ei olisi aiempaa tutkimusta (Elo & Kyngäs 2008).

5.3 Laadullisen analyysin eteneminen

Tässä tutkimuksessa laadullinen analyysiprosessi on toteutunut yhdistellen Braunin ja Clarken (2006) kuvaamia teema-analyysin etenemisen vaiheita sekä Elon ja Kyngäksen (2008) kuvaamia deduktiivisen analyysiprosessin vaiheita. Elon ja Kyngäksen (2008) kuvaamat analyysiprosessin vaiheet on esitetty kvalitatiivista sisällönanalyysia käsittelevässä artikkelissa, mutta ovat teorialähtöisen analyysin etenemisen osalta hyödynnettävissä kyseisen tutkimuksen tarpeisiin. Analyysi on jakautunut seuraaviin vaiheisiin: aineistoon tutustumiseen, matriisien muodostamiseen, aineiston koodaamiseen, teemojen hahmottamiseen, teemojen tarkasteluun, teemojen nimeämiseen ja määrittelyyn sekä raportin kirjoittamiseen.

Aineistoon tutustumisen vaiheessa aineistoa luettiin niin useasti, että se tuli tutuksi (vrt. Braun ja Clarke 2006). Aineistoon tutustuminen aloitettiin jo edeltäneen tutkimusprosessin yhteydessä, joten

tätä tutkimusta aloitettaessa aineisto oli jo pintapuolisesti tuttu. Aineistoon tutustumisen yhteydessä analyysiyksiköt siirrettiin yksitellen taustamuuttujittain koodattuina uuteen tiedostoon varsinaista koodausvaihetta varten. Analyysiyksikköinä olivat pääasiassa yksittäiset sähköisen kyselyn kysymyksiin tulleet vastaukset. Jos vastauksessa oli mainittu useita eri asioita, pilkottiin vastaus useampaan analyysiyksikköön. Taustamuuttujat haluttiin säilyttää analyysiyksikköiden yhteydessä mahdollista myöhempää tarvetta varten.

Koska analyysi oli teorialähtöistä, muodostettiin aineistoon tutustumisen jälkeen Elon ja Kyngäksen (2008) analyysiprosessin etenemisen kuvauksen mukaisesti kategoriamatriisit. Huomioitavaa on, että teorialähtöistä analyysia käsittelevässä kirjallisuudessa (esim. Tuomi & Sarajärvi 2002, 116) analyysirungon muodostaminen nimetään usein analyysiprosessin ensimmäiseksi vaiheeksi tässä tutkimuksessa noudatetusta analyysiprosessin etenemisen kuvauksesta (Elo & Kyngäs 2008) poiketen. Tutkimuksessa hyödynnettiin aineistoa, johon tutkimuksen laatija oli tutustunut jo Mieli-suunnitelman arviointitutkimuksen yhteydessä, joten analyysirungon muodostaminen ennen aineistoon tutustumista ei olisi tässä tapauksessa ollut mahdollista. Tällöin ei ole ollut mahdollista välttyä siltä, etteikö aineisto jossain määrin olisi saattanut ohjata teorian muodostamista.

Ehkäisevän työn toteuttamisen painopisteitä käsittelevän tutkimuskysymyksen analyysin pohjaksi rakennettiin kirjallisuuskatsauksen pohjalta väljä matriisi (vrt. Elo & Kyngäs 2008). Matriisiin koottiin vaikuttavaa edistävää ja ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä koskevan kirjallisuuden ja tutkimuksen pohjalta tutkimuksissa toistuvia vaikuttavan edistävän ja ehkäisevän työn piirteitä (taulukko 4). Kehikon pohjana olevaa tutkimuskirjallisuutta on kuvattu tarkemmin tämän tutkielman luvussa 3.5.

Taulukko 4. Vaikuttavan edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön piirteitä

Vaikuttavan edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön piirteitä
Lasten ja nuorten kasvun ja kehityksen tukemisen painottaminen
Toimiva ja laaja-alainen yhteistyö
Huomion kiinnittäminen yksilön lisäksi hänen läheisiinsä, perheeseensä ja ympäristöönsä
Perusterveydenhuollon terveyden edistämisroolin vahvistaminen
Näyttöön perustuvien menetelmien hyödyntäminen

Edistävää ja ehkäisevää työtä mahdollistavia tekijöitä koskevan tutkimuskysymyksen osalta matriisi muodostettiin strukturoiduksi (vrt. Elo & Kyngäs 2008). Matriisiin koottiin edistävän ja ehkäisevän mielenterveystyön toteuttamista mahdollistavia tekijöitä valtakunnallisella, yhteisön ja organi-

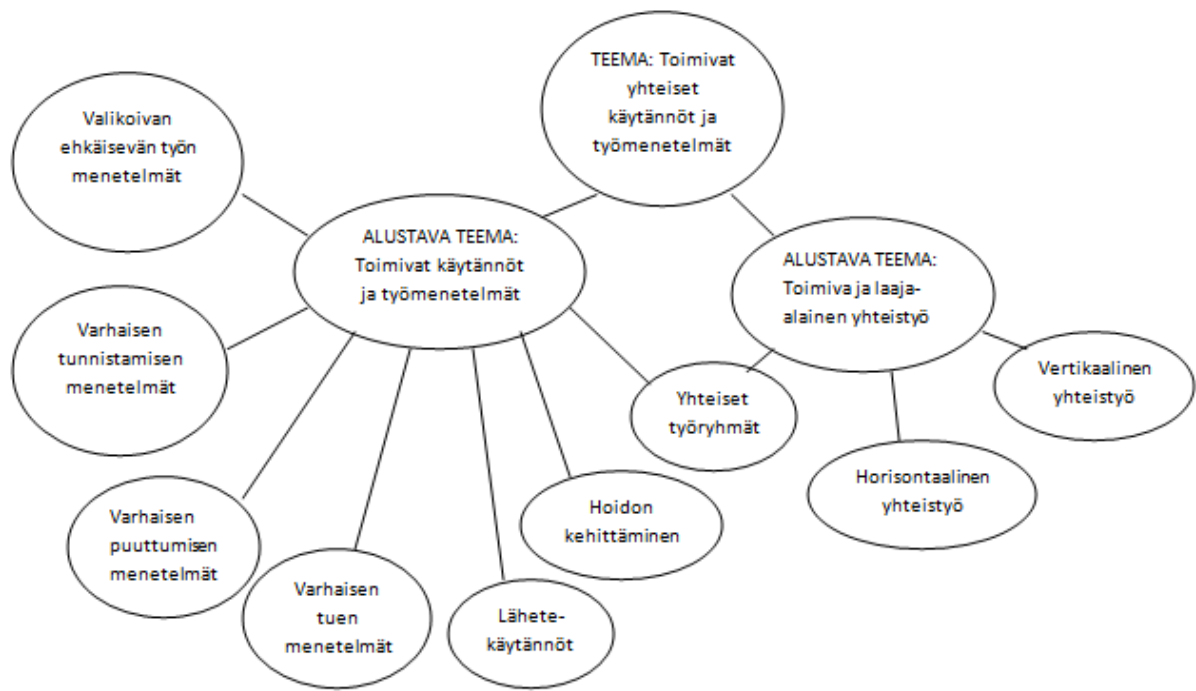
saation sekä yksilön tasolla. Ajallisella ulottuvuudella tekijät jaoteltiin panoksiin ja prosesseihin. Matriisin pohjana käytettiin Tansellan ja Thornicroftin (1998) mielenterveyspalvelujen matriisimallia. Alkuperäistä mallia muokattiin kirjallisuuskatsauksen pohjalta edistävää ja ehkäisevää mielen-terveys- ja päihdetyötä kuvaavaksi ja tutkimuksen tarkoituksia vastaavaksi. Strukturoitu matriisi on kuvattu tarkemmin tämän tutkielman sivulla 24 ja taulukossa 3.

Matriisien muodostamisen jälkeen aineisto koodattiin siten, että koodit kertoivat aineiston analyysiyksiköistä niiden olennaisen sisällön. Väljempää kategoriamatriisia hyödyntäneessä analyysissä koodaus tehtiin aineistolähtöisesti (taulukko 5). Strukturoitua kategoriamatriisia hyödyntäneessä analyysissä koodaus tapahtui matriisin (taulukko 3) teemojen mukaisesti (vrt. Elo & Kyngäs 2008; Braun ja Clarke 2006.) Yksi analyysiyksikkö oli mahdollista koodata useammalla eri koodilla.

Taulukko 5. Esimerkki aineiston koodauksesta

Alkuperäisilmaus	Koodattu	Alustava teema	Lopullinen teema
<i>”Perheiden tukeminen konkreettisin keinoin kotipalvelun avulla, neuvonpitojen järjestäminen siten että perheet määrittelee tarpeet ja mukaan tulevat asiantuntijatahot ja neuvonpidoissa sovitaan mitä kukin taho oikeasti ja konkreettisesti tekee”</i>	Varhaisen tuen menetelmät	Toimivat käytännöt ja työmenetelmät	Toimivat yhteiset käytännöt ja työmenetelmät
<i>”Yhteistyö oppilaitosten ja neuvoloiden yms. kanssa on lisääntynyt”</i>	Horisontaalinen yhteistyö	Toimiva ja laaja-alainen yhteistyö	

Kun aineisto oli koodattu, sitä alettiin järjestellä koodien perusteella sekä väljemmän matriisin että strukturoidun matriisin mukaisiin teemoihin (vrt. Braun & Clarke 2006). Väljemmän matriisin pohjalta muodostettiin aineistolähtöisesti uusia alustavia ryhmittelyjä, joita hahmoteltiin edelleen mahdollisiksi uusiksi teemoiksi (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2002, 116). Kun alustavat teemat saatiin hahmoteltua, niitä alettiin tarkastella sekä suhteessa itseensä että suhteessa koko aineistoon. Kuviossa 1 on esitetty esimerkkinä teemakartta yhden teeman muodostumisesta koodien pohjalta alustaviksi teemoiksi ja edelleen lopulliseksi teemaksi. (vrt. Braun & Clarke 2006). Strukturoidun matriisin osalta koodatut alkuperäisilmaisut järjestettiin matriisin mukaisiin teemoihin, jonka jälkeen teemoiteltua aineistoa tarkasteltiin suhteessa alkuperäiseen matriisiin. Lopullisten teemojen muodostamisen jälkeen teemat nimettiin ja määriteltiin (vrt. Braun ja Clarke 2006).



Kuvio 1. Teemakartta ”Toimivien yhteisten käytäntöjen ja työmenetelmien” -teeman muodostumisesta alustavien koodien ja alustavien teemojen pohjalta

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Panostus ehkäisevään mielenterveys- ja päihdetyöhön

Muuttujien jakaumat

Kaikista kysymykseen vastanneista enemmistö (yhteensä noin 63 %) oli sitä mieltä, että varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisevään työhön oli panostettu edeltävän kolmen vuoden aikana enemmän kuin aikaisemmin. Vastaajista 42.4 % arvioi, että panostusta oli ollut hieman enemmän ja 20.8 % että panostusta oli ollut huomattavasti enemmän kuin aikaisemmin (Taulukko 6). Vain pieni osa vastaajista (6.9 %) oli sitä mieltä, että panostus oli ollut aiempaa vähäisempää. Reilu neljännes vastaajista (27.1 %) arvioi, että varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisevään työhön oli panostettu saman verran kuin aiemmin. Analyyseissa panostusta tarkastellaan kaksiluokkaisena siten, että luokat ”hieman enemmän” ja ”huomattavasti enemmän” on yhdistettynä luokaksi ”enemmän kuin aikaisemmin”. Luokat ”vähemmän” ja ”saman verran” on yhdistetty luokaksi ”saman verran tai vähemmän kuin aikaisemmin”. Taulukossa 6 esitetään alkuperäisten muuttujien jakaumat tarkemman kuvan hahmottamiseksi.

Puolet kysymykseen vastanneista (51.4 %) edusti mielenterveyspalveluja ja vain reilu kymmenesosa (12.0 %) päihdepalveluja. Sekä mielenterveys- että päihdepalveluja edusti vastaajista reilu kolmannes (36.6 %). Enemmistö vastaajista oli johtajia (43.5 %). Asiantuntijoita vastaajista oli kymmenesosa (10.9 %) ja esimiestyöntekijöitä vajaa kolmannes (30.6 %). Asiakkaan edustajia oli noin kymmenesosa (10.2 %). Vähiten vastaajissa oli työntekijöitä (4.8 %). (Taulukko 6).

Eniten vastaajissa oli erikoissairaanhoidon (37.2 %) ja kunnallisten peruspalveluiden edustajia (25.5 %). Yksityisten palveluntuottajien edustajia oli 14.6 %, sosiaali- ja terveysjärjestöjen edustajia 16.1 % ja potilas- ja omaisjärjestöjen edustajia 6.6 %. Vastaajien organisaation tai vastualueen kohderyhmiä tarkasteltaessa reilu kolmannes (38.8 %) kysymykseen vastanneista ilmoitti palvelujen kohderyhmäksi kaikki ikäryhmät ja vajaa kolmannes (31.1 %) aikuiset. Nuoret ja aikuiset olivat kohderyhmänä vastaajista 15.6 %:lla ja lapset, lapsiperheet ja nuoret suunnilleen yhtä suurella osalla (14.3 %). (Taulukko 6).

Taulukko 6. Muuttujien jakaumat

	n	%
Selitettävä muuttuja		
Panostus varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisevään työhön viimeisen kolmen vuoden aikana		
Vähemmän kuin aikaisemmin	10	6.9
Saman verran kuin aikaisemmin	39	27.1
Hieman enemmän kuin aikaisemmin	61	42.4
Huomattavasti enemmän kuin aikaisemmin	30	20.8
En osaa sanoa	4	2.8
Selittävät muuttujat		
Edustettu sektori		
Mielenterveyspalvelut	73	51.4
Päihdepalvelut	17	12.0
Sekä mielenterveys että päihdepalvelut	52	36.6
Vastuutaso/tehtäväalue		
Asiakkaan edustaja	15	10.2
Työntekijä	7	4.8
Esimiestyöntekijä	45	30.6
Asiantuntija	16	10.9
Johtaja	64	43.5
Palveluiden tuottajataho		
Potilas- tai omaisjärjestöt	9	6.6
Sosiaali- ja terveysjärjestöt	22	16.1
Yksityiset palveluntuottajat	20	14.6
Kunnalliset peruspalvelut	35	25.5
Erikoissairaanhoito	51	37.2
Organisaation/vastuualueen kohderyhmä		
Lapset, lapsiperheet, nuoret	21	14.3
Nuoret ja aikuiset	23	15.6
Aikuiset	46	31.3
Kaikki ikäryhmät	57	38.8

Edustetun sektorin, vastuutason, palveluiden tuottajatahon ja vastuualueen kohderyhmän yhteys arvioon varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisevään työhön panostamisesta

Edustettu sektori (mielenterveys- /päihde- /sekä mielenterveys- että päihdepalvelut) ja vastuualueen kohderyhmä eivät olleet yhteydessä vastaajien arvioon varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisevään työhön panostamisesta (Taulukko 7). Vastuutasoja ja palveluiden tuottajatahoja tarkasteltaessa eri luokkien väliset erot arvioissa olivat puolestaan tilastollisesti merkitseviä ($p=0.018$ ja $p=0.048$).

Asiakkaan edustajista ja työntekijöistä reilu puolet (55 %) arvioi, että varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisevään työhön oli panostettu saman verran tai vähemmän kuin aikaisemmin, kun taas kaikissa muissa ryhmissä enemmistö oli sitä mieltä, että panostusta oli ollut enemmän kuin aikaisemmin. Esimiestyöntekijöistä ja asiantuntijoista reilu puolet (58.1 % ja 56.3 %) arvioi panostuksen aiempaa suuremmaksi. Johtajat arvioivat muita ryhmiä huomattavasti useammin (78.7 %), että varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisyyn oli panostettu enemmän kuin aikaisemmin. (Taulukko 7).

Palveluiden tuottajatahoja tarkasteltaessa järjestöjen edustajista enemmistö (59.3 %) arvioi, että varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisevään työhön oli panostettu saman verran tai vähemmän kuin aikaisemmin. Kaikissa muissa ryhmissä enemmistö oli sitä mieltä, että panostusta oli ollut aiempaa enemmän. Kunnallisten peruspalvelujen edustajat arvioivat muita ryhmien useammin (73.5 %), että varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisevään työhön oli panostettu aiempaa enemmän. Yksityisten palveluntuottajien edustajista 65 % ja erikoissairaanhoidon edustajista 68 % arvioi, että panostusta oli ollut aiempaa enemmän. (Taulukko 7).

Taulukko 7. Edustetun sektorin, vastuutason/tehtäväalueen, palveluiden tuottajatahon sekä organisaation/vastuualueen kohderyhmän yhteys arvioon varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisevään työhön panostamisesta viimeisen kolmen vuoden aikana

	Saman verran tai vähem- män kuin aikaisemmin	Enemmän kuin aikai- semmin	Yht. n	p-arvo
	%	%		
Edustettu sektori				0.325
Mielenterveyspalvelut	37.1	62.9	70	
Päihdepalvelut	46.7	53.3	15	
Sekä mielenterveys että päihde- palvelut	27.5	72.5	51	
Vastuutaso/tehtäväalue				0.018
Asiakkaan edustaja tai työnteki- jä	55.0	45.0	20	
Esimiestyöntekijä	41.9	58.1	43	
Asiantuntija	43.8	56.3	16	
Johtaja	21.3	78.7	61	
Palveluiden tuottajataho				0.048
Järjestöt	59.3	40.7	27	
Yksityiset palveluntuottajat	35.0	65.0	20	
Kunnalliset peruspalvelut	26.5	73.5	34	
Erikoissairaanhoito	32.0	68.0	50	
Organisaation/vastuualueen koh- deryhmä				0.916
Lapset, lapsiperheet, nuoret	33.3	66.7	21	
Nuoret ja aikuiset	31.8	68.2	22	
Aikuiset	39.5	60.5	43	
Kaikki ikäryhmät	33.3	66.7	54	

Tilastollisesti merkitsevät p-arvot lihavoitu

6.2 Ehkäisevän työn painopisteet

Ehkäisevän työn toteuttamisen teemoja oli analyysikehikkona toimineessa väljässä matriisissa alun perin viisi: lasten ja nuorten kasvun ja kehityksen tukeminen, tiivis yhteistyö eri toimijoiden välillä, huomion kiinnittäminen yksilön lisäksi hänen läheisiinsä ja ympäristöönsä, perusterveydenhuollon terveyden edistämisroolin vahvistaminen sekä näyttöön perustuvien menetelmien hyödyntäminen. Nämä teemat muodostuivat vaikuttavaa edistävää ja ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä koskevan kirjallisuuden ja tutkimuksen pohjalta tutkimuksissa toistuvista vaikuttavan edistävän ja ehkäisevän työn piirteistä. Kehikon pohjana olevaa tutkimuskirjallisuutta on kuvattu tarkemmin tämän tutkielman luvussa 3.5. Teemat toistuivat myös tutkimusaineistossa vastaajien antamissa ehkäisevän työn toteuttamisen esimerkeissä, mutta jäsentyivät väljän matriisin sisällä tehdyn analyysin myötä hieman eri tavoin.

Lasten ja nuorten kasvun ja kehityksen tukeminen muodostui analyysivaiheessa muihin teemoihin kytkeytyväksi läpileikkaavaksi teemaksi. Tähän teemaan yhdistyi myös perheen tukeminen, joka alkuperäisessä matriisissa oli omana teemanaan huomion kiinnittämisenä yksilön lisäksi myös hänen läheisiinsä ja ympäristöönsä. Vastauksissa lasten kasvun ja kehityksen tukeminen yhdistettiin kuitenkin hyvin voimakkaasti perheen tukemiseen, joten näiden yhdistäminen omaksi teemakseen oli luontevaa. Myös asiakkaan aseman vahvistaminen muodostui muut teemat läpileikkaavaksi teemaksi aineistolähtöisen analyysin pohjalta. Tätä teemaa ei analyysikehikkona toimineessa matriisissa alun perin ollut.

Analyysikehikkona toimineessa matriisissa yhteistyö oli esitetty omana teemanaan, mutta tämä muodostui analyysin myötä osaksi toimivien yhteisten työmenetelmien ja käytäntöjen teemaa. Yhteistyötä korostettiin vastauksissa paljon ja useimmiten siitä puhuttiin nimenomaan työmenetelmänä ja käytäntönä. Yhteistyö olisi ollut mahdollista säilyttää omana läpileikkaavana teemanaan, mutta analyysissa se kuitenkin katsottiin useiden ehkäisevän työn toteuttamisen työmenetelmien peruselementiksi ja toimivaksi käytännöksi.

Alkuperäisessä analyysissa perusterveydenhuollon terveyden edistämisroolin vahvistaminen oli omana teemanaan. Tästä puhuttiin vastauksissa, mutta perusterveydenhuollon roolin korostamisen ohella vastauksissa korostettiin ylipäätään kaikkien mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvien palvelujen toimivaa ja suunnitelmallista kokonaisuutta. Tämän vuoksi perusterveydenhuollon terveyden edistämisroolin vahvistamisen teema laajennettiin toimivien palvelujen ja niiden strategisen suunnittelun ja koordinoinnin teemaksi.

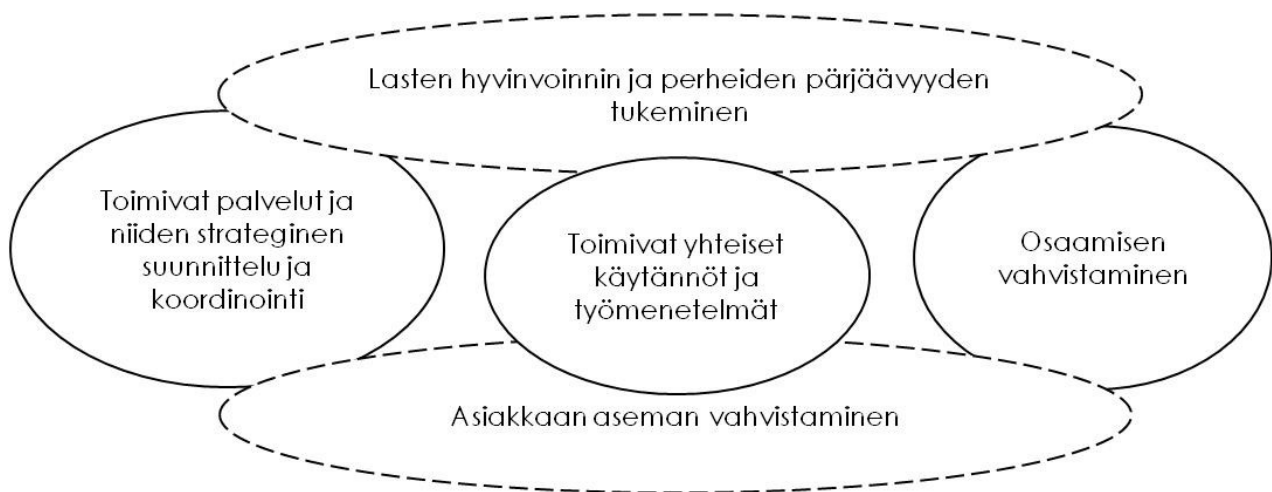
Analyysikehikkona toimineessa matriisissa viidentenä osa-alueena oli näyttöön perustuvien menetelmien hyödyntäminen. Vastauksissa ei käytetty käsitettä ”näyttöön perustuva”, vaikka tällaisia menetelmiä nimettiin toimivien yhteisten käytäntöjen ja työmenetelmien -teemassa. Analyysivaiheessa viidenneksi teemaksi muodostui lopulta osaamisen vahvistaminen, joka koostui useissa vastauksissa toistuneista kouluttautumiseen ja osaamisen jakamiseen liittyvistä esimerkeistä. Koulutusten kerrottiin koskeneen usein juuri näyttöön perustuvia menetelmiä, vaikka vastauksissa ei tätä erikseen mainittukaan.

Ehkäisevän työn toteuttamista kuvaavasta aineistosta muodostui lopullisen analyysin myötä yhteensä viisi teemaa (kuvio 2), joista kaksi linkittyi muihin teemoihin. Kolme erillistä teemaa olivat:

- toimivat palvelut ja niiden strateginen suunnittelu ja koordinointi
- toimivat yhteiset käytännöt ja työmenetelmät sekä
- osaamisen vahvistaminen.

Linkittyvät teemat olivat:

- lasten hyvinvoinnin ja perheiden pärjäävyyden tukeminen sekä
- asiakkaan aseman vahvistaminen.



Kuvio 2. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön toteuttamisen painopisteet mielenterveys- ja päihdepalveluissa

I Toimivat palvelut ja niiden strateginen suunnittelu ja koordinointi

Toimivien palveluiden ja niiden strategisen suunnittelun ja koordinoinnin -teemassa vastaajat nimesivät ehkäisevän työn toteuttamisen tavoiksi erilaisia palveluihin ja palveluiden kehittämiseen, suunnitteluun ja koordinaatioon liittyviä asioita. Vastauksissa puhuttiin hoitopolkujen selkiyttämisestä, avohoidon kehittämisestä ja perusterveydenhuollon tukemisesta. Lisäksi korostettiin matalan kynnyksen palveluiden lisäämistä ja uudenlaisten palvelujen kehittämistä. Mielenterveys- ja päihde-

työn strategiat mainittiin myös useissa vastauksissa ehkäisevän työn toteuttamisen tavoiksi. Toteuttamistapojen kuvaamisen lisäksi vastaajat mainitsivat, että palveluita on kehitetty muun muassa hanketyön avulla sekä resursseja vahvistamalla.

Ehkäisevän työn toteuttamisen esimerkkeinä vastauksissa kuvattiin yleisesti hoitoon pääsyn nopeuttamiseen liittyviä asioita. Erityisesti matalan kynnyksen palveluiden kehittäminen nimettiin useissa vastauksissa olennaiseksi ehkäisevän työn toteuttamisen tavaksi. Myös erilaisia tukipalveluita kuvattiin. Näissä oleellisena asiana kuvattiin tukipalveluiden tarjoamista mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja asiakkaan ehdoilla.

”Matalan kynnyksen palveluiden luominen”

”Päihdekuntoutuskeskuksessa on matala kynnyks tulla hoitoon. Ensisuojaan voi tulla klo. 20.00 - 8.00 välisenä aikana päihtyneenä”

”Varhaisen tuen palvelut kunnissa”

”Kotikäynnit ja tuki arkeen ajoissa”

Vastaajat nimesivät ehkäisevän työn toteuttamisen esimerkkeinä myös, että palveluita on pyritty sujuvoittamaan hoitopolkuja mallintamalla ja jalkauttamalla. Kerrottiin esimerkiksi, että *”pienien lasten mielenterveystyön hoitoketju Helsingissä on valmistumassa”*.

Toimivien palvelujen -teemassa nimettiin lisäksi ehkäisevän työn toteuttamiseen liittyvinä asioina erilaisia uusia palveluiden tuottamisen tapoja. Tällaisia olivat muun muassa erilaisten liikkuvien palveluiden ja sähköisten palveluiden kehittäminen ja käyttöönotto ennaltaehkäisevän työn tukena. Erityisesti sähköisen *”Mielenterveystalo.fi”* -palvelun käyttöönotto nimettiin useissa vastauksissa yhdeksi ehkäisevän työn toteuttamisen tavaksi. Perusterveydenhuollon tukemiseen liittyen nostettiin monissa vastauksissa esiin toimivana esimerkkinä *”Hyks-Varhain työn perustaminen”*.¹

¹ ”Varhain-toiminta on nuorisopsykiatrian tarjoamaa konsultatiivista palvelua, jossa arviointi, tutkimus ja varhaisinterventiot tapahtuvat nuoren omassa ympäristössä yhteistyössä peruspalveluiden kanssa. Konsultaation aikana asiakkuus säilyy peruspalveluissa.” (Hyvinvoinnin palveluopas 2015)

II Toimivat yhteiset käytännöt ja työmenetelmät

Toimivien yhteisten käytäntöjen ja työmenetelmien -teemassa nimettiin sekä universaalin, valikoivan että kohdennetun ehkäisyyn menetelmiä. Suurin osa nimetyistä menetelmistä oli palvelujärjestelmän sisällä toteutettavia kohdennettuja menetelmiä, jotka tähtäsivät varhaiseen puuttumiseen, varhaiseen tukeen tai hoidon kehittämiseen. Vastauksissa painottui myös vahvasti yhteistyön lisääntyminen ja sen merkitys ehkäisevän työn näkökulmasta.

Universaalin ehkäisevän työn menetelminä mainittiin muun muassa ”Pakka-toiminnan tuonti alueelle”¹ ja Örebron mallin² jalkauttaminen. Ongelmien varhaiseen tunnistamiseen liittyen kuvattiin erilaisia uusia sähköisiä välineitä, kuten ”Uusille opiskelijoille suunnattu sähköinen terveystarkastus ja riskiryhmään kuuluville kutsu terveystapaamiseen tarvittaessa”. Useissa vastauksissa nostettiin esiin erilaisia käytönotettuja toimintamalleja:

”Yrityksissä on otettu käyttöön (lainkin edellyttämä) varhaisen välittämisen/puuttumisen toimintamalli, jota modernimmin nimitään työkyvyn hallintamalliksi tai jatkuvan välittämisen malliksi. Päihde- ja mt-ongelmien varhainen tunnistaminen tulee näissä osana havaintoja työ- ja toimintakyvyn ongelmista”.

Varhaisen tunnistamisen lisäksi vastauksissa korostuivat varhaisen puuttumisen menetelmät. Esi-merkkinä mainittiin muun muassa ”Työikäisten alkoholin suurkuluttajien varhaisen puuttumisen ryhmäohjelma”. ”Mini-interventio” mainittiin muutamissa vastauksissa yhtenä ehkäisevän työn toteuttamisen menetelmänä. Tunnistamisen ja puuttumisen lisäksi vastauksissa nimettiin erilaisia varhaisen tuen menetelmiä, joilla pyrittiin ehkäisemään ongelmien syntymistä tai pahenemista.

”Perheiden tukeminen konkreettisilla keinoin kotipalvelun avulla, neuvonpitojen järjestäminen siten että perheet määrittelee tarpeet ja mukaan tulevat asiantuntijatahot ja neuvonpidoissa sovitaan mitä kukin taho oikeasti ja konkreettisesti tekee.”

¹ ”Pakka-toimintamalli on tutkitusti tehokas yhteisöllinen keino paikalliseen alkoholihaittojen ehkäisyyn, mutta se on sovellettavissa myös tupakka- ja rahapelihaittojen ehkäisyyn. Toimintamallissa perinteinen ehkäisevä päihdetyö kohtaa saatavuuden sääntelyn ja vaikuttavuus tehostuu.” (Fors ym. 2013)

² Örebro-toimintamallilla pyritään vaikuttamaan vanhempien asenteisiin nuorten päihde- ja alkoholi-ongelmien tukemiseksi (Innokylä 2016)

Myös hoidon kehittäminen nähtiin vastauksissa tapana toteuttaa ennaltaehkäisevää työtä. Esimerkkeinä mainittiin muun muassa, että ”on perustettu syömishäiriö-tiimi” ja että on ”osallistuttu alueen Marak-työskentelyyn¹”. Myös lähetekäytännöt nähtiin joissakin vastauksissa menetelminä, joilla ehkäisevää työtä toteutettiin.

”Lähetekynnyksen madaltaminen”

”Hoitokontakti ilman lähetettä”

”Lähteet käsitellään nopeasti”

Yhteistyön merkitystä korostettiin useissa toimintakäytäntöjä ja työmenetelmiä kuvaavissa vastauksissa. Kerrottiin muun muassa yhteisten työryhmien perustamisesta. Vastauksissa yhteistyötä kuvattiin sekä horisontaalisena että vertikaalisena yhteistyönä ja korostettiin molempien merkitystä ehkäisevän työn toteuttamisen kannalta.

”Erikoissairaanhoidon tarjoama konsultaatiotuki muulle terveydenhuollolle”

”Yhteistyö sivistys- ja kulttuuritoimen kanssa tehostunut”

”Yhteistyön tiivistäminen äitiys- ja lastenneuvoloiden kanssa siten että mahdollisimman varhainen tuen tarjoaminen toteutuu.”

”Lisääntynyt yhteistyö lasten-/nuorisopsykiatrian ja lastensuojelun välillä.”

”Psykiatrian esh:n ammattilaisia enemmän välittömässä työssä yhdessä pth:n toimijoiden kanssa.”

III Osaamisen vahvistaminen

Osaamisen vahvistamisen -teemassa ennaltaehkäisyn toteuttamisen tapoina nimettiin erilaisia tiedon lisäämiseen liittyviä tekijöitä. Tällaisia olivat henkilökunnan kouluttaminen, osaamisen jakaminen sekä erilainen tiedottaminen.

Henkilökunnan kouluttamiseen liittyen mainittiin sekä yleisesti mielenterveysosaamiseen liittyviä koulutuksia että koulutuksia, jotka liittyivät tiettyyn kohdennettuun aihealueeseen.

¹”MARAK on Englannista lähtöisin oleva menetelmä, jolla pyritään auttamaan vakavaa parisuhdeväkivaltaa kokeneita uhreja tai sen uhan alla eläviä henkilöitä.” (THL 2015)

”Mielenterveysosaamisen vahvistaminen kouluissa henkilöstön koulutuksen avulla”

”Järjestetty varhaisen puuttumisen koulutuksia sekä päihde- että mielenterveysongelmien osalta ja liitetty näihin selkeät toimintaohjeet, miten tarpeellisen avun piiriin voi asiakkaan neuvoo”

”Järjestetty ”Lapset puheeksi” -koulutuksia”

Osaamisen jakamiseen liittyen vastaukset koskivat lähinnä erikoissairaanhoidon osaamisen viemistä perusterveydenhuollon toiminnan tueksi. Esimerkkinä tällaisesta toiminnasta mainittiin muun muassa *”2014 aloitettu HYKS-Varhain konsultaatio perustason toimijoille”*.

Tiedottamisen koettiin myös useissa vastauksissa lisääntyneen. Esimerkkeinä mainittiin *”tiedottaminen päihderiippuvuudesta sairautena”* ja koettiin, että *”tiedottaminen mielenterveysasioista/palveluista on parantunut”*.

IV Lasten hyvinvoinnin ja perheiden pärjäävyyden tukeminen

Lasten hyvinvoinnin ja perheiden pärjäävyyden tukemisen -teema linkittyy edellä kuvattuihin palveluita, toimintakäytäntöjä ja -malleja sekä osaamisen vahvistamista kuvaaviin teemoihin. Tässä teemassa vastaajat nimesivät ehkäisevän toiminnan toteuttamisen tavoiksi keinoja, jotka liittyvät lasten huomioimiseen kaikissa palveluissa, lasten hoidon kehittämiseen sekä perheiden tukemiseen ja mukaan ottamiseen.

Lasten huomioiminen kaikissa palveluissa nähtiin vastauksissa tapana ehkäistä yli sukupolvien siirtyviä ongelmia. Vastauksissa puhuttiin sekä lasten huomioimisesta aikuisten palveluissa että sisarusten huomioimisesta lapsille kohdistetuissa palveluissa. Erityisesti Lapset puheeksi -menetelmä mainittiin useissa vastauksissa tärkeänä ennaltaehkäisevän työn välineenä.

”Lapset puheeksi toimintamallin käyttöönotto kouluissa, varhaiskasvatuksessa sekä kaikissa niissä sote-palveluissa jossa lapsiperheiden vanhemmat ovat asiakkaina sekä neuvolassa”

”Sisarusten ohjaaminen erilaisiin tukiin, esim. toimiva perhe, perhekoulu jne.”

Hoidon kehittämiseen liittyen vastauksissa mainittiin esimerkkeinä *”pienten lasten hoidon tehostaminen”* sekä todettiin, että on valmisteltu pienten lasten mielenterveystyön hoitoketju.

Perheen huomioimista ja mukaan ottamista korostettiin useissa vastauksissa. Perheen tukemisen merkitystä korostettiin niin neuvolapalveluissa kuin psykiatrisen hoidonkin järjestämisessä. Vastauksissa mainittiin erilaisia perhetyön toimintamalleja, kuten perheneuvolat, perheentalot ja kotipalvelu.

”Neurolatyössä asiaan on kiinnitetty paljon huomiota”

”Hoidettavan lapsen lisäksi perheen rooli on ehkä entisestään korostunut, pyritään antamaan laaja-alaisesti apua”

”Eroavien perheiden tukeminen ajatuksella, että erossa huomioidaan lapsen näkökulma. Vanhemmuus ei pääty vaikka avioero toteutuu”

V Asiakkaan aseman vahvistaminen

Asiakkaan aseman vahvistamisen -teemassa vastaajat nimesivät ennaltaehkäisevän työn toteuttamisen tavoiksi erilaisia asiakkaiden osallistamiseen tähtääviä toimia. Tällaisia olivat muun muassa kansalaistoiminta, kokemusasiantuntijuuden ja vertaistuen hyödyntäminen sekä asiakkaiden ottaminen mukaan heitä koskevaan päätöksentekoon. Myös valinnan vapautteen viitattiin. Tämä teema oli limittäinen palveluita, toimintakäytäntöjä ja -malleja sekä osaamisen vahvistamista kuvaavien teemojen kanssa.

”Kansalaistoiminnan voimakas kehittäminen, yhteistyö eri järjestöjen kesken, Kumppanuustalon perustaminen”.

”Panostettu palveluiden käyttäjien osallisuuteen ja aktiiviseen kansalaisuuteen, tiedottamalla mahdollisuuksista osallistua ja vaikuttaa laajasti ja monipuolisesti, kannustettu mukaan harrastus- ym. toimintaan, tuettu työhön ja opiskeluihin jne.”.

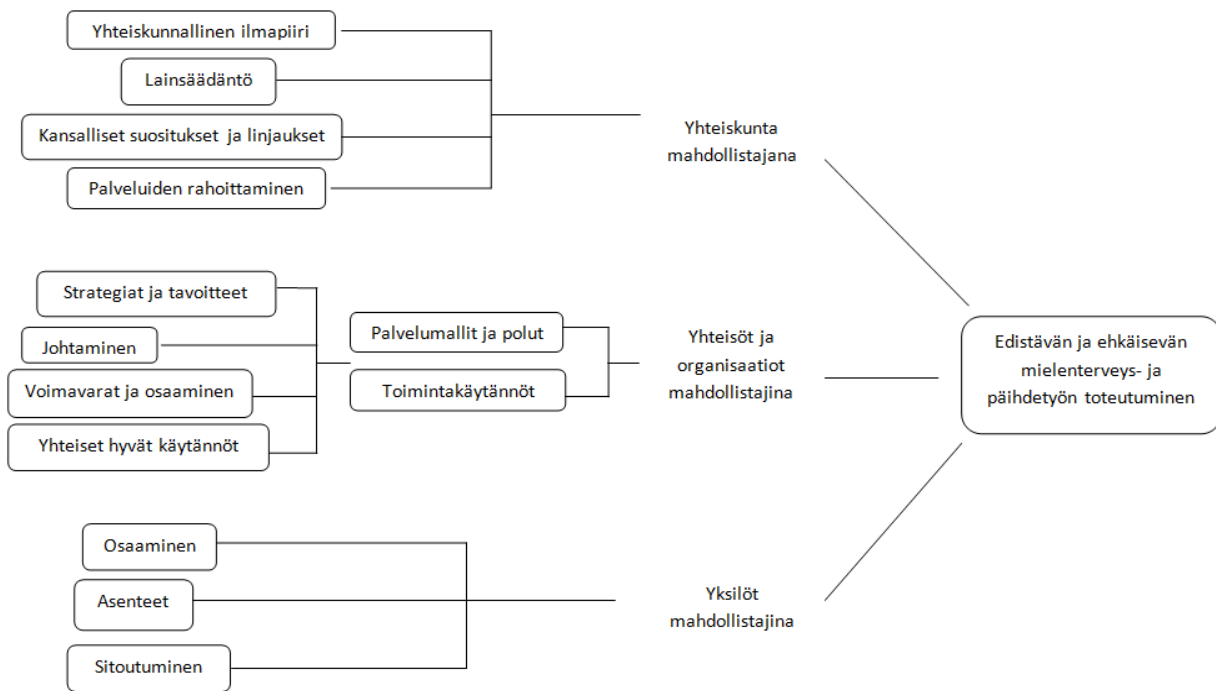
Kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen mainittiin joissakin vastauksissa ehkäisevän työn toteuttamisen esimerkkinä. Todettiin muun muassa, että *”kokemusasiantuntijoiden työpanosta on jonkin verran hyödynnetty”* ja kerrottiin, että eri psyykkisten sairauksien hoito-ohjelmien rakentamisessa on hyödynnetty kokemusasiantuntemusta. Myös vertaistuki nimettiin joissakin vastauksissa ehkäisevän työn esimerkkinä.

”Vertaistuki on päihdetoipujan tavoitettavissa 24/7”

”Vertaistukiryhmiä päihdeongelmista kärsivien läheisille”.

6.3 Ehkäisevää työtä mahdollistavat tekijät

Ehkäisevän työn mahdollistavat tekijät oli jaoteltuina analyysin pohjana toimineessa strukturoidussa kategoriamatriisissa (s. 24) valtakunnalliseen tasoon, yhteisön ja organisaation tasoon sekä yksilötasoon. Nämä tasot olivat tunnistettavissa myös tutkimusaineistosta. Tasojen sisällä tekijät oli jaoteltu panoksiin ja prosesseihin. Suurimmaksi osaksi vastaajat kuvasivat ehkäisevän työn mahdollistajina tekijöitä, jotka liittyivät yhteisön ja organisaation tasolla työtä edesauttaviin ja toisaalta estäviin asioihin. Analyysivaiheessa analyysikehikkona toimineen matriisin ja tutkimusaineiston pohjalta kuvioon 3 jäseneltiin ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön toteuttamista mahdollistavia tekijöitä kuvaavat teemat.



Kuvio 3. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön toteuttamista mahdollistavat tekijät

Yhteiskunnan tasolla vastauksista oli tunnistettavissa kaikki analyysikehikkona toimineessa matriisissa esiintyneet panoksia kuvaavat teemat: yhteiskunnallinen ilmapiiri, lainsäädäntö, palveluiden rahoittaminen sekä kansalliset suositukset ja linjaukset.

Yhteisön ja organisaation tasolla vastauksista oli tunnistettavissa sekä panoksia että prosesseja kuvaavia teemoja. Analyysivaiheessa sitoutumisen teema nimettiin vastauksia kuvaavammin strategioiden ja tavoitteiden teemaksi. Seurantaan ja tarveanalyysiin viitattiin vain yhdessä vastauksessa ja lopullisessa analyysissä tämä alkuperäisessä matriisissa esiintynyt teema jätettiin pois. Voimavaroja kuvaavaan teemaan asettui suurin osa vastaajien nimeämistä tekijöistä. Analyysikehikkona toimineessa matriisissa esiintyneeseen osallisuuden teemaan viitattiin ainoastaan yhdessä vastauksessa toteamalla, että kansalaisten kuulemisen lisääntyminen oli edesauttanut ehkäisevän työn toteuttamista. Vähäisen sisällön vuoksi myös tämä teema jätettiin lopullisessa analyysivaiheessa pois. Yhteisön ja organisaation tason prosesseja kuvaavat teemat nimettiin analyysivaiheessa palvelumallien ja polkujen teemaksi sekä toimintakäytäntöjen teemaksi. Erityisesti toimintakäytäntöjä kuvattiin useissa vastauksissa ehkäisevän työn mahdollistajina.

Yksilötasolla ehkäisevän työn mahdollistavia tekijöitä kuvattiin vastauksissa vain vähän ja ainoastaan panosten näkökulmasta. Erityisesti yksittäisten työntekijöiden asenteiden merkitystä korostettiin. Lopullisessa analyysissä säilyivät alkuperäisessä matriisissa esiintyneet panoksia kuvaavat osaamisen ja sitoutumisen teemat. Sen sijaan työn mielekkyyteen ja jaksamiseen ei vastauksissa

viitattu. Asenteet eivät olleet sisällytettynä kirjallisuuden pohjalta hahmoteltuun alkuperäiseen kategoriamatriisiin, vaan teema muodostui osaksi kokonaisuutta analyysivaiheessa aineiston pohjalta, kun tarkasteltiin niitä vastauksia, jotka eivät istuneet matriisin sisään.

Työntekijöiden asenteita lukuun ottamatta ei analyysivaiheessa vastauksista hahmottunut alkuperäiseen kategoriamatriisiin sisältymättömiä teemoja, vaan vastaukset asettuivat matriisin sisään. Huomionarvoista on, että yhteistyön merkitys ehkäisevän työn toteuttamista mahdollistavana tekijänä korostui voimakkaasti vastauksissa. Yhteistyötä kuvaavat vastaukset jaoutuivat sekä yhteisten hyvien käytäntöjen teemaan että toimintakäytäntöjen teemaan, mutta yhteistyön merkitys korostui myös muiden teemojen sisällä.

Yhteiskunta mahdollistajana

Analyysikehikkona toimineessa matriisimallissa valtakunnallisella tasolla edistävän ja ehkäisevän työ toteutumisen panoksina nimettiin yhteiskunnallinen ilmapiiri, lainsäädäntö, palveluiden rahoittaminen sekä kansalliset suositukset ja linjaukset. Nämä kaikki osa-alueet olivat jossain määrin tunnistettavissa myös mielenterveys- ja päihdetyön toimijoiden vastauksista, kun heitä pyydettiin nimeämään ehkäisevää työtä edesauttaneita ja estäviä tekijöitä.

Yleiseen ilmapiiriin liittyen vastauksissa korostuivat yleisen tietoisuuden lisääntyminen sekä keskustelun lisääntyminen mielenterveyteen ja päihteisiin liittyvistä kysymyksistä. Ilmapiiriin liittyviä asioita kuvattiin vastauksissa pääasiassa työtä edesauttaneina tekijöinä, mutta muutamissa vastauksissa asia nostettiin esiin työtä estäneenä tekijänä.

”Lastensuojelun/nuorten tilanteen painottuminen ja korostuminen kansallisessa keskustelussa” (edistänyt)

”Yleinen ilmapiiri on muuttunut osin niin, että ihmiset hakeutuu avun piiriin” (edistänyt)

”Varhaiseen puuttumiseen edelleen kiinnitetään liian vähän huomiota” (estänyt)

Myös **lainsäädäntöön** liittyvät kysymykset nähtiin sekä työtä estävinä että edistävinä. Joidenkin lakimuutosten katsottiin edesauttaneen työn toteuttamista, kun taas toisaalta jotkin lainsäädäntöön liittyvät tekijät nähtiin työtä hankaloittavina.

”Lakimuutokset (esim. ”lastenneuvola-asetus”) ja niistä informointi sekä muutosten toteuttamisen seuranta (valtakunnalliset valvontaohjelmat)” (edistänyt)

”KELAn SV lain muutos 30-60-90” (edistänyt)

”Tietosuoja... Työterveyshuolto ei voi antaa tietoa toistuvista poissaoloista työnantajalle tai häilytsrajojen rikkoutumisesta” (estänyt)

Vastauksissa käsiteltiin myös **palveluiden rahoittamiseen** liittyviä kysymyksiä. Näiden tekijöiden nähtiin viime vuosina lähinnä hankaloittaneen edistävän ja ehkäisevän työn toteuttamista, mutta esimerkiksi RAY-rahoitus mainittiin joissain vastauksissa työtä edesauttaneena asiana.

”Vaikka mielenterveysongelmat aiheuttavat huomattavan kansantaloudellisen menetyksen esim. eläkkeiden kautta, niiden ehkäisyyn ja hoitamiseen suunnatut voimavarat eivät ole riittävät” (estänyt)

”Olemme hakeneet useana vuonna projektirahoitusta ennaltaehkäisevään työhön siinä onnistumatta. RAY:n linjaukset ovat kiristyneet huomattavasti. Toisaalla hankintalaki ja kilpailutaminen vie pohjaa RAY:n rahoitusmahdollisuuksilta” (estänyt)

Kansallisia suosituksia ja linjauksia kuvattiin vastauksissa lähinnä työtä edesauttaneina asioina. Toisaalta todettiin myös, että on puuttunut kansallinen vastuutaho vaikuttavien toimintamuotojen juurruttamiseksi. Yhteiset tavoitteet nähtiin tärkeinä.

”Selkeä tavoite laitoshoidon vähentämisessä ja avohoidon kehittämisessä. Vaikuttaminen asenteisiin avohoidon tärkeyden merkityksestä mielenterveys- ja päihdeongelmia hoidettaessa varhaisessa vaiheessa” (edistänyt)

”Myös suoraan Mieli 2009 -ohjelmaan vedoten ja sen antaman tietouden varassa on saatu muutettua toimintatapoja ja -käytäntöjä ennaltaehkäisevään ja varhaisen puuttumisen suuntaan” (edistänyt)

Yhteisö ja organisaatio mahdollistajina

Suurimmassa osassa vastauksia keskityttiin kuvaamaan edistävän ja ehkäisevän työn toteutumisen mahdollisuuksia nimenomaan yhteisön ja organisaation tasolla. Analyysikehikkona toimineessa matriisimallissa yhteisön ja organisaation tasoa edistävässä ja ehkäisevässä työssä kuvattiin panosten osalta sitoutumisen, johtamisen, seurannan ja tarveanalyysin, voimavarojen, yhteisten käytäntöjen sekä osallisuuden näkökulmista. Näistä vastaukset painottuivat voimakkaimmin voimavarojen osa-alueeseen. Kuten jo kappaleen alussa todettiin, seurantaan ja tarveanalyysiin viitattiin vain yhdessä vastauksessa mainitsemalla *hyvinvointikertomus* työtä edesauttaneena tekijänä. Myös osallisuutta sivuttiin vain muutamissa vastauksissa. Edistävään ja ehkäisevään työhön liittyvinä prosesseina matriisissa nimettiin palvelumallit, toimintakäytännöt sekä hoitopolut. Myös näihin viitattiin vastauksissa. Selvästi eniten kuvattiin erilaisia toimintakäytäntöihin liittyneitä tekijöitä.

Analyysikehikkona toimineessa matriisimallissa sitoutumiseksi nimetty teema nimettiin analyysivaiheessa **strategioiden ja tavoitteiden** teemaksi. Teemaan sisältyi pääasiassa vastauksia, joissa kuvattiin erilaisten suunnitelmien ja strategioiden merkitystä edistävälle ja ehkäisevälle työlle. Lisäksi kuvattiin ehkäisevän työn merkityksen ymmärtämistä ja sen vaikutusta työn toteuttamisen

mahdollisuuksiin. Myös tässä teemassa korostui yhteistyön merkitys, sillä monissa vastauksissa painotettiin erityisesti eri tahojen yhteisten strategioiden ja tavoitteiden merkitystä. Strategioihin ja tavoitteisiin liittyviä tekijöitä kuvattiin vastauksissa sekä työtä edesauttaneina että estäneinä.

”Yhteiset tavoitteet hyvinvointipalveluiden ja sivistys- ja kulttuuritoimen kanssa. Ylemmän johdon tahotila sama. Tehty viranomaisten välisen yhteistyön ohjeistus”(edistänyt)

”Organisaation oma hyvä sitoutuminen. Kehittää itse välineitä ja kouluttaa esimiehiä” (edistänyt)

”Esteenä on kunnissa se, jos päättäjillä ei löydy rohkeutta vaihtaa ajattelutapaa ja nähdä ennaltaehkäisevän työn taloudellinen merkitys. Päätöksiä tehdään lyhytaikaisesti talous edellä. On helpompi olla muuttamatta mitään, esim. muuttaa sote-palvelujen yhteistyön tapoja ja rajoja” (estänyt)

Johtamisen teemaan sisältyneissä vastauksissa puhuttiin pääosin johdon vastuulla olevaan työnjakoon liittyvistä kysymyksistä. Kategoriamatriisin pohjana vaikuttaneiden terveydenedistämisenaktiivisuuden ulottuvuuksien (Ståhl & Rimpelä 2010, 142) johtamisen osa-alueeseen määritellään kuu- luvaksi yhtenä osana ydinprosessien omistajuuden määrittely. Puutteet tämän osa-alueen toteuttami- ssa näyttivät vastausten perusteella estäneen ehkäisevän työn toteuttamista. Muilta osin johtami- sestä puhuttiin vastauksissa lähinnä kokonaisuutena sen eri osa-alueita erittelemättä. Myös tiedon- vaihtoon ja tietojärjestelmiin liittyviä asioita nimettiin joissakin vastauksissa. Tutkimustulosten mu- kaan monet tieto- ja viestintäteknologiaan liittyvät ratkaisut ovat edesauttaneet työn tekemistä, mut- ta tässä teemassa korostuivat pääasiassa tietojärjestelmiin liittyvä ongelmat.

”Yhteisen johdon puute”(estänyt)

”Ei nähdä kuuluvan kenenkään vastuulle, kenenkään tehtäviin”(estänyt)

”Erilliset sairauskertomukset sosiaalitoimessa, perheneuvolassa ja erikoissairaanhoidossa hankaloittaa tiedonvaihtoa ja yhteistyötä”(estänyt)

Voimavarojen teemassa kuvattiin pääosin henkilöstöressurssien merkitystä edistävän ja ehkäisevän työn toteuttamisen näkökulmasta. Joissakin vastauksissa todettiin, että resursseja edistävään ja eh- käisevään työhön on lisätty, mutta useimmissa vastauksissa henkilöstön riittämätön määrä nähtiin työtä erityisesti hankaloittaneena asiana. Myös osaaminen ja koulutus nähtiin merkittävänä asioina edistävän ja ehkäisevän työn toteuttamisen kannalta.

”Yleisterveyden resurssit jkv lisääntyneet ja terveydenhoitajat esim. pystyvät puuttumaan asi- aan nopeammin”(edistänyt)

”Resurssien heikentyminen, pitkittynyt hallinnon-soten sekamelska, jossa kaikki vain odotta- neet eikä yhteistekemiseen alueella ole oikein päästy”(estänyt)

”Ainainen kiire ja siitä johtuva uusien toimintamallien käyttöönoton hidastuminen”(estänyt)

”Henkilöstöä koulutettu Lapset puheeksi -menetelmään, TLP- menetelmään (interventioita tehty) ja ICDP- menetelmään”(edistänyt)

Yhteistyön tekeminen oli yksi erityisesti voimakkaasti vastauksissa korostunut edistävän ja ehkäisevän työn toteuttamiseen vaikuttanut tekijä. Analyysissä yhteistyötä kuvaavia vastauksia sijoitettiin matriisimallin **yhteisten hyvien käytäntöjen** teemaan silloin, kun yhteistyötä kuvattiin panosuhteisena, esimerkiksi toimintaa mahdollistavina yhteisinä työryhminä tai yhteisinä strategisina linjauksina eri tahojen kanssa. Varsinaista yhteistyön tekemistä kuvaavat vastaukset sijoitettiin matriisissä prosessien alla olevaan toimintakäytäntöjen teemaan.

”Paikalliset päihdetyöryhmät (mielenterveys- ja päihdetyöryhmät) eivät ole kehittyneet maakunnallisen strategian mukaisesti. Maakunnallinen päihde- ja mielenterveysryhmä on lakkautettu. Eli toimijoiden välinen vuoropuhelu on joiltakin osin vähentynyt”(estänyt)

”Yhteistyötahoilla riippuen eri kunnista, ei ole samaa näkemystä asian tärkeydestä”(estänyt)

Analyysivaiheessa prosesseja kuvaavien palvelumallien ja hoitopolkujen teemat yhdistettiin yhdeksi **palvelumallit ja polut** teemaksi. Palvelumalleja käsittelevissä vastauksissa kuvattiin muun muassa avohoidon ja laitoshoidon suhteutumista toisiinsa sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatioon liittyviä asioita. Hoitopolut mainittiin edistävän ja ehkäisevän työn toteuttamiseen liittyvinä tekijöinä vain muutamissa vastauksissa.

”Laitospaikkoja on vähennetty nopealla tahdilla. Avohoidon kehittäminen ei ole kulkenut samaan tahtiin. Mieli 2009 suunnitelmien mukaan avohoitoa olisi pitänyt vahvistaa ensin ja sen jälkeen purkaa laitoshoidon”(estänyt)

”Matalan kynnyksen palveluita on lisätty etupäässä nettiauttamiseen mm. Facebook, Skype-terapia”(edistänyt)

”Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation jatkuminen yhteisessä organisaatiossa jo yli 10 vuoden ajan”(edistänyt)

”Yhteistyössä virkamiesten kanssa on valmistumassa pienten lasten mielenterveystyön hoitoketju, minkä julkaisuun liittyen koulutetaan kaupungin perustason (neuvola, varhaiskasvatus, perhetyö) työntekijöitä”(edistänyt)

”Hoitoketjujen rakentaminen on hankalaa, kun ketjun lenkit peruspalveluissa ovat heikot”(estänyt)

Prosesseihin liittyvistä teemoista **toimintakäytäntöjä** kuvattiin kaikkein eniten, kun vastaajat arvioivat ehkäisevää työtä estäneitä ja edesauttaneita asioita. Kuten jo panoksia kuvaavien teemojen käsittelyn kohdalla todettiin, yksi merkittävimmistä ehkäisevään työhön vaikuttaneista tekijöistä oli toimiva yhteistyö. Tämä korostui erityisesti toimintakäytäntöjä kuvaavassa teemassa, jossa useat

kuvatut käytännön perustuivat nimenomaan yhteistyölle. Teemassa näkyi myös tieto- ja viestintä-tekniologian käytön lisääntyminen työmenetelmänä. Pääasiassa toimintakäytännöistä puhuttiin työtä edesauttaneina asioina, mutta joissain vastauksissa asia nousi esiin toimimattoman yhteistyön vaikutusten näkökulmasta.

”Tehdään yhteistyötä saumattomammin yhteistyökumppaneiden kanssa esim. työparia käyttäen ”konsultatiivisesti”. Lastensuojelun ja perhetyön kanssa tehty yhteistyö lisääntynyt” (edistänyt)

”Otettu käyttöön päihde ja mieli toimintamalli, joka sisältää esim. haitalliseen päihdekäyttöön puuttumisen tarkat käytännön ohjeistukset” (edistänyt)

”Konsultoivan ja joustavan työotteen leviäminen” (edistänyt)

”Työkalut ja toimintamallit ovat kehittyneet: Mt- ja päihdeongelmia seulotaan terveystarkastuksissa systemaattisesta ja tiedot pystytään analysoimaan käytössä olevien työkalujen avulla ryhmätasoisesti (yksikkötasolla, yritystasolla ja kuin kunkin hoitavan henkilön (=lääkärin) hoitosuhteessa olevien tasolla). Myös ajanvarausnäkökohtaisesti voidaan analysoida tietyt riskit (joihin myös päihde/ mt- riskit sisältyvät) eli työkalun avulla päiväkohtaisesti oman ajanvarausvastaanoton potilaat voi arvioida nopeasti yhdellä silmäyksellä ja tarvittaessa ottaa riskit puheeksi, vaikka syy ei liittyisi vo-käynnin syyhyn” (edistänyt)

”Kaupungin avoterveydenhuollossa ja parissa muussakin kunnassa on ymmärretty, että perhe pitää ottaa mukaan hoitoon. Perhekäynnit ovat lisääntyneet” (edistänyt)

Yksilöt mahdollistajina

Yksilötason tekijöitä kuvattiin vastauksissa tasoista vähiten, kun vastaajat nimesivät ehkäisevää ja edistävää työtä estäneitä ja edesauttaneita tekijöitä. Analyysin pohjana toimineessa kategoriamatriisissa yksilötason panoksina kuvattiin osaaminen, sitoutuminen, työn mielekkyys ja oma jaksaminen ja prosesseina puolestaan palvelujen laatu ja jatkuvuus. Vastauksissa mainittiin näistä vain panospuolen asioita. Työn mielekkyyteen ja omaan jaksamiseen liittyviä tekijöitä ei vastauksissa nostettu esiin. Analyysirungon ulkopuolisena tekijänä vastauksissa korostui erityisesti työntekijöiden asenteiden merkitys.

Osaamista kuvattiin vastauksissa sekä työtä edistäneenä että estäneenä asiana. Vastauksissa puhuttiin yksittäisten työntekijöiden osaamisen merkityksestä sekä työkokemuksen ja koulutuksen merkityksestä osaamisen vahvistajana.

”Työkokemus, kouluttautuminen” (edistänyt)

”Osaamisen lisääntyminen” (edistänyt)

”Uskallus jakaa asiantuntijuutta” (edistänyt)

Sitoutumisesta puhuttiin vastauksissa jo aiemmin kuvatun yhteisön ja organisaation tasolla johdon sitoutumisen näkökulmasta. Yksilötasolla nostettiin myös esiin henkilökunnan ja yksittäisten työntekijöiden sitoutuminen ehkäisevän työn toteuttamiseen työtä edesauttaneena asiana.

”Henkilökunnan sitoutuneisuus” (edistänyt)

”Terveystieteiden henkilökunnan sitoutuminen sovituihin toimintatapoihin” (edistänyt)

”Sitkeät työntekijät” (edistänyt)

Yksilötasolla työntekijöiden **asenteet** nimettiin kaikkein yleisimmin työhön vaikuttaneeksi tekijäksi. Asenteita kuvattiin suurimmassa osassa vastauksia nimenomaan ehkäisevän työn toteuttamista estäneenä asiana.

”Ammattilaisten asenteet ja liiallinen keskittyminen yksilöihin. Ennaltaehkäisevässä mielessä pitäisi ottaa huomioon myös läheiset ja lähiympäristö” (estänyt)

”Asenteet ja ammattikuntien väliset reviiriongelmat” (estänyt)

”Edelleen työntekijöiden asenteet, tämä ei kuulu minulle” (estänyt)

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu ja merkitys

Tässä tutkimuksessa tarkoituksena oli selvittää sitä, miten panostus ehkäisevään työhön on mielen-terveys- ja päihdepalveluissa mielen-terveys- ja päihdetyön toimijoiden kuvaamana viime vuosina muuttunut, millaisia painotuksia mielen-terveys- ja päihdepalveluiden kentällä toteutetussa edistävässä ja ehkäisevässä työssä on nähtävissä sekä sitä, minkälaiset tekijät mielen-terveys- ja päihde- palveluiden kentällä nähdään edistävää ja ennaltaehkäisevää työtä mahdollistavina.

Ehkäisevään mielen-terveys- ja päihdetyöhön panostamista koskevien tulosten pohjalta voidaan to- deta, että kehitys näyttää myönteiseltä. Enemmistö vastaajista koki, että työhön on panostettu vii- meisten vuosien aikana enemmän kuin aiemmin. Suunta näyttää siis kansallisten ja kansainvälisten linjausten (vrt. OECD 2015; WHO 2013; STM 2016) mukaiselta. Tuloksia tarkasteltaessa huomionarvoista on, että johtavassa asemassa olevat arvioivat huomattavasti muita useammin, että eh- käisevään työhön on panostettu aiempaa enemmän. Positiivisesti asiaa tulkiten voitaisiin olettaa, että ehkäisevään työotteeseen on alettu kiinnittää enenevää huomiota johtamisen ja esimiestyön tasolla, josta muutos parhaassa tapauksessa siirtyy strategioiden onnistuneen toimeenpanon välityk- sellä kohti käytäntöä. Aikaisempien tutkimusten mukaan organisaation arvoilla on yhteys työnteki- jöiden terveydenedistämisasiivisuuteen (Simonsen 2013) ja johtaminen on yksi edistävää ja ehkäi- sevää työtä mahdollistavista osatekijöistä. (Ståhl & Rimpelä 2010). Toisaalta kriittisesti asiaa tar- kastellen voidaan pohtia, voiko kyse olla muutoksen jäämisestä ainoastaan merkinnäksi johtotason suunnitelmiin ilman onnistunutta implementointia.

Ehkäisevän ja edistävän työn toteuttamisen osa-alueita koskevia tutkimustuloksia tarkasteltaessa on todettavissa, että mielen-terveys- ja päihdetyön toimijoiden kuvaamat ehkäisevän työn toteuttamisen esimerkit noudattelevat jokseenkin samoja teemoja vaikuttavaa edistävää ja ehkäisevää mielen-terveys- ja päihdetyötä käsittelevän tutkimuskirjallisuuden kanssa (vrt. Laajasalo & Pirkola 2012; Pa- tel ym. 2015; Beardslee ym. 2011; Fledderus ym. 2010; Solantaus ym. 2010; Cuijpers ym. 2008, 2009; Fernandez ym. 2015; Barlow ym. 2015; McDaid 2011). Voidaan siis todeta, että tässäkin suhteessa tilanne on edistävän ja ehkäisevän työn näkökulmasta myönteinen ja että työssä näyttäisi- vät korostuvan piirteet, joita tutkimuksiin perustuen on tarkoituksenmukaista painottaa. Yksittäisinä myönteisinä esimerkkeinä ehkäisevän työn toteuttamisesta viime vuosina on tämän tutkimuksen tuloksiin perustuen aiheellista mainita erityisesti Toimiva lapsi & perhe -työ, Hyks-Varhain - toiminta sekä Mielen-terveystalo.fi -palvelu, jotka kaikki nimettiin vastauksissa useita kertoja ehkäi- sevän työn toteuttamisen hyvinä esimerkkeinä.

Ehkäisevän työn näkökulmasta mielenkiintoista on, että ehkäisevän työn toteuttamisen teemoiksi muodostuneet ”toimivat palvelut ja niiden strateginen suunnittelu ja koordinointi”, ”toimivat yhteiset käytännöt ja työmenetelmät”, ”osaamisen vahvistaminen”, ”lasten hyvinvoinnin ja perheiden pärjäävyyden tukeminen” sekä ”asiakkaan aseman vahvistaminen” ovat kaikki teemoja, jotka ovat olennaisia laajemminkin kaiken mielenterveys- ja päihdetyön toteuttamisen kannalta, ja teemojen sisällä ehkäiseväksi työksi kuvattiin useissa vastauksissa perinteisesti myös korjaavaksi tai erikoissairaanhoidoksi miellettyjä toimintoja. Voidaankin pitää myönteisenä, että preventio nähdään monin paikoin osana koko mielenterveys- ja päihdepalvelujen laajaa kenttää. Useissa vastauksissa kuvattiin toisaalta konkreettisten ehkäisevän työn toteuttamisen esimerkkien sijaan niitä panoksia, joiden avulla ehkäisevää työtä on mahdollista toteuttaa. Tutkimustulosten pohjalta tilannetta voitaneen tulkita siten, että ehkäisevän työn toteuttaminen on tällä hetkellä paikoin vielä rakenteiden muodostamista toiminnan pohjaksi. Paikoin rakenteiden luomisessa ollaan jo pidemmällä ja ehkäisevän työn toteuttamista kuvaavat esimerkitkin tällöin konkreettisempia.

Yksi aiempien tutkimustulosten perusteella (esim. Fernandez ym. 2015; Catania ym. 2011) analyysikehikkona toimineeseen kategoriamatriisiin nostetuista teemoista oli perusterveydenhuollon roolin vahvistaminen edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön näkökulmasta. Teema sisällytettiin kuitenkin analyysivaiheessa osaksi toimivien palveluiden teemaa. Vastauksissa puhuttiin perusterveydenhuollon tukemisesta ja osaamisen lisäämisestä, mutta vastauksissa korostui enemminkin yhtenäisten ja toimivien palvelujen merkitys. Tämä johtui todennäköisesti osittain siitä, että vastaajista iso osa oli erikoissairaanhoidon edustajia. Vastauksista välittyi ajatus siitä, että toimivaa edistävää ja ehkäisevää työtä toteutetaan useiden tahojen yhteistyönä. Sote-uudistuksen yhteydessä kaavailut integraatiopyrkimykset näyttäisivät siis tämän tutkimuksen valossa saavan tukea kentältä. Mieli-suunnitelman loppuraportissa (STM 2016, 27) ehdotetaan yhdeksi mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen painopisteeksi vuoteen 2020, että ”*peruspalveluissa otetaan kattavasti käyttöön vaikuttavat edistävän työn, ehkäisyn sekä varhaisen tunnistamisen ja hoidon menetelmät*”. Tutkimustuloksiin perustuen olisi hyvä muistaa myös erikoissairaanhoidon rooli tämän painopisteen toimeenpanossa

Toisaalta huomionarvoista on, että erikoissairaanhoidossa ei vastausten perusteella aina mielletty ehkäisevää työtä oman työn osaksi. Useammassa vastauksessa todettiin, että ehkäisevä työ ei kuulu yksikön tehtäviin, vaan perustehtävänä on sairaiden hoito. Vaikuttavien interventioiden implementoinnin lisäksi saattaisikin olla tarvetta lisätä mielenterveys- ja päihdetyön toimijoiden ymmärrystä edistävän ja ehkäisevän työn roolista ja mahdollisuuksista palvelujärjestelmän kaikilla tasoilla. Kuten Laajasalo ja Pirkola (2012) toteavat, preventiivisten hankkeiden onnistuminen edellyttää sektorirajat ylittävää yhteistyötä ja ehkäisevä toiminta tarvitsee onnistuakseen taustaksi myös erikoissai-

raanhoidon asiantuntemusta ja osaamista. Aikaisemmat tutkimustulokset osoittavat myös, että psykiatrisissa palveluissa preventiivisiä interventioita olisi hyödyllistä kohdistaa erityisesti mielenterveysongelmista kärsivien vanhempien lapsiin (Solantaus ym. 2010).

Ehkäisevän työn mahdollistavia tekijöitä tarkasteltaessa vastaajat nostivat yleisimmin esiin yhteisöön ja organisaatioon liittyviä asioita ja selvästi suurin osa vastauksista paikantui ”voimavarojen ja osaamisen” -teeman alueelle. Vastauksista oli kuitenkin tunnistettavissa sekä yhteiskunnan, yhteisön/organisaation että yksilön tasot. Ehkäisevän työn näkökulmasta yleisellä yhteiskunnallisella ilmapiirillä on suuri merkitys, sillä mielenterveyteen ja päihteisiin liittyvät linjaukset heijastelevat aina yhteiskunnallista ilmapiiriä ja toisaalta tämä ilmapiiri välittyy myös palvelujärjestelmän sisään aina kliiniseen asiakastyöhön asti (vrt. Tansella & Thornicroft 1998). Ilmapiirin kehittyminen vastausten perusteella lähinnä myönteisempään suuntaan voidaan näin ollen katsoa erittäin positiiviseksi kehityssuunnaksi. Erityisen tärkeä merkitys yhteiskunnallisella ilmapiirillä on mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvän stigmatisaation näkökulmasta (vrt. Wahlbeck 2015). On tärkeää, että ilmapiiri muuttuisi siihen suuntaan, että ihmiset hakeutuisivat entistä matalammalla kynnyksellä avun piiriin ja toisaalta että tukea tarjottaisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Inhimillisen näkökulman lisäksi tällaisen varhaisen tuen tarjoaminen näyttäisi olevan myös taloudellisesti kannattavaa (vrt. McDaid 2011). Muun muassa Mäntsälän ja Pornaisten suunnalta kantautuneet ajankohtaiset uutiset ennaltaehkäisyyn panostamisen tuomista merkittävistä säästöistä ja samansuuntaiset viestit aiempina vuosina Imatran suunnalta toimivat toivottavasti kannustavina esimerkkeinä myös muille alueille.

Yhteisön ja organisaation tasolla edistävää ja ehkäisevää työtä mahdollistavina tekijöinä nimettiin yleisimmin ehkä odotetustikin resursseihin liittyviä tekijöitä. Vähäisiin resursseihin liittyvät ongelmat on tunnistettu myös muun muassa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella, jonka asiantuntijat Arja Hastrup ja Marke Hietanen-Peltola (2016) toteavat kirjoituksessaan, että peruspalveluissa pystytään tunnistamaan monet tuen tarpeet, mutta niihin vaikuttaminen ei alimitoitetuilla työntekijäresursseilla onnistu. Esimerkkinä Hastrup ja Hietanen-Peltola (2016) mainitsevat, että koululääkärimitoitussuosituksen täyttää vain 14 % terveyskeskuksista ja lastenneuvolan terveydenhoitajan 42 % terveyskeskuksista. Kirjoituksessa todetaan myös, että työntekijät eivät pysty resurssipulan takia välttämättä hyödyntämään koulutuksen avulla hankittua osaamistaan. Hallituksen yksi kärkihankkeista, Lapsi ja perhepalvelujen muutosohjelma, tavoittelee painopisteen siirtämistä ehkäiseviin palveluihin osin vaikuttavien menetelmien käyttöönoton avulla. Näiden menetelmien hyödyntäminen edellyttää riittäviä aika- ja henkilöstöresursseja. (Hastrup & Hietanen-Peltola 2016; ks. myös Fernandez ym. 2015.) Nämä samat resursseihin liittyvät kysymykset nousivat esiin myös tässä tutkimuksessa liittyen laajemmin mielenterveys- ja päihdepalvelujen kenttään.

Lähes yhtä usein resursseihin liittyvien tekijöiden kanssa tutkimustuloksissa korostui hyvien toimintakäytäntöjen merkitys työn toteuttamiselle. Huomionarvoista on, että näistä hyvistä toimintakäytännöistä valtaosan kerrottiin perustuvan eri tahojen väliseen yhteistyöhön. Kuten jo edellä todettiin, Mieli-suunnitelman loppuraportin (STM 2016, 27) ehdotuksen mukaisesti tulevaisuudessa tulisi edelleen lisätä mielenterveyttä vahvistavaa ja ongelmia ehkäisevää työtä ja ottaa peruspalveluissa kattavasti käyttöön vaikuttavat edistävän työn, ehkäisyn sekä varhaisen tunnistamisen ja hoidon menetelmät. Tämän ehdotuksen onnistuneen toteutumisen kannalta olisi perusteltua selvittää tarkemmin näitä käytössä olevia, hyväksi todettuja ennaltaehkäisyyn liittyviä toimintakäytäntöjä ja perustaa uusien menetelmien implementointi tälle pohjalle. Kuten esimerkiksi Grolin ja Wensingin (2013b) kehittämässä tehokkaan portaittaisen implementoinnin mallissa, prosessi lähtee liikkeelle olemassa olevien ongelmien ja parhaiden käytäntöjen tunnistamisesta.

Hyvien käytäntöjen levittämiseen on kiinnitetty huomiota ja kehitetty muun muassa Innokylä-yhteisö, jossa kootaan hyvinvointi- ja terveysalan kehittämistyön tuloksia yhteen ja tarjotaan kanava toimintamallien leviämiseen. Kansalliseen Kasvun tuki -tietolähteeseen on puolestaan koottu varhaisia ja vaikuttavia työmenetelmiä lasten ja heidän perheidensä tukemiseen kunta- ja järjestötyöntekijöiden avuksi (Björklund ym. 2016). Tällaisten valtakunnallisten tietolähteiden ja innovaatiokanavien rinnalle tarvitaan myös kattavaa alueellista monitorointia ja tarveanalyysia (vrt. Ståhl & Rimpelä 2010) sekä näihin pohjautuvaa toiminnan kehittämistä. Kuten Tansella ja Thornicroft (1998) toteavat, paikallistaso on tarkoituksenmukaisin alueellisten toimintamallien muodostamiseen sekä palvelujärjestelmän eri rakenneosien järjestäytymisen ja integraation tarkasteluun. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna huomionarvoista on, että tutkimusaineistossa seurantaan ja tarveanalyysiin viitattiin työtä edesauttavina tekijöinä ainoastaan yhdessä vastauksessa.

Lopuksi on vielä tarpeen jälleen muistuttaa, että edistävää ja ehkäisevää mielenterveys- ja päihde-työtä toteutetaan laajalti muilla kuin sosiaali- ja terveydenhuollon kentillä. Tässä tutkimuksessa kohderyhmänä ovat olleet pääasiassa mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimijat. On siis huomiotava, että tämän tutkimuksen tulosten pohjalta esitetyt näkemykset edistävästä ja ehkäisevästä työstä kuvaavat edistävää ja ehkäisevää työtä lähinnä mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kontekstissa. Koko sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä ja laajemmin yhteiskunnan tasolla painopisteet saattavat näyttäytyä eri tavoin.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin kautta. Validiteetilla tarkoitetaan, että tutkimus tutkii sitä, mitä on tarkoituskin selvittää. Reliabiliteetti tarkoittaa puolestaan tutkimustulosten tarkkuutta eli sitä, että tutkimustulokset eivät ole sattumanvaraisia, vaan ne ovat toistettavissa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133; Heikkilä 2014, 27–28.) Nämä käsitteet ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä ja niiden on katsottu vastaavan pitkälti määrällisen tutkimuksen tarpeita. Reliabiliteetin ja validiteetin käsitteet pohjautuvat oletukseen yhdestä konkreettisesta todellisuudesta ja tämän vuoksi on ehdotettu niiden hylkäämistä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133.) Tässä tutkimuksessa lähestymistapa on ollut realistinen ja tutkimuksessa ollaan oltu kiinnostuneita siitä, mitä aineistossa kerrotaan edistävästä ja ehkäisevästä työstä olettaen, että vastaukset edustavat objektiivista totuutta. Näin ollen tutkimuksen luotettavuutta on arvioitu reliabiliteetin ja validiteetin käsitteiden avulla sen laadullisesta luonteesta huolimatta. Määrällisen ja laadullisen osuuden luotettavuutta on kuitenkin niiden ominaispiirteiden vuoksi arvioitu myös erillisinä osa-alueina.

Tämän tutkimuksen tilastollisen osuuden luotettavuuteen vaikuttaa suhteellisen pieni otoskoko. Tutkimusten reliabiliteettia arvioitaessa on huomioitava, että pieni otoskoko vaikuttaa siihen, että tulokset saattavat olla sattumanvaraisia (Heikkilä 2014, 28). Mieli-suunnitelman ulkoisen arvioinnin yhteydessä kysely lähetettiin yhteensä 564 vastaajalle, mutta kato nousi melko suureksi ja vastauksia saatiin 147. Lopulliseksi vastausprosentiksi muodostui 26 %. Taulukossa 8 on esitetty vastausprosentit palvelujen tuottajatahon mukaan eriteltyinä. Vastausprosentti on ollut paras yksityisten palveluntuottajien edustajilla (35.7 %) ja heikoin kunnallisten peruspalvelujen edustajilla (20.6 %). Taulukon lukuihin tulee kuitenkin suhtautua varauksella, sillä vastaajat ovat saattaneet merkitä palvelun tuottajatahoksi eri vaihtoehdon kuin kyselyn lähettämävaiheessa on kyseiselle vastaajalle nimetty. Tämä johtuu siitä, että esimerkiksi osa erikoissairaanhoidon edustajista toimii myös yksityissektorilla, eikä näin ollen voida olla varmoja, kumman tahon vastaaja on kyselyä täyttäessään valinnut. Luotettavuuteen vaikuttaa myös osaltaan otoksen vinous. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat olleet mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimijat, mutta enemmistö vastaajista (37.2 %) edusti erikoissairaanhoidon aluetta.

Taulukko 8. Kyselyn vastausprosentit palvelun tuottajatahon mukaan

	Lähetetty	Vastanneet	Vastausprosentti
Järjestöt	119	31	26.1 %
Yksityiset palveluntuottajat	56	20	35.7 %
Kunnalliset peruspalvelut	170	35	20.6 %
Erikoissairaanhoido	182	51	28 %
Muut	37	10 (muu tai tyhjä)	27 %
Yht.	564	147	26 %

Vastaajien jakautuminen kaikille edellä kuvatuille palveluntuottajatahoille vaikuttaa osaltaan myös tutkimuksen laadullisen osuuden luotettavuuteen. Tämän takia laadullisen osuuden tulokset eivät välttämättä kerro paljoakaan jonkin tietyn toimijatahon tilanteesta, vaan luovat lähinnä suuntaa antavaa kokonaiskuvaa koko mielenterveys- ja päihdepalvelujen laajasta kentästä. Esimerkiksi ehkäisevän työn toteuttamisen osa-alueet saattavat vaihdella paljonkin eri tahojen sisällä, mutta tätä vaihtelua ei tässä tutkimuksessa pyritty tavoittamaan.

Tutkimuksen validiteettiin liittyen on huomioitava se, että vastaajat ovat vastanneet kyselyyn nimenomaan osana Mieli-suunnitelmaa arvioivaa kyselyä. Tällöin myös ehkäisevää ja edistävää työtä on arvioitu tässä kontekstissa. Kysymykset ovat olleet sellaisia, että niihin on ollut mahdollisuus vastata laajemmin ilman, että vastaukset rajoittuisivat ainoastaan Mieli-suunnitelman sisältöihin. On kuitenkin selvää, että Mieli-suunnitelman sisällöt ovat ohjanneet vastauksia. Tässä tutkielmassa edistävää ja ehkäisevää työtä käsitellään Mieli-suunnitelmasta irrallisina teemoina, jolloin tulosten luotettavuuteen ja yleistettävyyteen vaikuttaa aineiston sidonnaisuus. Kyselyssä jokaista Mieli-suunnitelman painopistealuetta on käsitelty erillisenä kokonaisuutena ja jokaisen kokonaisuuden alussa on lyhyesti määritelty esimerkinomaisesti joitakin painopistealueen sisältöjä. Varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisevään työhön on kyselyssä määritelty kuuluvaksi muun muassa hyvinvointia tukeva osallisuus, yhteisöllisyys ja alueellinen koordinaatio, kansalaisen mahdollisuudet vaikuttaa itseään koskeviin ratkaisuihin, sukupolvien yli siirtyvien ongelmien ehkäiseminen, mielenterveys- ja päihdetyönstrategia ja sen huomioiminen osana laajempia kokonaisuuksia, kokemus- asiantuntijuuden hyödyntäminen strategiatyössä, riskiryhmissä olevien lasten ja nuorten tasapainoisen kasvun tukeminen sekä muiden riskiryhmien tukeminen sekä lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäiseminen. Tulosten tulkinnassa on huomioitava näiden määrittelyjen vastauksia ohjaava vaikutus.

Tutkimuksen luotettavuutta on pyritty parantamaan kuvaamalla analyysiprosessin etenemistä mahdollisimman tarkkaan (vrt. Elo & Kyngäs 2007). Laadullisessa tutkimuksessa on luotettavuuden kannalta erityisen tärkeää pyrkiä osoittamaan aineiston ja tulosten välinen yhteys (Elo & Kyngäs 2007). Tähän on pyritty kuvaamalla tarkkaan aineiston koodausta, teemojen muodostumista sekä esittämällä aineistosta alkuperäisilmauksia. Tutkimusraportissa on myös pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkkaan, miten ja miksi analyysin pohjana toimineet kategoriamatriisit on muodostettu ja lopullinen analyysi toteutettu. Tutkimuksen luotettavuuden parantamiseen liittyen on pyritty mahdollisimman tarkkaan kuvaamaan sitä, miten aineistoon ja teoriaan tutustuminen ovat kytkeytyneet toisiinsa. Kuten jo aiemmin on todettu, tutkimusaineisto on ollut tämän tutkimusprosessin alkaessa tutkielman laatijalle entuudestaan tuttu, joten puhtaasta teorialähtöisyydestä ei ole uskottavaa puhua. Toisaalta analyysia on voimakkaasti ohjannut aihepiiriin ja tutkittuihin ilmiöihin linkittyvään kirjallisuuteen ja teoriapohjaan perehtyminen, jolloin puhdas aineistolähtöisyyskään ei olisi tullut kyseeseen.

Mieli-suunnitelman ulkoisen arvioinnin yhteydessä toteutetun kyselyn vastaukset on luvattu käsitellä tunnistamattomina ja vastaaminen kyselyyn on ollut vapaaehtoista. Vaikka tämä tutkielma on itsenäinen kokonaisuus, se vastaa tarkoitukseltaan ja tutkimuskysymyksiltään pitkälti sitä, mitä myös osana Mieli-suunnitelman arviointia on pyritty selvittämään keskittyen ehkäisevän työn osaluueeseen. Tutkimuksen teossa on sitouduttu ulkoisen arvioinnin yhteydessä kerätyn aineiston luvattunomukaiseen käyttöön. Tutkimuksen teossa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä (vrt. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2016). Lähdeviitteet on merkitty asiaan kuuluvalla tavalla, tutkimusprosessin eteneminen on pyritty kuvaamaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja tutkimustulokset raportoimaan rehellisesti.

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Uusien menetelmien vieminen käytäntöön edellyttää olemassa olevien hyvien käytäntöjen ja toisaalta ongelmien tunnistamista. Jotta edistävää ja ehkäisevää työtä sekä vaikuttavia edistävän ja ehkäisevän työn menetelmiä voidaan tehokkaasti ja laaja-alaisesti viedä käytäntöön, tarvitaan tarkempaa tutkimusta siitä, millaisia hyväksi todettuja menetelmiä eri alueilla on käytössä ja miten näitä menetelmiä voidaan jatkossa koordinoitummin käyttää alueellisesti hyödyksi. Lisäksi olisi hyvä eritellymmmin tutkia eri palveluntuottajatahojen ehkäisevän työn toteuttamisen tapoja hyvien käytäntöjen tunnistamiseksi. Tässä tutkimuksessa palveluntuottajatahoja tarkasteltiin yhtenäisenä kokonaisuutena, koska eri tahoja edustavat ryhmät olivat suhteellisen pieniä. Tämän takia tuloksista muodostui lähinnä suuntaa antava kokonaiskuva, joka ei välttämättä edusta tietyn palveluntuottajatahon tilannetta.

Tässä tutkimuksessa korostui erityisesti yhteistyön merkitys ehkäisevän työn toteuttamisen tapana ja mahdollistajana. Lisää tutkimusta tarvittaisiin siitä, miten yhteistyömahdollisuuksia olisi entistä enemmän mahdollista hyödyntää edistävän ja ehkäisevän työn toteuttamisessa. Erityisesti olisi hyödyllistä tunnistaa toimivia yhteistyön malleja, joita voisi viedä laajemmin mielenterveys- ja päihdepalvelujen kentälle. Tämä olisi ajankohtaista erityisesti sote-uudistuksen näkökulmasta, kun palveluita pyritään integroimaan ja edistävän ja ehkäisevän työn asemaa uudistamaan.

Tutkimustuloksista oli tulkittavissa, ettei edistävää ja ehkäisevää työtä oltu kaikilta osin mielletty oman työn osaksi ja osassa vastauksia tuotiin esiin, ettei edistävän ja ehkäisevän työn merkitystä oltu paikoin tunnistettu tärkeäksi. Edistävän ja ehkäisevän työn mahdollistumisen näkökulmasta olisi mielenkiintoista tutkia tarkemmin myös sitä, miten työtä mahdollistavilla tasoilla tunnistetaan oma rooli osana edistävää ja ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen perusteella panostus ehkäisevään mielenterveys- ja päihdetyöhön näyttää kehittyneen viime vuosina mielenterveys- ja päihdepalveluissa myönteiseen suuntaan. Kaikista vastaajista enemmistö oli sitä mieltä, että varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisevään työhön oli panostettu edeltävän kolmen vuoden aikana enemmän kuin aikaisemmin. Johtavissa asemissa toimivat arvioivat muita ryhmiä huomattavasti useammin, että varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisyyn oli panostettu aiempaa enemmän. Myös esimiestyöntekijöistä ja asiantuntijoista enemmistö arvioi panostuksen lisääntyneen. Toisaalta asiakkaan edustajista ja työntekijöistä reilu puolet arvioi, ettei varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisevään työhön oltu panostettu aiempaa enemmän. Jatkoselvitysten varaan jää, onko kyse ehkäisevän työtteen merkityksen korostumisesta viime vuosina erityisesti johtamisen ja esimiestyön tasolla, minkä seurauksena muutos on mahdollisesti siirtymässä tulevana vuosina kohti käytäntöä, vai onko kyse läpäisyvoiman puutteesta ja ehkäisevän työn jäämisestä merkinnäksi johtotason suunnitelmiin ilman onnistunutta implementointia.

Tämän tutkimuksen mukaan viime vuosina mielenterveys- ja päihdepalveluiden piirissä toteutettu ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö on painottunut toimiviin palveluihin ja niiden strategiseen suunnitteluun ja koordinointiin, toimiviin yhteisiin käytäntöihin ja työmenetelmiin, osaamisen vahvistamiseen sekä kaikkien näiden osa-alueiden sisällä erityisesti lasten hyvinvoinnin ja perheiden pärjäävyyden tukemiseen ja asiakkaan aseman vahvistamiseen. Eri toimijoiden välisellä yhteistyöllä oli merkittävä rooli kaikilla mainituilla osa-alueilla. Teemat noudattelevat aiemmissa tutkimuksissa toistuvia vaikuttavan edistävän ja ehkäisevän työn piirteitä. Ehkäisevän työn toteuttamisen hyvinä esimerkkeinä korostuivat erityisesti Toimiva lapsi & perhe -työ, Hyks-Varhain -toiminta sekä Mielenterveystalo.fi -palvelu.

Edistävää ja ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä mahdollistavia tekijöitä tarkasteltaessa voidaan tämän tutkimuksen pohjalta todeta, että työn onnistunut toteuttaminen edellyttää toimia sekä yhteiskunnan, yhteisön ja organisaation että yksilön tasolla. Erityisen merkityksellisinä näyttäytyivät riittävien voimavarojen turvaaminen sekä hyvät yhteiset toimintakäytännöt. Yksi merkittävimmistä ehkäisevään työhön vaikuttavista tekijöistä on tämän tutkimuksen mukaan toimiva yhteistyö eri toimijoiden välillä.

LÄHTEET

- Aalto M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*2007; 123(11):1293-8
- Alasuutari P. 2011. *Laadullinen tutkimus 2.0*. Tampere: Vastapaino.
- Alkoholilaki 8.12.1994/1143. Finlex® - Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 15.8.2016. Saatavissa osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19941143>
- Barlow A., Mullany B., Neault N., Goklish N., Billy T., Hastings R., Lorenzo S., Kee C., Lake K., Redmond C., Carter A. & Walkup J.T. 2015. Paraprofessional-Delivered Home-Visiting Intervention for American Indian Teen Mothers and Children: 3-Year Outcomes From a Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 172:2.
- Beardslee W. R., Bell C. C. & Chien P. L. 2011. Prevention of Mental Disorders, Substance Abuse, and Problem Behaviors: A Developmental Perspective. *Psychiatric Services* 62 (3):247–254.
- Björklund K., Kouvonen P. & Wahlbeck K. 2016. Kasvun tuki – vaikuttavan varhaisen tuen tiedonlähde. Elektroninen aineisto. Viitattu 24.8.2016. Saatavissa osoitteesta http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/kasvun_tuki_raportti_0.pdf
- Borg A-M. 2015. Lasten mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisy. Näyttöön perustuvien menetelmien kartoitus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:42. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Braun V. & Clarke V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Bullock A. 2015. Getting to the Roots: Early Life Intervention and Adult Health. Editorial. *Am J Psychiatry* 172:2
- Catania L. S., Hetrick S. E., Newman L. K. & Purcell R. 2011. Prevention and early intervention for mental health problems in 0–25 year olds: Are there evidence-based models of care? *Advances in Mental Health* 10 (1): 6–19.
- Cuijpers P., Muñoz R. F., Clarke G. N. & Lewinsohn P. M. 2009. Psychoeducational treatment and prevention of depression: The “coping with depression” course thirty year later. *Clin Psychol Rev.* 2009 Jul;29(5):449-58. doi: 10.1016/j.cpr.2009.04.005
- Cuijpers P., van Straten A., Mihalopoulos C. & Beekman A. 2008. Preventing the Onset of Depressive Disorders: A Meta-Analytic Review of Psychological Interventions. *Am J Psychiatry* 2008;165:1272–1280.
- Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit 2006. Työpapereita 3/2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Elo S. & Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107–115.
- Eming Young M. 2000. Introduction and Overview. Teoksessa Emin Young M. (toim.) *From Early Child Development to Human Development. Investing in Our Children’s Future*. The World Bank. Washington, D.C.

- Eriksson M. & Lindström B. 2014 The salutogenic framework for well-being: implications for public policy. Teoksessa Hämäläinen T. J. & Michaelson J. (toim) Well-being and Beyond. Broadening the Public and Policy Discourse. Sitra Publication series 306. Cheltenham, Northampton: Edward Elgar.
- Eskola J. & Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eskola J. & Taipale V. 2013. Mielen terveyden politiikka. Teoksessa Sihto M., Palosuo H., Topo P., Vuorenkoski L. & Leppo K. (toim.)Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- EU 2016. European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing. EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing. Final Conference – Brussels, 21–22 January 2016.
- EU 2015. Joint Action on Mental Health and Well-being. Mental Health in All Policies. Situation analysis and recommendations for action. Elektroninen aineisto. Saatavissa osoitteesta <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/MHiAP%20Final.pdf>
- EU 2008. Mielenterveyttä ja hyvinvointia koskeva eurooppalainen sopimus. EU:n korkean tason konferenssi ”Yhdessä mielenterveyden ja hyvinvoinnin puolesta” Bryssel 12.–13.6.2008
- Fernandez A., Moreno-Peral P., Zabaleta-del-Olmo E., Bellon J. A., Aranda-Regules J. M., Luciano J. V., Serrano-Blanco A. & Rubio-Valera M. 2015. Is there a case for mental health promotion in the primary care setting? A systematic review. Preventive Medicine 76(2015)S5–S11. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.11.019
- Fledderus M., Bohlmeijer E. T., Smit F. & Westerhof G. J. 2010. Mental Health Promotion as a New Goal in Public Mental Health Care: A Randomized Controlled Trial of an Intervention Enhancing Psychological Flexibility. American Journal of Public Health 2010;100:2372–2378
- Fors R., Heimala H., Holmila M., Ilvonen S., Kesänen M., Markkula J., Saunio A-L., Strand T., Tamminen I., Tenkanen T., & Warpenius K. 2013. Paikallinen alkoholi-, tupakka- ja rahapelihaittojen ehkäisy - Käsikirja yhdessä toteutettavaan Pakka-toimintamalliin. Kide. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Global Burden of Disease Study Collaborators 2013. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet Vol. 386, No. 9995:743–800.
- Grol R. & Wensig M. 2013a. Implementation on change in healthcare: a complex problem. Teoksessa Grol R., Wensig M., Eccels M. & Davis D. (toim.) Improving Patient Care. The Implementation of Change in Health Care. BMJ Books. Wiley Blackwell.
- Grol R. & Wensig M. 2013b. Effective implementation of change in healthcare: a systematic approach. Teoksessa Grol R., Wensig M., Eccels M. & Davis D. (toim.) Improving Patient Care. The Implementation of Change in Health Care. BMJ Books. Wiley Blackwell.
- Hastrup A. & Hietanen-Peltola M. 2016. Lasten ja nuorten palveluiden painopiste ongelmien hoidosta ehkäisyyn. THL-Blogi. Elektroninen aineisto. Viitattu 21.6.2016. Saatavissa

osoitteesta <https://blogi.thl.fi/blogin-nayttosivu/-/blogs/lasten-ja-nuorten-palveluiden-painopiste-ongelmien-hoidosta-ehkaisyyn>

- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Porvoo: Edita.
- Hosman C., Jané-Llopis E. & Saxena S. (toim.) 2004. Prevention of Mental Disorder: Effective Interventions and Policy Options. Summary Report. Geneva, World Health Organization.
- Hyvinvoinnin palveluopas 2015. HYKS-Varhain (nuorisopsykiatria). Elektroninen aineisto. Viitattu 2.6.2016. Saatavissa osoitteesta <http://hyvinvoinninpalveluopas.fi/index.php/hakemisto/item/hyks-varhain-nuorisopsykiatria>
- Innokylä 2016. Nuoret päihdehaittojen vanhempiin vaikuttamalla. Örebro-vaikutteiset vanhempain illat Mikkelissä. Elektroninen aineisto. Viitattu 2.6.2016. Saatavissa osoitteesta www.innokyla.fi
- Jané-Llopis E. & Barry M. 2005. What makes mental health promotion effective? *Global Health Promotion* 2005;12(2):47–54. doi: 10.1177/10253823050120020108
- Jané-Llopis E., Barry M., Hosman C. & Patel V. 2005. Mental Health promotion works: a review. *Global Health Promotion* 2005;12(2):9–25. doi: 10.1177/10253823050120020103x
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Finlex® - Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 15.8.2016. Saatavissa osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>
- Kessler R. C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K. R. & Walters E. E. 2005. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62:593–602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kivekäs T., Hirvonen L. & Laaksonen M. 2015. Työterveyshuolto mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien työntekijöiden hyvinvoinnin ja työkyvyn tukena. Teoksessa Partanen A., Moring J., Bergman V., Karjalainen J., Kesänen M., Markkula J., Marttunen M., Mustalampi S., Nordling E., Partonen T., Santalahti P., Solin P., Tuulos T. & Wuorio S. (toim.) *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 – 2015. Miten tästä eteenpäin?* Työpäpaperi 20/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuosmanen L., Vuorilehto M., Voipio-Pulkki L-M., Laitila M., Posio J. & Partanen A. 2010. Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä – kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenvaro-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005–2009. *Avauksia* 5/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuussaari K. & Partanen A. 2013. Yhdistetyt päihde- ja mielenterveyspalvelut vuoden 2011 päihdetapauslaskennassa. Teoksessa Moring J., Bergman V., Nordling E., Markkula J., Partanen A. & Soikkeli M. (toim.) *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012.* THL. Työpäpaperi 15/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kähärä K. 2015. Mielenterveyden palveluodotukset perusterveydenhuollossa. Tutkimus Suupohjan seutukunnan yhteisössä. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 2077.

- Laajasalo T. & Pirkola S. 2012. Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Raportti 47/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos
- Laitila M. 2013. Mielenterveys- ja päihdetyö osana kunnan hyvinvointia – Opas strategiseen suunnitteluun. THL. Kide 22.
- Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 24.4.2015/523. Finlex® - Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 15.8.2016. Saatavissa osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150523>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 28.6.1994/559. Finlex® - Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 15.8.2016. Saatavissa osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Latvala E. & Vanhanen-Nuutinen L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S. & Nikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY
- Lehtinen V., Ozamiz A., Underwood L. & Weiss M. 2005. The Intrinsic Value of Mental Health. Teoksessa Promotion Mental Health: Concepts, emerging evidence, practice. Geneva: World Health Organization.
- Leppo K., Ollila E., Peña S., Wismar M. & Cook S. (toim.) 2013. Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Lönnqvist J. & Lehtonen J. 2014 Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist J., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. (toim.) Psykiatria. Duodecim, Helsinki.
- McDaid D. under the IMPACT contract to support the European Pact for Mental Health and Well-being 2011. Making the long-term economic case for investing in mental health to contribute to sustainability. European Union.
- McDaid D., Knapp M. & Raja S. 2008. Barriers in the mind: promoting an economic case for mental health in low- and middle-income countries. World Psychiatry. 2008 Jun; 7(2): 79–86.
- MHP Hands Consortium & THL 2013. Mielenterveyden edistäminen kouluissa. Työpaperi 24/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Finlex® - Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 15.8.2016. Saatavissa osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. 1994. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.
- Muñoz R. F., Beardslee W. R. & Leykin Y. 2012. Major Depression Can Be Prevented. Am Psychol 67(4): 285–295.

- National Research Council and Institute of Medicine 2009. Preventing Mental, Emotional and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities. Washington, DC: The National Academic Press.
- Nordentoft M., Wahlbeck K., Hällgren J., Westman J., Ösby U., Alinaghizadeh H., Gissler M., Laursen T. M. 2013. Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. PLoS ONE 8(1): e55176. doi:10.1371/journal.pone.0055176
- Nutbeam D., Harris E. & Wise M. 2010. Theory in a nutshell. A practical guide to health promotion theories. 3rd edition. McGraw-Hill.
- Nutbeam D. 1998. Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. Health Promot. Int. (1998) 13 (1): 27-44. doi: 10.1093/heapro/13.1.27
- O’Connell M.E., Boat T. & Warner K. E. (toim.) 2009. Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People. Progress and Possibilities. Institute of Medicine and National Research Council. Washington DC, National Academics Press.
- OECD 2014. Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing
- OECD 2015. Fit mind, fit job. From evidence to practice in mental health and work. Paris: OECD Publishing.
- Parks J., Svendsen D., Singer P. & Foti M. E. 2006. Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness. Alexandria, VA: Medical Directors Council, National Association of State Mental Health Program Directors.
- Patel V., Chisholm D., Parikh R., Charlson F. J., Degenhardt L., Dua T., Ferrari A. J., Hyman S., Laximinarayan R., Levin C., Lund C., Medina Mora M. E., Petersen I., Scott J., Shidhaye R., Vijayakumar L., Thornicroft G. & Whiteford H. 2015. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key message from Disease Control Priorities, 3rd edition. Lancet 2015; published online Oct 8. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00390-6
- Pirkola S., Isometsä E., Suvisaari J., Aro H., Joukamaa M., Poikolainen K., Koskinen S., Aromaa A & Lönnqvist J. 2005. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 40:1–10.
- Power A. K. 2010. Transforming the Nation’s Health: Next Steps in Mental Health Promotion. American Journal of Public Health 100:12:2343–2346.
- Prince M., Patel V., Saxena S., Maj M., Maselko J., Phillips M. R. & Rahman A. 2007. No health without mental health. Lancet 2007; 370: 859–77. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Finlex® - Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 15.8.2016. Saatavissa osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>
- Päihdepalvelujen laatusuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto.

- Rimpelä M. 2010. Terveydenhuollosta terveyden edistämiseen. Teoksessa Ståhl T. & Rimpelä A. (toim.) Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- Robinson J. H., Haaz E. J., Petrica S. C., Hillsberg B. S. & Kennedy N. J. 2004 Managed Care and Prevention of Mental Health And Substance Abuse Problems: Opportunities for Growth Through Collaboration in the New Millenium. *The Journal of Primary Prevention* 24 (3), 355–373.
- Rutter M. 1990. Psychosocial resilience and protective mechanisms. Teoksessa Rolf J., Masten A., Cicchetti D., Nuechterlein K. & Weintraub S. (toim.) Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge: New York.
- Satka M. 2009. Varhainen puuttuminen, moraalinen käänne ja sosiaalisen asiantuntijat. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (2009):1.
- Savola E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/2005. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus ry.
- Shonkoff J. P. 2009. Mobilizing Science to Revitalize Early Childhood Policy. *Issues in Science and Technology* Fall 2009:79–85.
- Simonsen N. 2013. Health promotion in local contexts and enabling factors. A study of primary healthcare personnel, local voluntary organizations and political decision makers. Academic dissertation. Hjelt Institute: Department of Public Health, Faculty of Medicine; University of Helsinki, Folkhälsan Resarch Center: Helsinki.
- Solantaus T., Paavonen E. J., Toikka S. & Punamäki R-L. 2010. Preventive interventions in families with parental depression: children’s psychosocial symptoms and prosocial behavior. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 19:883–892.
- Solin P. 2011. Mental Health from the Perspective of Health Promotion Policy. Academic Dissertation. University of Tampere, School of Health Sciences.
- Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. Finlex® - Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 15.8.2016. Saatavissa osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidon järjestämisestä 33/2008. Finlex® - Säädökset alkuperäisinä. Elektroninen aineisto. Viitattu 15.8.2016. Saatavissa osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033>
- STM 2016. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Raportteja ja muistioita 2016:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2012–2015. Julkaisuja 2012:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. *Selvityksiä* 2009:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 2001:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

- Ståhl T. & Rimpelä M. 2010. Väestön terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Teoksessa Ståhl T. & Rimpelä A. (toim.) Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- Ståhl T., Wiss K., Hakamäki P. & Saaristo V. 2015. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutuminen kunnassa – rakenteet, vastuut, seuranta ja voimavarat. Tutkimuksesta tiiviisti 31, syyskuu 2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Suvisaari J., Ahola K., Kiviruusu O., Korkeila J., Lindfors O., Mattila A., Markkula N., Marttunen M., Partonen T., Peña S., Pirkola S., Saarni S., Saarni S. & Viertiö S. 2012. Psykkiset oireet ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Koskinen S., Lundqvist A. & Ristiluoma N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Suvisaari J., & Lindfors O. 2012. Terveyspalvelujen käyttö mielenterveysongelmien vuoksi. Teoksessa Koskinen S., Lundqvist A. & Ristiluoma N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Suvisaari J. 2010. Missä mennään mielenterveys- ja päihdeasioissa? Teoksessa Partanen A., Moring J., Nordling E. & Bergman V. (toim.) 2010. Kansallinen mielenterveys ja päihdeuunitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sädeniemi M., Pirkola S., Pankakoski M., Joffe G., Kontio R., Malin M., Ala-Nikkola T. & Wahlbeck K. 2014. Does Primary Care Mental Health Resourcing Affect the Use and Costs of Secondary Psychiatric Services? *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2014, 11(9), 8743-8754; doi:10.3390/ijerph110908743
- Tamminen N. & Solin P. (toim.) 2013. Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa. Opas 27/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Tansella M. & Thornicroft G. 1998. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychological Medicine* 28:503–508
- Tartuntatautilaki 25.7.1986/583. Finlex® - Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 15.8.2016. Saatavissa osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583>
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Finlex® - Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 15.8.2016. Saatavissa osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- THL 2016a. Terveyden edistämisen kustannusesimerkit. Elektroninen aineisto. Viitattu 21.4.2016. Saatavissa osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/perustelut/vaikutukset-ja-vaikuttavuus/rahat/esimerkit#mielenterveydenedistaminen>
- THL 2016b. TEAvisari. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Elektroninen aineisto. Viitattu 22.6.2016. Saatavissa osoitteesta <https://www.teaviisari.fi/teaviisari/fi/>
- THL 2015. MARAK - moniammatillinen riskinarviointi. www.thl.fi. Luettu 2.6.2016
- Tilford S. 2006. Mental health promotion. Teoksessa Mental health promotion. A lifespan approach. (toim.) Cattan, M. & Tilford, S.. Berkshire: Open University Press

- Tuomi J. & Sarajarvi A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi
- Tupakkalaki 549/2016. Finlex® - Säädökset alkuperäisinä. Elektroninen aineisto. Viitattu 18.8.2016. Saatavissa osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20160549>
- Tutkimuseettinen neuvottelu kunta 2016. Hyvä tieteellinen käytäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 16.6.2015. Saatavissa osoitteesta <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>
- Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. Finlex® - Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 15.8.2016. Saatavissa osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>
- Valtari M. 2006. SPSS-perusteet. Helsingin yliopisto: Valtiotieteellisen tiedekunnan TVT
- Vuorenmaa M. & Hannu-Jama M. 2015. Vertaileva pohjoismainen näkökulma edistävään ja ehkäisevään työhön ja sen rakenteisiin. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 Miten tästä eteenpäin? Työpäperi 20/2015. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
- Wahlbeck K. 2015. Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. *World Psychiatry* 2015;14:36–42. doi: 10.1002/wps.20178
- Whiteford H. A., Degenhardt L., Rehm J., Baxter A. J., Ferrari A. J., Erskine H. E., Charlson F. J., Norman R. E., Flaxman A. D., Johns N., Burstein R., Murray C. J. L & Vos T. 2013. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *382(9904):1575–1586*. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6
- WHO 2016. WHO Global Health Promotion Conferences. Elektroninen aineisto. Saatavissa osoitteesta <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>
- WHO 2013. The European Mental Health Action Plan. Regional Committee for Europe. Sixty-third Session.
- WHO 2005. Promoting Mental Health. Concepts, emerging evidence, practice. A report of the World Health Organization, Development of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Printed in Singapore, Geneva
- WHO 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization.
- WHO 1947. The constitution of the World Health Organization. WHO Chronicle (1).
- van Achterberg T. & Schoonhoven L. & Grol R. 2008. Nursing Implementation Science: How Evidence-Based Nursing Requires Evidence-Based Implementation. *Journal of Nursing Scholarship* 2008;40(4):302-10. doi: 10.1111/j.1547-5069.2008.00243.x.
- Zechmeister I., Kilian R., McDavid D. & the MHEEN group 2008. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health* 2008, 8:20.

LIITE: Tutkimuksessa käytetty kyselylomake

Mieli 2009 -arviointikysely

Tervetuloa vastaamaan Mieli 2009 -arviointikyselyyn!

Kysely koostuu neljästä kysymyskokonaisuudesta, jotka käsittelevät asiakkaan asemaa, ennaltaehkäiseviä palveluita, palvelujen toimivuutta sekä Mieli 2009 ohjelman ohjausvaikutusta.

Kussakin kysymyskokonaisuudessa tehdään yksi arvio. Lisäksi toivomme Sinulta muutamia konkreettisia esimerkkejä omasta organisaatiostasi sekä kehittämisedellytyksiin liittyviä huomioita. Lopussa on vielä muutama avoin kysymys, joihin myös toivomme sinulta näkemyksiäsi palvelujärjestelmän kehittämiseksi.

Kyselyyn vastaamiseen kuluu aikaa n. 15 minuuttia.

Vastaukset käsitellään tunnistamattomina.

Toiminta-alueesi (OHJE: täytä KAKSI tasoa: (1) Sairaanhoidopiiri/valtakunnallinen taso, ja tämän valittuasi nousee ikkuna, josta valitse (2) kunta/valtakunnallinen suunta)

Edustan pääasiassa

- Mielenterveyspalveluita
- Päihdepalveluita
- Sekä mielenterveys- että päihdepalveluita

Mikä on vastuutasosi/tehtäväalueesi mielenterveys- tai päihdepalveluissa?

- Asiakkaan edustaja
- Työntekijä
- Esimiestyöntekijä
- Asiantuntija
- Johtaja
- Jokin muu, mikä?

Mitä palveluiden tuottajatahoa edustat?

- Potilas- tai omaisjärjestöt
- Sosiaali- tai terveysjärjestöt
- Yksityiset palveluntuottajat
- Kunnalliset peruspalvelut
- Erikoissairaanhoido
- Jokin muu, mikä?

Mikä on organisaatiosi/vastualueesi kohderyhmä? (voit valita useamman vaihtoehdon)

- Lapset ja lapsiperheet

- Nuoret
- Aikuiset
- Vanhukset
- Kaikki ikäryhmät

Mikä on suhteesi Mieli 2009 - Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan?

- En ole lainkaan perehtynyt Mieli -2009 suunnitelmaan
- Olen hyvin vähän perehtynyt (olen kuullut suunnitelmasta ja pintapuolisesti tiedän sisällön)
- Olen kohtalaisen perehtynyt (olen lukenut suunnitelman ja hyödyntänyt sitä toiminnan kehittämisessä)
- Olen hyvin perusteellisesti perehtynyt (olen aktiivisesti analysoinut suunnitelmaa ja käyttänyt sitä kehittämistyön tukena)
- Olen toiminut Mieli 2009 -projektityöntekijänä
- Olen toiminut Mieli 2009 -ohjausryhmässä tai neuvonantajana

Asiakkaan aseman vahvistumiseen kuuluvat mm

- myönteisemmät asenteet
- palveluvalmiuksia ja -osaamista kehittävä koulutus
- tasavertaisuus riippumatta terveysongelmasta
- kokemusasiantuntijoiden kuuleminen ja osallistuminen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin
- kieli ja kulttuuritaustan huomioiminen
- matalan kynnyksen palvelut
- stigmatisoinnin vähentäminen

Kaiken kaikkiaan, missä määrin ja mihin suuntaan mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivän asiakkaan asema on muuttunut organisaatiossasi/vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana?

Huomattavasti huonompaan suuntaan kuin aikaisemmin	Hieman huonompaan suuntaan kuin aikaisemmin	Pysynyt samana	Hieman parempaan suuntaan kuin aikaisemmin	Huomattavasti parempaan suuntaan kuin aikaisemmin	En osaa sanoa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Konkretisoi kaksi tärkeintä esimerkkiä siitä, miten asiakkaan asema on parantunut organisaatiossasi/vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana

1. tärkein esimerkki parannuksista
2. tärkein esimerkki parannuksista

Mitkä asiat/muutokset ovat edesauttaneet asiakkaan aseman parantamispyrkimyksiä organisaatiossasi/vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana?

Konkretisoi kaksi tärkeintä esimerkkiä siitä, miten asiakkaan asema on huonontunut organisaatiossasi/vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana

1. tärkein esimerkki huononnuksista
2. tärkein esimerkki huononnuksista

Mitkä asiat ovat estäneet tai vaikeuttaneet asiakkaan aseman parantamisyrittämiä organisaatiossasi/vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana?

Varhaisen puuttumisen ja ennaltaehkäisevän työhön kuuluvat mm.

- hyvinvointia tukeva osallisuus, yhteisöllisyys ja alueellinen koordinaatio
- kansalaisen mahdollisuudet vaikuttaa itseään koskeviin ratkaisuihin
- sukupolvien yli siirtyvien ongelmien ehkäiseminen
- mielenterveys- ja päihdetyön strategia ja sen huomioiminen osana laajempia kokonaisuuksia
- kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen strategiatyössä
- riskiryhmissä olevien lasten ja nuorten tasapainoisen kasvun tukeminen sekä muiden riskiryhmien tukeminen
- lähisuhde ja perheväkivallan ehkäiseminen

Kaiken kaikkiaan, kuinka paljon organisaatiossasi/vastuualueellasi on panostettu varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisevään työhön viimeisten kolmen vuoden aikana?

Huomattavasti vähemmän kuin aikaisemmin	Hieman vähemmän kuin aikaisemmin	Saman verran kuin aikaisemmin	Hieman enemmän kuin aikaisemmin	Huomattavasti enemmän kuin aikaisemmin	En osaa sanoa
()	()	()	()	()	()

Konkretisoi kaksi tärkeintä esimerkkiä siitä, miten organisaatiossasi/vastuualueellasi on toteutettu varhaista puuttumista ja ennaltaehkäisevää työtä viimeisten kolmen vuoden aikana?

1. tärkein esimerkki
2. tärkein esimerkki

Mitkä asiat ovat edesauttaneet varhaisen puuttumisen ja ennaltaehkäisevän työn toteuttamista organisaatiossasi/vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana?

Mitkä asiat ovat olleet esteenä varhaisen puuttumisen ja ennaltaehkäisevän työn toteuttamiselle organisaatiossasi/vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana?

Toimiviin palvelukokonaisuuksiin kuuluvat mm.

- hoitomallien kehittäminen yli organisaatorajojen
- perus- ja avopalvelujen tehostaminen esim. lisäämällä mielenterveys- ja päihdetyön päivystyksellisiä, liikkuvia ja konsultaatiopalveluja?
- lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyön palvelujen toteuttaminen ensisijaisesti lapsen omassa arkisessa elinympäristössä kodissa, päivähoitossa tai koulussa erikoispalvelujen tuella
- yhteistyö lastensuojelun, mielenterveys- ja päihdepalvelujen sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian kesken
- perheen ja muiden läheisten tuen tarpeen huomioiminen, lasten huomioiminen
- mielenterveyskuntoutujien työllistymisedellytysten parantaminen
- ikääntyvien mielenterveyshäiriöihin ja päihdeongelmiin puuttuminen ajoissa ja heille sopivien hoitomuotojen kehittäminen

Kaiken kaikkiaan, missä määrin organisaatiossasi/vastuualueellasi on kehitetty toimivia palvelukokonaisuuksia viimeisten kolmen vuoden aikana?

Huomattavasti vähemmän kuin aikaisemmin	Hieman vähemmän kuin aikaisemmin	Saman verran kuin aikaisemmin	Hieman enemmän kuin aikaisemmin	Huomattavasti enemmän kuin aikaisemmin	En osaa sanoa
()	()	()	()	()	()

Konkretisoi kaksi tärkeintä esimerkkiä siitä, miten organisaatiossasi/vastuualueellasi on kehitetty toimivia palvelukokonaisuuksia viimeisten kolmen vuoden aikana

1. tärkein esimerkki
2. tärkein esimerkki

Mitkä asiat ovat edesauttaneet toimivien palvelukokonaisuuksien kehittämisessä organisaatiossasi/vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana?

Mitkä asiat ovat olleet esteenä toimivien palvelukokonaisuuksien kehittämisessä organisaatiossasi/vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana?

Mikä on käsityksesi siitä, miten ns. yhden oven palveluperiaate toteutuisi parhaiten?

Mieli 2009 -suunnitelman ohjausmenetelminä ovat olleet mielenterveys- ja päihdetyön

- opetuksen kehittäminen
- suositukset
- koordinointi
- resurssien vahvistaminen
- lakimuutokset

Kaiken kaikkiaan, miten arvioit Mieli 2009 -mielenterveys- ja päihdesuunnitelman vaikutta-

neen palveluiden parantumiseen organisaatiossasi/ vastualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana?

Ei lainkaan vaikutusta	Vähän vaikutusta	Kohtalaisesti vaikutusta	Paljon vaikutusta	Erittäin paljon vaikutusta	En osaa sanoa
()	()	()	()	()	()

Konkretisoi kaksi tärkeintä esimerkkiä siitä, miten Mieli 2009 -suunnitelma on vaikuttanut palveluihin organisaatiossasi/ vastualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana

1. tärkein esimerkki

2. tärkein esimerkki

Mitkä asiat ovat olleet esteenä Mieli 2009 -suunnitelman vaikuttavuudelle organisaatiossasi/vastualueellasi?

Mitkä asiat ovat edesauttaneet Mieli 2009 -suunnitelman vaikuttavuutta organisaatiossasi/vastualueellasi?

Kaiken kaikkiaan, minkä kouluarvosanan antaisit Mieli 2009 -suunnitelman sisällölle?

4	5	6	7	8	9	10	En osaa sanoa
()	()	()	()	()	()	()	()

Kaiken kaikkiaan, minkä kouluarvosanan antaisit Mieli 2009 -suunnitelman toteutukselle?

4	5	6	7	8	9	10	En osaa sanoa
()	()	()	()	()	()	()	()

Mitä olisi voinut tehdä paremmin?

Mitä vielä halua sanoa Mieli 2009 -suunnitelmasta?