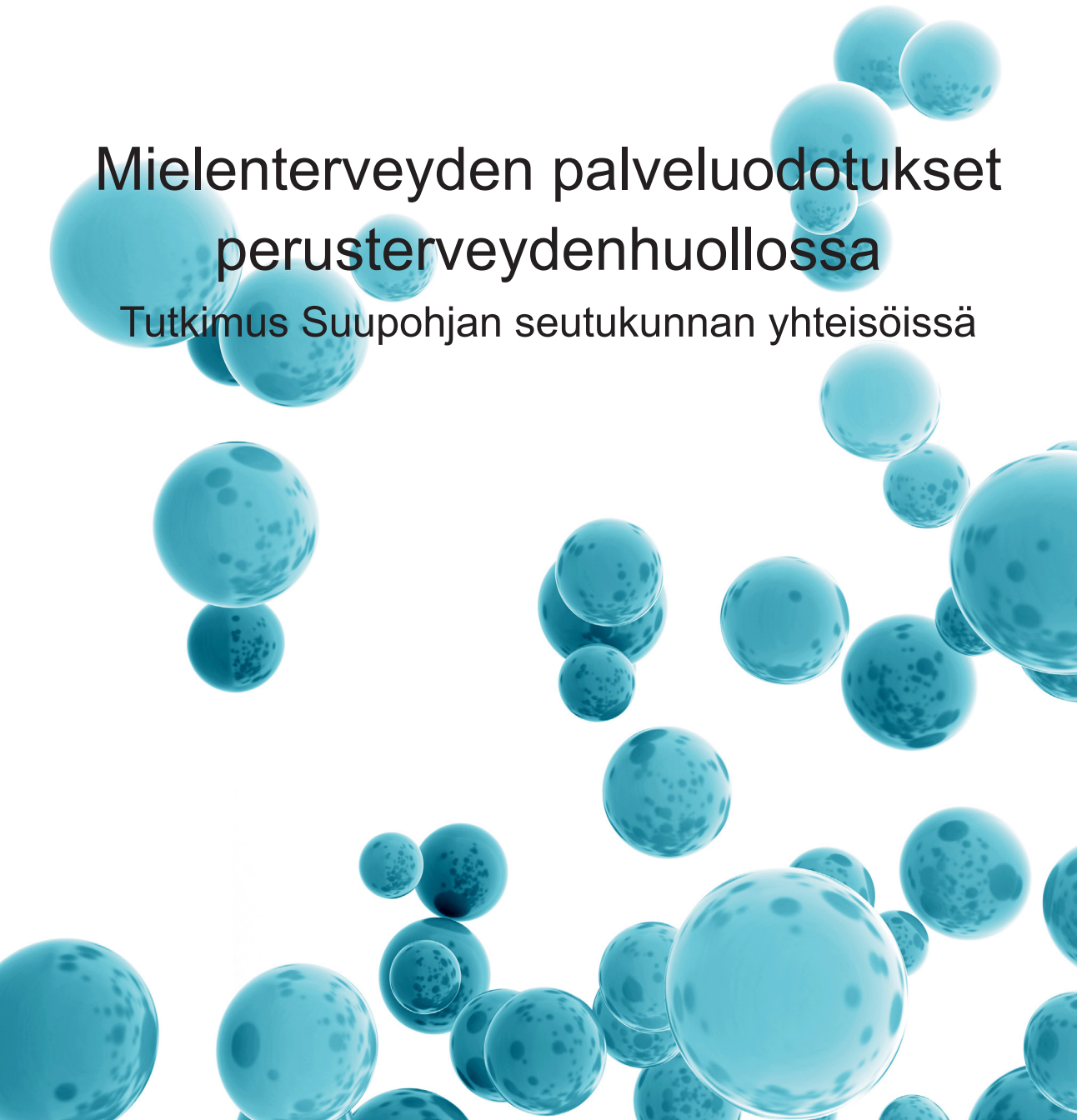


KIRSTI KÄHÄRÄ

# Mielenterveyden palveluodotukset perusterveydenhuollossa

Tutkimus Suupohjan seutukunnan yhteisöissä





KIRSTI KÄHÄRÄ

Mielenterveyden palveluodotukset  
perusterveydenhuollossa

Tutkimus Suupohjan seutukunnan yhteisöissä



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston  
lääketieteen yksikön johtokunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston Arvo-rakennuksen  
Jarmo Visakorpi -salissa, Lääkärintäti 1, Tampere,  
14. päivänä elokuuta 2015 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

KIRSTI KÄHÄRÄ

Mielenterveyden palveluodotukset  
perusterveydenhuollossa

Tutkimus Suupohjan seutukunnan yhteisöissä

*Acta Universitatis Tamperensis 2077*  
*Tampere University Press*  
*Tampere 2015*



TAMPEREEN  
YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, Lääketieteen yksikkö

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, perusterveydenhuollon yksikkö

Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

*Ohjaaja*

Emeritusprofessori Kari Mattila

Tampereen yliopisto

*Esitarkastajat*

Dosentti Pekka Jaatinen

Turun yliopisto

Professori Juha Veijola

Oulun yliopisto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla Tampereen yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2015 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu

Mikko Reinikka

Taitto

Sirpa Randell

Myynti:

[verkkokauppa@juvenesprint.fi](mailto:verkkokauppa@juvenesprint.fi)

<https://verkkokauppa.juvenes.fi/>

Acta Universitatis Tamperensis 2077

ISBN 978-951-44-9865-7 (nid.)

ISSN-L 1455-1616

ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1571

ISBN 978-951-44-9866-4 (pdf)

ISSN 1456-954X

<http://tampub.uta.fi>

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print

Tampere 2015



# SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ .....	5
ENGLISH SUMMARY .....	7
ALKUPERÄISET OSAJULKAISUT .....	9
LYHENTEET .....	10
1 JOHDANTO .....	11
2 KIRJALLISUUSKATSAUS .....	12
2.1 Mielenterveyden kehittämisohjelmat .....	12
2.1.1 Mielenterveys Euroopassa .....	12
2.1.2 Mielenterveys Suomessa .....	12
2.1.2.1 Mielenterveysongelmien esiintyvyys .....	13
2.2 Palvelujärjestelmä .....	13
2.2.1 Lainsäädäntö .....	13
2.2.2 Lasten ja nuorten palvelut .....	15
2.2.3 Aikuisten palvelut .....	15
2.2.4 Ikäihmisten palvelut .....	16
2.2.5 Hoitotakuu .....	16
2.2.6 Poliittinen päätöksenteko ja päättäjät .....	17
2.2.7 Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö .....	18
2.3 Palvelujärjestelmän kehittäminen .....	19
2.3.1 Informaatio-ohjaus ja kuntien strategiatyö .....	19
2.3.2 Käypä hoito -suositukset .....	20
2.3.3 Alueelliset hoito- ja palveluketjut .....	20
2.3.4 Toimintatutkimus ja prosessimallintaminen .....	21
2.3.5 Mielenterveyspalveluiden järjestämisen erityispiirteitä. ....	21
2.3.6 Palvelujärjestelmän kustannukset .....	23
2.4 Sosiaalinen pääoma ja yhteisöllisyys .....	24
2.5 Yhteenvedo kirjallisuuskatsauksesta .....	25
3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET .....	27
4 AINEISTO JA MENETELMÄT .....	28
4.1 Mielenterveyspalveluiden kehittämishanke: verkostotyömalli .....	28
4.2 Verkostotyömallin arviointi: ensimmäinen kyselytutkimus .....	29

4.3	Palveluodotukset: toinen kyselytutkimus .....	30
4.3.1	Väestöotos .....	30
4.3.2	Kunnallisten päättäjien kohderyhmä .....	31
4.3.3	Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kohderyhmä .....	31
4.3.4	Kyselylomake palveluodotuksista .....	32
4.4	Tilastolliset menetelmät .....	33
5	TULOKSET .....	34
5.1	Verkostotyömallin arviointi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kyselyssä (I) .....	34
5.2	Kenen on vastuu mielenterveysongelmaisen ihmisen hyvinvoinnista ja kuka voi vaikuttaa (II) .....	35
5.3	Mielenterveysoireiden arviointi (III–VI) .....	36
5.3.1	Yläasteella opiskeleva nuori (III) .....	36
5.3.2	Raskaita elämänvaiheita läpikäynyt alkoholisoitunut nainen (IV) .....	36
5.3.3	Yksinhuoltajaäiti ja kahden kuukauden ikäinen itkuinen vauva (V) .....	37
5.3.4	Yksin asuva vanhus, jonka käyttäytyminen muuttuu (VI) .....	37
5.4	Vastaajaryhmien erot oirekuvittain .....	38
6	POHDINTA .....	40
6.1	Tutkimusmenetelmän ja aineiston arviointi .....	40
6.2	Tulosten pohdinta .....	41
6.2.1	Alueellisten mielenterveyspalveluiden järjestäminen, vastuu ja vaikutusmahdollisuudet .....	41
6.2.2	Henkilön mielenterveysongelman oirekuva ja sen arviointi .....	43
6.3	Yhteisöllisyys .....	45
7	YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	48
7.1	Päätulokset .....	48
7.2	Käytännön sovellus- ja jatkotutkimusehdotukset .....	49
7.2.1	Palveluiden mallintaminen .....	49
7.2.2	Kiireelliset mielenterveysoireet .....	49
7.2.3	Yhteistyön ja yhteisöllisyyden rakentuminen .....	49
	KIITOKSET .....	51
	KIRJALLISUUSVIITTEET .....	53
	LIITTEET .....	65
	ALKUPERÄISET OSAJULKAISUT .....	91

# TIIVISTELMÄ

Mielenterveyden ongelmat ovat merkittävä kansanterveyden ongelma sekä Suomessa että Euroopassa. Oireilu ja sairastuminen koskevat niin yksilöä, perhettä kuin lähiyhteisöä. Mielenterveyspalveluiden järjestämisessä erityinen haaste on siinä, että sairastuneen itsensä on sairauden luonteesta johtuen vaikea arvioida tilannettaan ja etsiä asianmukaisia palveluita. Myös yhteisön kulttuuri ja arvot vaikuttavat erittäin paljon halukkuuteen hakeutua hoitoon sekä hoidon jatkumoon ihmisen elämänkaaren aikana.

Tässä kehittämishankkeessa luotiin alueellinen verkostotyömalli perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon mielenterveyspalveluihin ja mielenterveyttä tukeviin palveluihin. Hanke toteutettiin Etelä-Pohjanmaalla Suupohjan seutukunnan alueella. Mallin toimivuutta arvioitiin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle suunnatulla kyselytutkimuksella, joka postitettiin yhteensä 398 sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselle. Tutkimuksessa kävi ilmi, että palveluiden mallintamisella voitiin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön mielestä parantaa mielenterveyspalveluiden koettua toimivuutta ja saatavuutta sekä moniammatillista yhteistyötä. Sosiaali- ja terveydenhuollon parantuneen yhteistyön ansiosta mielenterveysoireista kärsivät pääsivät hoitoon oikeaan aikaan ja helpommin.

Mielenterveyshuollon palveluodotuksia tutkittiin kyselytutkimuksessa, joka kohdennettiin kolmelle kohderyhmälle: väestöryhmälle, alueen kunnallisten päättäjien ryhmälle ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöryhmälle (yhteensä n=1791). Kyselylomake sisälsi alueen mielenterveyspalveluita koskevia väittämiä, ja vastaajaa pyydettiin arvioimaan, kuka voi vaikuttaa mielenterveysongelmatapauksissa ja kenellä on näistä vastuu. Lisäksi kyselyssä oli kuvaus neljästä henkilöstä, joilla kaikilla oli mielenterveyteen viittaavia ongelmia. Vastaajan tuli arvioida avuntarpeen kiireellisyyttä ja sitä, mistä oireileva saisi apua palvelujärjestelmässä. Vastaajaa pyydettiin arvioimaan myös tämän henkilökohtaista panosta ja mahdollisuutta auttaa.

Tutkimuksen tulosten mukaan vastuu mielenterveysongelmien hoidosta ja oireilevien auttamisesta kuuluu väestön mielestä ensisijaisesti yhteiskunnalle ja vähemmässä määrin oireilevalle itselleen tai tämän läheisille. Ennaltaehkäisyssä ja hoidossa voivat parhaiten auttaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, joilla on käytössään riittävät resurssit. Väestöryhmän edustajat eivät usein osaa pitää kiireellistä reagointia

edellyttäviä oirekuvia riittävän kiireellisinä. Väestöryhmän, päättäjryhmän ja henkilöstöryhmän välille muodostui eroja myös siinä, mikä oirekuva arvioitiin useimmiten kiireelliseksi. Väestön vastauksissa yhteisöllisyys näkyi siinä, että suurin osa vastanneista olisi ollut yhteydessä oireilevan henkilön lähiomaisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän pitää kehittyä ja lisätä vuorovaikutusta ja ymmärrystä väestön, päättäjien ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön välillä.



## ENGLISH SUMMARY

Mental health problems are a major problem in public health, both in Finland and across Europe. Mental disorders affect the individual sufferer, the sufferer's family, and the wider community. A particular challenge in organising mental health services is access to care. Mental disorders weaken the capacity of self-adjustment, and the sufferer has difficulties in assessing the situation and in finding appropriate services. The culture and the attitudes of the community also have a great impact on the sufferer's access to care and on the acceptance of care and treatments.

During this research, a local best practice model was developed for mental health services at primary health care and social welfare offices in the Suupohja district of South Ostrobothnia. This model was evaluated in a questionnaire study. A postal questionnaire was sent to a sample of social and health care workers (n=398). These workers considered the development of a local best practice model to be effective in improving the availability and functioning of mental health services. The model also facilitates the formation of a cooperation network among the services, and thus gives the patient improved access to appropriate care.

A second questionnaire was sent to three target groups: a randomised sample of Suupohja inhabitants aged 15–84 years (n=1200), a sample of social and health care personnel in the district providing care and guidance for patients with mental health problems (n=463), and a sample of local politicians (n=148). The respondents were asked their opinions on the local mental health services, and they answered questions on where they considered the responsibility for mental health services to lie and who they considered to have the ability to influence mental health problems.

The questionnaire also covered four narrative scenarios of a person with mental health problems and symptoms. The respondent was asked to choose answer alternatives considering the need and urgency for treatment and support in the person's case. The access to care was also evaluated, as were the respondent's own personal efforts and opportunities to help the patient.

According to the results, the majority of the respondents considered the community to be responsible for preventing and taking care of mental health problems; the sufferers themselves and their families were thought to play a minor role. Furthermore, the results

reported that health care professionals have the best ability to help in the prevention and care of mental health problems when the resources are sufficient. The evaluation of the urgency of treatment and support was very difficult for the Suupohja inhabitants. Differences were also found in the assessment of the urgency of care and support among the target groups. A sense of community was identified in the responses of Suupohja inhabitants in the narrative scenarios; they would mostly contact the relatives of a person with mental health problems. The social and health care system should improve understanding and cooperation between the community, the healthcare professionals, and local politicians.

# ALKUPERÄISET OSAJULKAISUT

Tutkimus perustuu seuraaviin osajulkaisuihin. Osajulkaisuihin viitataan tekstissä roolalaisin numeroin.

- I Kähärä, K., Piikkilä, S. & Mattila, K. (2008). Alueellinen verkostotyömalli mielenterveyspalveluiden parantamiseksi. Suupohjan seutukunnan mielenterveys-hanke 2004–2006. Suomen Lääkärilehti 63:649–53.
- II Kähärä, K., Grönlund, J. & Mattila, K. (2011). Kenen on vastuu ja kuka voi vaikuttaa mielenterveysongelmiin? Suomen Lääkärilehti 18:1487–92.
- III Kähärä, K., Grönlund, J. & Mattila, K. (2010). Symptoms of adolescent mental health problems and public concern. Scandinavian Journal of Public Health 38:108–109.
- IV Kähärä, K., Tulisalo, U., Grönlund, J. & Mattila, K. (2013). Reactions to acute psychotic symptoms in a rural community. Nordic Journal of Psychiatry 67(5):334–8.
- V Kähärä, K., Tulisalo, U., Grönlund, J. & Mattila, K.J. (2014). Reactions and Attitudes to Postpartal Mental Symptoms in a Rural Community. Community Mental Health Journal. 50(7):800–10.
- VI Kähärä, K., Valvanne, J., Grönlund, J. & Mattila, K. A senior citizen expressing mental symptoms in a community (lähetetty julkaistavaksi)

Artikkelien käyttöön väitöskirjan osajulkaisuina on saatu kustantajien lupa.

# LYHENTEET

CCM	Chronic Care Model, terveyshyötymalli
KASTE	Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissel- ma
MRC	Medical Research Council
SOTE	sosiaali- ja terveydenhuolto
STM	sosiaali- ja terveysministeriö
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
VALVIRA	Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto
VRK	Väestörekisterikeskus
WHO	World Health Organization

# 1 JOHDANTO

Mielenterveystyö tähtää mielen hyvään vointiin ja ihmisen kykyyn selviytyä ja elää arjessa. Kansainvälisessä mielenterveystyössä painopisteenä on näyttöön perustuva mielenterveyden edistäminen ja mielenterveysongelmien ennaltaehkäisy. Mielenterveyshäiriöt painottuvat heikossa sosiaalisessa asemassa eläviin kansalaisiin kaikissa Euroopan maissa (WHO 2014). WHO:n mukaan mielenterveysongelmat kuten masennus, skitsofrenia, ahdistuneisuus ja päihteiden käyttö ovat yhteiskunnallisesti erittäin merkittävä haaste ja aiheuttavat laajoja kehittämistarpeita palvelujärjestelmälle. Väestön ikääntyessä myös muistisairaudet ja niihin liittyvien käytös- ja mielialaoireiden luomat haasteet lisääntyvät merkittävästi. Mielenterveysongelmista kärsivä yksilö ja hänen perheensä tarvitsevat erityistä tukea saadakseen itselleen tai perheelleen oikea-aikaista apua sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä. Mielenterveysongelma koskee koko perhettä ja lähiyhteisöä, ja sillä on paljon vaikutuksia ihmisen lähiyhteisöön.

Perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteinen teoreettinen perusta on perhekeskeinen ja monitieteellinen, mikä tarkoittaa sitä, että palveluiden käyttäjä otetaan huomioon sekä yksilönä että osana perhettään ja yhteisöään. Ympäröivän maailman ja yhteiskunnan muuttuessa myös palveluiden järjestämisen täytyy muuttua. Hyvinvoinnin turvaamiseksi tarvitaan sekä yksilön että yhteisön näkökulmaa, ja palveluita täytyy kehittää yhteiskunnan muutoksen mukana.

Yhteiskunnan muutosten myötä yksilöiden ja perheiden hyvinvoinnin eriarvoistuminen näkyy työssä aikaisempaa enemmän (Kaikkonen ym. 2012). Tältä pohjalta kehittyivät kysymykset myös tähän tutkimustyöhön, jossa pohditaan sitä, miten mielenterveyspalveluiden alueellista palvelujärjestelmää voidaan kehittää. Tavoitteena on, että oireileva henkilö ja hänen läheisensä saavat apua aikaisempaa helpommin. Lisäksi on edelleen tärkeää lisätä palvelujärjestelmän toimijoiden keskinäistä yhteistyötä ja väestön tietoa palvelujärjestelmästä.

Lähipiiri huomaa läheisensä oireilun usein ensimmäisenä, minkä takia on tärkeää tukea läheisten ja perheiden mahdollisuuksia puuttua läheisen oireiluun. Pohdintaa vaatii myös se, miten alueen yhteisöllisyyttä voitaisiin lisätä palvelujärjestelmää muutamalla. Tällöin sekä läheisten että ammattilaisten olisi luontevaa puuttua oireiluun.

## 2 KIRJALLISUUSKATSAUS

### 2.1 Mielen terveyden kehittämissuunnitelmat

#### 2.1.1 Mielen terveys Euroopassa

Mielen terveyden ongelmat ovat merkittävä kansanterveyden ongelma sekä Suomessa että Euroopassa. Sairastuminen koskee paitsi sairastunutta itseään, myös hänen läheisiään. Arvioiden mukaan jokin mielen terveyden ongelma koskee Euroopassa joka kolmatta henkilöä vuosittain. Hyvin erilaiset sairaudet voivat aiheuttaa monia mielen terveyteen ja henkilön selviytymiseen vaikuttavia oireita. Psykoottisesta häiriöstä kärsii 1–2 % väestöstä, ja päihderiippuvuutta sairastaa 5,6 % miehistä ja 1,3 % naisista. Väestön ikääntymisen myötä dementoivien sairauksien esiintyvyys lisääntyy: yli 65-vuotiaista dementoivaa sairautta sairastaa jo 5 % ja yli 80-vuotiaista jopa 20 % (European Union 2010). Dementoiviin sairauksiin liittyy varsinaisten muistitoimintojen heikentymisen lisäksi useita erilaisia henkilön toimintakykyyn ja toiminnanohjaukseen liittyviä oirekuvia (Bonelli ja Cummings 2007). Joidenkin dementoivien sairauksien oirekuva painottuu sairauden alkuvaiheessa hyvin voimakkaasti henkilön käyttäytymisen oireisiin tai erilaisiin harhaluuloihin (McKeith 2006).

Euroopan unionin mielen terveyspolitiikan painopisteitä ovat sekä mielen terveyden edistäminen väestötasolla että mielen terveyden ongelmista kärsivien hoito. Tavoite on edistää kaikkien ikäluokkien eli niin lasten, nuorten, työikäisten kuin ikäihmistenkkin mielen terveyttä. Mielen terveyden ongelmista kärsivien tulee päästä nopeasti asianmukaiseen hoitoon. Tavoitteena on myös poistaa mielen terveysongelmiin liittyvää häpeää ja edesauttaa mielen terveyden häiriöistä kärsivien mahdollisuuksia osallistua aktiivisesti yhteiskunnalliseen toimintaan. (WHO 2013.)

#### 2.1.2 Mielen terveys Suomessa

Suomen nykyinen kansallinen mielen terveyden kehittämissuunnitelma ulottuu vuoteen 2015 ja kokoaa yhteen mielen terveys- ja päihdetyön keskeiset tavoitteet ja painopistealueet. Ohjelmassa vahvistetaan asiakkaan asemaa ja painotetaan avo- ja peruspalvelui-

ta sekä palveluiden ohjauskeinoja mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Tärkeä linjaus on se, että mielenterveys- ja päihdetyön tulee muodostaa yhtenäinen ja toimiva kokonaisuus muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa (STM 2009b; STM 2012c).

### 2.1.2.1 Mielenterveysongelmien esiintyvyys

Mielenterveyden määritelmän mukaan mielenterveys on voimavara, jonka varaan ihmisen hyvinvointi ja toimintakyky rakentuvat. Mielenterveys on merkittävä osa ihmisen kokonaisvaltaisesta terveydestä ja hyvinvoinnista. Häiriöt mielenterveydessä rajoittavat ihmisen toiminta- tai työkykyä ja mahdollisuutta osallistua sosiaalisiin suhteisiin tai aiheuttavat merkittävää kärsimystä ja psyykkistä vajaakuntoisuutta (WHO 2004; WHO 2008; WHO 2013). Suomessa psykoosisairauksien esiintyvyyden on arvioitu olevan yli 3 % (Perälä ym. 2007). Suomessa 17 % naisista ja 14 % miehistä ilmoitti kärsineensä merkittävästä psyykkisestä kuormittuneisuudesta tutkimusta edeltäneen kuukauden aikana. Suomalaisen Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan 7 % naisista ja 4 % miehistä on sairastanut masennushäiriön vuoden 2010 aikana. Masennushäiriön yleisyys ei ollut muuttunut vuoteen 2000 verrattuna (Koskinen ym. 2012). Epidemiologisissa selvityksissä on todettu, että poikkileikkaustutkimukset saattavat aliarvioida psyykkisten häiriöiden esiintyvyyttä elinkaaren aikana, koska ihmiset eivät aina muista psyykkistä sairasteluaan; esimerkiksi keski-iässä ihmiset eivät välttämättä enää muista nuoruusiän masennustaan (Takayanagi ym. 2014).

## 2.2 Palvelujärjestelmä

### 2.2.1 Lainsäädäntö

Suomen perustuslaki (Finlex 731/1999) korostaa ihmisten perusoikeuksia ja yhdenvertaisuutta. Jokaisella kansalaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Kansalaisella on myös oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Kuntalaki (Finlex 365/1995) määrittelee kunnan perustehtäväksi väestön hyvinvoinnin edistämisen.

Mielenterveystyö jaetaan mielenterveyttä edistävään, mielenterveyshäiriöitä ehkäisevään ja mielenterveyshäiriöitä korjaavaan toimintaan. Mielenterveyslaki (Finlex 1116/1990) ja terveydenhuoltolaki (Finlex 1326/2010) käsittelevät sekä mielenterveyden edistämistä että ehkäisevää mielenterveystyötä. Tavoite on kehittää yhteiskunnallisia olosuhteita siten, että yhtäältä yksilön mielenterveyttä voidaan suojata ja vahvistaa,

ja toisaalta voidaan vähentää ja poistaa riskitekijöitä, jotka mahdollisesti uhkaavat yksilön ja väestön mielenterveyttä.

Perusterveydenhuolto tuottaa palveluita terveyden edistämiseksi ja ennaltaehkäisyyn parantamiseksi osana julkisen palvelun verkostoa. Terveydenhuoltolain tavoite on vahvistaa perusterveydenhuoltoa ja parantaa terveystalouden saatavuutta ja tehokkuutta. Uudessa laissa pyritään myös kehittämään perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja muiden toimijoiden välistä yhteistyötä sekä lisäämään palveluiden asiakaskeskeisyyttä ja asiakkaan valinnan mahdollisuuksia. Sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuudistus on parhaillaan valmisteilla (STM 2012b).

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma Kaste on sosiaali- ja terveysministeriön pääohjelma, jonka tavoitteena on määritellä sosiaali- ja terveyspoliittiset tavoitteet ja niiden kehittämisen ja valvonnan painopisteet sekä uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet (STM 2012a). Valtioneuvosto vahvistaa Kaste-ohjelman joka neljäs vuosi.

Kaste-ohjelman 2012–2015 tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja ja järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut asiakaslähtöisesti. Kaste-ohjelma koostuu kuudesta osaohjelmasta:

1. riskiryhmien mahdollisuutta hyvinvointiin ja osallisuuteen parannetaan
2. lasten ja perheiden palveluita uudistetaan
3. ikäihmisten palveluita uudistetaan
4. palvelurakennetta uudistetaan
5. tietojärjestelmiä kehitetään
6. johtamista vahvistetaan ja uudistetaan

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja sen palvelurakennetta muokkaavat kuntauudistus ja samalla tapahtuva kuntarakenteen uudistaminen. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kehittämisestä vuosina 2011–2014 (Finlex 305/2011) tuli voimaan keväällä 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta arvioidaan laissa osana kuntarakenteen uudistamista. Kehittämisen tavoitteena on ollut palveluiden järjestäminen nykyistä laajemmille väestöpohjille, jotta voidaan turvata sekä taloudellinen kestävyys että henkilöstön osaaminen.

Suomen seuraava sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistus on valmistavana. Tällä hetkellä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista vastaavat Suomessa kunnalliset organisaatiot. Vuonna 2014 yhteensä 89 kuntaa järjesti sosiaali- ja terveydenhuollon perustason palvelut itse. Lisäksi 229 kunnasta muodostettiin 63 yhteistoiminta-aluetta, jotka vastasivat alueensa palveluiden tuotannosta. Osa nykyisistä organisaatioista on kuitenkin hyvin pieniä.



Suunniteltu uudistus koskee kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) hallintoa ja organisaatioiden rakennetta. Uudistuksessa päätetään sote-palveluiden toteuttamisesta, toteuttajan hallinnosta ja rahoituksesta sekä toiminnan ohjauksesta ja valvonnasta. Sote-uudistuksen tavoite on turvata koko maahan yhdenvertaiset ja laadukkaat palvelut. Tavoitteena on myös vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluita ja kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita yhtenä kokonaisuutena.

Uudistuksen lähtökohtana on myös lähipalveluiden määrittelemisen ja turvaaminen. Palveluita voidaan keskittää, mikäli palveluiden saatavuuden tai laadun turvaaminen edellyttää erityisosaamista tai kalliita investointeja tai mikäli keskittäminen voidaan perustella kustannustehokkuudella. Suunniteltuun sote-uudistukseen liittyy myös sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen uudistamista. Valmistelutyö on vielä kesken (STM 2015).

## 2.2.2 Lasten ja nuorten palvelut

Perusterveydenhuollon lasten ja nuorten palveluissa mielenterveyden edistäminen painottuu neuvola- ja kouluterveydenhuoltoon. Neuvolatoiminnan laatu on varmistettu asetuksella, jolla on myös pyritty turvaamaan palveluiden yhtenäisyys (Finlex 338/2011). Lastenneuvola- ja kouluterveydenhuollon ohjeistusta on päivitetty viime vuosina, ja siinä korostetaan mielenterveyden edistämistä (STM 2004a: STM 2009a). Terveystarkastusten menetelmäkäsikirjassa terveystarkastus määritellään voimavarakeskiseksi kokonaisarviointiksi, jossa on mukana niin psykososiaalisen kehityksen arviointi, lapsen kehitysympäristön arviointi, terveystottumusten arviointi kuin mahdollinen ympäristön lähisuhdeväkivalta (Mäki 2011).

Sosiaalipalveluiden lainsäädännössä myös lastensuojelulaki (Finlex 417/2007) velvoittaa painottamaan ennaltaehkäisevää näkökulmaa. Kunta on velvollinen järjestämään ehkäisevää lastensuojelua ja tarpeen mukaista lapsi- ja perhekohtaista lastensuojelua.

## 2.2.3 Aikuisten palvelut

Aikuisten mielenterveyttä edistävät ja tukevat palvelut sijoittuvat peruspalveluissa sekä sosiaali- että terveydenhuollon sektorille. Työterveyshuolto määritellään työterveyshuoltolaissa (Finlex 1383/2001), ja sen tehtävä on edistää työntekijöiden työ- ja toimintakykyä yhteistyössä työnantajan ja työntekijän kanssa. Työnantajan tehtävä on järjestää työntekijöilleen ehkäisevää työterveyshuoltoa. Palvelut työnantaja voi joko

järjestää itse tai ostaa terveyskeskuksesta, yksityiseltä lääkäriasemalta tai joltain muulta palveluntuottajalta.

Terveyskeskuksen vastaanotto toiminta turvaa myös mielenterveyden palveluita. Vastaanotto toiminta tarjoaa moniammatillisia palveluita koko väestölle yhteistyössä sosiaalipalveluiden kanssa. Terveydenhuoltolain (Finlex 1326/2010) mukaan kunnan on järjestettävä terveystarkastukset myös opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille.

Sosiaalipalvelut määrittellään sosiaalihuoltolaissa (Finlex 710/1982). Sosiaalihuolto tarjoaa väestötason sosiaalipalveluita, päättää toimeentulotuesta ja sosiaaliavustuksista ja hoitaa näihin liittyviä toimintoja. Sosiaalihuollon tavoite on edistää ja ylläpitää yksittäisen henkilön, perheen ja yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä.

## 2.2.4 Ikäihmisten palvelut

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaalipalveluista (Finlex 980/2012) eli vanhuspalvelulaki määrittelee monella tavalla kunnan tehtävät suhteessa ikäihmisiin. Lain tärkein periaate on turvata ikääntyvälle laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut ja palvelutarpeen arviointi kokonaisuutena. Palveluiden pitää olla riittäviä ja oikea-aikaisia. Kunta on velvollinen tekemään palvelutarpeen selvityksen ikääntyneelle henkilölle, jolloin palveluiden kokonaistarve arvioidaan yhdessä ikäihmisen ja hänen omaisensa tai edunvalvojansa kanssa. Palvelusuunnitelmaa tarkistetaan tarvittaessa, kun ikäihmisen tilanne muuttuu.

## 2.2.5 Hoitotakuu

Terveydenhuoltolaki määrittelee yksilön hoitoon pääsyn määräajat eli hoitotakuun. Kiireellistä hoitoa tarjoavat terveyskeskusten ja sairaaloiden päivystykset, ja kiireellinen hoito on turvattu kaikille koko Suomen alueella.

Kiireettömän hoidon arviointi aloitetaan kunnallisissa terveyskeskuksissa. Terveyskeskukseen täytyy saada välitön yhteys joko puhelimitse tai paikan päällä käymällä. Kiireetön hoito annetaan hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolla. Hoidon tarpeen arvioinnissa arvioidaan henkilön tarve yhteydenottoon, sairauden oireet ja oireiden vaikeusaste, ja näiden perusteella arvioidaan hoidon kiireellisyys (Finlex 1019/2004). Hoitotakuu määrittelee, miten terveyskeskukseen on saatava yhteys ja miten hoidon tarpeen arviointi toteutetaan. Kun hoito todetaan tarpeelliseksi, hoito täytyy järjestää sairauden tai oireen edellyttämässä ajassa.

Terveyskeskuksessa kiireettömään hoitoon on päästävä viimeistään kolmessa kuukaudessa.

Julkinen erikoissairaanhoido on järjestetty Suomessa 20 sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiirit vastaavat erikoissairaanhoidon palveluiden sovittamisesta väestön ja perusterveydenhuollon tarpeisiin alueellaan (Finlex 1326/2010). Erikoissairaanhoidoon tullaan lääkärin läheteellä, ja myös erikoissairaanhoidossa tehdään hoidon tarpeen arviointi. Arviointi, arvioinnin edellyttämät tutkimukset ja erikoislääkärin hoitosuunnitelma on tehtävä kolmessa kuukaudessa läheteen saapumisesta ja tarvittava sairaalahoido on aloitettava puolessa vuodessa hoidon tarpeen toteamisesta. Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten mielenterveyspalveluissa erikoislääkärin arviointi on toteutettava kuudessa viikossa läheteen saapumisesta ja hoito on järjestettävä kolmessa kuukaudessa hoidon tarpeen toteamisesta (Finlex 1326/2010).

Hoitotakuun toteutumista valvovat Valvira (Sosiaali- ja terveystalan lupa- ja valvontavirasto) ja aluehallintoviranomaiset (Valvira 2012).

## 2.2.6 Poliittinen päätöksenteko ja päättäjät

Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisten palveluiden tuottaminen on merkittävästi sidoksissa alueelliseen poliittiseen päätöksentekoon. Suomi jakautuu kuntiin, joiden asukkaiden itsehallinto on turvattu perustuslaissa. Kunnallinen demokratia perustuu edustukselliseen demokratiaan.

Kunnissa päätösvaltaa toteuttaa asukkaiden kunnallisvaaleilla valitsema valtuusto, joka valitaan vaalivuotta seuraaviksi neljäksi kalenterivuodeksi. Kuntalaiset siirtävät vaaleilla kunnan asioita koskevan päätöksenteon valtuustolle, joka päättää kunnan taloudesta ja strategisista suunnitelmista. Talouden hallinnan kautta valtuustolla on suuri päätösvalta myös palveluiden järjestämisen ja palvelurakenteen suhteen.

Valtuuston lisäksi jokaisessa kunnassa on oltava myös kunnanhallitus. Hallitus vastaa kuntien hallinnosta, taloudesta ja valtuuston päätöksien valmistelusta. Hallituksen alaisia toimielimiä ovat lautakunnat, joilla on läheinen yhteys kuntien tuottamiin palveluihin. Palveluista vastaavat johtavat viranhaltijat toimivat lautakunnissa yleensä esittelijöinä ja asiantuntijoina. Kuntien lautakuntarakenne vaihtelee kunnittain (Finlex 365/1995; Kuntaliitto 2015).

Demokratian periaatteiden mukaisesti kuntalaisten mielipiteen tulee ohjata päättäjiä, jotka esimerkiksi valtuustojen tai lautakuntien päätösten kautta suuntaavat kunnan resursseja eri palveluihin. Kaikki päättäjät ja luottamushenkilöt heijastavat päätöksenteossa sekä edustamansa väestön mielipiteitä ja asenteita että omia näkemyksiään ja asenteitaan. Johtavat viranhaltijat edustavat koulutuksensa ja toimenkuvansa takia

asiantuntijuutta, mutta tuovat samalla päätöksentekoon ja asioiden esittelyyn myös omia arvojaan ja asenteitaan.

Kuntademokratian onnistumiseen vaikuttaa merkittävästi äänestysaktiivisuus. Vuoden 2000 jälkeen äänestysaktiivisuus nousi jokaisella vaalikierroksella, kunnes vuoden 2012 vaaleissa äänestysaktiivisuus laski 58,3 prosenttiin. Äänestysaktiivisuudessa on kunnittaisia eroja, jotka riippuvat kunnan koosta: pienissä kunnissa äänestetään yleensä aktiivisemmin kuin isoissa kunnissa. Aina pieni asukasmäärä ei kuitenkaan takaa suurta äänestysaktiivisuutta. Alle 2000 asukkaan kunnissa äänestysprosentti oli vuonna 2012 keskimäärin 68,6 % (Suomen virallinen tilasto 2014).

Kuntademokratian haasteena on se, että hyväosaiset äänestävät ahkerammin: esimerkiksi Helsingissä aktiivisuus on vähäisintä alueilla, joissa on matala koulutus- ja tulotaso (Martikainen ym. 2013). Tutkimusten mukaan kiinnostus ja aktiivisuus kunta-politiikkaa kohtaan riippuu enemmän kuntalaisen yksilöllisistä ominaisuuksista kuten iästä ja koulutustasosta kuin esimerkiksi kunnan asukasluvusta (Pekola-Sjöblom 2011).

Kuntalaiset pitävät kunnallisia palveluita erittäin tärkeinä ja hyvin hoidettuina ja arvioivat, että palveluiden saavutettavuus on vähintään keskinkertaista. Vaikka arviot ovat yleisesti melko samankaltaisia, yksittäisiä suuriakin mielipidevaihteluita esiintyy. Yleisesti ottaen palvelua käyttänyt kuntalainen on siihen tyytyväisempi kuin sellainen kuntalainen, jolla ei ole omakohtaista kokemusta palvelusta (Pekola-Sjöblom 2012). On erittäin tärkeää saada palveluiden käyttäjät mukaan aktiiviseen palveluiden kehittämiseen. Tämän tyyppisen käyttäjädemokratian kehittämisen merkitys lisääntyy kunnallisissa palveluissa. Yhteissuunnittelun tavoitteena on tunnistaa palveluiden käyttäjien omat voimavarat ja käyttää näitä voimavaroja kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden tukemiseen (Feeley ja Mair 2012). Kunnallisten palveluiden asukas- ja käyttäjälähtöinen kehittämistoiminta vahvistaa myös demokratiaa, koska kuntalaisten vaikutusmahdollisuudet lisääntyvät. Lisäksi henkilöstöä auttaa palveluiden suunnitteluvastuun jakaminen kuntalaisten, henkilöstön ja päättäjien kesken (Jäppinen 2011).

## 2.2.7 Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö

Terveydenhuollon koulutuksen jälkeen Valvira myöntää oikeuden harjoittaa terveydenhuollon ammattia. Ammatin harjoittamiseen pitää hakea lupa, oli koulutus hankittu Suomesta tai ulkomailta. Tarkoituksena on parantaa sekä potilasturvallisuutta että terveydenhuollon palveluiden laatua. (Finlex 559/1994.) Myös sosiaalipalveluiden henkilöstön kelpoisuusvaatimukset määritellään lainsäädännössä (Finlex 272/2005). Lailla pyritään turvaamaan sosiaalihuollon asiakkaan oikeus hyvään sosiaalihuoltoon sekä varmistetaan henkilöstön riittävä koulutus ja perehtyneisyys. Kelpoisuusvaati-

muksia on noudatettava sekä kunnan, valtion että yksityisten palveluntarjoajien tarjoamissa sosiaalipalveluissa. Kelpoisuusvaatimukset määritellään tehtävänimikkeittäin (STM 2007).

Terveydenhuoltolaki sisältää terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutusvelvoitteen. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle on myös annettu suositukset täydennyskoulutuksen toteutumisesta (STM 2004b ja 2006). Täydennyskoulutuksen suosituksiin kuuluvat suositukset koulutuksen suunnittelusta, toteutuksesta, seurannasta ja arvioinnista.

## 2.3 Palvelujärjestelmän kehittäminen

Sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmän kehittäminen rakentuu suomalaisen sosiaali- ja terveyspolitiikan varaan. Painopistettä on tarkoitus siirtää ongelmien hoidosta kohti yksilöiden, perheiden ja väestön hyvinvoinnin edistämistä ja ongelmien ehkäisemistä (STM 2012a).

Palvelujärjestelmän kehittämistyö kansainvälistyy jatkuvasti, ja tavoitteet yhdentyvät Euroopassa. Palvelujärjestelmän vertailu ja yhteinen kehittäminen Euroopan maiden välillä on merkittävä osa Euroopan yhteistä kehittämistoimintaa (WHO 2014). Hyvinvointi ja terveys nähdään osana koko yhteiskuntarakennetta, ja kaikki yhteiskunnalliset ja hallinnon alat vaikuttavat merkittävästi hyvinvoinnin kehittymiseen (Melkas 2013).

### 2.3.1 Informaatio-ohjaus ja kuntien strategiatyö

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus muuttui Suomessa valtionosuusjärjestelmän uudistuksessa vuonna 1993. Lainsäädännössä kuntien merkitys terveyspolitiikan toteutuksessa on kasvanut Suomessa 2000-luvulla. Taloudellinen vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottamisesta on siirtynyt enenevässä määrin valtiolta kunnille. Kuntien koko vaihtelee Suomessa hyvin paljon, mikä muodostaa riskin palveluiden järjestämiselle, koska pienissä väestöpohjissa rahoitustarvetta on vaikea ennakoita (Vohlonen ym. 2011).

Valtion informaatio-ohjaus tukee kuntia hyvinvointipalveluiden suunnittelussa (Stenvall ja Syväjärvi 2006, Tukia ja Wilskman 2011). Informaatio-ohjauksen menetelmiä ovat kouluttaminen sekä oppaiden ja suositusten laatiminen. Tilastotiedot ja rekisterit tarjoavat materiaalia kuntien palveluiden vertailuun. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) informaatio-ohjausmallissa on kolme näkökulmaa. Ensimmäinen näkökulma ohjaa hahmottamaan sosiaali- ja terveystaloudet osana kokonaisvaltaista

yhteiskuntapolitiikkaa, toinen näkökulma korostaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa ja kolmas näkökulma painottaa tiedon lisäämistä ja tiedon välittämistä hyvistä ja tuloksellisista toimintamalleista (Välimäki ja Puska 2009).

Kunnassa palveluiden kehittämistä ohjaavat toimintasuunnitelmat ja strategiat. Näissä dokumenteissa kunnanvaltuuston asettamat tavoitteet pyritään konkretisoimaan käytännön toiminnoiksi kunnan sosiaali- ja terveydenhuollossa ja muissa palveluissa. Usein kuntien toimintasuunnitelmat rakentuvat tasapainotetun mittariston (balanced scorecard, BSC) mukaisesti (Kaplan ja Norton 1996). Strategioiden riskinä on kuitenkin se, että niiden ohjausvaikutus käytännön toimintoihin voi jäädä pieneksi ja niistä voi puuttua palvelutoimintaa uudistava ja kehittävä sisältö (Helin ja Möttönen 2012).

### 2.3.2 Käypä hoito -suositukset

Merkittävä osa informaatio-ohjausta ovat kansalliset Käypä hoito -suositukset. Lääkäriseura Duodecim on tieteellinen yhdistys, joka osallistuu terveydenhoitojärjestelmän laadulliseen ja sisällölliseen kehittämiseen muun muassa laatimalla kansallisia Käypä hoito -suosituksia ja järjestämällä konsensuskokouksia. Suositusten rahoituksesta on vastannut pääasiassa sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (STM). Osa rahoituksesta tulee suoraan Duodecimilta.

Suositukset ovat tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia, jotka käsittelevät terveyteen, ennaltaehkäisyyn ja sairauksien hoitoon liittyviä kysymyksiä. Käypä hoito -suositukset laaditaan näyttöön perustuvan lääketieteen (evidence-based medicine, EBM) kansainvälisesti hyväksytyjen ohjeiden perusteella. Suositukset kohdennetaan sekä lääkäreille, terveydenhuollon muulle ammattihenkilöstölle että väestölle. Potilasversiot tiivistävät suosituksen keskeisen sisällön potilaalle yleiskielisenä versiona ([www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi); Komulainen ym. 2012).

### 2.3.3 Alueelliset hoito- ja palveluketjut

Käypä hoito -suositusten tavoite on toimia lääkäreiden, muiden terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden ratkaisujen tukena diagnostiikkaa, hoitoa ja kuntoutusta koskevissa kysymyksissä. Terveydenhuoltolaki (Finlex 1326/2010) määrittelee, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä on oltava perusterveydenhuollon yksikkö, jossa on moniammatillista terveysalan asiantuntemusta. Yksikkö hyödyntää asiantuntemusta siten, että hoito- ja kuntoutusketjut voidaan sovittaa yhteen alueellisesti ja yhteistyötä sosiaalipalveluiden kanssa voidaan tehostaa soveltuvin osin.

Perusterveydenhuollon yksikkö koordinoi palveluita alueellaan asiakasnäkökulmasta siten, että palveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus, mikä tuo Käypä hoito -suositukseen alueellisen näkökulman. Hoitosuositukset ovat erittäin tärkeitä hoidon laadun turvaamisessa, mutta tutkimustiedon soveltaminen potilaan hoitoon vaatii erityisesti yleislääkärin työssä myös alueellista näkökulmaa ja potilaan ja alueen resurssien tuntemusta. Nykyisissä hoitosuosituksissa potilaiden kokonaisvaltainen hoitaminen, oirehistoria ja sairauksien ehkäiseminen eivät saa riittävää painoarvoa (Nummenmaa 2007).

### 2.3.4 Toimintatutkimus ja prosessimallintaminen

Oman työn ja työyhteisön kehittäminen toimintatutkimuksen keinoin kuuluu sekä sosiaali- että terveydenhuollon organisaatioiden tehtäviin että laadun parantamiseen. Toimintatutkimuksen teoreettinen lähtökohta on tutkimuksen käytännönläheisyys, henkilöstön osallistuminen ja konkreettisen muutoksen mahdollistavan intervention kehittäminen (Park 2004). Toimintatutkimus etenee sykleissä, joissa vuorottelevat suunnittelu ja toiminta sekä toiminnan analysointi ja muutos (Saari 2007). Kun toimintaa arvioidaan ja kokonaisuus on hyvin monimutkainen, arviointi kohdistuu aina tutkimusmenetelmään ja vain pieneen osaan tutkittavasta toiminnasta (Belsky ym. 2006). Terveydenhuollon laatua on arvioitava sekä sisäisesti että ulkoisesti yleisesti hyväksytyjen menetelmien, tutkitun tiedon tai riittävän kokemuksen avulla (Lääkäriliitto 2013).

Terveydenhuollon palveluiden toiminnanohjausta on kehitetty teollisuuden toiminnanohjauksen keinoin ja menetelmin (Lillrank ym. 2004; Schouten ym. 2008). Vaikka potilaat ovat yksilöitä, palvelutapahtumissa toistuvat tietyt tapahtumaketjut ja prosessit. Kun palveluprosesseja toistetaan samalla tavalla, laatu vakiintuu, henkilöstö oppii ja prosessin tehokkuus kasvaa (Lillrank ja Liukko 2004; Absetz 2009; Newton ym. 2010). Sairaalat ovat kehittäneet myös leikkaustoimintojaan prosesseja mallintamalla (Gröhn ym. 2006; Keränen ym. 2006; Kaarna ym. 2010).

### 2.3.5 Mielen terveystalvöpalveluiden järjestämisen erityispiirteitä.

Mielen terveystalvöpalveluiden järjestämiseen liittyy useita erityispiirteitä. Vakava mielen tervöyden ongelma koskettaa yksilön lisäksi sekä perhettä että lähiyhteisöä, mikä lisää mielen tervöysongelmien yhteiskunnallista vaikutusta. Mielen tervöyys liittyy myös vahvasti elämänlaadun ja tyytyväisyyden kokemuksiin. Väestötutkimuksissa masennusoireisto yhdistyy vahvasti kokemukseen huonosta elämänlaadusta (Rissanen ym. 2013).

Hoitoon ja palveluiden piiriin hakeutumiseen vaikuttavat yksilön omat käsitykset mielenterveyden ongelmista ja sairauksista sekä niiden hoidosta (ten Have ym. 2010). Mielenterveyden ongelmista kärsivät kokevat usein omassa yhteisössään syrjintää ja leimaavaa asennoitumista, mikä vaikuttaa heidän halukkuuteensa käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita (Thornicroft ym. 2007; Evans-Lacko ym. 2011; Aromaa ym. 2011).

Mielenterveyspalveluiden kokonaisuus on siirtynyt viime vuosikymmenten aikana kehittyneissä maissa sairaalapainotteisuudesta yhä enemmän kohti avohoitoa ja yhteisöllisiä peruspalveluita (Thornicroft ja Tansella 2013.) Suomessa psykiatriset sairaalapaikat ovat vähentyneet jopa noin 80 prosentilla 1970-luvusta (WHO 2014). Samana aikana tulokset itsemurhien ehkäisyssä ovat parantuneet Suomessa (Pirkola ym. 2007). Palveluiden kehittämisessä on saatu hyviä tuloksia kehittämällä mielenterveyspalveluita toiminnallisina kokonaisuuksina myös hallinnollisten raja-aitojen yli (Saarinen ym. 2007).

Peruspalveluissa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaaminen ja henkilöstön omat asenteet ovat erityisen tärkeitä, koska hoitoon hakeutuminen tapahtuu pääasiassa peruspalveluiden kautta. Peruspalveluiden mielenterveytyössä ja täydennyskoulutuksessa haasteena on, että esimerkiksi yleislääkäreiden potilaat kärsivät usein monista samanaikaisista pitkäaikaissairauksista (Fortin ym. 2005). Lisäksi jopa joka neljännellä perusterveydenhuollon potilaalla on selittämättömiä toiminnallisia oireita (Burton 2003; Olde Hartman ym. 2009). Osalla potilaista selittämätön oireilu on toistuvaa ja pitkäaikaista (Verhaak ym. 2006). Paljon terveyskeskuksessa käyviltä potilailta voidaan tutkia ja seuloa ahdistuneisuushäiriöitä kartoittavilla seulontamenetelmillä (Kujanpää ym. 2014). Näiden potilaiden kohdalla on tärkeää ottaa huomioon psyykkisen häiriön mahdollisuus sekä taata tarvittavat konsultaatiot ja pitkäaikainen hoitosuhde.

Kokonaisuutena perusterveydenhuollon potilaat ovat aikaisempien tutkimusten mukaan pääsääntöisesti tyytyväisiä hoitoonsa (Laurant ym. 2008; Millar 2001). Tuoreen eurooppalaisen tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon potilaat yleisesti ottaen arvostavat nykyistä palvelujärjestelmäänsä (Tinelli ym. 2014). Suomalaisissa tutkimuksissa on arvioitu myös potilaan kokemusta terveyskeskuskäynnin hyödyistä. Näissä tutkimuksissa suurin osa potilaista kokee saaneensa käynnistä avun, ja potilaat ovat pääosin tyytyväisiä (Raivio ym. 2008; Kangaspunta ym. 2014). Pitkä jonotusaika voi heikentää potilaan kokemusta vastaanottokäynnin hyödyistä, mutta sekä lääkärin ja hoitajan tiivis yhteistyö vastaanotolla että lääkärin kokemukseen ja osaamiseen liittyvät asiat paransivat hyödyllisyyden kokemusta (Kangaspunta ym. 2014). Pitkäaikaisesti mielenterveyden ongelmista kärsivät potilaat kokevat usein tarvitsevansa perusterveydenhuollon tukea ja mahdollisuutta päästä helposti hoitoon tutun terveydenhuollon ammattilaisen luokse. Samalla on tärkeää varmistaa myös henkilöstölle joustavat



koulutus- ja konsultaatiomahdollisuudet (Lester ym. 2005). Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen tiivis yhteistyö mielenterveyspalveluiden kokonaisuuden järjestämisessä ja suunnittelussa on koko järjestelmän näkökulmasta erittäin kannattavaa ja tärkeä tutkimusaihe (Sadeniemi ym. 2014).

Pitkäaikaissairauksien ja monisairaiden potilaiden hoidon tehostamisessa käytetään erilaisia malleja. Suomessa on otettu kehittämishankkeissa käyttöön Yhdysvalloissa kehitetty terveyshyötymalli (Chronic Care Model, CCM) (Wagner ym. 1996a). Mallissa on kuusi komponenttia: omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki, tietojärjestelmien tehokas käyttö, palveluntuottajan sitoutuminen ja ympäröivien yhteisöjen tuki. Terveyshyötymalli on kehittämisen ajattelumalli, jossa lähtökohdaksi on ratkaista havaittuja ongelmia hoidon laadussa: ammattilaisten kiire estää hoitosuositusten noudattamisen, hoidon koordinointi ei toimi, hoidon seuranta ei toimi ja potilaiden omahoitajia ei ole valmennettu tehtäväänsä (Wagner ym. 1996b). Terveyshyötymallissa keskitytään potilaisiin, joilla on yksi tai useampi pitkäaikaissairaus. Malli sopii erittäin hyvin potilaille, joilla on useita terveysongelmia ja joille tehdään hoitosuunnitelma, jossa huomioidaan potilaan kokonaistilanne ja kaikki terveysongelmat. Pelkkien yksittäisten hoitosuositusten noudattaminen ei tutkimusten mukaan ole monisairaana potilaan edun mukaista (Boyd ym. 2005; Starfield 2006; Nummenmaa 2007).

Tärkeä painopiste hoitosuunnitelmassa on omahoidon tukeminen. Omahahoito on potilaslähtöinen toimintatapa, joka sisältää sekä pitkäaikaissairauden hoidon että elämäntapojen tarkastelun. Potilas suunnittelee ammattihenkilön kanssa ja tämän tukemana oman pitkäaikaissairautensa hoidon ja ottaa vastuun hoitosuunnitelmastaan (Routasalo ym. 2009). Omahaoidon tavoitteena on toteuttaa potilaslähtöistä toimintatapaa, vahvistaa potilaan ja ammattilaisen kumppanuutta, painottaa potilaan henkilökohtaista autonomiaa ja tukea hänen motivaatiotaan (Newman ym. 2004; Hayes ym. 2008).

Terveyshyötymalli sisältää myös palveluohjauksen, missä voidaan ottaa huomioon potilaan kokonaistilanne. Palveluohjaaja on sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilainen, joka vastaa potilaan palveluohjauksesta. Palveluohjauksen tavoite on hyvä laatu ja kustannusvaikuttavat tulokset. Kun yksilö voi hyvin ja saavuttaa optimaalisen toimintakyvyn, myös läheiset, yhteisö ja koko palvelujärjestelmä hyötyvät (Case Management Society of America 2014).

### 2.3.6 Palvelujärjestelmän kustannukset

Kansainvälisissä tutkimuksissa on osoitettu, että suurin osa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista muodostuu melko pienen väestöosan palvelutarpeesta (Berk ja

Monheit 2001; Andren ja Rosenqvist 1987). Suomessa THL on selvittänyt, että 10 % pääkaupunkiseudun kuntien väestöstä aiheuttaa 80 % alueen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista (Kapiainen ym. 2010). Oululainen tutkimus osoitti, että 10 % asukkaista aiheutti 81 % kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Kalleimmiksi koituvista asukkaista 38 % käyttää ainoastaan terveyspalveluita ja 62 % sekä terveys- että sosiaalipalveluita (Leskelä ym. 2013). Paljon palveluita käyttävillä asukkailla on usein pitkäaikaissairauksia (Vogeli ym. 2007; Mei-ju ym. 2011). Myös heikko sosiaalinen asema lisää palveluiden tarvetta (Roos 2003).

Kustannusten arviointi on osa palvelujärjestelmätutkimusta. Palvelujärjestelmätutkimus kattaa hyvin monimutkaisien kokonaisuuden, missä painopisteenä voivat olla palveluiden kustannukset, toimivuus tai kattavuus tai näihin liittyvät interventiot. Euroopassa Medical Research Council (MRC) tutkii aihetta ja julkaisee monimutkaisten interventioiden suunnittelun ja arvioinnin tutkimusohjeistoja palvelujärjestelmätutkimuksen tueksi (Craig ym. 2008).

## 2.4 Sosiaalinen pääoma ja yhteisöllisyys

Sosiaalisen pääoman määrittely on hyvin monitahoinen asia. Määrittelyitä ovat laatineet erityisesti tutkijat Pierre Bourdieu (Bourdieu 1986), James Coleman (Coleman 1988) ja Robert Putnam (Putnam 1993). Sosiaalinen pääoma kuvaa yhteisön sosiaalista rakennetta ja yhteisöllisyyttä. Se edistää yksilöiden välistä kanssakäymistä ja yhteistyötä ja tehostaa tätä kautta sekä yksilöiden tavoitteiden toteutumista että taloudellista kehitystä. Putnam (1993) pitää sosiaalista pääomaa yhteisön ominaisuutena ja on osoittanut tutkimuksessaan, että väestön kiinnostus yhteisiin asioihin vaikuttaa koko paikallis-hallinnon toimintaan ja toimintakykyyn. Sosiaalinen pääoma käsittää niin sosiaaliset verkostot, yhteisöllisyyden kuin sosiaalisen luottamuksen (Macinko ja Starfield 2001).

Terveystutkimuksissa on tutkittu sosiaalisen pääoman ja asukkaiden terveyden yhteyttä (Kawachi ym. 1999; Hyypä ja Mäki 2003). Tutkimusten mukaan sosiaalisen pääoman vahvistaminen lisää yksilöiden kokemusta hyvästä terveydestä ja on merkittävä työkalu terveyden edistämisessä (Eriksson 2010). Sekä yksilö että yhteisö hyötyvätkin sosiaalisesta pääomasta parantuneen terveyden kautta (Mohnen ym. 2011). Lisäksi sosiaalinen yhteenkuuluvuus ja verkostoituminen lisäävät sekä positiivista terveyskäyttäytymistä että yksilöiden kokemaa fyysistä ja psyykkistä terveyttä (Nieminen ym. 2013).

Suomessa sosioekonomiset erot terveydessä ovat lisääntyneet ja sosiaaliryhmien väliset kuolleisuuserot kasvaneet (Tarkiainen ym. 2012). Terveydenhuoltolaki (2010) painottaakin väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamista. Terveyserojen kaven-

tamisella on laajoja yhteiskunnallisia etuja: terveyseroja pienentämällä voidaan hillitä kustannuksia, turvata riittävät palvelut, kasvattaa väestön työllisyysastetta ja vaikuttaa eettisesti arvovalintoihin, sillä ehkäistävissä olevat terveyserot eivät ole oikeudenmukaisia kansalaisten tasa-arvoon tähtäävässä hyvinvointiyhteiskunnassa (STM 2008).

Suomen sisäinen muuttoliike on kiihtynyt viime vuosikymmenten aikana. Muuttoliike koostuu monenlaisista ilmiöistä. Usein muuttajat ovat keskimääräistä korkeammin koulutettuja, melko nuoria ja perheettömiä (Koskinen ym. 2007). Muuttoliikkeeseen vaikuttavat aina talouden ja elinkeinorakenteen muutokset, mutta nykyisin myös ympäristön ja viihtyvyyden merkitys on kasvanut (Aro 2007). Viime vuosina muuton kasvualueita ovat Suomessa olleet pääkaupunkiseutu ja alueelliset keskukset. Muuttoliike vääristää ikärakenteita siten, että nuoret ikäluokat siirtyvät yhä enemmän kasvukeskuksiin (Myrskylä 2006; Myrskylä 2012; Väestörekisterikeskus 2014). Maaseutumaisen ympäristön vetovoimana voidaan edelleen pitää luonnonläheisyyttä ja yhteisöllisyyttä. Maaseudun toiminnot muuttavat muotoaan, ja maaseudun asukkailta ja palveluilta tarvitaan sopeutumista ja uusien toimintojen kehittämistä (Elsinen 2008).

Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että maaseutumaisilla alueilla on kaupunkiolosuhteisiin verrattuna enemmän yhteisöllisyyttä, sosiaalista pääomaa ja kansalaisaktiivisuutta (Ziersch ym. 2009). Alueelliset erityispiirteet ja taloudellisen hyvinvoinnin jakautuminen ovat kuitenkin merkittäviä ja huomioon otettavia tekijöitä, kun arvioidaan sosiaalista pääomaa maaseutumaisessa ja kaupunkimaisessa yhteisössä (Norstrand ja Xu 2012).

Suomessa ruotsinkielisellä väestöllä on todettu olevan pidempi elinajan odote kuin suomenkielisellä väestöllä. Taustalla on väestön rakenteeseen, kulttuuriin ja geneettisiin tekijöihin liittyviä selityksiä (Koskinen ja Martelin 2003) sekä merkittäviä elintapoihin liittyviä eroja (Helakorpi ym. 2009). Viimeaikaisissa tutkimuksissa on todettu, että sosiaalisten verkostojen tukemisen pitäisi olla tärkeä osa ammatillisia palveluita, erityisesti mielenterveyden ongelmista kärsivillä (Kogstad ym. 2013).

## 2.5 Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta

Mielenterveyden ongelmat ovat kaikissa kehittyneissä maissa merkittävä kansanterveyden ongelma. Sairastaminen koskee yksilön lisäksi merkittävässä määrin myös sairastuneen perhe- ja lähipiiriä. Mielenterveyden ongelmiin liittyy usein moniongelmaisuutta, monien eri palveluiden palvelutarvetta ja inhimillistä kärsimystä.

Mielenterveyspalveluiden järjestäminen vaatii useiden erityispiirteiden ottamista huomioon. Mielenterveyshäiriöiden luonteesta johtuen asianomaisen itsensä mahdollisuudet hakea asianmukaista apua ovat heikentyneet. Hoitoon hakeutumiseen vaikutta-

vat usein myös yksilön ja yhteisön käsitykset mielenterveyden sairauksista ja ongelmista. Monet oireista kärsivät kokevat edelleen yhteisössään syrjintää ja leimautumista, mikä vaikuttaa halukkuuteen hakeutua sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden piiriin.

Mielenterveyspalveluiden tehostamisessa avainasemassa on perusterveydenhuollon kehittäminen. Mielenterveyspalveluissa ei riitä, että noudatetaan yksittäisiä hoitosuosituksia, vaan käytössä täytyy olla myös pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitoon kehitettyjä hoitomalleja kuten esimerkiksi terveyshyötymalli. Terveyshyötymallissa noudatetaan potilaslähtöistä toimintatapaa ja huomioidaan sekä pitkäaikaissairauden hoito että potilaan oman elämän kokonaisuus voimavaroineen ja haasteineen. Kun yksilö voi paremmin, myös hänen perheensä ja lähiyhteisönsä hyötyvät.

Ammatillisissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on tärkeää myös pyrkiä vahvistamaan yhteisön sosiaalista pääomaa alueellisesti. Tämä tarkoittaa yhteisön sosiaalisen rakenteen parantamiseen ja yhteisöllisyyden lisäämiseen tähtääviä tukitoimenpiteitä. On myös tärkeää arvioida ja lisätä väestön kiinnostusta yhteisiin asioihin ja paikallishallinnon toimintaan ja toimintakykyyn.

### 3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon mielenterveyspalveluita alueellisesti sekä tarkastella sitä, miten palvelujärjestelmää voidaan kehittää mallintamisen avulla ja miten oireileva henkilö saa apua palvelujärjestelmässä.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää:

- 1) Voidaanko kunnan mielenterveyspalveluiden peruspalveluita kehittää sosiaalihuollossa ja perusterveydenhuollossa kokonaisuuden mallinnuksella eli verkostotyömallilla? (osajulkaisu I)
- 2) Miten väestöstä, päättäjistä ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä koottu vastaajaryhmä arvioi sitä, kenellä on vastuu mielenterveydestä ja kuka voi vaikuttaa mielenterveysongelmatapauksissa? (osajulkaisu II)
- 3) Miten psyykkisesti oireilevan henkilön avunsaanti ja hoitoon pääsy onnistuvat alueellisessa mielenterveyspalveluiden verkostossa? Poikkeavatko väestön, päättäjien ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön käsitykset oireilevan henkilön avuntarpeesta? (osajulkaisut III–VI)
- 4) Miten kiireelliseksi avuntarve arvioitiin erilaisissa psyykkisen oireilun tapauksissa? Miten vastaajat toimisivat eri tilanteissa, kun kyse on mielenterveydenoireista? (osajulkaisut III–VI)

## 4 AINEISTO JA MENETELMÄT

Suupohjan seutukunnan alueella toteutettiin kaksi kyselytutkimusta ja kehittämishanke mielenterveyspalveluiden parantamiseksi. Hankkeessa kehitettiin alueelle verkostotyömalli mielenterveyspalveluihin ja mielenterveyttä tukeviin palveluihin. Mallin toimivuutta arvioitiin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle suunnatulla kyselytutkimuksella. Kyselytutkimus mielenterveyspalveluiden palveluodotuksista kohdennettiin kolmelle kohderyhmälle: väestöryhmälle, alueen kunnallisten päättäjien ryhmälle ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöryhmälle. Tavoitteena oli arvioida mielenterveyspalveluita ja erityisesti palveluiden piiriin saapumista. Lisäksi arvioitiin kohderyhmien vastauksien välisiä eroja.

### 4.1 Mielenterveyspalveluiden kehittämishanke: verkostotyömalli

Suupohjan seutukunnassa (jäsenkunnat: Isojoki, Jurva, Karijoki, Kauhajoki ja Teuva) toteutettiin mielenterveyspalveluiden kehittämishanke vuosina 2004–2006. Hankkeen rahoitus saatiin sosiaali- ja terveysministeriön kansallisesta kehittämisprojektista (STM 2003) ja seutukunnan kunnilta. Kuntien yhteisen väestöpohjan koko oli hankkeen aikana noin 30 000 asukasta.

Hankkeen tavoitteena oli kehittää mielenterveyspalveluista malli, joka kokoaisi yhteen kaikkien alueen kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, joiden tavoite on lisätä mielenterveyttä ja hyvinvointia. Mallintamisessa otettiin huomioon palveluihin hakeutuminen, palveluiden käyttö ja varsinainen hoito. Kehitetyn verkostotyömallin mallintamisessa painopisteenä olivat asiakkaan ohjaaminen palveluiden piiriin, palveluiden käytön ohjaaminen ja henkilöstön koulutus. Mallin kehittämisessä ei otettu kantaa palveluiden hallinnollisiin rakenteisiin.

Mallissa kuvattiin perustason sosiaali- ja terveydenhuollon mielenterveyspalvelut kokonaisuutena ja määriteltiin palvelupisteiden ja palvelutoimintojen rooli mielenterveyspalveluiden kokonaisuudessa. Jokaisen kunnan palveluista tehtiin esitteet sekä henkilöstön että väestön käyttöön. Lasten ja nuorten, aikuisten ja ikäihmisten palveluista tehtiin erilliset mallit. Muita yhteistyökumppaneina toimivia viranomaisia tai kolmatta sektoria (esim. järjestöt, yhdistykset, seurakunnat, poliisi, sivistystoimi tai kuntien kulttuuri- ja vapaa-aikatoimi) ei luettu kuntakohtaisissa malleissa yksityiskohtaisesti.

Erikoissairaanhoidon sisäistä hoito- ja palveluketjua ei kuvattu, koska potilas siirtyy psykiatriseen erikoissairaanhoidon aina lähetteellä.

Verkostotyömallin käyttöön koulutettiin kehittämishankkeen aikana sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä sekä opetustoimen henkilöstöä. Lisäksi verkostotyömallia tehtiin tunnetuksi väestölle jakamalla mallista tehtyjä esitteitä ja esittelemällä mallia paikallisessa mediassa. Kehittämishankkeen etenemistä ja henkilöstön koulutusta on kuvattu ensimmäisessä osajulkaisussa (I).

## 4.2 Verkostotyömallin arviointi: ensimmäinen kyselytutkimus

Ensimmäinen kyselytutkimus toteutettiin toukokuussa 2006, mielenterveyspalveluiden kehittämishankkeen jälkeen. Kyselylomake (liite 1) laadittiin tämän tutkimuksen tarpeisiin ja sen kohderyhmänä olivat Suupohjan seudun kuntien sosiaalityön, kotihoidon, päivähoiton, terveyskeskusvastaanottojen, työterveyshuollon ja neuvoloiden työntekijät. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kohderyhmiksi valittiin ammattiryhmät, jotka tekevät asiakkaiden palveluohjausta eli ohjaavat yksilöitä ja perheitä palveluiden piiriin.

Kyselylomake postitettiin yhteensä 398 henkilölle. Kyselylomakkeita ei numeroitu. Vastauksia pyydettiin myös muistutuskirjeellä, joka lähetettiin työyksiköihin ja toimipisteisiin. Näillä toimilla varmistettiin se, että yksittäisten vastaajien mielipiteet eivät olleet tunnistettavissa. Muistutuskirje kyselyyn vastaamisesta lähetettiin työyksiköille kolmen viikon kuluttua kyselylomakkeen postituksesta.

Kyselylomakkeen palautti 201 henkilöä (50,5 %). Vastausprosentti vaihteli kunnittain välillä 43–63 % (Jurva 43 %, n = 32; Kauhajoki 63 %, n = 79). Neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa toimivien vastausprosentti oli 62 %, kotihoidossa toimivien 60 %, terveyskeskusvastaanotoilla ja työterveyshuollossa toimivien 42 %, päivähoitossa toimivien 38 % ja sosiaalityössä toimivien 37 %. Vastanneista suurin osa työskenteli päivähoitossa (29 %) tai kotihoidossa (29 %). Neuvolassa tai koulu- tai opiskelijaterveydenhuollossa työskenteli vastaajista 12 %, terveyskeskusvastaanotolla tai työterveyshuollossa 11 %, sosiaalityössä 10 % ja muissa erityispalveluissa 10 %. Työkokemusta nykyistä tehtävää vastaavassa tehtävässä kyselylomakkeen palauttaneilla oli keskimäärin 17,7 vuotta. Lähes kaikki vastaajat olivat naisia; miehiä oli aineistossa vain kuusi.

Kyselylomakkeessa pyydettiin vastaajalta tietoja tämän työyksiköstä, työnantajasta, koulutuksesta ja nykyisen tai nykyistä vastaavan ammatillisen tehtävän kestosta. Lisäksi vastaajaa pyydettiin arvioimaan yleisellä tasolla seutukunnan mielenterveysongelmiä, mielenterveyspalveluiden saatavuutta, toimivuutta ja sitä, löytääkö potilas pal-

veluita. Vastaajaa pyydettiin myös kertomaan näkemyksiään mielenterveys Hankkeessa luodusta verkostotyömallista, hankkeen toteutuksesta sekä hanketyöryhmän järjestämistä koulutuksista ja niiden hyödyllisyydestä.

Mielenterveysongelmia ja kehittämishankkeessa mallinnettua verkostotyömallia koskeviin väittämiin vastattiin joko viisi- tai seitsenportaisella asteikolla. Vastausten ääripäät olivat molemmissa asteikoissa ”täysin samaa mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Seitsenportainen asteikko oli täysin samaa mieltä, samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, en osaa sanoa, jokseenkin eri mieltä, eri mieltä, täysin eri mieltä. Viisiportainen asteikko oli muuten sama, mutta siitä puuttuivat vaihtoehdot ”samaa mieltä” ja ”eri mieltä”. Aineisto analysoitiin frekvenssijakaumina, prosenttiosuuksina ja ristiintaulukoimalla.

### 4.3 Palveluodotukset: toinen kyselytutkimus

Palveluodotuksia koskeva kyselytutkimus (liitteet 2a, b, c) kohdennettiin kolmelle vastaajaryhmälle: väestöryhmälle, alueen kunnallisista päättäjäistä kootulle ryhmälle ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöryhmälle. Kyselylomake oli lähes sama kaikille kohderyhmille. Kohderyhmiin (n= 1791) kuuluville lähetettiin kyselylomake ja saatekirje (liite 3a) postitse huhtikuussa 2008. Muistutuskirje (liite 3b) lähetettiin toukokuussa 2008. Kyselylomakkeen palautti 893 henkilöä. Lisäksi omainen tai hoitaja palautti 9 lomaketta; näissä tapauksissa kyselyn saaja ei pystynyt vastaamaan kyselyyn. Toisen kyselytutkimuksen vastausprosentti oli 50,5 %.

#### 4.3.1 Väestötotos

Tutkimuksen väestöryhmä koostui Suupohjan alueen väestöstä (n=29 051), johon kuuluvat Isojoen, Jurvan, Karijoen, Kauhajoen ja Teuvan kuntien asukkaat. Väestörekisterikeskus poimi tutkimusta varten väestötietojärjestelmästä 1200 henkilön satunnaisotoksen yllä mainittujen kuntien 15–84-vuotiaista asukkaista. Alkuperäiseen väestötökseen osui neljatoista sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstötökseen kuuluvaa henkilöä ja kuusi kunnallisten päättäjien kohderyhmään kuuluvaa henkilöä. Heidät poistettiin väestötöksestä, jolloin väestötökseen lopulliseksi kooksi tuli 1180 henkilöä. Väestötökseen valikoituneille ammattilaisille ja päättäjille postitettiin väestökyselylomakkeen sijasta ammattilaisten tai päättäjien kyselylomake.

Väestötökseen vastausprosentti oli 45,4 % (n=1180). Vastaajista suurin osa (61 %) oli naisia. Vastausprosentti vaihteli ikäryhmittäin ja oli pienin nuorimmissa ikäryhmissä. Nuorimmassa ikäryhmässä (vuosina 1971–1993 syntyneet) vastausprosentti oli vain 30,6 %.



Väestöryhmän vastaajien keski-ikä oli 53 vuotta, ja 68 % vastaajista oli pysyvässä parisuhteessa. Lapsia oli 75 %:lla vastaajista; keskimäärin lapsia oli 2,6 (taulukko 1). Vastausprosentteissa oli eroja kuntien välillä: korkein vastausprosentti oli 49 % (Kauhajoki, n = 569) ja matalin 36 % (Jurva, n = 206).

#### 4.3.2 Kunnallisten päättäjien kohderyhmä

Kunnallisten päättäjien ryhmään kuuluivat Suupohjan kuntien valtuustojen, hallitusten ja perusturvalautakuntien jäsenet. Kunnallisten päättäjien ryhmän koko oli 148 ja ryhmän vastausprosentti 53,4 % (n=148). Vastaajien keski-ikä oli 52 vuotta ja heistä 59 % oli miehiä. Parisuhteessa oli 86 % vastaajista, ja lapsia oli 86 %:lla (taulukko 1).

#### 4.3.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kohderyhmä

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kohderyhmän muodostivat Suupohjan seutukunnan sosiaalityön, kotihoidon, päivähoidon, terveyskeskusten vastaanottojen, työterveyshuollon ja neuvoloiden työntekijät. Sosiaali- ja terveydenhuollon kohderyhmä oli sama kuin ensimmäisessä kyselytutkimuksessa. Perusteena ammattiryhmien valinnalle oli se, että nämä ryhmät ohjaavat yksilöitä ja perheitä palveluihin.

Henkilöstöryhmän koko oli 463 ja vastausprosentti 61,3 %. Lähes kaikki vastaajat olivat naisia ja heidän keski-ikänsä oli 49 vuotta. Parisuhteessa oli 87 % vastaajista ja lapsia oli 90 %:lla.

Taulukko 1. Suupohjan alueen kyselyyn vastanneiden jakaumat ryhmittäin

	Väestö	Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevät	Kunnalliset päättäjät
	n=530 %	n=284 %	n=79 %
Sukupuoli			
naiset	61	98	41
miehet	39	2	59
Ikä			
alle 50 vuotta	36	43	39
50 vuotta tai yli	64	57	61
Siviilisäätty			
parisuhde	68	87	86
muu	32	13	14
Ammatillinen koulutus			
ylempi tai yliopisto	10	26	20
alempi tai ei lainkaan	90	74	80
Lapsia			
ei lapsia	25	10	14
yksi tai useampia	75	90	86

#### 4.3.4 Kyselylomake palveluodotuksista

Kyselylomake laadittiin tämän tutkimuksen tarpeisiin (liitteet 2a, 2b, 2c). Kyselylomake oli melkein samanlainen kaikille kohderyhmille: vain sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle esitettiin työyksikköön liittyviä kysymyksiä, joita muilla kohderyhmillä ei ollut. Kyselylomakkeessa kysyttiin vastaajien taustatietoja ja esitettiin väittämiä. Väittämillä pyrittiin selvittämään kenellä on vastuu mielenterveysongelmaisen ihmisen hyvinvoinnista ja kuka kunnassa voi vaikuttaa mielenterveysongelmien vähentymiseen. Lomakkeessa pyydettiin näkemyksiä Suupohjan seutukunnassa esiintyvistä mielenterveysongelmista, palveluiden saatavuudesta ja palveluiden toimivuudesta vastaushetkellä. Lisäksi kysyttiin näkemyksiä mielenterveyshankkeessa luodusta verkostotyömallista ja haluttiin tietää, onko malli vastaajalle tuttu.

Suurin osa väittämistä oli strukturoituja ja niihin tuli vastata viisiportaisella Likertin asteikolla (täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, en osaa sanoa, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä). Analyysissä yhdistettiin täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä olevat samaan luokkaan.

Kyselylomakkeessa oli lisäksi neljä kuvitteellista tarinaa henkilöistä, joilla on mielenterveyden ongelmia. Narratiiviset potilaskertomukset kehittyivät alueellisen kehittämishankkeen aikana ja kuvaavat tilanteita, joihin perusterveydenhuollon tai sosiaalipalveluiden henkilöstö joutuu tyypillisesti ottamaan työssään kantaa. Vastaajan tuli

arvioida erityisesti sitä, tarvitseeko kuvauksen henkilö kiireellistä apua ja sitä, mistä apua on saatavissa mielenterveyden palveluiden verkostossa. Vastaajaa pyydettiin myös arvioimaan, voisiko hän itse auttaa kuvauksen henkilöä ja mitä hän olisi valmis itse tekemään.

#### 4.4 Tilastolliset menetelmät

Aineistojen analyysissä käytettiin SPSS-ohjelmaa (pääasiassa versio 16.0 for Mac). Analyysissä tarkasteltiin frekvenssijakaumia ja niiden osuuksia. Osajulkaisussa II tutkittiin logistisella regressiomenetelmällä sitä, mitkä väestön demografiset tekijät selittävät koettua vastuuta ja vaikutusta mielenterveysongelmiin. Vastuuta ja vaikutusta kartoitettavia väittämiä käsiteltiin kaksiluokkaisina (vastaukset jaettiin luokkiin täysin samaa mieltä ja muut). Kaksiluokkaisiksi muutettiin myös muut muuttujat: ikä (alle 50 vuotta ja 50 vuotta tai yli), siviilisääty (naimaton ja muu), koulutus (vähintään opistoaste tai enemmän ja muu) sekä lasten määrä (lapsia ja ei lapsia). Tilastollisen merkitsevyyden arvioinnin mittalukuna käytettiin vetosuhdetta (OR) ja sen 95 %:n luottamusväliä (LV).

Osajulkaisuissa III–VI kohderyhmien vastausten tuloksia analysoitiin ristiintaulukoimalla ja frekvenssituloksia testattiin Pearsonin khiin neliö -testillä. Hoidon kiireellisyyden arviointiin liittyviä selittäviä tekijöitä arvioitiin logistisella regressionanalyysillä. Tilastollista merkitsevyyttä arvioitiin vetosuhteen ja sen 95 %:n luottamusvälin avulla.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta antoi puoltavan lausunnon tutkimussuunnitelmasta 1.11.2007.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Verkostotyömallin arviointi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kyselyssä (I)

Vastaajista suurin osa (88 %) arvioi, että mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet Suupohjan seutukunnassa viimeisen kymmenen vuoden aikana. Kysymykseen eri ikäryhmien mielenterveysongelmien lisääntymisestä 96 % vastaajista arvioi, että lasten ja nuorten mielenterveysongelmat olivat lisääntyneet. Vastaajista 88 % arvioi työikäisten mielenterveysongelmien lisääntyneen ja 83 % vanhusten mielenterveysongelmien lisääntyneen.

Samalla kun henkilöstö arvioi mielenterveysongelmien lisääntyneen, puolet henkilöstöstä koki mielenterveystyön resurssit riittämättömiksi. Useimmin puutteita resursseissa kokivat neuvoloiden, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon, erityispalveluiden, terveyskeskusvastaanoton ja työterveyshuollon henkilöstö. Neuvoloiden ja koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon henkilöstöstä 75 % oli jokseenkin tai täysin eri mieltä väittämästä ”Mielenterveystyön resurssit omassa kunnassani ovat riittävät”. Terveystenhuollon henkilöstöstä 67 % ja sosiaalihuollon henkilöstöstä 53 % arvioi kuitenkin, että henkilöstön valmiudet kohdata mielenterveysongelmat olivat lisääntyneet. Yli 90 % vastaajista oli huolestunut sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön omasta jaksamisesta.

Vastaajista 43 % oli osallistunut mielenterveyshanketyöryhmän järjestämiin koulutuksiin verkostotyömallista ja 41 % oli käyttänyt mallia omassa työssään. Koulutusta mielenterveyspalveluiden verkostomallista ja palveluiden mallintamisesta toivoi 60 % niistä vastaajista, jotka eivät olleet vielä osallistuneet koulutuksiin. Mallia käyttäneistä 66 % arvioi, että mallista oli hyötyä vastaajan omassa työssä. Vastaajat kokivat, että terveys- ja sosiaalipalveluiden toimivuutta, palveluiden saatavuutta ja moniammatillista yhteistyötä voidaan selvästi parantaa palveluiden mallintamisella. Vastaajista 84 % oli samaa mieltä (vaihtoehdot täysin samaa mieltä, samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä yhdistettynä) siitä, että palveluiden toimivuus paranee palveluita mallintamalla. Palveluiden saatavuuden arvioi paranevan mallintamisen ansiosta 79 % vastaajista ja moniammatillisen yhteistyön 90 % vastaajista.

## 5.2 Kenen on vastuu mielenterveysongelmaisen ihmisen hyvinvoinnista ja kuka voi vaikuttaa (II)

Vastuuta mielenterveysongelmaisen ihmisen hyvinvoinnista kysyttiin strukturoidulla kysymyksellä, jossa vastausvaihtoehtoina olivat, että vastuu hyvinvoinnista kuuluu a) ihmiselle itselleen, b) lähiomaiselle tai c) yhteiskunnalle. Kaikki kolme kohderyhmää eli väestö, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö ja päättäjät arvioivat, että suurin vastuu mielenterveysongelmaisten hyvinvoinnista on yhteiskunnalla. Täysin samaa tai samaa mieltä yhteiskunnan vastuusta oli väestöryhmässä 62 %, sosiaali- ja terveydenhuollon ryhmässä 66 % ja päättäjien ryhmässä 73 % vastaajista. Väestöryhmän vastaajista miehet ja yli viisikymmentävuotiaat painottivat yhteiskunnan vastuuta tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin naiset ja nuoremmat vastaajat. Koulutuksella, parisuhhteella tai lasten lukumäärällä ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta.

Kaikki vastaajaryhmät arvioivat, että ihminen voi itse vaikuttaa riskiinsä saada mielenterveysongelmia. Täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä väittämän ”Jokainen ihminen voi itse vähentää omaa riskiään saada mielenterveysongelmia” kanssa oli väestöryhmässä 73 %, sosiaali- ja terveydenhuollon ryhmässä 73 % ja päättäjien ryhmässä 88 % vastaajista. Väestöryhmässä ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ryhmässä kolme neljästä arvioi, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset voivat vaikuttaa mielenterveysongelmien vähentymiseen kunnassa. Päättäjistä jopa 88 % arvioi, että ammattilaiset voivat vaikuttaa mielenterveysongelmien vähentymiseen kunnassa. Kaikki vastaajaryhmät arvioivat, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten mahdollisuudet puuttua mielenterveysongelmiin ovat huonommat yksityishenkilöinä kuin ammatissa toimiessa.

Väestöstä vain puolet oli sitä mieltä, että kuntien valtuustot tai hallitukset voivat vaikuttaa alueen mielenterveysongelmiin. Päättäjistä 58 % arvioi kunnanvaltuuston ja 64 % hallituksen voivan vaikuttaa mielenterveysongelmien vähentymiseen. Aineiston logistisessa regressioanalyysissä kävi ilmi, että vastaajan korkea koulutustaso (opistoaste tai enemmän) lisäsi tilastollisesti merkitsevästi vastaajan luottamusta sekä kunnan hallinnon, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön että ihmisten itsensä vaikutusmahdollisuuksiin mielenterveysasioissa muita koulutusryhmiä useammin. Iällä tai sukupuolella ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta.

## 5.3 Mielenterveysoireiden arviointi (III–VI)

Vastaajia pyydettiin myös arvioimaan neljän henkilön oirekuvausta. Erityisesti haluttiin tietää, pitääkö vastaaja henkilön avuntarvetta kiireellisenä. Väittäjä oli ”Mielestäni kuvattu oirekuva vaatii kiireellistä puuttumista asiaan.” ja siihen vastattiin viisiportaisella Likertin asteikolla (täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, en osaa sanoa, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä). Lisäksi vastaaja arvioi sekä mahdollista omaa rooliaan kertomuksessa esitetyn henkilön tapauksessa että sitä, mistä henkilö parhaiten saisi apua sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä.

### 5.3.1 Yläasteella opiskeleva nuori (III)

Potilastarina: ”Poikasi koulutoveri on 15-vuotias yläasteen viimeisellä opiskeleva koululainen. Hän on alkanut olla pois koulusta parina päivänä joka viikko. Arvosanat kokeista ovat pudonneet kahdella numerolla aikaisemmista tuloksista. Viikonloppuisin hän viihtyy kavereiden kanssa pois kotoa yhä enemmän, etkä aina ole tietoinen keiden kavereiden kanssa hän oleilee. Epäilet myös, että viikonloppuisin hän käyttää runsaasti alkoholia. Kuinka arvioit tilannetta?”

Väestöryhmässä 50 % miehistä ja 63 % naisista oli täysin samaa mieltä siitä, että poika tarvitsee kiireellistä apua. Tilastollisessa analyysissä ero miesten ja naisten arvioissa avuntarpeen kiireellisyydestä oli tilastollisesti merkitsevä. Myös yli 65-vuotiaat vastaajat arvioivat tilastollisesti merkitsevästi useammin, että kiireellistä apua ja puuttumista tarvitaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä vain 60 % oli täysin samaa siitä, että poika tarvitsee kiireellistä apua. Samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä oli 94 % sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä. Päättäjistä avuntarvetta piti kiireellisenä 60 % miehistä ja 72 % naisista.

Vastaajista suurin osa tunnisti, että nuori saisi avun parhaiten kouluterveydenhuollosta. Väestöryhmästä 79 %, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä 93 % ja päättäjistä 88 % ehdotti, että yhteyttä kannattaisi ottaa kouluterveydenhuoltoon. Sosiaalityö oli toiseksi yleisin vaihtoehto: sitä ehdotti 45 % väestöstä, 57 % henkilöstöstä ja 58 % päättäjistä.

### 5.3.2 Raskaita elämänvaiheita läpikäynyt alkoholisoitunut nainen (IV)

Potilastarina: ”Naapurissasi asuu nuori nainen, joka on kokenut raskaita elämänvaiheita kuluneen vuoden aikana. Hän on läpikäynyt avioeron, joutunut työttömäksi ja hänen äitinsä on menehtynyt vakavaan sairauteen. Nainen on alkanut käyttää alkoholia

päivittäin. Kun olet kotona, nainen tulee kauhuissaan luoksesi ja kertoo, että vakoojat ajavat häntä takaa. Kuinka arvioit tilannetta?”

Väestöstä 76 % vastasi täysin samaa mieltä väittämään ”Mielestäni kuvattu oirekuva vaatii kiireellistä puuttumista asiaan”. Väestöryhmässä saatiin tilastollisesti merkitsevä ero naisten ja miesten välille: naiset tunnistivat kiireellisen avuntarpeen useammin. Väestöryhmässä vanhemmat vastaajat tunnistivat avuntarpeen kiireelliseksi nuoria useammin, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä 87 % ja päättäjistä 85 % tunnisti kiireellisen avuntarpeen.

Väestöryhmän vastaajat arvelivat avun löytyvän parhaiten sosiaalityön yksiköstä (49 %) tai terveyskeskuksen akuuttivastaanotolta (48 %). Myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö arvioi avun löytyvän parhaiten terveyskeskuksen akuuttivastaanotolta (69 %) tai sosiaalityöstä (46 %). Päättäjien tarjoamat vaihtoehdot olivat akuuttivastaanotto (65 %) ja sosiaalityö 58 %.

### 5.3.3 Yksinhuoltajaäiti ja kahden kuukauden ikäinen itkuinen vauva (V)

Potilastarina: ”Oma ystäväsi on 30-vuotias nainen, joka on saanut vauvan kaksi kuukautta sitten. Tuore äiti on yksinhuoltaja. Vauva on kärsinyt vatsa-oireista, ollut itkuihin ja valvottanut äitiä paljon viime aikoina. Tavatessasi äitiä huomaat, että äiti on hyvin itkuinen ja väsynyt. Vauvalla on käsivarsissa pieniä mustelmia ja äiti kertoo, että vauva ”koheltaa” sängyssä niin, että satuttaa itseään. Kuinka arvioit tilannetta?”

Vastaajista 74 % väestöstä, 79 % päättäjistä ja 91 % sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä arvioi, että äiti ja lapsi tarvitsevat kiireellistä apua. Väestöryhmässä avuntarpeen kiireellisyys tunnistettiin tilastollisesti merkitsevästi useammin, jos vastaaja oli nainen, yli 50-vuotias tai hänellä oli lapsia.

Kaikki vastaajaryhmät olivat sitä mieltä, että apu löytyy parhaiten äitiys- ja lastenneuvolasta. Neuvolaa ehdotti 62 % väestöstä, 87 % sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä ja 64 % päättäjistä.

### 5.3.4 Yksin asuva vanhus, jonka käyttäytyminen muuttuu (VI)

Potilastarina: ”Naapurissasi asuu 74-vuotias yksinasuva nainen. Hänellä ei ole paikakunnalla lähimaisia, ainoa tytär asuu Helsingissä. Viimeisten kuukausien aikana naisen käytös on muuttunut selvästi. Hän esimerkiksi valvoo öisin useasti ja asunnosta kuuluu meteliä myös yöaikaan. Hän ei tervehdi naapureitaan enää eikä käy juuri lain-

kaan ulkona. Postilaatikkoaan hän ei ole tyhjentänyt pariin viikkoon. Kuinka arvioit tilannetta?”

Väestöryhmästä 69 % arvioi, että vanhus tarvitsee kiireellistä apua. Väestöryhmässä avuntarpeen kiireellisyyden tunnistamisessa oli tilastollisesti merkitsevä ero ikäryhmien välillä: yli 50-vuotiaat vastaajat tunnistivat kiireellisen avuntarpeen merkitsevästi useammin kuin nuoremmat vastaajat. Väestöryhmässä naiset tunnistivat avuntarpeen kiireellisyyden miehiä useammin, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Sekä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä että päättäjistä 76 % arvioi, että vanhus tarvitsee kiireellistä apua.

Kaikki vastaajaryhmät arvioivat, että vanhus saa parhaiten apua alueen kotihoidon kautta. Kotihoitoa ehdotti 70 % väestöstä, 90 % sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä ja 69 % päättäjistä. Terveyskeskuksen akuuttivastaanottoa ehdotti 62 % väestöstä, 65 % henkilöstöstä ja 67 % päättäjistä. Myös sosiaalityön yksikkö mainittiin palvelupisteenä, josta apua voisi hakea.

## 5.4 Vastaajaryhmien erot oirekuvittain

Kaikkien neljän henkilön oirekuvia ja heidän avuntarpeensa kiireellisyyttä arvioitiin väitteellä: ”Mielestäni kuvattu oirekuva vaatii kiireellistä puuttumista asiaan.” Vastaaja ilmoitti vastauksensa viisiportaisella Likertin asteikolla (täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, en osaa sanoa, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä). Kun väittämän kanssa täysin samaa mieltä olevien vastaajien prosentuaalista osuutta arvioitiin eri vastaajaryhmissä, vastaajaryhmien välille muodostui eroja. Väestöryhmässä avuntarvetta pidettiin useimmiten kiireellisenä alkoholisoituneen naisen, seuraavana äidin ja vauvan, kolmanneksi vanhuksen ja viimeisenä nuoren pojan tapauksessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö korosti kiireellisyyttä eniten äidin ja vauvan kuvauksen kohdalla. Seuraavaksi useimmin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ryhmä piti avuntarvetta kiireellisenä raskaita elämänvaiheita kokeneen alkoholisoituneen naisen, sitten vanhuksen ja harvimminkin nuoren pojan tapauksessa. Päättäjien ryhmässä kiireellistä puuttumista kannatettiin useimmiten alkoholisoituneen naisen kohdalla. Tämän jälkeen kiireellisyysjärjestys oli vanhus, äiti ja vauva ja nuori poika.

Kyselylomakkeessa pyydettiin vastaajaa arvioimaan myös sitä, mihin toimiin hän itse olisi valmis ryhtymään auttaakseen oireilevaa henkilöä. Väestöryhmässä suurempi osa vastaajista oli valmis auttamaan äitiä ja vauvaa tai vanhusta kuin alkoholisoitunutta naista tai nuorta poikaa. Omaiseen otettiin herkimmin yhteyttä nuoren pojan ja vanhuksen tapauksissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisiin väestö olisi ollut useimmiten yhteydessä, kun kyse oli vanhuksen oireilusta (taulukko 2).



Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä muita vastaajaryhmiä suurempi osa ilmoitti, että he voivat sekä aktiivisesti auttaa oireilevia henkilöitä itse että olla yhteydessä omaisiin tai palvelujärjestelmään. Henkilöstöryhmässä jopa 70 % vastanneista oli valmis auttamaan äitiä ja vauvaa itse. Päätäjistä prosentuaalisesti väestöryhmää suurempi osa ilmoitti sekä tarjoavansa omaa apuaan että auttavansa etsimään apua. Vanhuksen tapauksessa 91 % päätäjistä ilmoitti ottavansa yhteyttä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisiin, mikä ylitti henkilöstön prosentuaalisen osuuden; henkilöstöstä 86 % ilmoitti ottavansa yhteyttä viranomaisiin. Myös alkoholisoituneen naisen tapauksessa päätäjien aktiivisuus ottaa viranomaisiin yhteyttä (87 %) ylitti henkilöstön aktiivisuuden (84 %).

Taulukko 2. Kuvaus toimenpiteistä, joihin väestöryhmän vastaaja oli valmis ryhtymään auttaakseen henkilöä, jolla on kyselylomakkeessa kuvatut oireet. Vastausvaihtoehdot olivat ”kyllä” ja ”ei”. Prosenttiluku edustaa kyllä-vastausten prosentuaalista osuutta (n=530).

	15-vuotias koululainen	Alkoholia käyttävä nainen	Yksihuoltaja- äiti	Yksin asuva vanhus
	%	%	%	%
Ryhdyn itse auttamaan	30	31	51	51
Olen yhteydessä henkilön omaisiin	87	69	73	87
Olen yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisiin	42	68	63	73

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimusmenetelmän ja aineiston arviointi

Tutkimusasetelmaan liittyi alueellisten mielenterveyspalveluiden kehittämishankkeen arviointi, ja tutkimuksen aineisto koostui kahdesta kyselylomaketutkimuksesta. Kehittämishankkeessa luotiin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin yhteinen verkostotyömalli, jossa pyrittiin havainnollistamaan palveluiden kokonaisuutta ja jokaisen toimijan osaa kokonaisuudessa. Suomessa perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden palvelujärjestelmä on luotu kansallisen lainsäädännön pohjalta, joten palvelujärjestelmää on vaikea verrata muihin eurooppalaisiin järjestelmiin. Vastaavaa alueellisen palvelujärjestelmän mallintamista ei ole Suomessa tehty mielenterveyspalveluiden peruspalveluissa.

Kyselytutkimusten rajoituksena voidaan pitää sitä, että kyselylomakkeet tehtiin tätä tutkimusta varten, joten niitä ei ole testattu muilla aineistoilla. Ensimmäinen verkostotyömallia koskeva kysely kohdennettiin sellaisille sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöryhmille, jotka työssään osallistuvat asiakkaiden ohjaamiseen oikea-aikaisten palveluiden luokse. Verkostotyömallikyselyn (1) muistutuskirje kohdennettiin työyksiköille, jotta vastaajia ei mitenkään voisi tunnistaa vastauksista. Tämän ajateltiin myös rohkaisevan vastaajia tuomaan esiin kielteisiä mielipiteitä työyhteisössä.

Mielenterveyden palveluodotuksia kartoittavassa kyselyssä vastausprosentti vaihteli vastaajaryhmittäin. Kokonaisvastausprosentti oli 50,5 %, mutta eri ryhmien vastausprosentit erosivat toisistaan: päättäjien ja henkilöstön vastausprosentti oli noin 15 prosenttiyksikköä korkeampi kuin väestön. Vastausprosenttien voidaan arvioida vastaavan keskimääräistä kyselytutkimusten vastausprosenttia ja olevan siinä mielessä edustava otos sekä päättäjistä, henkilöstöstä että väestöstä (Tuulari ym. 2007; Hauki-Lahti ym. 2008; Hakkarainen ym. 2012; Eronen ym. 2014).

Kyselylomake oli vastaajalle pitkä ja työläs. Päättäjien ja henkilöstön paremman vastausprosentin voidaan ajatella perustuvan siihen, että kysymyksenasettelut olivat päättäjä- ja henkilöstöryhmille läheisempiä kuin valikoimattomalle väestölle. Väestöryhmässä naisten vastausosuus oli suurempi kuin miesten ja vanhemmat henkilöt vastasivat useammin kuin nuoret. Sama ilmiö on nähtävissä monissa kyselylomaketutki-

muksissa (Heikkilä ym. 2010). Kyselyyn vastaamattomista ei ole laadullista analyysiä. Ei esimerkiksi ole tiedossa, poikkesivatko kyselyyn vastaamattomien koulutusaste, parisuhdetilanne tai lasten lukumäärä kyselyyn vastanneista.

Kyselytutkimuksessa käytettiin oirekuvausten arvioinnissa kliinistä tapausker-  
tomusta. Menetelmää on käytetty pitkään muun muassa koulutuksellisissa tilanteis-  
sa terveydenhuollon henkilöstön hoitoratkaisuja arvioitaessa (Moskowitz ym. 1988;  
Crang-Valenius ja Sternquist 2005; Sedqwick ym. 2014). Ongelmalähtöinen käsittely  
heijastaa myös vastaajan asenteita ja arvoja, joita tässä kyselyssä toivottiin saatavan esille.

## 6.2 Tulosten pohdinta

### 6.2.1 Alueellisten mielenterveyspalveluiden järjestäminen, vastuu ja vaikutusmahdollisuudet

Tutkimuksen tuloksena havaittiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön mu-  
kaan palveluiden mallintaminen paransi sosiaali- ja terveystalouden saatavuutta,  
toimivuutta ja moniammatillista yhteistyötä. Palveluiden mallintamisella saatiin pal-  
veluihin pysyvyyttä, jolloin asiakassuhteet selkiytyivät. Kunkin palvelupisteen rooli  
palveluiden kokonaisuudessa selkiytyi aikaisempaa paremmin sekä asiakkaille/poti-  
laille että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Lisäksi henkilöstön koulutuksella  
voitiin parantaa henkilöstön tietoisuutta palveluverkon alueellisesta kokonaisuudesta.

Mielenterveyspalveluita järjestetään ja tuotetaan Suomessa eri tavoin eri alueilla.  
Laajasti arvioiden väestön mielenterveyden ja hyvinvoinnin näkökulmat sisältyvät kui-  
tenkin kaikkiin kunnan palveluihin ja ovat osa kunnan hyvinvointipoliittista strategi-  
aa. Kuntalaki korostaa kunnanvaltuuston roolia päätöksentekijänä, strategian määrit-  
täjänä ja kunnan tavoitteiden asettajana. Aikaisemman kuntatutkimuksen perusteella  
voidaan kuitenkin osoittaa, että kuntien valtuustojen strategiat johtavat tavoitteisiin  
vaihtelevasti (Majoinen 2005).

Asukkaiden luottamus kunnalliseen päätöksentekoon ja päätöksenteon vaikutta-  
vuuteen on yhteydessä kunnan toiminnan tuntemiseen (Harisalo ja Stenvall 2002).  
Tässä tutkimuksessa kunnallista päätöksentekoa hyvin tuntevat päättäjät toivat muita  
vastaajaryhmiä useammin esille yhteiskunnan vastuun mielenterveydestä. Tämä vah-  
vistaa aikaisempien tutkimusten tuloksia siitä, että lisäämällä asukkaiden tietoa palve-  
luista voidaan lisätä myös asukkaiden luottamusta palveluihin ja sitä kautta helpottaa  
esimerkiksi hoitoon hakeutumista.

Mielenterveysongelmien näkyvyys yhteiskunnassa on lisääntynyt, ja myös sen  
vuoksi mielenterveyspalveluiden rakenteiden kehittäminen on erittäin tärkeää. Tässä

kyselytutkimuksessa kaikki vastaajaryhmät olivat sitä mieltä, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöllä on mahdollisuus vaikuttaa mielenterveyden ongelmien vähentämiseen. Tällöin on erittäin tärkeää, että ammattihenkilöstö havaitsee mielenterveyden ongelmat. Tässä kyselytutkimuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö arvioi, että alueen mielenterveysongelmat olivat lisääntyneet kaikissa ikäluokissa.

1970- ja 1980-lukujen vaihteessa mielenterveyshäiriöiden kokonaisesiintyvyyden arvioitiin aiempien epidemiologisten tutkimusten mukaan olevan väestössä 17 % (Lehtinen ym. 1991). Laajassa Terveys 2000 -tutkimuksessa mielenterveysongelmat arvioitiin suunnilleen yhtä yleiseksi kuin 20 vuotta aikaisemminkin (Aromaa ja Koskinen 2002). Terveys 2011 -tutkimuksessa 17 % naisista ja 14 % miehistä oli kärsinyt merkittävästä psyykkisestä kuormittuneisuudesta tutkimusta edeltäneen kuukauden aikana. Psyykinen kuormittuneisuus oli vähentynyt vuoteen 2000 verrattuna sekä miehillä että naisilla. Myös masennushäiriöt ja alkoholihäiriöt olivat vähentyneet vuoteen 2000 verrattuna (Koskinen ym. 2012). Mielenterveysongelmien näkyvyys on lisääntynyt yhteiskunnassa ennen kaikkea siksi, että apua etsitään aikaisempaa enemmän. Tutkimustulosten mukaan Suupohjan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö arvioi mielenterveyden ongelmien lisääntyneen alueella, mutta tähän ei ole saatu yksiselitteistä epidemiologista vahvistusta muista tutkimuksista. Kyse voi olla ennemmin mielenterveysongelmien näkyvyyden ja havaitsemisen muutoksesta kuin varsinaisesta ongelmien lisääntymisestä. Suomessa on kuitenkin saatu seurantatutkimuksessa näyttöä masennushäiriöiden lisääntymisestä kansanterveydellisenä ongelmana (Markkula ym. 2015).

Mielenterveysasiakas kohdataan yleensä ensimmäisen kerran tavallisessa peruspalveluiden palvelukohtaamisessa terveyskeskuksessa tai sosiaalitoimessa. Palvelun hyvä saatavuus on määritelty siten, että palvelu tarjotaan oikeaan aikaan, oikeassa paikassa ja oikeaan tarpeeseen (Rogers ym. 1999). Potilaiden tyytyväisyyden tavoittelu on erittäin tärkeää, koska tyytyväisyys edistää hoitoon sitoutumista ja parempia hoitotuloksia (Doyle ym. 2013). Tutkimusten mukaan suurin osa potilaista on tyytyväisiä perusterveydenhuollon vastaanottoihin (Millar 2001; Laurant ym. 2008; Raivio ym. 2008). Myös tuore suomalainen tutkimus vahvisti, että perusterveydenhuollon potilaat olivat pääosin tyytyväisiä palveluihin (Kangaspunta ym. 2014). Lääkäriin pitkä työkokemus ja erikoistumiskoulutus lisäsivät potilaan kokemaa hyötyä. Tämän tutkimuksen tulos siitä, että mielenterveyspalveluiden mallintaminen paransi sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuutta ja toimivuutta perustui todennäköisesti henkilöstön koulutukseen. Koulutuksella vahvistettiin henkilöstön osaamista ja palveluiden kokonaisuuden hallintaa, jolloin asiakkaiden/potilaiden ohjaus ja moniammatillinen yhteistyö tehostuivat.

Vastaajaryhmien välillä oli eroja siinä, miten hyvin alueelliset mielenterveyspalvelut ja palveluiden yhteydenottokanavat tunnettiin. Kun palveluita mallinnetaan, on tärkeää keskittyä erityisesti niihin palvelukanaviin, joista hoito ja palvelu lähtevät

asiakkaan/potilaan näkökulmasta alkuun. Lisäksi on tärkeää kouluttaa henkilöstöä palveluiden kokonaisuudesta, jotta henkilöstö voi ohjata palveluiden käyttäjiä oikealla tavalla.

Tässä tutkimuksessa ei tehty kustannusanalyysia palveluiden mallintamisen vaikutuksista. Paljon palveluita käyttävien asiakkaiden koordinoimiseen tähtäävät työtavat kuten palveluiden mallintaminen ovat kuitenkin aikaisempien tutkimusten mukaan kustannustehokkaita (Leskelä ym. 2013; Callahan ym. 1995).

## 6.2.2 Henkilön mielenterveysongelman oirekuva ja sen arviointi

Kun tämän tutkimuksen vastaajaryhmät arvioivat henkilöiden oirekuvia ja avuntarpeen kiireellisyyttä, ryhmien välillä oli eroja siinä, kuinka suuri osa arvioi oirekuvauksen kiireelliseksi. Väestöstä suurin osa arvioi kiireelliseksi alkoholisoituneen naisen tapauksen, seuraavaksi suurin osa äidin ja vauvan, toiseksi pienin osa vanhuksen ja pienin osa nuoren pojan tapauksen. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä suurin osa painotti äidin ja vauvan tapauksen kiireellisyyttä. Tämän jälkeen kiireellistä apua tarvitseväksi arvioitiin useimmiten raskaita elämänvaiheita kokenut alkoholisoitunut nainen, sitten vanhus ja harvimminkin nuori poika. Päättäjistä suurin osa arvioi kiireelliseksi alkoholisoituneen naisen, seuraavaksi suurin osa vanhuksen, toiseksi pienin osa äidin ja vauvan ja pienin osa nuoren pojan tapauksen.

Vaikka kaikki ryhmät arvioivat alkoholisoituneen naisen avuntarpeen hyvin kiireelliseksi, väestöstä vain alle joka kolmas olisi ollut valmis auttamaan naista henkilökohtaisesti. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö ja päättäjät kokivat henkilökohtaisen avun antamisen vaikeaksi alkoholisoituneen naisen tapauksessa. Tutkimusten mukaan alkoholin laukaisema psykoottinen oireisto murentaa henkilön käsitystä reaali maailmasta ja on erittäin vaarallinen ja henkeä uhkaava tila henkilölle itselleen (Peralä ym. 2010). Merkittävä riski on myös alkoholin käyttöön liittyvä tapaturma-alttius (Savola ym. 2005). Sosiaalisessa yhteisössä alkoholin käyttö lisää myös väkivallan riskiä. Rikollisuustilaston mukaan yli puolet (56 %) Suomessa vuonna 2010 poliisin tietoon tulleista pahoinpitelyrikoksista tehtiin alkoholin vaikutuksen alaisena. Tämän kyselyn tulos vahvistaa käsitystä siitä, että alkoholisoituneen auttamiseen liittyy sosiaalisessa yhteisössä esteitä. Väkivallan uhka on todennäköisesti yksi vaikuttava tekijä.

Kyselytutkimuksen potilastapauksissa väestöryhmä ehdotti toiseksi useimmin kiireellistä avuntarvetta vauvan ja äidin tapauksessa. Oirekuvassa äiti osoitti uupumuksen tai masennuksen oireita, ja vauvan oireisto sopi perheväkivaltaan tai vauvan ravisteluun. Suurin osa mahdollisista vauvan pahoinpitelyistä tapahtuu juuri vauvan ensimmäisen ikävuoden aikana (Smith ja Hanson 1974; Ewing-Cobbs ym. 1998). Sosiaali- ja

terveydenhuollon henkilöstöä on viime vuosina koulutettu tunnistamaan perheiden pahoinvointia ja mahdollista perheväkivaltaa (Mäki ym. 2011). Perusterveydenhuolto käyttääkin neuvolatoiminnassa laajasti seulontoja synnytyksen jälkeisen depression tunnistamiseen. Käytössä on esimerkiksi EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale [Cox ym. 1987]) ja muita sen pohjalta suunniteltuja neuvoloiden toimintamalleja. Tässä tutkimuksessa yli 90 % sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä tunnisti, että äidin ja vauvan oirekuva vaatii kiireellistä apua. Tutkimustulos vahvistaa tältä osin aikaisempia tutkimuksia: koulutuksen johdosta lasten mahdolliset pahoinpitelyt tunnistetaan paremmin ja tilanteeseen osataan puuttua. Suomalaisessa tutkimuksessa on aiemmin havaittu, että lasten pahoinpitelyjen selvitykset ovat selvästi lisääntyneet (Hurme ym. 2008). Selvitysten kasvanutta määrää selittävät lisääntynyt tunnistaminen ja tilanteeseen puuttuminen (Gilbert ym. 2009).

Vanhuksen oirekuvaan liittyi kyselyssä hyvin myönteinen piirre: sosiaalinen tuki. Vanhuksen tilanteessa väestöryhmän vastaajat osoittivat potilastapauksista useimmiten halua olla henkilökohtaisesti aktiivisia avun etsimisessä. Apua tarjottiin henkilökohtaisesti, ottamalla yhteyttä omaisiin ja ottamalla yhteyttä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöön. Tutkimustulos oli sosiaalisen yhteisön kannalta merkittävä, koska vanhuksen käyttäytymisen muutos ja epäily siitä, että hän ei selviydy päivittäisistä tehtävistään on vakava oire. Muistisairauksien esiintyvyys väestössä on korkea. Muistisairauksia on 5–9 prosentilla yli 65-vuotiaista, ja yli 85-vuotiaista muistisairaudesta kärsii jo yli 25 % (Lobo ym. 2000; Ferri ym. 2005). Poikkeavan käytöksen takana voi olla myös mielenterveyden sairauksia tai somaattisia sairauksia, jotka vaativat selvittelyä. Sekavan käyttäytymisen syyt vaativat perusteellisia tutkimuksia (O'Mahoney ym. 2011). Vanhuksella muistisairauden tai mielenterveyshäiriön kliininen merkitys on suuri, koska ne heikentävät psykososiaalista selviytymistä (Landrevill ym. 2013). Varhainen muistisairausdiagnoosi parantaa kuitenkin vanhuksen selviytymistä ja hoidon vaikuttavuutta ja auttaa kohdentamaan palveluiden kustannukset tehokkaasti (Suhonen ym. 2010; Getsios ym. 2012). Vanhuksen oirekuvauksessa nopea apu parantaa tulevien vuosien ennustetta ja hyvinvointia.

Nuoren pojan tapaus arvioitiin kaikissa vastaajaryhmissä kiireelliseksi harvimmoin. Nuoren käytöshäiriöiseen oireiluun puuttuminen on kuitenkin nuoren elämänennusteen kannalta erittäin tärkeää. Tutkimuksen mukaan opettajan ilmaisema huoli jo ensimmäisen luokan oppilaan tunne-elämän tai käytöksen oireilusta on merkitseellinen, kun halutaan tukea lapsen hyvää tulevaa kasvua ja kehitystä (Honkanen ym. 2014). Ruotsalaisessa tutkimuksessa seurattiin nuoria, joilla oli ollut osastohoitoa vaativa käytöshäiriö keskimäärin 15-vuotiaana. Seurannassa nuorten koulutustaso oli jäänyt alhaiseksi, ja vain 17 prosentilla tytöistä ja 9 prosentilla pojista ei todettu mer-

kittäviä psyykkisiä ongelmia tai vaikeuksia sosiaalisessa toimintakyvyssä (Olsson ym. 2006). Suomalaisessa Pojasta mieheksi -tutkimuksessa seurattiin poikien käytösoireiden ja nuoren aikuisen toimintakyvyn kehittymistä kymmenen vuoden ajan (Sourander ym. 2007). Käytösoireisen nuoren ennustetta parantaa mahdollisimman varhainen puuttuminen (Marttunen ym. 2004; Connor ym. 2006). Nuoren käytösoire voi olla ohimenevä, mutta silloinkin kun oire kehittyy käytöshäiriöksi, sen tehokas hoito ennaltaehkäisee useita vakavia ongelmia (Harley ym. 2008). Tässä tutkimuksessa väestöryhmän naiset olivat miehiä useammin huolestuneita nuoren pojan käytösoireista. Lisäksi vanhemmat ikäluokat tunnistivat avuntarpeen kiireellisyyden nuoria ikäluokkia useammin. Kiireellinen avuntarve tunnistettiin kuitenkin kokonaisuutena vain harvoin siihen nähden, miten vakavasta oireilusta oli kyse.

Suupohjan alueella tapahtui Kauhajoella Seinäjoen koulutuskuntayhtymän toimipisteessä traaginen kouluampuminen syyskuussa 2008. Kouluampumisessa opiskelija surmasi ampumalla kymmenen henkilöä ja itsensä. Tragedian jälkihoito kesti alueella usean vuoden ajan. Jälkihoitoa koordinoitiin Kauhajoki-hankkeessa, jonka tavoite oli varmistaa psykososiaalinen tuki ja hoito sekä yksilö-, perhe- että yhteisötasolla (Kähärä ym. 2010; Turunen 2014). Tämän tutkimuksen mielenterveyden palveluodotuksia koskeva kysely toteutettiin keväällä 2008 eli ennen kouluampumista. Lähes kaikki ihmiset kohtaavat elämässään traumaattisia kokemuksia yksilöinä (Kessler ym. 1995), mutta suurin osa kuitenkin selviää traumaattisista kokemuksista ja menetyksistä (Bonnano ja Mancini 2008). Yhteisöä koskevat kriisit vaativat pitkän jälkihoidon ja viranomais-ten ja väestön yhteistyötä. Valmiussuunnitteluun sisältyvätkin psykososiaalinen tuki ja palveluiden järjestäminen kriisitilanteissa (STM 2009c). Kriisi vaikuttaa aina alueensa kulttuuriin ja väestön asenteisiin. On oletettavaa, että vastaajien mielipiteet erityisesti nuoren pojan tapauksessa olisivat olleet erilaiset, jos kysely olisi tehty kouluampumisen jälkeen.

### 6.3 Yhteisöllisyys

Mielenterveyden ongelmalla on laaja yhteisöllinen ja yhteiskunnallinen vaikutus, koska ongelma koskettaa vahvasti yksilöä, perhettä ja lähiyhteisöä. Mielenterveysongelmat ovat monimutkainen ilmiö sosiaalisessa yhteisössä. Sosiaalisen tuen kokemus on ihmiselle erittäin tärkeä ja se on aina suhteessa ihmisen kulttuuriympäristöön. Sosiaaliseen tukeen liittyy myös sosiaalisten taitojen käsite ja selviytyminen (Williams ym. 2004). Yhteisön sosiaalinen tuki muodostuu erittäin tärkeäksi voimavaraksi kuormittavien elämäntapahtumien yhteydessä (Kim ym. 2008). Tutkimusten mukaan henkilöt, joilla

on mielenterveyden ongelmia kokevat syrjintää ja kielteistä leimautumista yhteisöissä (Aromaa ym. 2011; Evans-Lacko ym. 2011; Thornicroft ym. 2007). Toisaalta esimerkiksi ruotsalaisten tutkijoiden mukaan suuri osa väestöstä suhtautuu myönteisesti siihen, että omassa lähipiirissä asuu henkilöitä, jotka kärsivät mielenterveysongelmista (Högberg ym. 2012).

Mielenterveysongelmien ongelmien ilmiasuun yhteisössä vaikuttaa myös sukupuoli ja sukupuoliroolit. Suomessa naiset etsivät mielenterveysongelmiin apua useammin kuin miehet (Suvisaari ja Lindfors 2012). Sama sukupuoleen liittyvä kulttuurinen ominaisuus avun hakemisessa näkyy myös kansainvälisissä tutkimuksissa (Möller-Leimkuhler 2002). Kansainvälisesti on havaittu, että monissa mielenterveyden ja päihteiden käytön häiriöissä alueellinen kulttuuri ja sukupuoliroolit vaikuttavat sekä häiriön ilmiasuun että esiintyvyyteen (Seedat ym. 2009).

Tämä tutkimus sijoittui Suupohjan seutukuntaan Etelä-Pohjanmaan eteläosaan. Eteläpohjalaiseen kulttuuriin kuuluu vahva yhdessä tekemisen kulttuuri ja talkooperinne eli niin sanottu kökkäperinne. Etelä-Pohjanmaan liitto on tehnyt Helsingin yliopiston kanssa laajan selvityksen kulttuuritoimijoiden ja sosiaali- ja terveyssektorin yhteistyömalleista ja mahdollisuuksista kehittää toimintaa (Jumppanen ja Suutari 2013). Yhteistyötä tehdään jo hyvin kattavasti koko alueella.

Tässä tutkimuksessa suurin osa väestöryhmän vastaajista olisi oirekuvauksen mukaisen tapauksen kohdatessaan ollut valmis ottamaan yhteyttä asianomaisen henkilön omaisiin. Omaisiin olisi ollut yhteydessä sekä pojan että vanhuksen tapauksessa 87 % vastaajista, alkoholisoituneen naisen tapauksessa 69 % vastaajista ja äidin ja vauvan tapauksessa 73 % vastaajista. Jos henkilöllä on mielenterveysoireita, yhteydenottoa tämän läheisiin voidaan pitää osoituksena yhteisöllisyydestä ja sosiaalisesta tuesta. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todennettu sosiaalisen tuen positiivinen vaikutus mielenterveyteen ja se, että yhteisön sosiaalisella tuella on yksilölle suojaavia vaikutuksia (Cook ym. 2002). Sosiaalisen tuen tarjoaminen on sosiaalipalveluiden perustehtävä. Peruspalveluissa tarvitaan kuitenkin moniammatillista yhteistyötä kaikissa tehtävissä, ja palveluiden tavoitteena pitää olla myös alueen yhteisöllisyyden ja väestön sosiaalisen tuen eri muotojen lisääminen.

Yhteisöllisyyden rakentumiseen voidaan vaikuttaa myös lähidemokratian keinoin. Suomessa selvitetään parhaillaan sekä kuntarakennemuutosta (Finlex 1698/2009) että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutosta (STM 2015). Tässä valmistelutyössä on tärkeää miettiä yhteisöllisyyttä ja sitä, miten saadaan vahvistettua asukkaiden mahdollisuuksia osallistua päätöksentekoon lähiympäristössään. Lähidemokratian määrittelyssä on nostettu esiin useita ulottuvuuksia, muun muassa ihmisten osallisuus ja tarve osallistua, edustava paikallisdemokratia, verkostonäkökulma, tiedon avoimuus sekä lainsäädäntö (Möller 2012). Lähiympäristö on kansalaiselle luonnolli-



nen paikka osallistua ja vaikuttaa ja saada kansalainen itse vaikuttamaan elinympäristöönsä (Kuntaliitto 2009; Jäppinen ja Sallinen 2012). Tiivis yhteistyö väestön, luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden välillä on ensiarvoisen tärkeää. Parhaimmillaan se on mahdollisuus lisätä alueen hyvinvointia yhteisöllisyyden kautta.

## 7 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 7.1 Päätulokset

Mielenterveyttä ja hyvinvointia tukevien sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisten palveluiden mallintaminen parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön mukaan mielenterveyspalveluiden koettua toimivuutta ja saatavuutta sekä moniammatillista yhteistyötä. Palveluiden mallintaminen selkiyttää kunkin palvelupisteen roolia palvelukokonaisuudessa sekä henkilöstön että asiakkaiden näkökulmasta. Henkilöstöä kouluttamalla voidaan lisäksi parantaa henkilöstön tietoa palveluiden kokonaisuudesta verkostomaisessa yhteistyössä.

Väestöryhmän mukaan vastuu mielenterveysongelmien hoidosta ja mielenterveysongelmista kärsivien auttamisesta kuuluu ensisijaisesti yhteiskunnalle ja vähemmässä määrin ihmiselle itselleen tai hänen omaisilleen. Mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa parhaiten voivat auttaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, jotka tarvitsevat työhönsä riittävät resurssit.

Kyselytutkimuksessa kuvattiin neljän henkilön oireita. Kuvaukset valittiin siten, että ne vastaavat kokeneen terveyskeskuslääkärin usein vastaanottotyössään ja konsultaatioissaan kohtaamia tilanteita. Väestö, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö ja päättäjät arvioivat kunkin oirekuvauksen kohdalla kolmea asiaa: avuntarpeen kiireellisyyttä, kanavaa jonka kautta hoito ja palvelu lähtisivät parhaiten alueella liikkeelle sekä sitä, mitä vastaaja itse olisi valmis tilanteessa tekemään.

Väestöstä suurin prosentuaalinen osuus arvioi alkoholisoituneen naisen avuntarpeen kiireelliseksi. Seuraavana tuli äidin ja vauvan tapaus, vanhuksen tapaus ja viimeisenä nuoren pojan tapaus. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä suurin osa arvioi kiireelliseksi äidin ja vauvan tapauksen. Kaikissa vastaajaryhmissä nuoren pojan arvioitiin tarvitsevan kiireellistä apua harvimmin. Henkilökohtaista apua vastaajat tarjosivat kaikissa ryhmissä harvimmin nuoren pojan ja alkoholisoituneen naisen tapauksissa. Ihmiset arvioivat avuntarpeen kiireellisyyttä eri tavoin oman koulutuksensa, kulttuurinsa ja kokemusmaailmansa pohjalta. Yhteisön yhteisöllisyyttä korostivat kuitenkin vastaukset, joiden mukaan myös väestöryhmässä suurin osa vastanneista olisi ollut yhteydessä oireilevan henkilön lähiomaisiin.

## 7.2 Käytännön sovellus- ja jatkotutkimusehdotukset

### 7.2.1 Palveluiden mallintaminen

Mielenterveyspalveluiden alueellisen verkoston mallintaminen auttaa saavuttamaan mielenterveyspalveluiden keskeiset tavoitteet. Mallintaminen on erityisen tärkeää mielenterveyspalveluissa, koska asiakas/potilas tarvitsee sairauden luonteesta johtuen usein apua saadakseen asianmukaisia palveluita. Oireilevan henkilön itsensä on usein vaikea muodostaa tilanteestaan selkeää kuvaa, mikä heikentää hänen mahdollisuuksiaan saada sosiaali- ja perusterveydenhuollon palveluita ja hakeutua hoitoon.

### 7.2.2 Kiireelliset mielenterveysoireet

Väestön on usein vaikea arvioida kiireellisiä mielenterveyden oirekuvauksia riittävän kiireelliseksi. Mielenterveyden hätätilanteet saattavat uhata henkilön terveyttä ja hyvinvointia välittömästi tai ne saattavat pitkittyessään johtaa merkittävään toimintakyvyn menetykseen ja pitkäaikaiseen elämänlaadun heikkenemiseen. Jatkossa on tärkeä tutkia, miten yhteisöissä saadaan lisättyä tietoisuutta mielenterveysongelmista ja sellaisia toimintatapoja, jotka edesauttavat nopeaa interventiota.

### 7.2.3 Yhteistyön ja yhteisöllisyyden rakentuminen

Mielenterveyspalveluiden kokonaisuudessa yhteistyö väestön, luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden välillä on tärkeää. Erityisesti kunta- ja lähiyhteisötasolla tarvitaan tiivistä yhteistyötä poliittisten päättäjien kanssa, koska kunnallisessa demokratiassa resurssien suuntaamiseen vaikuttaa merkittävästi poliittinen päätöksenteko. Niin väestö, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö kuin päättäjät korostavat yhteiskunnan vastuuta, kun arvioidaan mielenterveyden palveluodotuksia ja mielenterveysongelmaisen henkilön hyvinvointia. Päättäjät ohjaavat resursseja yhteisön viestien perusteella palveluihin, ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöllä on mahdollisuudet työssään auttaa mielenterveysongelmista kärsiviä, jos resurssit ovat riittävät ja ajantasaiset.

Yhteisössä tarvitaan lisää tiedottamista ja tutkimusta alueellisista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista erityisesti, kun kyse on mielenterveyspalveluista. Asiakkaat/potilaat pääsevät todennäköisemmin ajoissa hoitoon, kun yhteisö kykenee tunnistamaan erityisesti kiireellistä apua vaativia mielenterveyden ongelmia. Palvelujärjestelmän rakenteella on tässä tärkeä merkitys, ja yhteisöllisyyttä tukevia rakenteita tarvitaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän pitää kehittyä ja lisätä vuorovaikutusta

ja ymmärrystä väestön, luottamushenkilöiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön välillä.

# KIITOKSET

Tämä tutkimus toteutettiin Tampereen yliopistossa Lääketieteen yksikössä ja yleislääketieteen ryhmässä yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön sekä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Suupohjan peruspalveluliikelaitoksen kanssa. Työ toteutui Suupohjan seutukunnan alueella Etelä-Pohjanmaalla.

Tutkimustyöni aikana olen saanut tukea ja rohkaisua monilta henkilöiltä. Parhaimmat kiitokseni esitän emeritusprofessori Kari Mattilalle. Hän on toiminut ohjaajanani ja kannustanut koko tutkimukseni ajan. Professori Kari Mattila on kärsivällisesti ohjannut ja asettanut määräaikoja. Pitkäjänteisyys ohjauksessa on helpottanut tutkimuksen jatkamista erityisesti niinä aikoina, kun kliininen lääkärintyö ja virkatehtävät ovat vieneet myös suuren osan vapaa-ajastani. Lukuisat keskustelut yleislääketieteen sisällöstä ja arvomaailmasta ovat olleet työlleni äärimmäisen tärkeitä.

Tutkimukseni viralliset esitarkastajat, dosentti Pekka Jaatinen ja professori Juha Veijola, antoivat molemmat erinomaiset arvionsa, jotka auttoivat ja kannustivat työn valmistumisessa. Kiitän myös seurantaryhmääni kuuluneita professori Matti Joukamaata ja LT Ulla Tulisaloa. Kiitän dosentti Juhani Grönlundia ja professori Jaakko Valvannetta antoisista keskusteluista osajulkaisuihin liittyen.

Esitän lämpimät kiitokset kaikille työtovereille Tampereen yliopiston yleislääketieteen ryhmässä. Erityisesti tehdessäni kyselylomaketta alkuvuonna 2008 ja toimiessani Tampereella kliinisenä opettajana sain koko ryhmältä lukemattoman paljon neuvoja ja pohdintaa. Lämpimät kiitokset VERTA-ryhmälle, joka koostuu yleislääketieteen tutkijoista. Kokouksemme ovat olleet antoisia ja lämminhenkisiä.

Tutkimustyöni aikana työnantajani on ollut aluksi Kauhajoen kaupunki ja tammi-kuusta 2009 alkaen Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä. Molempien organisaatioiden asiantuntijoiden ja työtovereiden kanssa olen käynyt lukuisat keskustelut itse aiheeseen liittyen. On etuoikeus työskennellä työyhteisössä, jossa toimii aito moniammatillisuus ja yhteinen tavoite on etsiä uusia, asiakaslähtöisiä työtapoja ja pyrkiä uudistamaan palveluita yhteiskunnan muutosten mukaisesti. Yhteistyökumppanina Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on ollut arvokas. Suuret kiitokset esitän kaikille työtovereille, asiantuntijoille ja yhteistyökumppaneille näissä organisaatioissa.

Kiitokset osoitan työni kielentarkastuksesta koordinaattori Laura Kortelaiselle ja kielentarkastaja Matthew Jamesille.

Ystävänä Anski, Maarit, Satu, Sirkku ja Tuija olette kannustaen jakaneet opiskeluvuosista alkaen elämäni ja olette olleet arvokas tuki myös tutkimustyössäni. Kiitoksen annan tuesta myös monille ystävilleni Kauhajoella ja Suupohjan alueella. Olette säilyttäneet ystävyysni, vaikka olen joutunut jättämään tapaamisiamme väliin tutkimuskiireiden vuoksi. Erityiskiitokset osoitan Maaritille, Jarille, Erkille, Ingerille ja Seijalle tuesta tutkimustyössäni ja siitä, että yhteisöllisen talkooperinteen mukaisesti olitte ”kökässä”, kun kyselylomaketta postitettiin.

Rakkaat kiitokset osoitan vanhemmilleni Arto ja Kaarina Salomalle ja veljelleni Kaille ja hänen perheelleen. Olen aina saanut kokea teiltä tukea ja rakkautta. Lapsuudesta asti olen saanut kasvaa perheessä, missä minua on kannustettu pohtimaan, kyseenalaistamaan vanhaa ja etsimään uusia näkökulmia. Lopuksi rakkaimmat kiitokset osoitan tyttärelleni Suville ja pojilleni Juhanille ja Danielille ja teidän perheellenne. Te olette elämäni ihmeellisimmät aarteet. Erityisen rakas kiitos Joonalle, joka olet ensimmäinen lapsenlapseni. Annoit tutkimukseni yhteenvedon valmistumiseen loppusäyksen muistuttamalla siitä, että maailmassa on paljon asioita, mihin ihmisen kannattaa suunnata omaa ajankäyttöään.

Väitöskirjatyöni sai taloudellista tukea Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin EVO-rahoituksesta (projekti 5100/2057).

Kauhajoella 14.6.2015

Kirsti Kähärä

# KIRJALLISUUSVIITTEET

- Absetz, P. (2009): Elämäntapaohjausta voi tehostaa tavoitteellisella toimintamallilla. *Tesso – Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti* 3.
- Andrén, K. & Rosenqvist, U. (1987): Heavy users of an emergency department—A two year follow-up study. *Social Science & Medicine* 25:825–31.
- Aro, T. (2007): Maassamuuton suuri linja 1880-luvulta lähtien: Savotta-Suomesta Rannikko-Suomeen. Teoksessa: *Kuntapuntari 2/2007 Alueiden tulevaisuus*. Helsinki: Tilastokeskus, 9–12.
- Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) (2002): Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitos, Helsinki.
- Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J. & Wahlbeck, K. (2011): Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry* 11:52.
- Belsky, J., Melhuish, E., Barnes, J., Leyland, A. & Romaniuk, H. (2006): Effects of Sure Start local programmes on children and families: early findings from a quasi-experimental cross sectional study. *British Medical Journal* 332:1476–81.
- Berk, M. & Monheit, A. (2001): The concentration of health care expenditures, revisited. *Health Affairs (Millwood)* 20:9–18.
- Bonelli, R. & Cummings, J. (2007): Frontal-subcortical circuitry and behavior. *Dialogues in Clinical Neurosciences* 9:141–51.
- Bonnano, G. & Mancini, A. (2008): The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics* 121(2):369–75.
- Bourdieu, P. (1986): The Forms of Capital. Teoksessa John G. Richardsson (toim.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood Press, 241–258.
- Boyd, C., Darer, J., Boulton, C., Fried, L., Boulton, L. & Wu, A. (2005): Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *The Journal of the American Medical Association* 294:716–24.
- Burton, C. (2003): Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *British Journal of General Practice* 53:231–9.
- Callahan, J., Shepard, D., Beinecke, R., Larson, M. & Cavanaugh, D. (1995): Mental health/substance abuse treatment in managed care: the Massachusetts Medicaid experience. *Health Affairs* 14:173–84.
- Case management Society of America (<http://www.cmsa.org>) (siteeraus1.8.2014).
- Coleman, JS. (1988): Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, vol. 94, Supplement, 95–130.

- Connor, D., Carlson, G., Chang, K., Daniolos, P., Ferziger, R., Findling, R., Hutchinson, J., Malone, R., Halperin, J., Plattner, B., Post, R., Reynolds, D., Rogers, K., Saxena, K. & Steiner, H.: Stanford/Howard/AACAP Workgroup on Juvenile Impulsivity and Aggression (2006). Juvenile maladaptive aggression: a review of prevention, treatment, and service configuration and a proposed research agenda. *Journal of Clinical Psychiatry* 67:808–20.
- Cook, T., Herman, M., Phillips, M. & Sttersten, R. (2002): Some ways in which neighborhoods, nuclear families, friendship groups, and schools jointly affect changes in early adolescent development. *Child Development* Jul-Aug;73(4):1283–309.
- Cox, J., Holden, J. & Sagovsky, R. (1987): Detection of postnatal depression. development of the 10-item edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 150, 782–786.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I ja Petticrew M (2008): Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 29;337:a1655.
- Crang-Svalenius, E. & Stjernquist, M. (2005): Applying the case-method for teaching within the health professions - teaching the teachers. *Medical Teacher* 27:489–92.
- Doyle, C., Lennox, L. & Bell, D. (2013): A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness, *British Medical Journal Open* 3:e001570.
- Duodecim. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) ( siteeraus1.7.2014)
- Elsinen, M. (2008): Kylässä, kylästä, kylään. Maaseutukylän vetovoima, palvelut ja yhteisöllisyys. Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Tampereen yliopisto.
- Eriksson, M. (2010): Social capital, health and community action – implications for health promotion. PhD dissertation, Umeå University, Umeå.
- Eronen, A., Hakkarainen, T., Londen, P. & Peltosalmi, J. (2014): Sosiaalibarometri 2014. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. Helsinki.
- European Union (2010): Europe in figures. Eurostat yearbook 2010.
- Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R. & Thornicroft, G. (2011): Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine* 16:1–13.
- Ewing-Cobbs, L., Kramer, L., Prasad, M., Canales, D., Louis, P., Fletcher, J., Vollero, H., Landry, S. & Cheung, K. (1998): Neuroimaging, physical, and developmental findings after inflicted and noninflicted traumatic brain injury in young children. *Pediatrics* 102:300–7.
- Feeley, D. & Mair, R. (2012): Foreword. In Loeffler E., Power G., Bovaird T. & Hine-Hughes F. (eds.): Co-production in health and social care. What it is and how to do it. Governance International. Birmingham.
- Ferri, C., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglion, L., Ganguli, M., Hall, K., Hasegawa, K., Hendrie, H., Huang, Y., Jorm, A., Mathers, C., Menezes, PR., Rimmer, E. & Sczuzfca, M. (2005): Alzheimer's Disease International 2005. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366(9503), pp. 2112–2117.
- Finlex 710/1982. Sosiaalihuoltolaki.
- Finlex 1116/1990. Mielenterveyslaki.



- Finlex 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä.
- Finlex 365/1995. Kuntalaki.
- Finlex 731/1999. Perustuslaki.
- Finlex 1019/2004. Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä.
- Finlex 272/2005. Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista.
- Finlex 417/2007. Lastensuojelulaki.
- Finlex 1698/2009. Kuntarakennelaki.
- Finlex 1383/2001. Työterveyshuoltolaki.
- Finlex 1326/2010. Terveydenhuoltolaki.
- Finlex 338/2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.
- Finlex 980/2012. Vanhuspalvelulaki.
- Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Vanasse, A. & Lapointe, L. (2005): Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *The Annals of Family Medicine* 3:223–8.
- Getsios, D., Blume, S., Ishak, KJ., Maclaine, G. & Hernandez, L. (2012): An economic evaluation of early assessment for Alzheimer's disease in the United Kingdom. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 8(1), pp. 22–30.
- Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, D. & MacMillan, H. (2009): Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet* 373(9658), 167–80.
- Gröhn, J., Hussi, E., Kärri, T. & Naukkarinen, H. (2006): Tarkkailuosasto sairaalan toiminnanohjauksen keinona. *Suomen Lääkärilehti* 61:2133–5.
- Hakkarainen, T., Londen, P., Luhtanen, M., Peltosalmi, J., Siltaniemi, A. & Särkelä, R. *Sosiaalibarometri 2012. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry.*
- Harisalo, R. & Stenvall, J. (2002): Luottamus ja epäluottamus kunnanhallituksen päätöksenteossa. *Suomen Kuntaliitto. Acta-tutkimussarja nro 151. Helsinki.*
- Harley, M., Murtagh, A. & Cannon, M. (2008): Conduct disorder: psychiatry's greatest opportunity for prevention. *Psychological Medicine* 38:929–31.
- Haukilahti, R-L., Virjo, I., Halila, H., Hyppölä, H., Isokoski, M., Kujala, S., Kumpusalo, E., Vänskä, J. & Mattila, K.(2008): Lääkäri 2003 -tutkimus. Muuttuuko lääkärin työ – ja mihin suuntaan. *Suomen Lääkärilehti* 5:405–41.
- Hayes, E., McCahon, C., Panahi, MR., Hamre, T. & Pohlman, K. (2008): Alliance not compliance: coaching strategies to improve type 2 diabetes outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20:155–62.
- Heikkilä, T., Hyppölä, H., Vänskä, J., Virjo, I., Halila, H., Isokoski, M., Ruskoaho, J., Kujala, S. & Mattila, K. (2010): Lääkäri 2008 – uusinta tutkimustietoa lääkäreistä: Nuoren lääkärin vanhemmat yhä useammin lääkäreitä. *Suomen Lääkärilehti* 26:2401–2407.
- Helakorpi, S., Suominen, S., Laitalainen, E., Lindström, B., Uutela, A. & Puska, P. (2009): Suomen- ja ruotsinkielisten erot elintavoissa ja koetussa terveydessä. *Suomen Lääkärilehti* 36:2891–2899.
- Helin, H. & Möttönen, S. (2012): Kohti aurinkoista tulevaisuutta. Suurten kaupunkien strategiat. *Helsingin kaupungin tietokeskus, Tutkimuskatsauksia 2012:2.*

- Honkanen, M., Määttä, H., Hurtig, T., Ebeling, H., Taanila, A. & Koivumaa-Honkanen, H. (2014): Teacher's assessments of children's mental problems with respect to adolescent's subsequent self-reported mental health. *Journal of Adolescent Health* 54(1):81–7.
- Hurme, T., Alanko, S., Anttila, P., Juven, T., Julin, J. & Svedström, E. (2008): Lasten pahoinpitelyjen selvitykset TYKS:n lastenkliniikassa. *Suomen Lääkärilehti* 14: 1269–1276.
- Hyypä, M. & Mäki, J. (2003): Social participation and health in a community rich in stock of social capital. *Health Education Research* 18:770–79.
- Högberg, T., Magnusson, A., Lutzen, K. & Ewalds-Kvist, B. (2012): Swedish attitudes towards persons with mental illness. *Nordic Journal of Psychiatry* 66(2):86–96.
- Jumppanen, A. & Suutari, T. (2013): Hyvinvointia kulttuurista – esimerkkejä kulttuuritoimijoiden sekä sosiaali- ja terveyssektorin yhteistyöstä Etelä-Pohjanmaalla. Helsingin yliopisto, Ruralia-instituutti.
- Jäppinen, T. (2011): Kunta ja käyttäjälähtöinen innovaatiotoiminta. Kunnan ja kuntalaisen vuorovaikutus palveluita koskevassa päätöksenteossa ja niiden uudistamisessa. *Acta-väitöskirjasarja Nro 230*. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Jäppinen, T. & Sallinen, S. (2012): Kuntalainen palvelujen kehittäjänä. Helsinki: Kuntaliitto.
- Kaarna, T., Lindblom, J., Härmä, M. & Kärrä, T. (2010): Sairaalan yksiköiden hukattu kapasiteetti käy kalliiksi. *Suomen Lääkärilehti* 46:3797–3803.
- Kaikkonen, R., Mäki, P., Hakulinen-Viitanen, T., Markkula, J., Wikström, K., Ovaskainen, M-L., Virtanen, S. & Laatikainen, T. (toim.) (2012): Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Raportti 16. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tampere.
- Kangaspunta, V., Koskela, T., Soini, E. & Rynänen, O. (2014): Potilaiden arvioon terveyskeskuskäynnin hyödyistä vaikuttavat tekijät. *Suomen Lääkärilehti* 69:1654–1659.
- Kapiainen, S., Seppälä, T., Häkkinen, U., Lauharanta, J., Roine, R. & Korpi-Tommola, M. (2010): Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat. Helsinki: THL Avauksia 3.
- Kaplan, R., & Norton, D. (1996): *The Balanced Scorecard: Translating strategy into action*. Boston, Massachusetts: Harvard Business Scholl Press.
- Kawachi, I., Kennedy, B. & Glass, R. (1999): Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health* 89:1187–93.
- Keränen, U., Keränen, J. & Wäänänen, V. (2006): LEIKO-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. *Suomen Lääkärilehti* 61:3603–7.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. (1995): Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 52(12):1048–1060.
- Kim, H., Sherman, D. & Taylor, S. (2008): Culture and social support. *American Psychologist*. Sep;63(6):518–26.
- Kogstad, R., Mönness, E. & Sörensen, T. (2013): Social Networks for Mental Health Clients: Resources and Solution. *Community Mental Health Journal*. Feb;49(1):95–100.
- Komulainen, J., Honkanen, M., Malmivaara, A. & Sipilä, R. (2012): Hoitosuosityöryhmien käsikirja. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki.
- Koskinen, S. & Martelin, T. (2003): Why is Mortality Low among the Swedish-Speaking Minority in Finland? *Yearbook of Population Research in Finland* 15–31.

- Koskinen, S., Martelin, T., Notkola, I-L., Notkola, V., Pitkänen, K., Jalovaara, M., Mäenpää, E., Ruokolainen, A., Ryyänen, M. & Söderling, I. (2007): Suomen Väestö. Helsinki: Gaudeamus.
- Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) (2012): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Helsinki. THL: Raportti 068.
- Kujanpää, T., Ylisaukko-Oja, T., Jokelainen, J., Hirsikangas, S., Kanste, O., Kyngäs, H. & Timonen, M. (2014): Prevalence of anxiety disorders among Finnish primary care high utilizers and validation of Finnish translation of GAD-7 and GAD-2 screening tools. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 32(2) 78–83.
- Kuntaliitto (2009): Vallakas-kuntalaisen vaikuttamisopas. Kirj. Rantakokko, J., Lehtinen, T., Lundström, I. & Kenni, M.. Helsinki.
- Kuntaliitto (2015). [www.kunnant.net](http://www.kunnant.net) (siteeraus 6.2.2015).
- Kähärä, K., Ala-Aho, S., Hakala, A., Toivonen, T., & Turunen, T. (2010): Koulusurmien jälkeinen psykososiaalinen tuki – mitä Kauhajoen tapauksesta opittiin. *Duodecim* 126(22):2654–60.
- Landreville, P., Voyer, P. & Carmichael, P. (2013): Relationship between delirium and behavioral symptoms of dementia. *International psychogeriatrics / IPA*, 25(4), pp. 635–643.
- Laurant, M., Hermens, R., Braspenning, J., Akkermans, R., Sibbald, B. & Grol, R. (2008): An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners. *Journal of Clinical Nursing* 17:2690–8.
- Lehtinen, V., Joukamaa, M., Jyrkinen, T., Lahtela, K., Raitasalo, R., Maatela, J. & Aromaa, A. (1991): Suomalaisten aikuisten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:33*, Turku ja Helsinki.
- Leskelä, R., Komssi, V., Sandström, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, S. & Ylitalo-Katajisto, K. (2013): Paljon sosiaali- ja terveyspalveluita käyttävät asukkaat Oulussa. *Suomen Lääkärilehti* 48:3163–3169.
- Lester, H., Tritter, J. & Sorohan, H. (2005): Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *British Medical Journal* May 14;330(7500):1122.
- Lillrank, P., Kujala, J. & Parvinen, P. (2004): Keskeneräinen potilas, terveydenhuollon tuotannonohjaus. Helsinki: Talentum.
- Lillrank, P. & Liukko, M. (2004): Standard, Routine and Nonroutine Processes in Healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 17:39–46.
- Lobo, A., Launer, L., Fratiglioni, L., Andersen, K., Di Carlo, A., Breteler, M.M., Copeland, J., Dartigues, J., Jagger, C., Martinez-Lage, J., Soininen, H. & Hofman, A. (2000): Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology*, 54(11 Suppl 5), pp. S4–9.
- Lääkäriliitto (2013): Terveystuon laadunhallinnan suositus. [www.laakariliitto.fi](http://www.laakariliitto.fi).
- Macinko, J. & Starfield, B. (2001): The utility of social capital in research on health determinants. *Milbank Q* 13(3):387–427.

- Majoinen, K. (2005): Valtuustot ja kunnan strateginen johtaminen. Teoksessa Kurikka P., Majoinen K., Pekola-Sjöblom M.: Edustuksellisen demokratian tila kunnissa valtuustokaudella 2001–2004. Suomen Kuntaliitto. Acta-tutkimussarja nro 173; 57-83. Helsinki.
- Markkula, N., Suvisaari, J., Saarni, S.I., Pirkola, S., Pena, S., Saarni, S., Ahola, K., Mattila, A.K., Viertiö, S., Strehle, J., Koskinen, S. & Härkänen, T. (2015): Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up-results from the Finnish Health 2011 Survey. *Journal of Affective Disorders*. Mar 1;173:73–80.
- Martikainen, T., Wass, H. & Weide, M. (2013): Äänestysaktiivisuus ja puolueiden kannatus vuoden 2012 kunnallisvaaleissa Helsingissä. Teoksessa *Kvartti 1/2013*. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tampere.
- Marttunen, M., Kataja, H., Henttonen, A., Hokkanen, T., Tuominen, T. & Ebeling, H. (2004): Hyötykö käytöshäiriöinen nuori nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta? *Duodecim* 120:43–9.
- McKeith, I. (2006): Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): Report of the consortium on DLB international workshop. *Journal of Alzheimer's Disease* 9:417–23.
- Mei-ju, C., Cheng-yi, L. & Shwu-chong, W. (2011): The prevalence of chronic conditions and medical expenditures of the elderly by chronic condition indicator (CCI). *Archives of Gerontology and Geriatrics* 52:284–9.
- Melkas, T.(2013): Health in all policies as a priority in Finnish health policy: A case study on national health policy development.. *Scandinavian Journal of Public Health*. Mar;41(11 Suppl): 3–28.
- Millar, M. (2001): Patient satisfaction with general practice in Ireland. *Irish Medical Journal* 94:106, 108–9.
- Mohnen, S., Groenewegen, P., Völker, B. & Flap, H. (2011): Neighbourhood social capital and individual health. *Social Science & Medicine* Mar; 72(5):660–7.
- Moskowitz, A., Kuipers, B. & Kassirer, J. (1988): Dealing with uncertainty, risks and trade offs in clinical decisions: a cognitive science approach. *Annals of Internal Medicine* 108:435–449.
- Myrskylä, P. (2006): Muuttoliike ja työmarkkinat. Helsinki: Työministeriö.
- Myrskylä, P. (2012): Alueellisten työmarkkinoiden muutos. Helsinki: Työ - ja elinkeinoministeriö.
- Mäki, P., Wikström, K., Hakulinen-Viitanen, T. & Laatikainen, T. (toim.) (2011): Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja. Terveys ja hyvinvoinnin laitos 2011. Tampere.
- Möller, A. (2012): Alamaista aktiiviseksi tekijöiksi, 7 teesiä lähidemokratiasta 2010-luvun Suomessa. (siteeraus 26.2.2015) [www.visili.fi](http://www.visili.fi).
- Möller-Leimkuhler, A. (2002): Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders* 71:1–9.
- Newman, S., Steed, L. & Mulligan, K. (2004): Self-management interventions for chronic illness. *Lancet* 364:1523–37.
- Newton, W., Lefebvre, A., Donahue, K., Bacon, T. & Dobson, A. (2010): Infrastructure for large-scale quality-improvement projects: early lessons from North Carolina Improving Performance in Practice. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 30:106–13.

- Nieminen, T., Prättälä, R., Martelin, T., Härkänen, T., Hyypä, M., Alanen, E. & Koskinen, S. (2013): Social capital, health behaviours and health: a population-based associational study *BMC Public Health*.13: 613.
- Norstrand, J. & Xu, Q. (2012): Social capital and health outcomes among older adults in China: the urban-rural dimension. *The Gerontologist* Jun; 52(3):325–34.
- O'Mahony, R., Murthy, L., Akunne, A. & Young, J. and Guideline Development Group 2011: Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 154(11), pp. 746–751.
- Nummenmaa, J. (2007): Näyttöön perustuvat hoitosuosituksukset ja yleislääkärin työ. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1204.
- Olde Hartman, T., Borghuis, M., Lucassen, P., van de Laar, F., Speckens, A. & van Weel, C. (2009): Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: Course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research* 66:363–77.
- Olsson, M., Hansson, K. & Cederblad, M. (2006): A long-term follow-up of conduct disorder adolescents into adulthood. *Nordic Journal of Psychiatry* 60:469–79.
- Park, P. (2004): Knowledge and Participatory Research. Teoksessa: Reason, P. ja Bradbury, H. (toim.) *Handbook of Action Research. Participative Inquiry and Practice*. Sage Publication Ltd. Cromwell Press Limited, Trowbridge, Wiltshire, Great Britain.
- Pekola-Sjöblom, M. (2011): Kuntalaiset uudistuvissa kunnissa. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 9. *Acta* nro 229. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Pekola-Sjöblom, M. (2012): Kuntalaiset kunnallisten palvelujen arvioitsijoina. Tutkimus kuntalaisten mielipiteistä kunnallisista palveluista ARTTU-tutkimuskunnissa vuosina 2008 ja 2011. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 21. <http://shop.kunnat.net/>
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kieseppä, T., Härkänen, T., Koskinen, S. & Lönnqvist, J. (2007): Lifetime prevalence of psychotic and bipolar disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry* 64:19–28.
- Perälä, J., Kuoppasalmi, K., Pirkola, S., Härkänen, T., Saarni, S., Tuulio-Henriksson, A., Viertiö, S., Latvala, A., Koskinen, S., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. (2010): Alcohol-induced psychotic disorder and delirium in the general population. *The British Journal of Psychiatry* Sep; 197(3):200-6.
- Pirkola, S., Sohlman, B., Heilä, H. & Wahlbeck, K. (2007): Reductions in postdischarge suicide after deinstitutionalization and decentralization: A nationwide register study in Finland. *Psychiatric Services*, 58:221–226.
- Putnam, RD. (1993): *Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Raivio, R., Jääskeläinen, J., Holmberg-Marttila, D. & Mattila, K. (2008): otilastyytyväisyyden mittaaminen perusterveydenhuollossa: yhteistyöllä luotettavaa tietoa ja vertaisarviointia. *Suomen Lääkärilehti* 63:2622–6.
- Rissanen, T., Viinamäki, H., Lehto, S., Hintikka, J., Honkalampi, K., Saharinen, T. & Koivumaa-Honkanen, H. (2013): The role of mental health, personality disorders and childhood adversities in relation to life satisfaction in a sample of general population. *Nordic Journal of Psychiatry*. Apr; 67(2):109–15.

- Rogers, A., Flowers, J. & Pencheon, D.(1999): Improving access needs a whole system approach. *British Medical Journal* 319:866–7.
- Roos, N., Burchill, C. & Carriere, K. (2003): Who are the high hospital users? A Canadian case study. *Journal of Health Services Research & Policy* 8:5–10.
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. (2009): Potilaan omahoidon tukeminen – mistä on kyse? *Duodecim* 25:2351–9.
- Saari, E. (2007): Mitä – pitääkö tutkijan olla myös käytännön toimija? Teoksessa Viinamäki L ja Saari E (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Tammi. Helsinki, 121–151.
- Saarinen, P., Viinamäki, H., Helminen, A., Kaitokari, P., Pajula, J., Penttinen, J., Savolainen, K. & Lehtonen, J. (2007): Parantaako prosessiorganisaatio mielenterveyspalveluita? Kuopion kokemukset ovat myönteisiä. *Duodecim* 45:4237–4241.
- Sadeniemi, 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? *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11(9):8743–8754.
- Savola, O., Niemelä, O. & Hillbom, M. (2005): Alcohol intake and the pattern of trauma in young adults and working aged people admitted after trauma. *Alcohol and Alcoholism* Jul-Aug; 40(4):269–73.
- Schouten, L., Hulscher, M., van Everdingen, J., Huijsman, R. & Grol, R. (2008). Evidence for the impact of quality improvement collaborative: systematic review. *British Medical Journal* 336:1491–4.
- Sedgwick, M., Grigg, L. & Dersch, S. (2014): Deepening the quality of clinical reasoning and decision-making in rural hospital nursing practice. *Rural and Remote Health Journal*. Jul-Sep; 14(3):2858.
- Seedat, S., Scott, K., Angermeyer, M., Berglund, P., Bromet, E., Brugha, T., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J., Jin, R., Karam, E., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Medina Mora, M., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B., Posada-Villa, J., Sampson, N., Williams, D. & Kessler, R. (2009): Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry* 66:785–95.
- Smith, S. & Hanson, R. (1974): 134 battered children: a medical and psychological study. *British Medical Journal* 3:666–70.
- STM (2003): Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Työryhmämuistioita 33; 2004. Helsinki.
- STM (2004a): Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 14. Helsinki.
- STM (2004b): Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 3. Helsinki.
- STM (2006): Sosiaalihuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6. Helsinki.
- STM (2007): Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimukset valtio-, kunta- ja yksityissektorilla. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:18. Helsinki.

- STM (2008): Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki.
- STM (2009a): Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen 380/2009 perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 20. Helsinki.
- STM (2009b): Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki.
- STM (2009c): Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 16.
- STM (2012a): Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Julkaisuja 2012:1. Helsinki
- STM (2012b): Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012: 21. Helsinki.
- STM (2012c): Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Julkaisuja 2012:24. Helsinki.
- STM (2015): Sote-uudistus. (siteeraus 7.3.2015) <http://www.stm.fi/vireillä/kehittämisohjelmat-ja-hankkeet/sote-uudistus>.
- Sourander, A., Jensen, P., Davies, M., Niemelä, S., Elonheimo, H., Ristkari, T., Helenius, H., Sillanmäki, L., Piha, J., Kumpulainen, K., Tamminen, T., Moilanen, I. & Almqvist, F. (2007): Who is at greatest risk of adverse long-term outcomes? The Finnish From a Boy to a Man study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46:1148–61.
- Starfield, B. (2006): Threads and Yarns: Weaving the Tapestry of Comorbidity. *The Annals of Family Medicine* 4:101–3.
- Stenvall, J. & Syväjärvi, A. (2006): Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Valtiovarainministeriö 3/2006. Helsinki.
- Suhonen, J., Pirttila, T., Erkinjuntti, T., Koponen, H., Makkonen, M., Puurunen, M., Raivio, M., Rinne, J., Rosenvall, A., Strandberg, T., Vanninen, R. & Vataja, R. (2010): Update on current care guidelines. The diagnosis and medical treatment of memory disorders. *Duodecim; lääketieteellinen aikakauskirja*, 126(18), pp. 2167–2168.
- Suomen virallinen tilasto (SVT) 2014: Kunnallisvaalit 2012, vahvistettu tulos ja ehdokkaiden ja valittujen tausta-analyysi [verkkójulkaisu]. Helsinki, Tilastokeskus (siteeraus 26.10.2014). <http://tilastokeskus.fi/til/kvaa/>
- Suvisaari, J. & Lindfors, O. (2012): Terveyspalvelujen käyttö mielenterveysongelmien vuoksi. Kirjassa: Koskinen, S., Lundqvist, A., Ristiluoma, N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. THL raportti 68.
- Takayanagi, Y., Spira, A., Roth, K., Gallo, J., Eaton, W. & Mojtabai, R. (2014): Accuracy of reports of lifetime mental and physical disorders: results from the Baltimore Epidemiological Catchment Area Study. *JAMA Psychiatry* 71:273–80.
- Tarkiainen, L., Martikainen, P., Laaksonen, M. & Valkonen, T. (2012): Trends in life expectancy by income from 1988 to 2007: decomposition by age and cause of death. *Journal of Epidemiology & Community Health* Jul; 66(7):573–8.

- ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V. & Alonso, J. (2010); ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators. Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45(2):153–63.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. & Sartorius, N. (2007): Stigma: ignorance, prejudice or discrimination. *British Journal of Psychiatry* 190:192–193.
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (2013): The balanced care model: The case for both hospital- and community-based mental healthcare. *British Journal of Psychiatry* 202:246–248.
- Tinelli, M., Nikoloski, Z., Kumpunen, S., Knai, C., Pribakovic Brinovec, R., Warren, E., Wittgens, K. & Dickmann, P. (2014): Decision-making criteria among European patients: exploring patient preferences for primary care services. *European Journal of Public Health*. Jul 4.
- Tukia, H. & Wilskman, K. (toim.) (2011): Informaatio-ohjaus kuntien tukena. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Raportti 57. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, Tampere.
- Tuulari, J., Aromaa, E., Herberts, K. & Wahlbeck, K. (2007): Pohjalainen masennus ja hakeutuminen hoitoon. *Suomen Lääkärilehti* 8:790–791.
- Turunen, T. (2014): Trauma recovery after a school shooting. The role of theory-based psychological care and attachment in facilitating recovery. *Acta Universitatis Tamperensis* 1994. Tampere.
- Valvira (2012): Kiireettömään hoitoon pääsy. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. *Valvontaohjelmia* 8:2012. Helsinki.
- Verhaak, P., Meijer, S., Visser, A. & Wolters, G. (2006): Persistent presentation of medically unexplained symptoms in General Practice. *The Journal of Family Practice* 23:414–20.
- Vogeli, C., Shields, A., Lee, T., Gibson, T., Marder, W., Weiss, K. & Blumenthal, D. (2007): Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *Journal of General Internal Medicine* 22 Suppl 3:391–5.
- Vohlonen, I., Klavus, J., Koistinen, V., Talvinko, T. & Virtanen, M. (2011): Terveydenhuollon rahoituksen optimaalinen väestön koko. Rahoituspoliittinen tutkimus väestön sairastamiseen perustuvasta ennakoinnista. *Acta* nro 225. Helsinki.
- Väestörekisterikeskus (2014): Kuntien asukasluvut aakkosjärjestyksessä. (siteeraus 24.10.2014) <http://vrk.fi>.
- Välimäki, K. & Puska, P. (2009): Hyvinvointipolitiikassa kohtaavat arvot ja tiede. *Pääkirjoitus. Yhteiskuntapolitiikka* 74;4:355–357.
- Wagner, E., Austin, B. & Von Korff, M. (1996a): Improving outcomes in chronic illness. *Managed Care Quarterly* 4:12–25.
- Wagner, E., Austin, B. & Von Korff, M. (1996b): Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly* 74: 511–544.
- WHO (2004): Promoting Mental Health. Concepts, emerging evidence, practice. Summary report. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne: Geneva.
- WHO (2008): Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. WHO Regional Office for Europe. Denmark.
- WHO (2014): European Observatory on Health Systems and Policies. <http://www.euro.who.int/en> (siteeraus 1.7.2014)



- WHO (2014): Regional Office for Europe European Health for all Database (HFA-DB), 2014. (siteeraus 24.10.2014) <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>.
- WHO (2013): The European Mental Health Action Plan. Regional Committee for Europe sixty-third session 2013.
- Williams, P., Barclay, L. & Schmied, V. (2004): Defining social support in context: a necessary step in improving research, intervention and practice. *Qualitative Health Research* Sep;14(7):942–60.
- Ziersch, A., Baum, F., Darmawan, I., Kavanagh, A. & Bentley, R. (2009): Social capital and health in rural and urban communities in South Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 33(1), pp. 7–16.



# LIITTEET

- Liite 1 Mielenterveyspalveluiden verkostotyömallin arviointi, kysely sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle
- Liite 2a Mielenterveyden palveluodotukset, kysely sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle
- Liite 2b Mielenterveyden palveluodotukset, kysely päättäjille
- Liite 2c Mielenterveyden palveluodotukset, kysely väestölle
- Liite 3a Saatekirje mielenterveyden palveluodotuksiin liittyvään kyselyyn
- Liite 3b Muistutuskirje mielenterveyden palveluodotuksiin liittyvään kyselyyn



**Seutukunnallisen mielenterveyshankkeen arviointikaavake.**

*Rengasta jokaisen kysymyksen kohdalla näkemystäsi kuvaava numero tai kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan.*

*Seuraavat kysymykset koskevat Sinua itseäsi*

- 1) Syntymävuotesi? \_\_\_\_\_
- 2) Sukupuolesi?
  1. mies
  2. nainen
- 3) Ammatillinen koulutuksesi?
  1. ei ammatillista koulutusta
  2. ammattikurssi, muu lyhyt ammatillinen ammattikoulutus
  3. kouluasteinen ammattikoulutus
  4. opistoasteinen ammattikoulutus
  5. ammattikorkeakoulu
  6. yliopisto- tai korkeakoulututkinto
- 4) Onko Sinulla
  1. sosiaalihuollon koulutustausta
  2. terveydenhuollon koulutustausta
  3. muu koulutustausta, mikä \_\_\_\_\_
- 5) Kuinka monta vuotta olet työskennellyt nykyisessä tai sitä vastaavassa tehtävässä?  
\_\_\_\_\_ vuotta
- 6) Nykyinen työnantajasi
  1. Isojoen kunta
  2. Jurvan kunta
  3. Karijoen kunta
  4. Kauhajoen kaupunki
  5. Teuvan kunta
  6. muu, mikä \_\_\_\_\_
- 7) Nykyinen työyksikkösi on
  1. sosiaalityö (perhetyö, päihdetyö, perheneuvola)
  2. päivähoitopalvelut
  3. neuvola, koulu- tai opiskelijaterveydenhuolto
  4. terveyskeskusvastaanotto, työterveyshuolto
  5. kotihoito
  6. muu, mikä \_\_\_\_\_

*Suutukunnallisessa mielenterveysbankkeessa luotiin Suupohjan suutukunnan mielenterveyspalveluista verkostomalli ja esitteet joka kuntaan. Oman kuntasi verkostohoitomallin esitteet ovat kyselylomakkeen liitteenä.*

- 8) Oletko osallistunut verkostomallia käsitteleviin koulutuksiin/esittelytilaisuuksiin?
1. olen osallistunut
  2. en ole osallistunut
- 9) Jos et ole osallistunut verkostomallia koskeviin koulutuksiin/esittelytilaisuuksiin, haluaisitko osallistua?
1. haluaisin osallistua
  2. en haluaisi osallistua
- 10) Oletko käyttänyt verkostomallia omassa työssäsi?
1. olen käyttänyt usein
  2. olen käyttänyt jonkun verran
  3. en ole käyttänyt (siirry suoraan kohtaan 12)
- 11) Jos olet käyttänyt verkostomallia tai esitteitä työssäsi, onko siitä ollut hyötyä työssäsi.
1. on ollut selvästi hyötyä
  2. on ollut jonkin verran hyötyä
  3. en osaa sanoa
  4. ei ole ollut juurikaan hyötyä
  5. ei ole ollut lainkaan hyötyä

*Suupohjan mielenterveysbanke järjesti henkilöstölle myös muuta mielenterveyskoulutusta kuin verkostomalliin liittyvää koulutusta. Yhteistyötä tehtiin mm. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin depressiohankkeen kanssa.*

- 12) Oletko osallistunut mielenterveysbankkeen tai yhteistyökumppaneiden järjestämiin muihin mielenterveysaiheisiin koulutuksiin vuosina 2005–2006?
1. olen osallistunut useaan mielenterveyskoulutukseen
  2. olen osallistunut ainakin yhteen mielenterveyskoulutukseen
  3. en ole osallistunut mielenterveyskoulutuksiin
- 13) Onko mainituista koulutuksista ollut hyötyä työssäsi ?
1. on ollut selvästi hyötyä
  2. on ollut jonkin verran hyötyä
  3. en osaa sanoa
  4. ei ole ollut juurikaan hyötyä
  5. ei ole ollut lainkaan hyötyä
- 14) Minkälaista mielenterveyspalveluihin liittyvää koulutusta toivot jatkossa?
- 
-

*Seutukunnallisessa mielenterveyshankkeessa on ollut tarkoitus kehittää verkosto-  
hoitomalli (ja siitä esitteet) , jotta mielenterveyspalveluiden toimivuutta ja saa-  
tavuutta voitaisiin parantaa. Hankkeen motto on ollut ” oikeaan aikaan oikea  
asiakas/potilas oikean ammattilaisen luona.” Arvioi seuraavia väittämiä asteikolla  
1–7, missä numero 1 tarkoittaa, että olet väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja  
numero 7 tarkoittaa, että olet väittämän kanssa täysin eri mieltä. Numerot 2–6 tar-  
koittavat, että mielipiteesi on näiden kahden väittämän väliltä siten, että esim. nu-  
mero 2 tarkoittaa, että olet samaa mieltä, numero 3 tarkoittaa, että olet jokseenkin  
samaa mieltä kuin väittämä.*

- 15) Terveys/sosiaalipalvelujen **toimivuutta** voidaan parantaa ”mallintamalla” palvelui-  
ta?

1	2	3	4	5	6	7
täysin samaa mieltä	samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	eri mieltä	täysin eri mieltä

- 16) Terveys/sosiaalipalveluiden **saatavuutta** voidaan parantaa ”mallintamalla” palvelui-  
ta?

1	2	3	4	5	6	7
täysin samaa mieltä	samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	eri mieltä	täysin eri mieltä

- 17) Terveys/sosiaalipalveluiden ”mallintaminen” auttaa mielestäni asiakasta/**potilasta**  
**löytämään apua aiempaa paremmin?**

1	2	3	4	5	6	7
täysin samaa mieltä	samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	eri mieltä	täysin eri mieltä

- 18) Palveluiden ”mallintaminen” sopii työkaluksi **sosiaalihuollon** henkilöstölle.

1	2	3	4	5	6	7
täysin samaa mieltä	samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	eri mieltä	täysin eri mieltä

- 19) Palveluiden ”mallintaminen” sopii työkaluksi **terveydenhuollon** henkilöstölle.

1	2	3	4	5	6	7
täysin samaa mieltä	samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	eri mieltä	täysin eri mieltä

- 20) Palveluiden ”mallintaminen” **parantaa moniammatillisen yhteistyön kehittymis-  
tä?**

1	2	3	4	5	6	7
täysin samaa mieltä	samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	eri mieltä	täysin eri mieltä

20) *Kuinka yleensä arvioit nykytilannetta Suupohjan seutukunnassa?*

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	vaikea sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
Mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet viimeisten 10 vuoden kuluessa.	1	2	3	4	5
Sosiaalihuollon henkilöstön valmiudet kohdata mielenterveysasioita ovat parantuneet viimeisten 10 vuoden aikana.	1	2	3	4	5
Terveydenhuollon henkilöstön valmiudet kohdata mielenterveysasioita ovat parantuneet viimeisten 10 vuoden aikana.	1	2	3	4	5
Mielenterveystyön resurssit omassa kunnassani ovat riittävät.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut lasten- ja nuorten mielenterveysongelmien lisääntymisestä.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut työikäisten mielenterveysongelmien lisääntymisestä.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut vanhusten mielenterveysongelmien lisääntymisestä.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut terveydenhuollon henkilöstön omasta jaksamisesta.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut sosiaalihuollon henkilöstön omasta jaksamisesta.	1	2	3	4	5

*Kerro vapaasti ajatuksiasi, näkemyksiäsi tai uhkia ja mahdollisuuksia mielenterveysnäkökohdista seutukunnassamme.*

---



---



---

*Kiitos palautteestasi!*



## Mielenterveyspalveluiden arviontikaavake, Suupohjan seutukunta. Kysely sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle!

**Rengasta jokaisen kysymyksen kohdalla näkemystäsi kuvaava numero tai kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan.**

**Seuraavat kysymykset koskevat Sinua itseäsi**

- 1) Syntymävuotesi \_\_\_\_\_
- 2) Sukupuolesi
  1. mies
  2. nainen
- 3) Siviilisäätysi
  1. naimaton
  2. avo- tai avioliitto
  3. eronnut
  4. leski
- 4) Lastesi lukumäärä \_\_\_\_\_
- 5) Ammatillinen koulutuksesi?
  1. ei ammatillista koulutusta
  2. ammattikurssi, muu lyhyt ammatillinen ammattikoulutus
  3. kouluasteinen ammattikoulutus
  4. opistoasteinen ammattikoulutus
  5. ammattikorkeakoulututkinto
  6. yliopisto- tai korkeakoulututkinto
- 6) Oletko ollut koskaan työttömänä/lomautettuna?
  1. en ole ollut koskaan työttömänä
  2. olen ollut työttömänä/lomautettuna yhteensä alle 3 kuukautta
  3. olen ollut työttömänä/lomautettuna yhteensä alle vuoden ajan
  4. olen ollut työttömänä/lomautettuna yhteensä yli vuoden ajan
- 7) Nykyinen kotikuntasi
  1. Isojoen kunta
  2. Jurvan kunta
  3. Karijoen kunta
  4. Kauhajoen kaupunki
  5. Teuvan kunta
  6. muu, mikä \_\_\_\_\_
- 8) Nykyinen työyksikkösi on
  1. sosiaalityö (perhetyö, päihdetyö, perheneuvola)
  2. päivähoitopalvelut
  3. neuvola, koulu- tai opiskelijaterveydenhuolto
  4. terveyskeskusvastaanotto, työterveyshuolto
  5. kotihoito
  6. muu, mikä \_\_\_\_\_

**Suupohjan seutukunnan mielenterveyspalveluita kehitettiin seutukunnallisessa mielenterveyshankkeessa vuosina 2004–2006. Hankkeessa luotiin Suupohjan seutukunnan mielenterveyspalveluista verkostomalli ja esitteet joka kuntaan. Hankkeen tavoite oli auttaa asiakasta löytämään aiempaa paremmin itselleen sopivat palvelut. Hankkeen mottona on ollut ” oikeaan aikaan oikea asiakas/potilas oikean ammattilaisen luona.”**

- 9a) Oletko käyttänyt hankkeessa luotua verkostomallia omassa työssäsi ?
1. olen käyttänyt usein
  2. olen käyttänyt jonkun verran
  3. en ole käyttänyt
- 10a) Jos olet käyttänyt verkostomallia tai esitteitä työssäsi, onko siitä ollut hyötyä työssäsi.
1. on ollut selvästi hyötyä
  2. on ollut jonkin verran hyötyä
  3. en osaa sanoa
  4. ei ole ollut juurikaan hyötyä
  5. ei ole ollut lainkaan hyötyä
- 11) Oletko itse käyttänyt oman kuntasi sosiaali- tai terveydenhuollon palveluita mielenterveysasioissa?
1. olen käyttänyt omassa asiassani
  2. olen käyttänyt läheiseni asiassa
  3. en ole käyttänyt

**12) Kuinka yleensä arvioit nykytilannetta Suupohjan seutukunnassa?**

**Arvioi seuraavia väittämiä asteikolla 1–5, missä numero 1 tarkoittaa, että olet väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja numero 5 tarkoittaa, että olet väittämän kanssa täysin eri mieltä. Numerot 2–4 tarkoittavat, että mielipiteesi on näiden kahden väittämän väliltä siten, että esim. numero 2 tarkoittaa, että olet jokseenkin samaa mieltä ja numero 4 tarkoittaa, että olet jokseenkin eri mieltä kuin väittäjä.**

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	eri mieltä
Mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet viimeisten 10 vuoden kuluessa.	1	2	3	4	5
Sosiaalihuollon henkilöstön valmiudet kohdata mielenterveysasioita ovat parantuneet viimeisten 10 vuoden aikana.	1	2	3	4	5
Terveydenhuollon henkilöstön valmiudet kohdata mielenterveysasioita ovat parantuneet viimeisten 10 vuoden aikana.	1	2	3	4	5
Mielenterveystyön resurssit omassa kunnassani ovat riittävät.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut lasten- ja nuorten mielenterveysongelmien lisääntymisestä.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut työikäisten mielenterveysongelmien lisääntymisestä.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut vanhusten mielenterveysongelmien lisääntymisestä.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut terveydenhuollon henkilöstön omasta jaksamisesta.	1	2	3	4	5

<i>Olen huolestunut sosiaalihuollon henkilöstön omasta jaksamisesta.</i>	1	2	3	4	5
<i>Kunnan valtuusto voi vaikuttaa kunnassa mielenterveysongelmien vähentymiseen.</i>	1	2	3	4	5
<i>Kunnan hallitus voi vaikuttaa kunnassa mielenterveysongelmien vähentymiseen.</i>	1	2	3	4	5
<i>Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat vaikuttaa kunnassa mielenterveysongelmien vähentymiseen.</i>	1	2	3	4	5
<i>Jokainen ihminen itse voi vähentää omaa riskiään saada mielenterveysongelmia.</i>	1	2	3	4	5
<i>Omaisien on helppo auttaa läheistä tämän mielenterveysongelmassa.</i>	1	2	3	4	5
<i>Ammattihenkilön on helppo puuttua toisen ihmisen mielenterveysongelmaan myös työpaikan ulkopuolella.</i>	1	2	3	4	5
<i>Vastuu mielenterveysongelmaisen ihmisen hyvinvoinnista kuuluu lähiomaisille.</i>	1	2	3	4	5
<i>Vastuu mielenterveysongelmaisen ihmisen hyvinvoinnista kuuluu ihmiselle itselleen.</i>	1	2	3	4	5
<i>Vastuu mielenterveysongelmaisen ihmisen hyvinvoinnista kuuluu yhteiskunnalle.</i>	1	2	3	4	5
<i>Oman kuntani sosiaali- ja terveyspalveluiden mielenterveyspalvelut toimivat hyvin.</i>	1	2	3	4	5
<i>Oman kuntani sosiaali- ja terveyspalveluissa mielenterveyspalveluiden saatavuus on hyvä.</i>	1	2	3	4	5
<i>Oman kuntani sosiaali- ja terveyspalveluiden mielenterveyspalveluissa asiakkaan/potilaan on helppo löytää apua.</i>	1	2	3	4	5
<i>Oman kuntani mielenterveyspalveluissa moniammatillinen yhteistyö toimii hyvin.</i>	1	2	3	4	5

**Seuraavat kyselylomakkeen osiot käsittelevät kuvitteellisia tilanteita, joissa ihmisellä on mielenterveydellisiä ongelmia.**

**13) Tapaus 1:**

Naapurissasi asuu 74-vuotias yksinasuva nainen. Hänellä ei ole paikkakunnalla lähiomaisia, ainoa tytär asuu Helsingissä. Viimeisten kuukausien aikana naisen käytös on muuttunut selvästi. Hän esimerkiksi valvoo öisin useasti ja asunnosta kuuluu meteliä myös yöaikaan. Hän ei tervehti naapureitaan enää eikä käy juuri lainkaan ulkona. Postilaatikkoaan hän ei ole tyhjentänyt pariin viikkoon. Kuinka arvioit tilannetta?

**Arvioi seuraavaa väittämää asteikolla 1–5**

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
1) Mielestäni kuvattu oirekuva vaatii kiireellistä puuttumista asiaan.	1	2	3	4	5

**Mihin toimenpiteisiin ryhtyisit?**

2) Ryhdyn itse auttamaan vanhusta.	1. Kyllä	2. En
3) Olen yhteydessä vanhuksen omaisiin.	1. Kyllä	2. En
4) Olen yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisiin.	1. Kyllä	2. En
5) Olen yhteydessä muihin viranomaisiin.	1. Kyllä	2. En

Mikäli vastasit osioon (5) kyllä, keihin muihin viranomaisiin olisit yhteydessä \_\_\_\_\_

6) Mikäli ottaisit yhteyttä sosiaali- tai terveydenhuollon viranomaisiin, ottaisitko omalla paikkakunnallasi yhteyttä

a) Terveyskeskuksen päivystys, lääkärin vastaanotto	1. Kyllä	2. En
b) Kotihoito-palvelut (kotihoito ja kotisairaanhoido)	1. Kyllä	2. En
c) Neuvola-palvelut	1. Kyllä	2. En
d) Muistineuvola	1. Kyllä	2. En
e) Sosiaalityö	1. Kyllä	2. En
f) Kriisiryhmä	1. Kyllä	2. En
g) muu, mikä? _____		

**14) Tapaus 2:**

Oma ystäväsi on 30-vuotias nainen, joka on saanut vauvan kaksi kuukautta sitten. Tuore äiti on yksinhuoltaja. Vauva on kärsinyt vatsaoireista, ollut itkuinen ja valvottanut äitiä paljon viime aikoina. Tavatessasi äitiä huomaat, että äiti on hyvin itkuinen ja väsynyt. Vauvalla on käsivarsissa pieniä mustelmia ja äiti kertoo, että vauva ”koheltaa” sāngyssä niin, että satuttaa itseään. Kuinka arvioit tilannetta?

**Arvioi seuraavaa väittämää asteikolla 1–5**

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
1) Mielestäni kuvattu oirekuva vaatii kiireellistä puuttumista asiaan.	1	2	3	4	5

**Mihin toimenpiteisiin ryhtyisit?**

2) Ryhdyn itse auttamaan nuorta äitiä.	1. Kyllä	2. En
3) Olen yhteydessä naisen muihin omaisiin.	1. Kyllä	2. En
4) Olen yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisiin.	1. Kyllä	2. En
5) Olen yhteydessä muihin viranomaisiin.	1. Kyllä	2. En

Mikäli vastasit osioon (5) kyllä, keihin muihin viranomaisiin olisit yhteydessä \_\_\_\_\_

- 6) Mikäli ottaisit yhteyttä sosiaali- tai terveydenhuollon viranomaisiin, ottaisitko omalla paikkakunnallasi yhteyttä
- |   |          |       |
|---|----------|-------|
| a) Terveyskeskuksen päivystys, lääkärin vastaanotto   | 1. Kyllä | 2. En |
| b) Kotihoito-palvelut (kotihoito ja kotisairaanhoido) | 1. Kyllä | 2. En |
| c) Neuvola-palvelut (äitiys- ja lastenneuvola)        | 1. Kyllä | 2. En |
| d) Perheneuvola                                       | 1. Kyllä | 2. En |
| e) Sosiaalityö  | 1. Kyllä | 2. En |
| f) Kriisiryhmä  | 1. Kyllä | 2. En |
| g) Päivähoitopalvelut                                 | 1. Kyllä | 2. En |
| h) muu, mikä?   |          |       |
- 

**15) Tapaus 3:**

Naapurissasi asuu nuori nainen, joka on kokenut raskaita elämänvaiheita kuluneen vuoden aikana. Hän on läpikäynyt avioeron, joutunut työttömäksi ja hänen äitinsä on menehtynyt vakavaan sairauteen. Nainen on alkanut käyttää alkoholia päivittäin. Kun olet kotona, nainen tulee kauhuissaan luoksesi ja kertoo, että vakoojat ajavat häntä takaa. Kuinka arvioit tilannetta?

**Arvioi seuraavaa väittämää asteikolla 1–5**

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
1) Mielestäni kuvattu oirekuva vaatii kiireellistä puuttumista asiaan.	1	2	3	4	5
<b>Mihin toimenpiteisiin ryhtyisit?</b>					
2) Ryhdyn itse auttamaan nuorta.		1. Kyllä		2. En	
3) Olen yhteydessä naisen omaisiin.		1. Kyllä		2. En	
4) Olen yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisiin.		1. Kyllä		2. En	
5) Olen yhteydessä muihin viranomaisiin.		1. Kyllä		2. En	

Mikäli vastasit osioon (5) kyllä, keihin muihin viranomaisiin olisit yhteydessä \_\_\_\_\_

- 6) Mikäli ottaisit yhteyttä sosiaali- tai terveydenhuollon viranomaisiin, ottaisitko omalla paikkakunnallasi yhteyttä
- |   |          |       |
|---|----------|-------|
| a) Terveyskeskuksen päivystys, lääkärin vastaanotto   | 1. Kyllä | 2. En |
| b) Kotihoito-palvelut (kotihoito ja kotisairaanhoido) | 1. Kyllä | 2. En |
| c) Neuvola-palvelut                                   | 1. Kyllä | 2. En |
| d) Sosiaalityö  | 1. Kyllä | 2. En |
| e) Kriisiryhmä  | 1. Kyllä | 2. En |
| f) muu, mikä?   |          |       |
- 

**16) Tapaus 4:**

Poikasi koulutoveri on 15-vuotias yläasteen viimeisellä opiskeleva koululainen. Hän on alkanut olla pois koulusta parina päivänä joka viikko. Arvosanat kokeista ovat pudonneet kahdella numerolla aikaisemmista tuloksista. Viikonloppuisin hän viihtyy kavereiden kanssa pois kotoa yhä enemmän, etkä aina ole tietoinen keiden kavereiden kanssa hän oleilee. Epäilet myös, että viikonloppuisin hän käyttää runsaasti alkoholia. Kuinka arvioit tilannetta?

**Arvioi seuraavaa väittämää asteikolla 1–5**

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
1) Mielestäni kuvattu oirekuva vaatii kiireellistä puuttumista asiaan.	1	2	3	4	5
<b>Mihin toimenpiteisiin ryhtyisit?</b>					
2) Ryhdyn itse auttamaan nuorta.		1. Kyllä		2. En	
3) Olen yhteydessä nuoren omaisiin.		1. Kyllä		2. En	
4) Olen yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisiin.		1. Kyllä		2. En	
5) Olen yhteydessä muihin viranomaisiin.		1. Kyllä		2. En	

Mikäli vastasit osioon (5) kyllä, keihin muihin viranomaisiin olisit yhteydessä \_\_\_\_\_

6) Mikäli ottaisit yhteyttä sosiaali- tai terveydenhuollon viranomaisiin, ottaisitko omalla paikkakunnallasi yhteyttä

a) Terveyskeskuksen päivystys, lääkärin vastaanotto	1. Kyllä	2. En
b) Kotihoito-palvelut (kotihoito ja kotisairaahoito)	1. Kyllä	2. En
c) Kouluterveydenhuolto	1. Kyllä	2. En
d) Perheneuvola	1. Kyllä	2. En
e) Sosiaalityö	1. Kyllä	2. En
f) Kriisiryhmä	1. Kyllä	2. En
g) muu, mikä?		

**Kiitos vastauksistasi!**

## Mielenterveyspalveluiden arviointikaavake, Suupohjan seutukunta. Kysely päättäjille!

**Rengasta jokaisen kysymyksen kohdalla näkemystäsi kuvaava numero tai kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan.**

**Seuraavat kysymykset koskevat Sinua itseäsi**

- 1) Syntymävuotesi \_\_\_\_\_
- 2) Sukupuolesi
  1. mies
  2. nainen
- 3) Siviilisäätysi
  1. naimaton
  2. avo- tai avioliitto
  3. eronnut
  4. leski
- 4) Lastesi lukumäärä \_\_\_\_\_
- 5) Ammatillinen koulutuksesi?
  1. ei ammatillista koulutusta
  2. ammattikurssi, muu lyhyt ammatillinen ammattikoulutus
  3. kouluasteinen ammattikoulutus
  4. opistoasteinen ammattikoulutus
  5. ammattikorkeakoulututkinto
  6. yliopisto- tai korkeakoulututkinto
- 6) Oletko ollut koskaan työttömänä/lomautettuna?
  1. en ole ollut koskaan työttömänä
  2. olen ollut työttömänä/lomautettuna yhteensä alle 3 kuukautta
  3. olen ollut työttömänä/lomautettuna yhteensä alle vuoden ajan
  4. olen ollut työttömänä/lomautettuna yhteensä yli vuoden ajan
- 7) Nykyinen kotikuntasi
  1. Isojoen kunta
  2. Jurvan kunta
  3. Karijoen kunta
  4. Kauhajoen kaupunki
  5. Teuvan kunta

**Suupohjan seutukunnan mielenterveyspalveluita kehitettiin seutukunnallisessa mielenterveyshankkeessa vuosina 2004–2006. Hankkeessa luotiin Suupohjan seutukunnan mielenterveyspalveluista verkostomalli ja esitteet joka kuntaan. Hankkeen tavoite oli auttaa asiakasta löytämään aiempaa paremmin itselleen sopivat palvelut. Hankkeen motto on ollut ” oikeaan aikaan oikea asiakas/potilas oikean ammattilaisen luona.”**

- 9) Onko Suupohjan seutukunnan mielenterveyshanke ja kehitetty verkostotyömalli Sinulle tuttu esim. esitteistä, tai lehdistä?  
 1. on tuttu  
 2. ei ole tuttu
- 10) Ovatko oman kuntasi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut mielenterveysasioissa Sinulle tuttuja?  
 1. ovat tuttuja  
 2. eivät ole tuttuja
- 11) Oletko itse käyttänyt oman kuntasi sosiaali- tai terveydenhuollon palveluita mielenterveysasioissa?  
 1. olen käyttänyt omassa asiassani  
 2. olen käyttänyt läheiseni asiassa  
 3. en ole käyttänyt
- 12) **Kuinka yleensä arvioit nykytilannetta Suupohjan seutukunnassa?**

**Arvioi seuraavia väittämiä asteikolla 1–5, missä numero 1 tarkoittaa, että olet väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja numero 5 tarkoittaa, että olet väittämän kanssa täysin eri mieltä. Numerot 2–4 tarkoittavat, että mielipiteesi on näiden kahden väittämän väliltä siten, että esim. numero 2 tarkoittaa, että olet jokseenkin samaa mieltä ja numero 4 tarkoittaa, että olet jokseenkin eri mieltä kuin väittäjä.**

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
Mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet viimeisten 10 vuoden kuluessa.	1	2	3	4	5
Sosiaalihuollon henkilöstön valmiudet kohdata mielenterveysasioita ovat parantuneet viimeisten 10 vuoden aikana.	1	2	3	4	5
Terveydenhuollon henkilöstön valmiudet kohdata mielenterveysasioita ovat parantuneet viimeisten 10 vuoden aikana.	1	2	3	4	5
Mielenterveystyön resurssit omassa kunnassani ovat riittävät.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut lasten- ja nuorten mielenterveysongelmien lisääntymisestä.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut työikäisten mielenterveysongelmien lisääntymisestä.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut vanhusten mielenterveysongelmien lisääntymisestä.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut terveydenhuollon henkilöstön omasta jaksamisesta.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut sosiaalihuollon henkilöstön omasta jaksamisesta.	1	2	3	4	5
Kunnan valtuusto voi vaikuttaa kunnassa mielenterveysongelmien vähentymiseen.	1	2	3	4	5



<i>Kunnan hallitus voi vaikuttaa kunnassa mielenterveysongelmien vähentymiseen.</i>	1	2	3	4	5
<i>Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat vaikuttaa kunnassa mielenterveysongelmien vähentymiseen.</i>	1	2	3	4	5
<i>Jokainen ihminen itse voi vähentää omaa riskiään saada mielenterveysongelmia.</i>	1	2	3	4	5
<i>Omaisien on helppo auttaa läheistä tämän mielenterveysongelmassa.</i>	1	2	3	4	5
<i>Ammattihenkilön on helppo puuttua toisen ihmisen mielenterveysongelmaan myös työpaikan ulkopuolella.</i>	1	2	3	4	5
<i>Vastuu mielenterveysongelmaisen ihmisen hyvinvoinnista kuuluu lähiomaisille.</i>	1	2	3	4	5
<i>Vastuu mielenterveysongelmaisen ihmisen hyvinvoinnista kuuluu ihmiselle itselleen.</i>	1	2	3	4	5
<i>Vastuu mielenterveysongelmaisen ihmisen hyvinvoinnista kuuluu yhteiskunnalle.</i>	1	2	3	4	5
<i>Oman kuntani sosiaali- ja terveyspalveluiden mielenterveyspalvelut toimivat hyvin.</i>	1	2	3	4	5
<i>Oman kuntani sosiaali- ja terveyspalveluissa mielenterveyspalveluiden saatavuus on hyvä.</i>	1	2	3	4	5
<i>Oman kuntani sosiaali- ja terveyspalveluiden mielenterveyspalveluissa asiakkaan/potilaan on helppo löytää apua.</i>	1	2	3	4	5
<i>Oman kuntani mielenterveyspalveluissa moniammatillinen yhteistyö toimii hyvin.</i>	1	2	3	4	5

**Seuraavat kyselylomakkeen osiot käsittelevät kuvitteellisia tilanteita, joissa ihmisellä on mielenterveydellisiä ongelmia.**

**13) Tapaus 1:**

Naapurissasi asuu 74-vuotias yksinasuva nainen. Hänellä ei ole paikkakunnalla lähiomaisia, ainoa tytär asuu Helsingissä. Viimeisten kuukausien aikana naisen käytös on muuttunut selvästi. Hän esimerkiksi valvoo öisin useasti ja asunnosta kuuluu meteliä myös yöaikaan. Hän ei tervehti naapureitaan enää eikä käy juuri lainkaan ulkona. Postilaatikkoaan hän ei ole tyhjentänyt pariin viikkoon. Kuinka arvioit tilannetta?

**Arvioi seuraavaa väittämää asteikolla 1–5**

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
1) Mielestäni kuvattu oirekuva vaatii kiireellistä puuttumista asiaan.	1	2	3	4	5

**Mihin toimenpiteisiin ryhtyisit?**

- |   |          |       |
|---|----------|-------|
| 2) Ryhdyn itse auttamaan vanhusta.                              | 1. Kyllä | 2. En |
| 3) Olen yhteydessä vanhuksen omaisiin.                          | 1. Kyllä | 2. En |
| 4) Olen yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisiin. | 1. Kyllä | 2. En |
| 5) Olen yhteydessä muihin viranomaisiin.                        | 1. Kyllä | 2. En |

Mikäli vastasit osioon (5) kyllä, keihin muihin viranomaisiin olisit yhteydessä \_\_\_\_\_

6) Mikäli ottaisit yhteyttä sosiaali- tai terveydenhuollon viranomaisiin, ottaisitko omalla paikkakunnallasi yhteyttä

- |   |          |       |
|---|----------|-------|
| a) Terveyskeskuksen päivystys, lääkärin vastaanotto   | 1. Kyllä | 2. En |
| b) Kotihoito-palvelut (kotihoito ja kotisairaanhoido) | 1. Kyllä | 2. En |
| c) Neuvola-palvelut                                   | 1. Kyllä | 2. En |
| d) Muistineuvola                                      | 1. Kyllä | 2. En |
| e) Sosiaalityö  | 1. Kyllä | 2. En |
| f) Kriisiryhmä  | 1. Kyllä | 2. En |
| g) muu, mikä? _____                                   |          |       |

**14) Tapaus 2:**

Oma ystäväsi on 30-vuotias nainen, joka on saanut vauvan kaksi kuukautta sitten. Tuore äiti on yksinhuoltaja. Vauva on kärsinyt vatsaoireista, ollut itkuinen ja valvottanut äitiä paljon viime aikoina. Tavatessasi äitiä huomaat, että äiti on hyvin itkuinen ja väsynyt. Vauvalla on käsivarsissa pieniä mustelmia ja äiti kertoo, että vauva ”koheltaa” sāngyssä niin, että satuttaa itseään. Kuinka arvioit tilannetta?

**Arvioi seuraavaa väittämää asteikolla 1–5**

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
1) Mielestäni kuvattu oirekuva vaatii kiireellistä puuttumista asiaan.	1	2	3	4	5

**Mihin toimenpiteisiin ryhtyisit?**

- |   |          |       |
|---|----------|-------|
| 2) Ryhdyn itse auttamaan nuorta äitiä.                          | 1. Kyllä | 2. En |
| 3) Olen yhteydessä naisen muihin omaisiin.                      | 1. Kyllä | 2. En |
| 4) Olen yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisiin. | 1. Kyllä | 2. En |
| 5) Olen yhteydessä muihin viranomaisiin.                        | 1. Kyllä | 2. En |

Mikäli vastasit osioon (5) kyllä, keihin muihin viranomaisiin olisit yhteydessä \_\_\_\_\_

- 6) Mikäli ottaisit yhteyttä sosiaali- tai terveydenhuollon viranomaisiin, ottaisitko omalla paikkakunnallasi yhteyttä
- |   |          |       |
|---|----------|-------|
| a) Terveyskeskuksen päivystys, lääkärin vastaanotto   | 1. Kyllä | 2. En |
| b) Kotihoito-palvelut (kotihoito ja kotisairaanhoido) | 1. Kyllä | 2. En |
| c) Neuvola-palvelut (äitiys- ja lastenneuvola)        | 1. Kyllä | 2. En |
| d) Perheneuvola                                       | 1. Kyllä | 2. En |
| e) Sosiaalityö  | 1. Kyllä | 2. En |
| f) Kriisiryhmä  | 1. Kyllä | 2. En |
| g) Päivähoitopalvelut                                 | 1. Kyllä | 2. En |
| h) muu, mikä?   |          |       |
- 

**15) Tapaus 3:**

Naapurissasi asuu nuori nainen, joka on kokenut raskaita elämänvaiheita kuluneen vuoden aikana. Hän on läpikäynyt avioeron, joutunut työttömäksi ja hänen äitinsä on menehtynyt vakavaan sairauteen. Nainen on alkanut käyttää alkoholia päivittäin. Kun olet kotona, nainen tulee kauhuissaan luoksesi ja kertoo, että vakoojat ajavat häntä takaa. Kuinka arvioit tilannetta?

**Arvioi seuraavaa väittämää asteikolla 1–5**

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
1) Mielestäni kuvattu oirekuva vaatii kiireellistä puuttumista asiaan.	1	2	3	4	5
<b>Mihin toimenpiteisiin ryhtyisit?</b>					
2) Ryhdyn itse auttamaan nuorta.		1. Kyllä		2. En	
3) Olen yhteydessä naisen omaisiin.		1. Kyllä		2. En	
4) Olen yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisiin.		1. Kyllä		2. En	
5) Olen yhteydessä muihin viranomaisiin.		1. Kyllä		2. En	

Mikäli vastasit osioon (5) kyllä, keihin muihin viranomaisiin olisit yhteydessä \_\_\_\_\_

- 6) Mikäli ottaisit yhteyttä sosiaali- tai terveydenhuollon viranomaisiin, ottaisitko omalla paikkakunnallasi yhteyttä
- |   |          |       |
|---|----------|-------|
| a) Terveyskeskuksen päivystys, lääkärin vastaanotto   | 1. Kyllä | 2. En |
| b) Kotihoito-palvelut (kotihoito ja kotisairaanhoido) | 1. Kyllä | 2. En |
| c) Neuvola-palvelut                                   | 1. Kyllä | 2. En |
| d) Sosiaalityö  | 1. Kyllä | 2. En |
| e) Kriisiryhmä  | 1. Kyllä | 2. En |
| f) muu, mikä?   |          |       |
- 

**16) Tapaus 4:**

Poikasi koulutoveri on 15-vuotias yläasteen viimeisellä opiskeleva koululainen. Hän on alkanut olla pois koulusta parina päivänä joka viikko. Arvosanat kokeista ovat pudonneet kahdella numerolla aikaisemmista tuloksista. Viikonloppuisin hän viihtyy kavereiden kanssa pois kotoa yhä enemmän, etkä aina ole tietoinen keiden kavereiden kanssa hän oleilee. Epäilet myös, että viikonloppuisin hän käyttää runsaasti alkoholia. Kuinka arvioit tilannetta?

**Arvioi seuraavaa väittämää asteikolla 1–5**

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
1) Mielestäni kuvattu oirekuva vaatii kiireellistä puuttumista asiaan.	1	2	3	4	5
<b>Mihin toimenpiteisiin ryhtyisit?</b>					
2) Ryhdyn itse auttamaan nuorta.		1. Kyllä		2. En	
3) Olen yhteydessä nuoren omaisiin.		1. Kyllä		2. En	
4) Olen yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisiin.		1. Kyllä		2. En	
5) Olen yhteydessä muihin viranomaisiin.		1. Kyllä		2. En	

Mikäli vastasit osioon (5) kyllä, keihin muihin viranomaisiin olisit yhteydessä \_\_\_\_\_

6) Mikäli ottaisit yhteyttä sosiaali- tai terveydenhuollon viranomaisiin, ottaisitko omalla paikkakunnallasi yhteyttä

a) Terveyskeskuksen päivystys, lääkärien vastaanotto	1. Kyllä	2. En
b) Kotihoito-palvelut (kotihoito ja kotisairaahoito)	1. Kyllä	2. En
c) Kouluterveydenhuolto	1. Kyllä	2. En
d) Perheneuvola	1. Kyllä	2. En
e) Sosiaalityö	1. Kyllä	2. En
f) Kriisiryhmä	1. Kyllä	2. En
g) muu, mikä? _____		

**Kiitos vastauksistasi!**

## Mielenterveyspalveluiden arviointikaavake, Suupohjan seutukunta. Kysely kuntalaisille!

**Rengasta jokaisen kysymyksen kohdalla näkemystäsi kuvaava numero tai kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan.**

### Seuraavat kysymykset koskevat Sinua itseäsi

- 1) Syntymävuotesi \_\_\_\_\_
- 2) Sukupuolesi
  1. mies
  2. nainen
- 3) Siviilisäätysi
  1. naimaton
  2. avo- tai avioliitto
  3. eronnut
  4. leski
- 4) Lastesi lukumäärä \_\_\_\_\_
- 5) Ammatillinen koulutuksesi?
  1. ei ammatillista koulutusta
  2. ammattikurssi, muu lyhyt ammatillinen ammattikoulutus
  3. kouluasteinen ammattikoulutus
  4. opistoasteinen ammattikoulutus
  5. ammattikorkeakoulututkinto
  6. yliopisto- tai korkeakoulututkinto
- 6) Oletko ollut koskaan työttömänä/lomautettuna?
  1. en ole ollut koskaan työttömänä
  2. olen ollut työttömänä/lomautettuna yhteensä alle 3 kuukautta
  3. olen ollut työttömänä/lomautettuna yhteensä alle vuoden ajan
  4. olen ollut työttömänä/lomautettuna yhteensä yli vuoden ajan
- 7) Nykyinen kotikuntasi
  1. Isojoen kunta
  2. Jurvan kunta
  3. Karijoen kunta
  4. Kauhajoen kaupunki
  5. Teuvan kunta

**Suupohjan seutukunnan mielenterveyspalveluita kehitettiin seutukunnallisessa mielenterveyshankkeessa vuosina 2004–2006. Hankkeessa luotiin Suupohjan seutukunnan mielenterveyspalveluista verkostomalli ja esitteet joka kuntaan. Hankkeen tavoite oli auttaa asiakasta löytämään aiempaa paremmin itselleen sopivat palvelut. Hankkeen mottona on ollut ” oikeaan aikaan oikea asiakas/potilas oikean ammattilaisen luona.”**

- 9) Onko Suupohjan seutukunnan mielenterveyshanke ja kehitetty verkostotyömalli Sinulle tuttu esim. esitteistä, tai lehdistä?  
 1. on tuttu  
 2. ei ole tuttu
- 10) Ovatko oman kuntasi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut mielenterveysasioissa Sinulle tuttuja?  
 1. ovat tuttuja  
 2. eivät ole tuttuja
- 11) Oletko itse käyttänyt oman kuntasi sosiaali- tai terveydenhuollon palveluita mielenterveysasioissa?  
 1. olen käyttänyt omassa asiassani  
 2. olen käyttänyt läheiseni asiassa  
 3. en ole käyttänyt
- 12) **Kuinka yleensä arvioit nykytilannetta Suupohjan seutukunnassa?**

**Arvioi seuraavia väittämiä asteikolla 1–5, missä numero 1 tarkoittaa, että olet väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja numero 5 tarkoittaa, että olet väittämän kanssa täysin eri mieltä. Numerot 2–4 tarkoittavat, että mielipiteesi on näiden kahden väittämän väliltä siten, että esim. numero 2 tarkoittaa, että olet jokseenkin samaa mieltä ja numero 4 tarkoittaa, että olet jokseenkin eri mieltä kuin väittäjä.**

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	vaikea sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
Mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet viimeisten 10 vuoden kuluessa.	1	2	3	4	5
Sosiaalihuollon henkilöstön valmiudet kohdata mielenterveysasioita ovat parantuneet viimeisten 10 vuoden aikana.	1	2	3	4	5
Terveydenhuollon henkilöstön valmiudet kohdata mielenterveysasioita ovat parantuneet viimeisten 10 vuoden aikana.	1	2	3	4	5
Mielenterveystyön resurssit omassa kunnassani ovat riittävät.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut lasten- ja nuorten mielenterveysongelmien lisääntymisestä.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut työikäisten mielenterveysongelmien lisääntymisestä.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut vanhusten mielenterveysongelmien lisääntymisestä.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut terveydenhuollon henkilöstön omasta jaksamisesta.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut sosiaalihuollon henkilöstön omasta jaksamisesta.	1	2	3	4	5
Kunnan valtuusto voi vaikuttaa kunnassa mielenterveysongelmien vähentymiseen.	1	2	3	4	5

Kunnan hallitus voi vaikuttaa kunnassa mielenterveysongelmien vähentymiseen.	1	2	3	4	5
Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat vaikuttaa kunnassa mielenterveysongelmien vähentymiseen.	1	2	3	4	5
Jokainen ihminen itse voi vähentää omaa riskiään saada mielenterveysongelmia.	1	2	3	4	5
Omaisien on helppo auttaa läheistä tämän mielenterveysongelmassa.	1	2	3	4	5
Ammattihenkilön on helppo puuttua toisen ihmisen mielenterveysongelmaan myös työpaikan ulkopuolella.	1	2	3	4	5
Vastuu mielenterveysongelmaisen ihmisen hyvinvoinnista kuuluu lähiomaisille.	1	2	3	4	5
Vastuu mielenterveysongelmaisen ihmisen hyvinvoinnista kuuluu ihmiselle itselleen.	1	2	3	4	5
Vastuu mielenterveysongelmaisen ihmisen hyvinvoinnista kuuluu yhteiskunnalle.	1	2	3	4	5
Oman kuntani sosiaali- ja terveyspalveluiden mielenterveyspalvelut toimivat hyvin.	1	2	3	4	5
Oman kuntani sosiaali- ja terveyspalveluissa mielenterveyspalveluiden saatavuus on hyvä.	1	2	3	4	5
Oman kuntani sosiaali- ja terveyspalveluiden mielenterveyspalveluissa asiakkaan/potilaan on helppo löytää apua.	1	2	3	4	5
Oman kuntani mielenterveyspalveluissa moniammatillinen yhteistyö toimii hyvin.	1	2	3	4	5

**Seuraavat kyselylomakkeen osiot käsittelevät kuvitteellisia tilanteita, joissa ihmisellä on mielenterveydellisiä ongelmia.**

**13) Tapaus 1:**

Naapurissasi asuu 74-vuotias yksinasuva nainen. Hänellä ei ole paikkakunnalla lähiomaisia, ainoa tytär asuu Helsingissä. Viimeisten kuukausien aikana naisen käytös on muuttunut selvästi. Hän esimerkiksi valvoo öisin useasti ja asunnosta kuuluu meteliä myös yöaikaan. Hän ei tervehti naapureitaan enää eikä käy juuri lainkaan ulkona. Potilaatikkoaan hän ei ole tyhjentänyt pariin viikkoon. Kuinka arvioit tilannetta?

**Arvioi seuraavaa väittämää asteikolla 1–5**

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
1) Mielestäni kuvattu oirekuva vaatii kiireellistä puuttumista asiaan.	1	2	3	4	5
<b>Mihin toimenpiteisiin ryhtyisit?</b>					
2) Ryhdyn itse auttamaan vanhusta.		1. Kyllä		2. En	
3) Olen yhteydessä vanhuksen omaisiin.		1. Kyllä		2. En	
4) Olen yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisiin.		1. Kyllä		2. En	
5) Olen yhteydessä muihin viranomaisiin.		1. Kyllä		2. En	

Mikäli vastasit osioon (5) kyllä, keihin muihin viranomaisiin olisit yhteydessä \_\_\_\_\_

6) Mikäli ottaisit yhteyttä sosiaali- tai terveydenhuollon viranomaisiin, ottaisitko omalla paikkakunnallasi yhteyttä

- |   |          |       |
|---|----------|-------|
| a) Terveyskeskuksen päivystys, lääkärin vastaanotto   | 1. Kyllä | 2. En |
| b) Kotihoito-palvelut (kotihoito ja kotisairaanhoido) | 1. Kyllä | 2. En |
| c) Neuvola-palvelut                                   | 1. Kyllä | 2. En |
| d) Muistineuvola                                      | 1. Kyllä | 2. En |
| e) Sosiaalityö  | 1. Kyllä | 2. En |
| f) Kriisiryhmä  | 1. Kyllä | 2. En |
| g) muu, mikä? _____                                   |          |       |

#### 14) Tapaus 2:

Oma ystäväsi on 30-vuotias nainen, joka on saanut vauvan kaksi kuukautta sitten. Tuore äiti on yksinhuoltaja. Vauva on kärsinyt vatsaoireista, ollut itkuinen ja valvottanut äitiä paljon viime aikoina. Tavatessasi äitiä huomaat, että äiti on hyvin itkuinen ja väsynyt. Vauvalla on käsivarsissa pieniä mustelmia ja äiti kertoo, että vauva "koheltaa" sängyssä niin, että satuttaa itseään. Kuinka arvioit tilannetta?

#### Arvioi seuraavaa väittämää asteikolla 1–5

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
1) Mielestäni kuvattu oirekuva vaatii kiireellistä puuttumista asiaan.	1	2	3	4	5

#### Mihin toimenpiteisiin ryhtyisit?

- |   |          |       |
|---|----------|-------|
| 2) Ryhdyn itse auttamaan nuorta äitiä.                          | 1. Kyllä | 2. En |
| 3) Olen yhteydessä naisen muihin omaisiin.                      | 1. Kyllä | 2. En |
| 4) Olen yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisiin. | 1. Kyllä | 2. En |
| 5) Olen yhteydessä muihin viranomaisiin.                        | 1. Kyllä | 2. En |

Mikäli vastasit osioon (5) kyllä, keihin muihin viranomaisiin olisit yhteydessä \_\_\_\_\_

6) Mikäli ottaisit yhteyttä sosiaali- tai terveydenhuollon viranomaisiin, ottaisitko omalla paikkakunnallasi yhteyttä

- |   |          |       |
|---|----------|-------|
| a) Terveyskeskuksen päivystys, lääkärin vastaanotto   | 1. Kyllä | 2. En |
| b) Kotihoito-palvelut (kotihoito ja kotisairaanhoido) | 1. Kyllä | 2. En |
| c) Neuvola-palvelut (äitiys- ja lastenneuvola)        | 1. Kyllä | 2. En |
| d) Perheneuvola                                       | 1. Kyllä | 2. En |
| e) Sosiaalityö  | 1. Kyllä | 2. En |
| f) Kriisiryhmä  | 1. Kyllä | 2. En |
| g) Päivähoitopalvelut                                 | 1. Kyllä | 2. En |
| h) muu, mikä? _____                                   |          |       |



**15) Tapaus 3:**

Naapurissasi asuu nuori nainen, joka on kokenut raskaita elämänvaiheita kuluneen vuoden aikana. Hän on läpikäynyt avioeron, joutunut työttömäksi ja hänen äitinsä on menehtynyt vakavaan sairauteen. Nainen on alkanut käyttää alkoholia päivittäin. Kun olet kotona, nainen tulee kauhuissaan luoksesi ja kertoo, että vakoojat ajavat häntä takaa. Kuinka arvioit tilannetta?

**Arvioi seuraavaa väittämää asteikolla 1–5**

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
--	---------------------	-------------------------	---------------	-----------------------	-------------------

1) Mielestäni kuvattu oirekuva vaatii kiireellistä puuttumista asiaan. 1 2 3 4 5

**Mihin toimenpiteisiin ryhtyisit?**

- 2) Ryhdyn itse auttamaan nuorta naista. 1. Kyllä 2. En  
 3) Olen yhteydessä naisen omaisiin. 1. Kyllä 2. En  
 4) Olen yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisiin. 1. Kyllä 2. En  
 5) Olen yhteydessä muihin viranomaisiin. 1. Kyllä 2. En

Mikäli vastasit osioon (5) kyllä, keihin muihin viranomaisiin olisit yhteydessä \_\_\_\_\_

6) Mikäli ottaisit yhteyttä sosiaali- tai terveydenhuollon viranomaisiin, ottaisitko omalla paikkakunnallasi yhteyttä

- a) Terveyskeskuksen päivystys, lääkärin vastaanotto 1. Kyllä 2. En  
 b) Kotihoito-palvelut (kotihoito ja kotisairaanhoido) 1. Kyllä 2. En  
 c) Neuvola-palvelut 1. Kyllä 2. En  
 d) Sosiaalityö 1. Kyllä 2. En  
 e) Kriisiryhmä 1. Kyllä 2. En  
 f) muu, mikä? \_\_\_\_\_

**16) Tapaus 4:**

Poikasi koulutoveri on 15-vuotias yläasteen viimeisellä opiskeleva koululainen. Hän on alkanut olla pois koulusta parina päivänä joka viikko. Arvosanat kokeista ovat pudonneet kahdella numerolla aikaisemmista tuloksista. Viikonloppuisin hän viihtyy kavereiden kanssa pois kotoa yhä enemmän, etkä aina ole tietoinen keiden kavereiden kanssa hän oleilee. Epäilet myös, että viikonloppuisin hän käyttää runsaasti alkoholia. Kuinka arvioit tilannetta?

**Arvioi seuraavaa väittämää asteikolla 1–5**

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
--	---------------------	-------------------------	---------------	-----------------------	-------------------

1) Mielestäni kuvattu oirekuva vaatii kiireellistä puuttumista asiaan. 1 2 3 4 5

**Mihin toimenpiteisiin ryhtyisit?**

- 2) Ryhdyn itse auttamaan nuorta. 1. Kyllä 2. En  
 3) Olen yhteydessä nuoren omaisiin. 1. Kyllä 2. En  
 4) Olen yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisiin. 1. Kyllä 2. En  
 5) Olen yhteydessä muihin viranomaisiin. 1. Kyllä 2. En

Mikäli vastasit osioon (5) kyllä, keihin muihin viranomaisiin olisit yhteydessä \_\_\_\_\_

6) Mikäli ottaisit yhteyttä sosiaali- tai terveydenhuollon viranomaisiin, ottaisitko omalla paikkakunnallasi yhteyttä

- a) Terveyskeskuksen päivystys, lääkärin vastaanotto 1. Kyllä 2. En  
 b) Kotihoito-palvelut (kotihoito ja kotisairaanhoido) 1. Kyllä 2. En  
 c) Kouluterveydenhuolto 1. Kyllä 2. En  
 d) Perheneuvola 1. Kyllä 2. En  
 e) Sosiaalityö 1. Kyllä 2. En  
 f) Kriisiryhmä 1. Kyllä 2. En  
 g) muu, mikä? \_\_\_\_\_

**Kiitos vastauksistasi!**

**Hyvä vastaanottaja,**

Suupohjan kunnissa (Isojoki, Jurva, Karijoki, Kauhajoki ja Teuva) on toteutettu mielenterveyshanke vuosina 2004–2006. Hankkeessa luotiin Suupohjan seutukunnan mielenterveyspalveluista verkostotyömalli ja esitteet palveluista jokaiseen kuntaan. Hankkeen tavoite oli kehittää mielenterveyspalveluita ja samalla auttaa asiakasta löytämään aiempaa paremmin itselleen sopivat palvelut. Hankkeen motto on ollut ” oikeaan aikaan oikea asiakas/potilas oikean ammattilaisen luona”.

Tämän kyselylomaketutkimuksen tarkoituksena on kerätä Suupohjan kuntien väestön, palveluiden käyttäjien, päättäjien ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön nykyistä arviota alueemme mielenterveysongelmista ja palveluiden kehittämisestä. Tutkimuksen analyysi suoritetaan yhteistyössä Tampereen yliopiston yleislääketieteen laitoksen kanssa.

Kyselylomakkeeseen vastaaminen on täysin luottamuksellista ja yksittäistä vastaajaa ei voida tunnistaa. Tutkimuksen tuloksia ei tarkastella henkilöittäin, vaan ne esitetään tilastollisina kokonaisuuksina taulukoiden muodossa.

Pyydämme Sinua vastaamaan lomakkeen kysymyksiin ja postittamaan vastauksen palautekuoressa kahden viikon sisällä. Palautekuoressa oleva numero on postituksen kirjanpitoa varten.

Mikäli Sinulla on tutkimukseen tai lomakkeeseen liittyviä kysymyksiä, vastaamme niihin mielellämme. Sähköpostiosoite on [kirsti.kahara@kauhajoki.fi](mailto:kirsti.kahara@kauhajoki.fi).

Kiitos palautteestasi! Jokainen vastaus on tärkeä!

Kirsti Kähärä  
ylilääkäri  
Kauhajoen terveyskeskus  
06 2413 3301

Kari Mattila  
yleislääketieteen professori  
Tampereen yliopisto

**Hyvä vastaanottaja,**

*Sait mielenterveyspalveluihin liittyvän kyselylomakkeen pari viikkoa sitten. Odotamme vielä vastaustasi. Voit mielipiteelläsi vaikuttaa palvelujen järjestelyihin. Siksi uudistamme vastauspyynnön.*

*Suupohjan kunnissa (Isojoki, Jurva, Karijoki, Kauhajoki ja Teuva) on toteutettu mielenterveyshanke vuosina 2004–2006. Hankkeessa luotiin Suupohjan seutukunnan mielenterveyspalveluista verkostotyömalli ja esitteet palveluista jokaiseen kuntaan. Hankkeen tavoite oli kehittää mielenterveyspalveluita ja samalla auttaa asiakasta löytämään aiempaa paremmin itselleen sopivat palvelut. Hankkeen motto on ollut ” oikeaan aikaan oikea asiakas/potilas oikean ammattilaisen luona”.*

*Nykyisen kyselylomaketutkimuksen tarkoituksena on kerätä Suupohjan kuntien väestön, palveluiden käyttäjien, päättäjien ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön arvioita alueemme mielenterveysongelmista ja palveluiden kehittämisestä. Tutkimuksen analyysi suoritetaan yhteistyössä Tampereen yliopiston yleislääketieteen laitoksen kanssa.*

*Kyselylomakkeeseen vastaaminen on täysin luottamuksellista ja yksittäistä vastaajaa ei voida tunnistaa. Tutkimuksen tuloksia ei tarkastella henkilöittäin, vaan ne esitetään tilastollisina kokonaisuuksina taulukoiden muodossa.*

*Pyydämme Sinua vastaamaan lomakkeen kysymyksiin ja postittamaan vastauksen palautekuoreessa kahden viikon sisällä. Palautekuoreessa oleva numero on postituksen kirjanpitoa varten.*

*Mikäli Sinulla on tutkimukseen tai lomakkeeseen liittyviä kysymyksiä, vastaamme niihin mielellämme. Sähköpostiosoite on [kirsti.kahara@kauhajoki.fi](mailto:kirsti.kahara@kauhajoki.fi).*

*Kiitos palautteestasi! Jokainen vastaus on tärkeä!*

*Kirsti Kähärä  
ylilääkäri  
Kauhajoen terveyskeskus  
06 2413 3301*

*Kari Mattila  
yleislääketieteen professori  
Tampereen yliopisto*



# ALKUPERÄISET OSAJULKAISUT



# Alueellinen verkostotyömalli mielenterveyspalvelujen parantamiseksi

## Suupohjan seutukunnan mielenterveyshanke 2004–2006

**Lähtökohdat** Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, sopiiko palveluiden mallintaminen mielenterveyspalveluissa seutukunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilöstön työkaluksi.

**Menetelmät** Tutkimuksessa muodostettiin Suupohjan seutukunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden verkostosta yhdenmukainen malli kuntiin. Verkostomallin käyttöä harjoiteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön koulutuksissa kuuden potilastapauksen avulla. Palveluiden mallintamista arvioitiin sosiaali- ja terveystoimen henkilöstölle lähetetyllä kyselylomakkeella. Kyselylomake postitettiin 398 työntekijälle, ja vastausprosentti oli 50,5.

**Tulokset** Terveys- ja sosiaalipalvelujen toimivuutta ja saatavuutta koettiin voitavan parantaa selvästi mallintamalla palveluita. Vastaajista 86 % arvioi, että mallintaminen auttaa asiakasta löytämään apua aiempaa paremmin. Verkostomallia käyttäneistä 66 % koki, että mallista oli ollut hyötyä päivittäisessä työssä. Vastaajat arvioivat palvelujen mallintamisen sopivan moniammatillisen työn kehittämiseen. Sosiaali- tai terveydenhuollossa työskentelevien välillä ei ollut eroja arvioitaessa mallin toimivuutta.

**Päätelmät** Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön arvioinnin perusteella palveluiden mallintaminen sopii mielenterveystyön työkaluksi. Mallintaminen selkiyttää työnjakoa ja asiakkaan ohjaamista, joka tarjoaa mahdollisuuden palvelujen saatavuuden ja toimivuuden paranemiselle.

**K**ansallisen terveysprojektin keskeisenä tavoitteena on turvata hoitoon pääsy, organisoida perusterveydenhuolto suuremmiksi kokonaisuuksiksi sekä korostaa ennaltaehkäisevää työtä (1). Perusterveydenhuollon toimivuutta pyritään parantamaan ja lisäämään kansalaisten vastuuta omasta terveydestään. Valtakunnallisen sosiaalihankeeseen painopisteinä ovat mielenterveyspalvelut, niiden kehittäminen ja kokoaminen seudullisesti (2). Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalle oli varattu määräraha tukemaan näihin tavoitteisiin tähtäviä kehittämishankkeita.

Suupohjan seutukuntaan kuuluvat Isojoen, Jurvan, Karijoen, Kauhajoen ja Teuvan kunnat. Kuntien yhteinen väestöpohja on noin 30 000 asukasta. Psykiatriseen hoitoon pääsyn turvaamiseksi ja kohoavien psykiatrisen erikoissairaanhoidon kustannusten hallitsemiseksi seutukunnassa valittiin kehittämiskohteeksi mielenterveystyö. Kansallisen terveyshankkeen ja kuntien oman rahoituksen turvin toteutettiin Suupohjan seutukunnassa mielenterveyspalveluiden kehittämishanke vuosina 2004–2006.

Hankkeen tavoitteena oli kehittää yhdenmukainen malli kokoamaan ja ohjaamaan seutukunnan mielenterveyspalveluita. Mielenterveyspalveluihin otettiin mukaan kaikki kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, joissa ihminen voi saada tukea mielenterveyttä uhkaavissa tilanteissa. Mallintamisen tavoite oli ohjata palveluihin hakeutumista, palveluiden käyttöä ja varsinaista hoitotapahtumaa. Henkilöstön näkökulmasta mallin tavoite oli kuvata ja kehittää oman työyksikön toimintaa suhteessa koko palveluverkostoon. Mallin kehittämisessä ei otettu kantaa peruskuntien hallinnollisiin rakenteisiin.

Tämän raportin tarkoituksena on kuvata, miten mallin tuottaminen toteutettiin, miten malli jalkautettiin ja miten sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö arvioi mallin hyödyllisyyden työnsä kannalta.

### Hankkeen eteneminen

Hanke käynnistyi kesällä 2004, jolloin koottiin yhdyshenkilöiden verkosto seutukunnan sosiaali- ja terveystoimen työntekijöistä. Kuntien perusturvajohtajat ja ylilääkärit nimesivät seutuyhteistyöneuvottelussa kuntien yhdyshenkilöt. Yhdyshenkilöiksi kutsuttiin jokaisesta kunnasta 1–3 työntekijää. Yhdyshenkilöltä edellytettiin oman kunnan organisaation hyvää tuntemusta ja työskentelyä mielenterveystyössä. Yhdyshenkilöiden tehtävänä oli kerätä tiedot seutukunnan mielenterveyspalveluista ja mallintaa ne yhtenäisellä tavalla. Kesän 2004 ja kesän 2006 välillä oli 11 yhteyshenkilötapaamista. Muutoin yhteyttä pidettiin puhelimitse ja sähköpostin välityksellä.

Mielenterveyspalvelut kuvattiin verkostohoitomallin avulla. Mallissa kuvattiin oman kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon mielenterveyspalvelut. Lasten ja nuorten palveluista, aikuisten ja vanhusten palveluista tehtiin erilliset mallit. Palveluita tuottavan yksikön yhteystiedot valittiin sen mukaan, että puhelimeen pääsääntöisesti vastaa työntekijä eikä puhelinvastaaja. Muita viranomaisia tai kolmatta sektoria (muun muassa yhdistykset, seurakunnat, poliisiviranomaiset, sivistystoimi, kuntien vapaa-aikatoimi) ei kuntakohtaisiin esitteisiin lueteltu yksityiskohtaisesti. Erikoissairaanhoidon sisäistä hoitoketjua ei kuvattu, koska potilaan siirtyminen psykiatriseen erikoissairaanhoidon tapahtuu aina lähettyellä.

Hoitomallista tehtiin kuntakohtaiset, nelisivuiset esitteet, joiden sisäisivuilla jokainen mielenterveyspalveluita tuottava yksikkö kuvasi oman toimintansa osana mielenterveyspalvelujen hoitoverkkoa. Kaikki seutukunnan mielenterveyspalveluiden verkostot esittelevä malli valmistui keväällä 2005. Esitteitä jaettiin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelupisteissä mm. terveyskeskusten vastaanotoilla, neuvoloissa, ja sosiaalityön yksiköissä.

Mallista järjestettiin henkilöstölle koulutusta syyskuusta 2005. Seutukunnassa pidettiin 14 samansisältöistä koulutustilaisuutta. Niihin osallistui 148 henkilöä sosiaali- ja terveydenhuollosta sekä opetustoimesta. Koulutuksessa esiteltiin kuntakohtaiset hoitomallit sekä niistä tehdyt esitteet. Teoreettisena koulutuksena läpikäytiin Käypä hoito -ohjelma masennuksesta (3) ja Käypä hoito -ohjelma skitsofreniasta (4). Hoitomallin käyttöä harjoiteltiin kuuden potilastapauksen avulla. Kuvitteelliset potilastapaukset valittiin siten, että ne edustivat eri-ikäisten potilaiden yleisiä mielenterveysongelmia: nuoren naisen sairastuminen ensipsykosiiniin, työikäisen miehen päihde- ja masennuskierre, iäkkään naisen sairastuminen dementoivaan sairauteen, yksinäisen äidin sairastuminen masennukseen ja lapsen pahoinpitely, nuoren peruskoululaisen alkoholi- ja väkivaltakierre sekä kehitysviivästyvästä kärsivän lapsen koulupelko-oireilu. Osallistujat arvioivat, miten tapaukset tulevat palvelujen piiriin omassa kunnassa ja millaista yhteistyötä tapauksen hoito edellyttää. Samalla arvioitiin, milloin potilas ei saa tarvitsemiaan palveluita ja olisiko mielenterveysongelma voitu ennaltaehkäistä.

Hankkeessa järjestettiin myös muuta mielenterveyskoulutusta henkilöstölle: vuorovaikutuskoulutusta vastaanotto-työtä tekeville, depressiokoulutusta ja kriisityön peruskoulutusta sekä kriisityön syventävää koulutusta. Hankkeesta tehty posteria esiteltiin Terve Kunta -päivillä ja Terveystoimintayön päivillä vuonna 2005 (5).

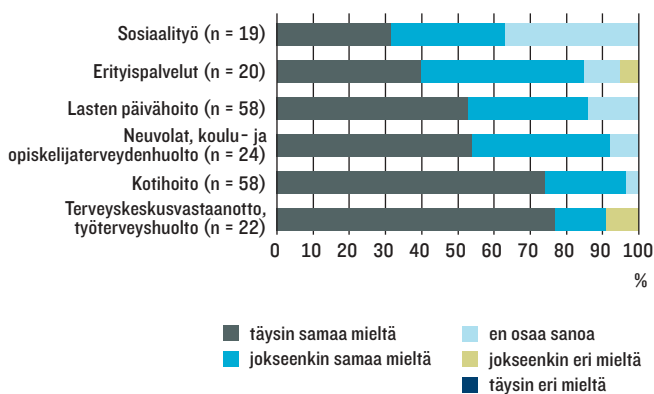
Hanketta ja mielenterveystyön verkostomallia arvioitiin kyselyllä, jossa kartoitettiin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön mielipiteitä seutukunnan mielenterveysongelmista, mielenterveystyön hankkeesta, palvelujen mallintamisesta yleensä ja uudesta verkostotyömallista.

### Tutkimusmenetelmä ja aineisto

Hanketta ja mielenterveystyön verkostomallia arvioitiin kyselyllä, jossa kartoitettiin sosiaali- ja terveydenhuollon hen-

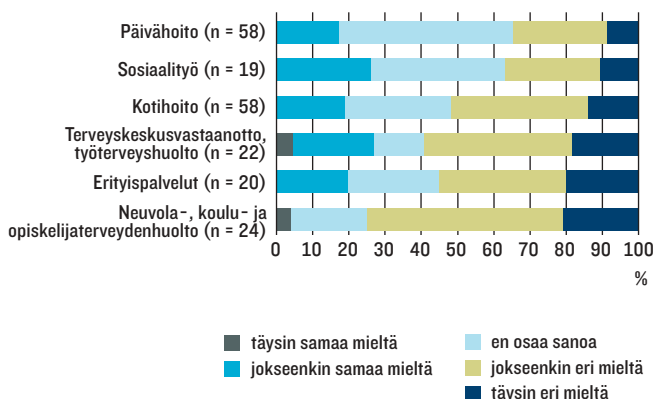
Kuvio 1.

Väittämä: "Mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet viimeisten 10 vuoden aikana Suupohjan seutukunnassa." Vastausten jakauma (%) työyksiköiden mukaan.



Kuvio 2.

Väittämä: "Mielenterveystyön resurssit omassa kunnassani ovat riittävät." Vastausten jakauma (%) työyksiköiden mukaan.





kilösten mielipiteitä seutukunnan mielenterveysongelmista, mielenterveyshankkeesta, palvelujen mallintamisesta yleensä ja uudesta verkostotyömallista.

Kysely tehtiin toukokuussa 2006. Kyselylomake postitettiin seutukunnan sosiaalityön, kotihoidon, päivähoidon, terveyskeskusvastaanottojen, työterveyshuollon sekä neuvoloiden työntekijöille. Kyselylomake postitettiin yhteensä 398 henkilölle. Kyselylomakkeita ei numeroitu, ja muistutuskirje lähetettiin työyksiköille, jotta vastaajat eivät olleet mitenkään tunnistettavissa. Työyksiköille lähetettiin muistutuskirje kyselyyn vastaamisesta kolmen viikon kuluttua ensimmäisestä kyselylomakkeen postituksesta.

Kyselylomakkeen palautti 201 henkilöä (50,5 %). Vastausprosentti vaihteli kunnittain 43:n (Kauhajoki, n = 79) ja 63:n (Jurva, n = 32) välillä. Neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa toimivien vastausprosentti oli 62, kotihoidossa 60, terveyskeskusvastaanotoilla ja työterveyshuollossa 42, päivähoidossa 38 ja sosiaalityössä 37 prosenttia. Vastanneista suurin osa työskenteli päivähoidossa (29 %) tai kotihoidossa (29 %). Neuvolassa, koulu- tai opiskelijaterveydenhuollossa työskenteli vastaajista 12 %, terveyskeskusvastaanotolla tai työterveyshuollossa 11 %, muissa erityispalveluissa 10 % ja sosiaalityössä 10 %. Työkokemusta kyselylomakkeen palauttaneilla oli keskimäärin 17,7 vuotta. Vastaajat olivat lähes kaikki naisia. Miehiiä oli aineistossa vain kuusi.

Lomakkeessa pyydettiin arvioimaan yleisellä tasolla näkemyksiä seutukunnan mielenterveysongelmista sekä asiakkaan että henkilöstön näkökulmasta, mielenterveyspalveluiden saatavuudesta, toimivuudesta ja siitä, löytääkö potilas palveluja. Vastaajan omasta työhistoriasta pyydettiin tietoja, jotka koskivat vastaajan työyksikköä, koulutusta ja nykyisessä ammatissa toimimisen kestoa. Mielenterveyshankkeesta luodusta verkostotyömallista, hankkeen toteutuksesta ja hankkeen järjestämistä koulutuksista pyydettiin myös arviota. Lomakkeet ovat lehden internet-sivuilla artikkelin pdf-version liitteenä ([www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) > Sisällysluettelot > 7/2008).

Väittämiin vastattiin käyttäen viisi- tai seitsenportaista asteikkoa. Sekä viisi- että seitsenportaisessa asteikossa vastausten ääripäät olivat täysin samaa mieltä ja täysin eri mieltä. Seitsenportaisessa asteikossa olivat vaihtoehdot samaa mieltä ja eri mieltä vastausten täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä sekä täysin eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä vastausten välissä. Aineisto analysoitiin frekvenssijakaumina, prosentiosuuksina ja ristiintaulukoimalla.

## Tulokset

Vastaajista 88 % arvioi mielenterveysongelmien lisääntyneen seutukunnassa viimeisten 10 vuoden aikana, terveyskeskusvastaanottojen, työterveyshuollon sekä kotihoidon henkilöstö muita useammin (kuvio 1). Lasten ja nuorten mielenterveysongelmien arvioi lisääntyneen 96 %, työikäisten mielenterveysongelmien 88 % ja vanhusten 83 % vastanneista.

Puolet vastaajista koki mielenterveystyön resurssit riittämättömiksi. Neuvoloiden, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon, erityispalveluiden sekä terveyskeskusvastaanoton ja työ-

terveyshuollon henkilöstö kokivat puutteet muita useammin (kuvio 2).

Terveydenhuollon henkilöstön valmiudet kohdata mielenterveysongelmia olivat viime aikoina lisääntyneet 67 %:n mielestä. Sosiaalihuollon henkilöstön valmiuksien katsoi parantuneen 53 % vastanneista. Sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon henkilöstön jaksamisesta oli huolestunut yli 90 % vastaajista. Terveyskeskusvastaanottojen ja työterveyshuollon henkilöstössä oli suhteessa eniten omasta jaksamisestaan huolestuneita. Vähiten omasta jaksamisestaan oli huolestuneita sosiaalityön henkilöstössä.

Verkostomallin käyttökoulutuksiin oli osallistunut 43 % vastaajista. Osallistuminen koulutuksiin vaihteli työyksiköittäin. Suhteessa eniten osallistui henkilöstö sosiaalityöstä, neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta sekä erityispalveluista. Verkostomallia oli työssään käyttänyt 41 % vastaajista. Eniten verkostomallia oli käyttänyt neuvola, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon henkilöstö ja terveyskeskusvastaanoton ja työterveyshuollon henkilöstö. Koulutusta aiheesta toivoi 60 % sellaisista vastaajista, jotka eivät olleet osallistuneet koulutukseen.

Verkostomallia käyttäneistä 66 % ilmoitti, että mallista oli ollut hyötyä vastaajan omassa työssä. Eniten verkostomallista hyötyneitä oli neuvolan ja koulu- sekä opiskelijaterveydenhuollon henkilöstössä, sosiaalityössä, terveyskeskuksen vastaanotossa ja työterveyshuollossa sekä erityispalveluissa.

Terveys- ja sosiaalipalvelujen toimivuutta ja saatavuutta koettiin selvästi voitavan parantaa palveluiden mallintamisella. Vastaajista 84 % arvioi mielenterveyspalvelujen toimivuuden, 79 % saatavuuden ja 90 % moniammatillisen yhteistyön lisääntyvän mallinnuksen ansiosta (taulukko 1). Arvio palveluiden toimivuuden paranemisesta oli suurin sosiaalityön henkilöstöllä ja pienin päivähoidon henkilöstöllä. Saatavuuden arvioi eniten lisääntyvän kotihoidon ja neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon henkilöstö. Työyksikköjen välisessä vertailussa palveluiden mallintamisen arvioi eniten hyödyttävän moniammatillista yhteistyötä sosiaalityön henkilöstö ja erityispalveluiden henkilöstö.

Henkilöstöä pyydettiin arvioimaan, miten palveluiden mallintaminen soveltuu työkaluksi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Verrattaessa eri ammattiryhmien vastauksia ei eroja todettu mallintamisen sopivuudessa sosiaalihuollon tai terveydenhuollon palveluihin.

Vastaajista 86 % arvioi, että mielenterveyspalveluiden mallintaminen auttaa asiakasta löytämään apua aiempaa pa-

**Taulukko 1.**

Väittämiä "Mallintaminen parantaa mielenterveyspalveluiden toimivuutta, saatavuutta ja moniammatillista yhteistyötä." Vastaukset, n = 201, prosenttijakauma.

	Toimivuus paranee, %	Saatavuus paranee, %	Moniammatillinen yhteistyö paranee, %
Samaa mieltä	84,1	78,9	89,9
En osaa sanoa	12,3	15,1	8,6
Eri mieltä	3,6	6,0	1,5
Yhteensä	100	100	100

remmin. Myönteisimmän arvion antoivat sosiaalityön, neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon sekä erityispalveluiden henkilöstö (kuvio 3).

**Pohdinta**

Suupohjan seutukunnan mielenterveyshanke lähti liikkeelle kuntien tarpeesta arvioida ja kehittää omia mielenterveyspalveluitaan. Mielenterveyspalveluiden kehittäminen kuuluu osana myös nykyiseen hallitusohjelmaan. Kuntien palvelurakennemuutosten toteuttamiseksi kehitetään erityisesti perusterveydenhuoltoa ja sosiaalityötä, ensihoitoa sekä mielen-terveys- ja päihdetyötä. Erityishuomiota kiinnitetään lasten, nuorten, työikäisten ja vanhusväestön mielenterveysongelmien tunnistamiseen, palveluiden saatavuuteen ja mielenterveystyön osaamiseen (6).

Kuntatasolla mielenterveystyötä toteutetaan kuntien peruspalveluissa, eli pääasiassa perusterveydenhuollossa ja sosiaalityössä. Ennaltaehkäisevässä ja kuntouttavassa mielenterveystyössä myös kuntien päivähoido ja opetustoimi ovat tärkeässä osassa.

Kuntien palveluita kehitetään toimintasuunnitelmilla, joiden avulla asetetut tavoitteet saadaan muokattua käytännön toiminnoiksi. Useimmat toimintasuunnitelmat nykyisin rakentuvat tasapainotetun mittariston, Balanced Score Card (BSC) mukaisesti. BSC on kahden yhdysvaltalaisen taloustieteilijän (Kaplan ja Norton) luoma malli strategian laatimiseksi yritysmaailmassa. Terveystyöhön sovellettuna BSC:n näkökulmia on jonkin verran modifioitu, mutta pääsääntöisesti tarkastelu sisältää asiakokonaisuuden tarkastelemisen asiakkaan, henkilöstön, toimintaprosessin ja talouden sekä vaikuttavuuden näkökulmasta. Terveystyöhön on kehitetty toiminnanohjausta teollisuuden tuotantotalouden keinoin (7) ja Suomessa sairaalat ovat onnistuneet kehittämään toimintaansa prosesseja mallintamalla (8,9). Tuotantotalouden keinoin voidaan kehittää palveluiden teknistä tehokkuutta ja johtamisen periaatteita (10), mutta terveydenhuollon kokonaisuudessa tarvitaan edelleen myös paljon eettistä

pohdintaa hoidon vaikuttavuudesta ja hoidon oikeudenmukaisesta kohdentumisesta väestössä.

Mielenterveystyön kehittämiseksi on olemassa sekä kansainvälisiä (11) että suomalaisia suosituksia ja periaatteita (12). Näissä suosituksissa mielenterveyspalvelut on tarkoitettu nähdä laajaksi kokonaisuudeksi ja osaksi hyvinvointipalveluja, jolloin mielenterveyspalveluihin kuuluvat kaikkien eri ikäluokkien palvelut. Kuitenkin suosituksista ja mielenterveysohjelmista huolimatta mielenterveystyötä ja mielenterveyspalveluita on arvioitu hajanaisiksi ja pirstoutuneiksi (13). Lisäksi mielenterveyspalveluissa on todettu suuria alueellisia vaihteluita (14).

Tämän tutkimuksen menetelmäksi valittiin henkilöstölle suunnattu kyselylomaketutkimus, koska henkilöstö itse tuottaa arvokasta tietoa toiminnan kehittämiseksi (15). Kokonaisvastausprosentti oli 50,5, mitä voidaan pitää tyydyttävänä postikyselytutkimuksen tuloksena (16,17). Päivähoidon matala vastausprosentti 38 laski yhteistä vastausprosenttia, koska työyksikkönä päivähoido oli suurin (n = 149). Vastausaktiivisuuteen voidaan ajatella vaikuttavan se, miten tärkeäksi mielenterveysongelmat koetaan. Päivähoidon henkilöstö työskentelee pääasiassa terveiden lasten kanssa, jolloin mielenterveysongelmien kokonaisuus jää etäiseksi. Korkeimmat vastausprosentit saatiin työyksiköistä, joissa henkilökunta toimii suorassa vuorovaikutuksessa mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden kanssa.

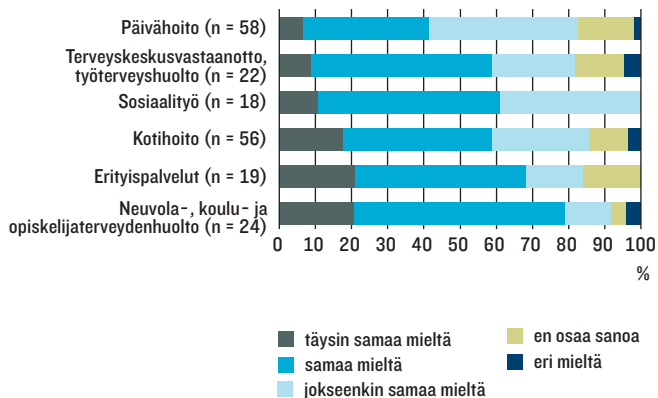
Tässä tutkimuksessa nousivat esille sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön arvio mielenterveysongelmien lisääntymisestä kaikissa ikäluokissa. Samalla mielenterveystyön alueelliset resurssit arvioitiin riittämättömiksi. Epidemiologiset tutkimukset eivät kuitenkaan vahvista käsitystä, että mielenterveysongelmat tai mielialahäiriöt olisivat nykyisin Suomessa yleisempiä kuin ennen. Mini-Suomi-tutkimuksessa 1970- ja 1980-lukujen vaihteessa mielenterveyshäiriöiden kokonaisesiintyvyyden arvioitiin väestössä olevan 17 % (18). Terveys 2000 -tutkimuksen tulosten mukaan alkoholi-riippuvuutta lukuun ottamatta mielenterveysongelmat ovat suunnilleen yhtä yleisiä kuin 20 vuotta sitten (19).

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön käsitykseen mielenterveysongelmien lisääntymisestä alueella voivat vaikuttaa muutokset hoitoon hakeutumisessa. Pohjanmaalla toteutuneessa mielenterveyshankkeessa, Pohjalaiset masennustalkoot, saatiin kyselylomaketutkimuksen tulokseksi vuonna 2006, että vakavasta masennusoireistosta kärsivistä potilaista 35 % oli hakeutunut hoitoon (20). Hoitoon hakeutumisessa voitiin todeta muutos, sillä väestötutkimuksessa vuonna 1996 vakavaa masennusta sairastavista potilaista vain 25–30 % oli hakeutunut hoitoon (21). Mielenterveysongelmien näkyvyys yhteiskunnassa on myös lisääntynyt muun muassa siten, että työkyvyttömyyseläkkeitä on myönnetty 1980- ja 1990-luvulla enenevästi mielenterveyshäiriöiden perusteella (22). Lisääntyneiden sairauslomien ja työkyvyttömyysjaksojen taustalla arvioidaan olevan se, että psyykkiset häiriöt tunnistetaan aikaisempaa paremmin ja yhteiskunnan asenteet ovat muuttuneet myönteisemmiksi mielenterveysongelmia kohtaan (23).

Tutkimuksen tuloksena voitiin todeta, että palveluiden mallintaminen sopii hyvin työkaluksi kuntien sosiaali- ja

**Kuvio 3.**

Väittäjä: "Mielenterveyspalvelujen mallintaminen auttaa potilasta löytämään apua aikaisempaa paremmin." Vastausten jakauma (%) työyksiköiden mukaan. Vastausvaihtoehdot jokseenkin eri mieltä, eri mieltä ja täysin eri mieltä on yhdistetty vaihtoehdoksi eri mieltä.



terveyspalveluiden mielenterveystyöhön. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö arvioi, että mallintamisesta oli hyötyä omassa työssä. Mallintaminen selkiytti työnjakoa ja paransi moniammatillisen yhteistyön toteutumista. Henkilöstö arvioi, että hoitomallin avulla asiakas löytää apua aikaisempaa paremmin, jolloin palveluiden saatavuus ja toimivuus paranivat.

Tulosten perusteella palveluiden mallintamista kannattaa kehittää edelleen erityisesti mielenterveyspalveluissa, koska sairauden vuoksi potilas tarvitsee erityistä tukea löytääkseen asianmukaiset palvelut. Lisäksi mielenterveyden ongelmat koskevat yksilön lisäksi useimmiten sekä perhettä että yhteisöä (24), jolloin palveluiden suunnittelu vaatii laajaa ja moniammatillista osaamista. Henkilöstön näkökulmasta mielenterveystyö vaatii sekä ajanmukaista ammatillista osaamista että moniammatillisen yhteistyön osaamista (25,26). Mielenterveyspalveluiden toiminnan vaikuttavuuden kehittämisessä jokaisen toimijan tulee ymmärtää, miten oma toiminta liittyy palveluiden kokonaisuuteen.

Mielenterveyspalveluiden kehittämistyössä on tärkeää selvittää myös väestön, poliittisten päättäjien ja palveluiden käyttäjien arvioita palveluiden toimivuudesta ja hoitoon pääsystä. Samalla voidaan tutkia myös mallintamisen vaikuttavuutta. Tätä selvitystyötä on tarkoitettu jatkaa Suupohjan seutukunnan alueella.

#### Kirjallisuutta

- Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistioita 2003:33:2004.
- Valtioneuvoston periaatepäätös sosiaalialan tulevaisuuden turvaamiseksi. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö 2003.
- Suomen Psykiatridistys ry:n työryhmä. Käypä hoito -suositus. Depressio. Duodecim 2004;47:744–64.
- Suomen Psykiatridistys ry:n työryhmä. Käypä hoito -suositus. Skitsofrenia. Duodecim 2001;117:2640–57.
- Suupohjan seutukunnan mielenterveysshanke, alueellinen verkostotyömalli. Kähärä K, Piikkilä S. VIII Terve Kunta -päivät 26.–27.1.2005. Stakes.
- Pääministeri Matti Vanhasen 2. hallituksen ohjelma. www.vnk.fi/julkaisut. 27.4.2007. Valtioneuvoston kanslia, valtioneuvosto 2007.
- Lillrank P, Kujala J, Parvinen P. Keskenäisen potilas, terveydenhuollon tuotannonohjaus. Helsinki: Talentum 2004.
- Keränen U, Keränen J, Wäänänen V. LEIKO-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. Suom Lääkäril 2006;61:3603–7.
- Gröhn J, Hussi E, Kärrä T, Naukkarinen H. Tarkkailuosasto sairaalan toiminnanohjauksen keinona. Suom Lääkäril 2006;61:2133–5.
- Parvinen P, Lillrank P, Ilvonen K. Johtaminen terveydenhuollossa. Käytännöt, vastuut ja valvonta. Helsinki: Talentum 2005.
- World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta- ja tavoiteohjelma.
- Pyllkänen K. Psykiatrisen hoitojärjestelmän murros ja tulevaisuus. Julkaisussa Suomen psykiatridistys ry 90 vuotta 1913–2003. 2003 Helsinki, ss. 73–87.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Työnjakoa ja työnaristusta mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio. Helsinki 2004.
- Lumijärvi I. Laadun arviointi sosiaali- ja terveysalan palveluyksiköissä. Tutkimuksia No 186. Vaasan yliopisto 1994.
- Puffer S, Porthouse J, Birks Y, Morton V, Torgerson D. Increasing response rates to postal questionnaires: a randomised trial of variations in design. J Health Serv Res Policy 2004;9:213–7.
- Klemola L, Saranto K, Ensio A, Kivekäs E. Lonkka- ja sydänpotilaiden hoitoketjujen toimivuus ja niiden kehittäminen henkilökunnan näkökulmasta. Suom Lääkäril 2006;61:2519–23.
- Lehtinen V, Joukamaa M, Jyrkinen T ym. Suomalaisen aikuisten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja, AL:33, Turku ja Helsinki 1991.
- Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 - tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002.
- Tuulari J, Aromaa E, Herbets K, Wahlbeck K. Pohjalainen masennus ja hakeutuminen hoitoon. Suom Lääkäril 2007;62:790–1.
- Hämäläinen J, Isometsä E, Laukkala T ym. Use of health services for major depressive episode in Finland. J Affect Disord 2004;79:105–12.
- Kiiskinen U, Vartiainen E, Puska P, Pekurinen M. Työkyvyttömyyseläkkeiden yleisyys ja kustannukset 35–64-vuotiailla vuosina 1972–1992. Suom Lääkäril 1994;49:213–7.
- Salminen JK. Mielenterveydenhäiriöt ja työkyvyttömyys. Suom Lääkäril 2004;59:4745–8.
- Leijala H, Nordling E, Rauhalta K ym. Psykkisesti sairastuneen vanhemman, hänen lastensa ja perheensä kokonaistilanteen arviointi sekä mahdollisen tuen ja hoidon järjestäminen-AKKULA-hanke. Teoksessa Inkinen M, toim. Näkymätön lapsi aikuopsykiatriassa. Helsinki: Tammi 2001;138–63.

#### English summary

## Best practice model in local mental health services

Development of mental health services is an important task in health care policy. Municipalities are responsible for providing mental health services for their residents. Health centres, social welfare offices, daycare centres and hospitals form a cooperation network for prevention and follow-up of mental health problems and for rehabilitative care.

The Suupohja district has developed a best practice model for local mental health services according to the instructions of the National Health Care Project. This study analyses the opinions of social and healthcare employees regarding the best practice model and the problems in local mental health care.

In this questionnaire study, social and healthcare employees were of the opinion that mental problems are increasing in all age groups and that local mental health care resources are inadequate. The employees considered that developing a best practice model was an effective tool to improve the availability and functioning of mental health services. The model facilitates formation of a cooperation network of mental health services and thus gives the patient more effective access to appropriate care.

*Kirsti Kähärä*  
M.D., Chief Physician  
Kauhajoki Health Centre  
E-mail: kirsti.kahara@kauhajoki.fi

*Sari Piikkilä, Kari Mattila*

- Heikkinen A. Terveyskeskuslääkäri ja lasten mielenterveystyö. Acta Universitatis Tampereensis 1094. Tampere University Press. Tampere 2005.
- Larivaara P. Tiimityö ja verkostoituminen. Kirjassa Yleislääketiede, ss.438-451. Toim. Kumpusalo E, Ahto M, Eskola K, Keinänen-Kiukaanniemi S, Kosunen E, Kunnamo I, Lohi J. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2005.

*Kirsti Kähärä*  
yleislääketieteen erikoislääkäri, ylilääkäri  
Kauhajoen terveyskeskus

*Sari Piikkilä*  
erikoissairaanhoitaja, projektipäällikkö  
Kauhajoen kaupunki

*Kari Mattila*  
professori, ylilääkäri  
Tampereen yliopiston lääketieteen laitos, PSHP:n  
yleislääketieteen vastuualue

#### Liiteaineisto

www.laakarilehti.fi  
> Sisällysluettelot > 7/2008

### ***Seutukunnallisen mielenterveyshankkeen arviointikaavake.***

***Rengasta jokaisen kysymyksen kohdalla näkemystäsi kuvaava numero tai kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan.***

***Seuraavat kysymykset koskevat Sinua itseäsi***

1 ) Syntymävuotesi? \_\_\_\_\_

2 ) Sukupuolesi?

1. mies
2. nainen

3) Ammatillinen koulutuksesi?

1. ei ammatillista koulutusta
2. ammattikurssi, muu lyhyt ammatillinen ammattikoulutus
3. kouluasteinen ammattikoulutus
4. opistoasteinen ammattikoulutus
5. ammattikorkeakoulu
6. yliopisto- tai korkeakoulututkinto

4) Onko Sinulla

1. sosiaalihuollon koulutustausta
2. terveydenhuollon koulutustausta
3. muu koulutustausta, mikä.....

5 ) Kuinka monta vuotta olet työskennellyt nykyisessä tai sitä vastaavassa tehtävässä?

\_\_\_\_\_ vuotta

6 ) Nykyinen työnantajasi

1. Isojoen kunta
2. Jurvan kunta
3. Karijoen kunta
4. Kauhajoen kaupunki
5. Teuvan kunta
6. muu, mikä.....

7 ) Nykyinen työyksikkösi on

1. sosiaalityö (perhetyö,päihdetyö,perheneuvola)
2. päivähoitopalvelut
3. neuvola, koulu- tai opiskelijaterveydenhuolto
4. terveyskeskusvastaanotto, työterveyshuolto
5. kotihoito
6. muu, mikä.....

***Suupohjassa mielenterveyshankkeessa luotiin Suupohjan seutukunnan mielenterveyspalveluista verkostomalli ja esitteet joka kuntaan. Oman kuntasi verkostohoitomallin esitteet ovat kyselylomakkeen liitteenä.***

**8 )** Oletko osallistunut verkostomallia käsitteleviin koulutuksiin/esittelytilaisuuksiin?

1. olen osallistunut
2. en ole osallistunut

**9 )** Jos et ole osallistunut verkostomallia koskeviin koulutuksiin/esittelytilaisuuksiin, haluaisitko osallistua ?

1. haluaisin osallistua
2. en haluaisi osallistua

**10 )** Oletko käyttänyt verkostomallia omassa työssäsi ?

1. olen käyttänyt usein
2. olen käyttänyt jonkun verran
3. en ole käyttänyt (siirry suoraan kohtaan 12)

**11 )** Jos olet käyttänyt verkostomallia tai esitteitä työssäsi, onko siitä ollut hyötyä työssäsi.

1. on ollut selvästi hyötyä
2. on ollut jonkin verran hyötyä
3. en osaa sanoa
4. ei ole ollut juurikaan hyötyä
5. ei ole ollut lainkaan hyötyä

***Suupohjan mielenterveyshanke järjesti henkilöstölle myös muuta mielenterveyskoulutusta kuin verkostomalliin liittyvää koulutusta. Yhteistyötä tehtiin mm. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin depressiohankkeen kanssa.***

**12 )** Oletko osallistunut mielenterveyshankkeen tai yhteistyökumppaneiden järjestämiin muihin mielenterveysaiheisiin koulutuksiin vuosina 2005 – 2006?

1. olen osallistunut useaan mielenterveyskoulutukseen
2. olen osallistunut ainakin yhteen mielenterveyskoulutukseen
3. en ole osallistunut mielenterveyskoulutuksiin

**13 )** Onko mainituista koulutuksista ollut hyötyä työssäsi ?

1. on ollut selvästi hyötyä
2. on ollut jonkin verran hyötyä
3. en osaa sanoa
4. ei ole ollut juurikaan hyötyä
5. ei ole ollut lainkaan hyötyä

**14 )** Minkälaista mielenterveyspalveluihin liittyvää koulutusta toivot jatkossa ?

.....

.....

.....

*Seutukunnallisessa mielenterveysshankkeessa on ollut tarkoitus kehittää verkostohoitomalli ( ja siitä esitteet) , jotta mielenterveyspalveluiden toimivuutta ja saatavuutta voitaisiin parantaa. Hankkeen mottona on ollut ” oikeaan aikaan oikea asiakas/potilas oikean ammattilaisen luona.” Arvioi seuraavia väittämiä asteikolla 1 - 7, missä numero 1 tarkoittaa, että olet väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja numero 7 tarkoittaa, että olet väittämän kanssa täysin eri mieltä. Numerot 2 - 6 tarkoittavat, että mielipiteesi on näiden kahden väittämän väliltä siten, että esim. numero 2 tarkoittaa, että olet samaa mieltä, numero 3 tarkoittaa, että olet jokseenkin samaa mieltä kuin väittämä.*

**15 )** Terveys/sosiaalipalvelujen **toimivuutta** voidaan parantaa ”mallintamalla” palveluita?

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
<i>täysin samaa mieltä</i>	<i>samaa mieltä</i>	<i>jokseenkin samaa mieltä</i>	<i>en osaa sanoa</i>	<i>jokseenkin eri mieltä</i>	<i>eri mieltä</i>	<i>täysin eri mieltä</i>

**16 )** Terveys/sosiaalipalveluiden **saatavuutta** voidaan parantaa ”mallintamalla” palveluita?

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
<i>täysin samaa mieltä</i>	<i>samaa mieltä</i>	<i>jokseenkin samaa mieltä</i>	<i>en osaa sanoa</i>	<i>jokseenkin eri mieltä</i>	<i>eri mieltä</i>	<i>täysin eri mieltä</i>

**17 )** Terveys/sosiaalipalveluiden ”mallintaminen” auttaa mielestäni asiakasta/**potilasta löytämään apua aiempaa paremmin?**

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
<i>täysin samaa mieltä</i>	<i>samaa mieltä</i>	<i>jokseenkin samaa mieltä</i>	<i>en osaa sanoa</i>	<i>jokseenkin eri mieltä</i>	<i>eri mieltä</i>	<i>täysin eri mieltä</i>

**18 )** Palveluiden ”mallintaminen” sopii työkaluksi **sosiaalihuollon** henkilöstölle.

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
<i>täysin samaa mieltä</i>	<i>samaa mieltä</i>	<i>jokseenkin samaa mieltä</i>	<i>en osaa sanoa</i>	<i>jokseenkin eri mieltä</i>	<i>eri mieltä</i>	<i>täysin eri mieltä</i>

**19 )** Palveluiden ”mallintaminen” sopii työkaluksi **terveydenhuollon** henkilöstölle.

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
<i>täysin samaa mieltä</i>	<i>samaa mieltä</i>	<i>jokseenkin samaa mieltä</i>	<i>en osaa sanoa</i>	<i>jokseenkin eri mieltä</i>	<i>eri mieltä</i>	<i>täysin eri mieltä</i>

**20 )** Palveluiden ”mallintaminen” **parantaa moniammatillisen yhteistyön kehittymistä?**

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
<i>täysin samaa mieltä</i>	<i>samaa mieltä</i>	<i>jokseenkin samaa mieltä</i>	<i>en osaa sanoa</i>	<i>jokseenkin eri mieltä</i>	<i>eri mieltä</i>	<i>täysin eri mieltä</i>

**20 ) Kuinka yleensä arvioit nykytilannetta Suupohjan seutukunnassa?**

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	vaikea sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
Mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet viimeisten 10 vuoden kuluessa.	1	2	3	4	5
Sosiaalihuollon henkilöstön valmiudet kohdata mielenterveysasioita ovat parantuneet viimeisten 10 vuoden aikana.	1	2	3	4	5
Terveydenhuollon henkilöstön valmiudet kohdata mielenterveysasioita ovat parantuneet viimeisten 10 vuoden aikana.	1	2	3	4	5
Mielenterveystyön resurssit omassa kunnassani ovat riittävät.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut lasten- ja nuorten mielenterveysongelmien lisääntymisestä.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut työikäisten mielenterveysongelmien lisääntymisestä.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut vanhusten mielenterveysongelmien lisääntymisestä.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut terveydenhuollon henkilöstön omasta jaksamisesta.	1	2	3	4	5
Olen huolestunut sosiaalihuollon henkilöstön omasta jaksamisesta.	1	2	3	4	5

***Kerro vapaasti ajatuksiasi, näkemyksiäsi tai uhkia ja mahdollisuuksia mielenterveysnäkökohdista seutukunnassamme.***

.....

.....

.....

.....

.....

***Kiitos palautteestasi!***

**KIRSTI KÄHÄRÄ**  
yleislääketieteen erikoislääkäri,  
terveyspalvelujohtaja  
Kauhajoen terveyskeskus  
Suupohjan peruspalvelu-  
liikelaitoskuntayhtymä  
kirsti.kahara@lky.fi

**JUHANI GRÖNLUND**  
dosentti, erikoislääkäri  
Mehiläinen Oy

**KARI MATTILA**  
professori, ylilääkäri  
Tampereen yliopiston  
lääketieteen laitos  
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri,  
yleislääketieteen vastuualue

## Kenen on vastuu ja kuka voi vaikuttaa mielenterveysongelmiin?

### Lähtökohdat

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää väestön, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten sekä päättäjien näkemyksiä siitä, kenellä koetaan olevan vastuu mielenterveyspalveluiden kehittämisestä ja yksilön mielenterveysongelmien ratkaisemisesta sekä kenen katsotaan voivan vaikuttaa asiaan.

### Menetelmät

Kyselylomake lähetettiin vuonna 2008 Suupohjan alueen (Kauhajoki, Teuva, Jurva, Isojoki ja Karijoki) väestötokselle (n = 1 180), sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle (n = 463) sekä kunnallisille päättäjille (n = 148). Vastausprosentti oli 50,5.

### Tulokset

Kaikkien kohderyhmien mielestä vastuu mielenterveysongelmien lieventämisestä kuuluu ensisijaisesti yhteiskunnalle ja vähemmässä määrin ihmiselle itselleen tai hänen omaisilleen. Valtaosa vastaajista katsoi, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset voivat parhaiten vaikuttaa mielenterveysongelmien vähentämiseen.

### Päätelmät

Kuntapäättäjien eli tilaajan vastuulla on palvelujen järjestäminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tehtävänä on niiden tuottaminen. Oleellista on informaatio-ohjauksen toimiminen tilaajan ja tuottajan välillä siten, että ammattihenkilöille luodaan edellytykset vaikuttaa mielen-terveysongelmien vähentämiseen.

Seinäjoen koulutuskuntayhtymän Kauhajoen toimipisteessä tapahtui ampumavälikohtaus 23.9.2008. Tenttitilaisuuteen tuli koulun oppilas, joka surmasi ampumalla 9 muuta opiskelijaa ja opettajan sekä aiheutti yhdelle opiskelijalle vakavan päävamman. Ampumisen jälkeen surmaaja syytti sekä surmatut että luokkatilan palamaan. Tapahtumahetkellä oppilaitoksen tiloissa oli yhteensä noin 300 opiskelijaa ja henkilökunnan jäsentä. Myös poliisi ja pelastushenkilökunta joutuivat ampumisen kohteeksi ennen kuin ampuja surmasi itsensä. Tapahtuman jälkeen paikallisella, valtakunnallisella ja kansainvälisellä tasolla on pohdittu, kuka voi vaikuttaa ja kenen on vastuu mielenterveytyksessä.

Euroopan mielenterveyspolitiikan painopisteet ovat masennuksen ja itsemurhien ehkäisy sekä mielenterveyden edistäminen, mielenterveysongelmiin liittyvän häpeän poistaminen ja niistä kärsivien yhteiskunnallisen osallisuuden lisääminen (1). EU:n jäsenvaltiot käyttävät mielenterveystyöhön ennaltaehkäisetyt toimet mu-

kaan lukien noin 3–4 % bruttokansantuotteesta (2).

Suomen kuntalaki korostaa valtuustojen roolia strategioiden määrittäjänä ja tavoitteiden asettajana. Kuntatutkimuksen perusteella näyttää kuitenkin siltä, että strategiat johtavat kunnissa vaihtelevasti tavoitteisiin (3). Talouden suunnittelussa ei huomioida riittävästi talouden vaikutusta toimintaan ja palveluihin. Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen jälkeen kuntien hyvinvointipalveluiden toiminta on rakentunut informaatio-ohjauksen varaan (4). Informaatio-ohjauksella tarkoitetaan ohjaustoimintaa, jossa tiedon avulla pyritään vaikuttamaan ohjattavan tahon käyttäytymiseen, kuten kuntien hyvinvointipalveluiden suunnitteluun (5). Tutkimusten perusteella informaatio-ohjaus on osoittautunut riittämättömäksi keinoksi mielenterveyspalveluiden kehittämisessä (6).

Viime vuosina hoitoon pääsy on pyritty turvaamaan lainsäädännöllä (7,8). Suomessa on eri ministeriöiden yhteistyönä rakennettu mo-





**KIRJALLISUUTTA**

- 1 European Commission. Green Paper. Improving the mental health of the population. Towards strategy on mental health for the European Union. [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf) (siteerattu 19.10.2010).
- 2 Taipale V, Lavikainen J. Euroopan unionin jäsenmaiden mielen-terveysstrategia. Duodecim 2006;24:2933.
- 3 Majoinen K. Valtuustot ja kunnan strategien johtaminen. Teoksessa Kurikka P, Majoinen K, Pekola-Sjöblom M. Edustuksellisen demokratian tila kunnissa valtuustokaudella 2001-2004. Suomen Kuntaliitto. Acta-tutkimussarja nro 173. Helsinki 2005;57-83.
- 4 Stenvall J & Syväjärvi A. Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointi-tehtävissä. Valtiovarainministeriö 3/2006. Helsinki 2006.
- 5 Hansson A-I. Selvitys sosiaali- ja terveyspalveluiden ohjauksesta ja valvonnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistiota 8. Helsinki 2002.
- 6 Lassila A. Prosessijattelu mielenterveytyön kehittämisessä ja johtamisessa. Suomen Lääkäril 2006;61:3615-20.

niammatillisen viranomaisyhteistyön malleja erityisesti nuorten syrjäytymisuhan torjumiseksi (9). Tavoite on jatkossa parantaa palveluiden saatavuutta ja vaikuttavuutta painopisteinä ongelmien ennaltaehkäisy, peruspalvelujen vahvistaminen sekä palvelurakenteiden ja asiakasprosessien parantaminen (10). Asiakasprosessilla tarkoitetaan usean osatapahtuman muodostamaa tapahtumasarjaa, johon asiakas osallistuu. Asiakasprosessiin voidaan vaikuttaa mm. tuotantotalouden keinoin parantamalla palveluiden teknistä tehokkuutta ja johtamista (11). Terveysthuollon kokonaisuudessa tarvitaan myös eettistä pohdintaa hoidon vaikuttavuudesta ja oikeudenmukaisesta kohdentumisesta väestös-

sä. Mielenterveyspalveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa on monin paikoin siirrytty tilaaja-tuottajamalliin. Kunnalliset päättäjät ovat tilaajia ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat tuottajia. Kummallakin osapuolella on omat vastuunsa ja tehtävänsä. Tilaaja käytännössä rahoittaa ja tekee päätökset kunnan mielenterveytyön toteutuksesta. Väestön arvojen ja asenteiden oletetaan vaikuttavan näihin päätöksiin ja

valintaan vaihtoehtojen toteutustapojen välillä. Tässä ympäristössä ja tehtävään osoitetuilla voimavaroilla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset tuottavat tilattuja palveluja.

Selvitimme väestön, sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilökunnan sekä päättäjien näkemyksiä mielenterveyspalveluiden kehittämisestä Kauhajoen seutukunnassa keväällä 2008 juuri ennen ampumakatastrofia.

**Aineisto ja menetelmät**

Tutkimuksessa vertailtiin väestön, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten sekä kunnallisten päättäjien näkemyksiä. Kohderyhmänä oli Suupohjan alueen väestö (n = 29 051), johon kuuluivat Kauhajoen, Teuvan, Jurvan, Isojoen ja Karijoen asukkaat. Väestörekisteristä poimittiin 1 200 henkilön satunnaisotos kuntien 15-84-vuotiaista asukkaista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöryhmän muodostivat seutukunnan sosiaalityön, kotihoitoon, päivähoitoon, terveyskeskusten, työterveyshuollon ja neuvoloiden työntekijät. Päättäjiryhmän muodostivat em. kuntien valtuustojen, hallitusten ja perusturvalautakun-

**TAULUKKO 1.**

**Väittämistä samaa tai täysin samaa mieltä olevien vastaajien osuudet (%).**

	Väestö n = 530 %	Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevät n = 284 %	Kunnalliset päättäjät n = 79 %
<b>Vastuu mielenterveysongelman ihmisen hyvinvoinnista kuuluu</b>			
ihmiselle itselleen	40	36	40
lähiomaiselle	41	36	43
yhteiskunnalle	62	66	73
<b>Kunnassa mielenterveysongelmien vähentymiseen voi vaikuttaa</b>			
kunnanvaltuusto	50	56	58
kunnanhallitus	50	54	64
sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt	73	75	88
<b>Jokainen ihminen itse voi vähentää omaa riskiään saada mielenterveysongelmia</b>	73	73	81
<b>Omaisien on helppo auttaa läheistä tämän mielenterveysongelmassa</b>	32	14	19
<b>Ammattihenkilön on helppo puuttua toisen mielenterveysongelmaan myös työpaikan ulkopuolella</b>	29	18	28

- 7 Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistioita 2003:33. Helsinki 2004.
- 8 Valtioneuvoston periaatepäätös sosiaalialan tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2003.
- 9 Nuorta ei jätetä – Puhalletaan yhteen hiileen. Moniammatillista viranomaisyhteistyötä ja sen lakisääteistämistä selvittävän poikkihallinnollisen työryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2009:5. Helsinki 2009.
- 10 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008 – 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2008.
- 11 Parvinen P, Lillrank P, Ilvonen K. Johtaminen terveydenhuollossa. Käytännöt, vastuut ja valvonta. Helsinki: Talentum 2005.
- 12 Kähärä K, Piikkilä S, Mattila K. Alueellinen verkostotyömalli mielenterveyspalvelujen parantamiseksi. Suupohjan seutukunnan mielenterveysshanke 2004–2006. Suom Lääkäril 2008;63:649–53.
- 13 Eronen A, Londén P, Perälähti A, Siltaniemi A, Särkelä R. Sosiaalibarometri 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskusliitto. Helsinki 2009.
- 14 Midttun L. Private or Public? An empirical analysis of the importance of work values for work sector choice among Norwegian medical specialists. Social Science & Medicine 2007;64:1265–77.
- 15 Haukilahti R-L, Virjo I, Halila H ym. Lääkäri 2003 - tutkimus. Muuttuuko lääkärin työ – ja mihin suuntaan? Suom Lääkäril 2008;63:405–10.
- 16 Tuulari J, Aromaa E, Herbergs K, Wahlbeck K. Pohjalainen masennus ja hakeutuminen hoitoon. Suom Lääkäril 2007;62:790–91.
- 17 Kuntalaki 17.3.1995/365.
- 18 Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 9.2.2007/169.
- 19 Pääministeri Matti Vanhasen 2. hallituksen ohjelma. www.vnk.fi/julkaisut. 27.4.2007. Valtioneuvoston kanslia, valtioneuvosto 2007.
- 20 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. STM:n selvityksiä 2009:3. Helsinki 2009.
- 21 Harisalo R, Stenvall J. Luottamus ja epäluottamus kunnan hallituksen päätöksenteossa. Suomen Kuntaliitto. Acta-tutkimussarja nro 151. Helsinki 2002.
- 22 Ihalainen R. Sopimusohjauksen erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ohjauksessa. Acta Universitatis Tamperensis 1234. Tampere 2007.

tien jäsenet. Väestöotokseen sisältyi 14 sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijää ja 6 kunnallista päättäjää. Heille postitettiin väestökyselyn sijasta ammattilaisten tai päättäjien kyselylomake.

Väestöotoksen lopullinen koko oli 1 180 henkilöä, sosiaali- ja terveydenhuollon ryhmän koko oli 463 ja kunnallisten päättäjien ryhmän koko oli 148. Ryhmiin kuuluville (n = 1 791) lähetettiin postikysely huhtikuussa 2008 ja muistutuskirje toukokuussa 2008. Lomakkeen palautti 893 henkilöä (50,5 %). Väestöotoksen vastausprosentti oli 45,4, sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien 61,3 ja kunnallisten päättäjien 55,4.

Vastanneiden sukupuoli, ikä, siviilisäätö, koulutus ja kotikunta on esitelty liitetaulukossa 1 lehden internet-sivuilla artikkelin pdf-version liitteeseen (www.laakarilehti.fi > Sisällysluettelot > 18/2011). Väestöotokseen kuuluvista naisten vastausosuus oli suurempi kuin miesten ja vanhempien henkilöiden vastausosuus suurempi kuin nuorempien. Vastajien keski-ikä oli 53 vuotta. Vastanneista 68 % eli parisuhteessa ja lapsia (keskimäärin 2,6 lasta) oli 75 %:lla. Kauhajokisia oli kaikkien ryhmien vastaajista

yhteensä 51,4 %. Vastausosuuksissa oli kuntien välillä eroja, korkein vastausprosentti oli 49,0 (Kauhajoki, n = 569) ja matalin 36,4 (Jurva, n = 206).

Kunnallisten päättäjien ryhmästä vastasi 55,4 % (n = 148). Heidän keski-ikänsä oli 52 vuotta. Päättäjistä oli miehiä 59 %. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä suurin osa (98 %) oli naisia (liitetaulukko 1).

Suupohjan alueelle on aikaisemmin rakennettu verkostotyömalli mielenterveyspalveluihin (12). Verkostotyömallin arviointiin kehitettiin kyselylomake tätä tutkimusta varten. Lomakkeen tähän raporttiin käytetty osa on liiteaineistona 2 lehden internet-sivuilla artikkelin pdf-version liitteenä.

Lomakkeessa olevilla väittämillä haettiin vastaajan mielipidettä siitä, kenellä on vastuu mielenterveysongelmaisen ihmisen hyvinvoinnista ja kuka voi kunnassa vaikuttaa mielenterveysongelmien vähentämiseen. Vastajia pyydettiin arvioimaan kysymyshetken tilannetta Suupohjan seutukunnassa. Väittämiin tuli vastata viisiportaisella Likertin asteikolla (täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, en osaa sanoa,

**TAULUKKO 2.**

**Suupohjan väestön näkemykset siitä, kenelle kuuluu vastuu mielenterveysongelmaisen ihmisen hyvinvoinnista.**

Vastajien mielipiteiden ja taustatekijöiden logistinen regressioanalyysi, jossa tilastollisesti merkitsevät kerroinsuhteet (OR) ja niiden 95 %:n luottamusvälit (LV) on vahvennettu.

	ihmiselle itselleen OR (LV)	Vastuu kuuluu omaisille OR (LV)	yhteiskunnalle OR (LV)
<b>Sukupuoli</b>			
nainen	1	1	1
mies	0,97 (0,67–1,42)	1,08 (0,74–1,57)	<b>1,62 (1,10–2,38)</b>
<b>Ikä</b>			
alle 50 v	1	1	1
50 v tai enemmän	0,82 (0,55–1,23)	1,41 (0,94–2,11)	<b>1,62 (1,08–2,42)</b>
<b>Siviilisäätö</b>			
avo- tai avioliitto	1	1	1
yksin	1,30 (0,84–2,01)	1,07 (0,69–1,65)	0,71 (0,45–1,10)
<b>Koulutus</b>			
kouluaste tai vähemmän	1	1	1
opistoaste tai enemmän	0,76 (0,41–1,41)	0,71 (0,38–1,32)	1,51 (0,81–2,84)
<b>Lasten määrä</b>			
ei lapsia	1	1	1
on lapsia	1,08 (0,65–1,78)	1,10 (0,66–1,82)	0,76 (0,45–1,26)

- 23 Sihvonen M. Neuvottelujen kautta toimeenpanoon. Sopimusohjauksen implementaatio erikoissairaanhoidossa. Acta Universitatis Tamperensis 1154. Tampere 2006.
- 24 Terveydenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2008. THL, tilastoraportti 12/2010, Suomen virallinen tilasto 2010.
- 25 Työnjako ja työnrasitus mielen-terveyspalveluissa. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:5. Helsinki 2004.
- 26 Lauslahti S. Kunnan erikoissairaanhoidon kustannus-hallinnan keinot ja niiden käyttämisen esteet. Acta Universitatis Tamperensis 1216. Tampere 2007.
- 27 Prasetyawan, Vior E, Maramis A, Keliat A. Mental health model of care programmes after the tsunami in Aceh, Indonesia. International Review of psychiatry 2006;18(6):559-62.
- 28 Schoenbaum M, Butler B, Kataoka S ym. Promoting mental health recovery after hurricanes Katrina and Rita: what can be done at what cost. Arch Gen Psychiatry 2009;66(8):906-14.
- 29 Jokelan koulusurmat 7.11.2007. Tutkintalautakunnan raportti. Oikeusministeriön julkaisu 2/2009. Helsinki 2009.
- 30 Kauhajoen koulusurmat 23.9.2008. Tutkintalautakunnan raportti. Oikeusministeriön julkaisu 11/2010. Helsinki 2010.

jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä).

Aineiston analyysissä käytettiin SPSS 16.0 for Mac -ohjelmaa. Analyysissä tarkasteltiin frekvenssijakautumia ja niiden osuuksia. Logistisella regressiomenetelmällä tutkittiin, mitkä demografiset tekijät väestössä selittävät sitä, keille eri toimijoille koetaan vastuun mielenterveysongelman hyvinvoinnista kuuluvan ja keillä koetaan olevan vaikutusmahdollisuutta mielenterveysongelmissa. Vastemuuttujina vastuuta ja vaikutusta kartoittavia väittämiä käsiteltiin kaksiluokkaisina (samaa mieltä ja täysin samaa mieltä versus muut vastausvaihtoehdot). Selittävät muuttujat muutettiin kaksiluokkaiseksi: ikä (rajana 50 vuotta), siviilisäätö (naimaton versus muu), koulutus (ammattikorkeakoulu ja korkeakoulu versus muu) sekä lasten määrä (lapsia versus ei lapsia). Mittalukuna käytettiin kerroinsuhdetta (OR) ja sen 95 %:n luottamusväliä (LV) arvioimaan kerroinsuhteen tilastollista merkitsevyyttä.

### Tulokset

#### Kenen on vastuu?

62 % Suupohjan alueen väestöstä katsoi, että vastuu mielenterveysongelman hyvinvoinnis-

ta ja ennaltaehkäisystä kuuluu yhteiskunnalle ja vähemmässä määrin ihmiselle itselleen (40 %) tai lähiomaisille (41 %). Kaikkein suurin yhteiskunnan vastuuta korostavien osuus oli päättäjien (73 %) keskuudessa (taulukko 1).

Viisikymmentävuotiaat ja sitä vanhemmat painottivat yhteiskunnan vastuuta enemmän kuin nuoremmat ikäluokat ja miehet enemmän kuin naiset. Koulutuksella, siviilisäädellä tai lasten lukumäärällä ei ollut vastuun kokemiseen tilastollisesti merkitsevää vaikutusta (taulukko 2).

#### Kuka voi vaikuttaa?

Kolme neljännestä väestöstä arvioi, että jokaisella itsellään sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöillä on mahdollisuus vaikuttaa mielenterveysongelmien vähenemiseen kunnassa. Päättäjät luottivat muuta väestöä useammin ammattihenkilöiden ja ihmisten omiin mahdollisuuksiin vähentää mielenterveysongelmia. He uskoivat myös omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa hiukan enemmän kuin muut (taulukko 1).

Vähintään ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet luottivat muita useammin kunnan-

TAULUKKO 3.

### Suupohjan väestön arviot eri toimijoiden mahdollisuuksista vaikuttaa mielenterveysongelmien vähentymiseen kunnassa.

Vastaajien mielipiteiden ja taustatekijöiden logistinen regressioanalyysi, jossa tilastollisesti merkitsevät kerroinsuhteet (OR) ja niiden 95 %:n luottamusvälit (LV) on vahvennettu.

	Mielenterveysongelmien vähentymiseen kunnassa voivat vaikuttaa			
	ihminen itse OR (LV)	ammattihenkilöt OR (LV)	kunnanhallitus OR (LV)	kunnanvaltuusto OR (LV)
<b>Sukupuoli</b>				
nainen	1	1	1	1
mies	1,28 (0,84–1,93)	0,97 (0,64–1,45)	1,21 (0,84–1,74)	1,18 (0,82–1,71)
<b>Ikä</b>				
alle 50 v	1	1	1	1
50 v tai enemmän	0,76 (0,49–1,19)	1,24 (0,81–1,92)	1,17 (0,79–1,73)	1,26 (0,85–1,87)
<b>Siviilisäätö</b>				
avo- tai avioliitto	1	1	1	1
yksin	1,03 (0,64–1,66)	0,83 (0,51–1,33)	0,87 (0,56–1,33)	0,84 (0,55–1,29)
<b>Koulutus</b>				
kouluaste tai vähemmän	1	1	1	1
opistoaste tai enemmän	<b>2,63 (1,15–6,04)</b>	<b>2,49 (1,13–5,48)</b>	<b>1,89 (1,04–3,44)</b>	<b>2,29 (1,24–4,23)</b>
<b>Lasten määrä</b>				
ei lapsia	1	1	1	1
on lapsia	0,86 (0,49–1,50)	<b>0,52 (0,29–0,93)</b>	0,78 (0,48–1,28)	0,94 (0,57–1,53)

## Tästä asiasta tiedettiin

- Kuntien tehtävänä on rahoittaa ja luoda edellytykset mielen-terveystyölle.
- Mielenterveyspalvelut ovat perusterveydenhuollon, sosiaali-toimen, erikoissairaanhoidon ja muun viranomais-toiminnan sekä kolmannen sektorin yhteistyötä.
- Mielenterveys-ongelmaiset tarvitsevat usein erityistä tukea löytääkseen asianmukaiset palvelut.

## Tämä tutkimus opetti

- Sekä kunnalliset päättäjät että kuntalaiset katsovat vastuun mielenterveyspalveluista kuuluvan ensisijaisesti yhteiskunnalle.
- Kaikkien vastaajaryhmien mielestä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset voivat parhaiten vaikuttaa mielen-terveysongelmien vähenemiseen.

### SIDONNAISUUDET

Kirsti Kähkö, Juhani Grönlund, Kari Mattila: Ei sidonnaisuuksia.

### LIITEAINEISTO

[www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi)

Sisällysluettelot  
SLL 18/2011

valtuuston ja -hallituksen, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön sekä ihmisten itsensä vaikutusmahdollisuuksiin mielenterveysasioissa. Iällä ja sukupuolella ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta (taulukko 3).

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön mahdollisuudet puuttua mielenterveysongelmiin yksityishenkilönä työpaikan ulkopuolella arvioitiin huonommiksi kuin hänen toimiessaan ammatissaan (taulukko 1).

## Pohdinta

Tutkimuksen vastausprosentin voidaan arvioida vastaavan keskimääräistä kyselytutkimusten vastausprosenttia (13,14,15,16) ja olevan edustava sekä väestön, henkilöstön että päättäjien osalta. Väestötutkimuksissa naisten ja vanhempien ikäryhmien vastausprosentit ovat yleensä suuremmat kuin miesten ja nuorten ikäryhmien.

Suomessa kunnan tehtävänä on järjestää asukkailleen hyvinvointipalvelut. Päätösvaltaa toteuttaa asukkaiden vaaleilla valitsema valtuusto (17). Demokraattisessa päätöksenteossa väestön mielipiteen kuuluu ohjata päättäjiä, jotka voivat valtuuston päätösten kautta vaikuttaa kunnallisten palveluiden resursointiin.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksella on selkiytetty kuntien ja valtion välistä tehtäväjakoja (18). Tavoitteena on kehittää erityisesti perusterveydenhuoltoa ja sosiaalityötä, ensihoitoa sekä mielenterveys- ja päihdetyötä. Erityishuomiota kiinnitetään väestön mielenterveysongelmien tunnistamiseen, palveluiden saatavuuteen ja mielenterveystyön osaamiseen (19). Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman Miel-2009 -työryhmän linjauksissa vuoteen 2015 painotetaan mielenterveyspalveluiden järjestämistä matalan kynnyksen perus- ja avopalvelujen avulla sekä toimimalla lähellä ihmistä ja hänen arkeaan (20).

Tässä tutkimuksessa kaikki vastaajaryhmät katsoivat mielenterveyspalvelujen järjestämistä vastuun eli palveluiden tilaajan roolin olevan yhteiskunnalla. Kunnalliset päättäjät painottivat yhteiskunnan ja erityisesti kunnanhallituksen vastuuta vielä muita ryhmiä useammin. Muis-akin selvityksissä on todettu luottamuksen kunnanhallituksen vaikutusmahdollisuuksiin liittyvän kunnan toiminnan tuntemiseen (21).

Suurin vaikutusmahdollisuus varsinaiseen potilaan kanssa tehtävään mielenterveystyöhön eli palveluiden tuottajan rooli koettiin olevan

sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla. Tämä näkemys korostui etenkin kunnallisten päättäjien ryhmässä sekä korkeasti koulutetun väestön keskuudessa.

Tilaa- ja tuottajamallin voisi siis tutkimuksemme mukaan ajatella toimivan mielenterveyspalveluissa. Vastuu palveluista on tilaajalla ja vaikuttamismahdollisuudet sekä hoidon toteutus palvelujen tuottajalla, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla.

Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että tilaa- ja tuottajamallin mukaisessa sopimusohjauksessa poliittisen päättäjän ja virkamiehen roolit ovat melko selkeät. Virkamiehet valmistelevat ja neuvottelevat palvelusopimukset ja vastaavat niiden täytäntöönpanosta. Luottamushenkilöt tekevät toimitelmassa päätökset virkamiesten esittelystä. Luottamushenkilöiden poliittinen ohjaus toteutuu ennen kaikkea talousohjauksena eikä ulotu palvelusopimusten sisältöön. Sopimusohjauksen keskeinen vahvuus on ollut sen aikaansaama neuvottelu- ja yhteistyöfoorumi kuntien ja sairaanhoitopiirien välille (22).

Tutkimuksemme mukaan kaikkien vastaajaryhmien mielestä kuntapäättäjien eli tilaajan rooliin kuuluu palvelujen järjestämistä vastuu ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten rooliin varsinaisten mielenterveyspalvelujen tuottaminen. Oleellista on informaatio-ohjauksen toimiminen tilaajan ja tuottajan välillä. Luottamuksen, informaation ja avoimuuden onkin todettu olevan keskeinen osa sopimusohjauksista (23).

Informaatio-ohjauksista tapahtuu koulutuksen, oppaiden ja suositusten avulla. Lisäksi tilastotietoja ja rekistereitä voidaan vertailla ja välittää vertaistietoa ja -arvioita. Aiempien tutkimusten mukaan informaatio-ohjauksen keinoin toteutettu mielenterveystyön kehittäminen ei ole kuitenkaan osoittautunut riittävän tehokkaaksi, koska resurssit eivät kohdennu informaatio-ohjauksen mukaisesti (6). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tuoreiden julkaisujen mukaan avohoidon resurssit eivät edelleenkään kasva, vaan nähtävissä on jopa niiden reaalista niukkenemistä (24). Mielenterveyspalveluiden henkilöstö kokee tilanteensa vaikeaksi, koska ohjeiden ja suositusten toteuttamiseen ei ole riittävästi aikaa eikä mahdollisuuksia (25).

Kehittämistyössä tuleekin panostaa ennakoivaan terveydenhuoltoon vaikuttamalla sekä ter-

## ■ TERVEYDENHUOLTO

**Nykytilanteessa ennakoivan terveydenhuollon ja mielenterveystyön resurssit jäävät niukoiksi.**

veyskäyttämiseen että terveystalouden käytämiseen. Tärkeää on saada käsitys palveluiden kokonaisuudesta yli hallintorajojen. Lisäksi on syytä korostaa sekä tilaajien että tuottajien osuutta (26).

Kuntien tavoitteet ja poliittiset linjaukset ovat informaatio-ohjausta, koska ne kertovat siitä, mikä on poliittisessa päätöksenteossa tärkeää (5). Aiemmissa kuntapalveluja arvioivissa tutkimuksissa on todettu, että strategioilla on liian heikko ohjausvalta kuntien budjetointiin (3). Nykytilanteessa ennakoivan terveydenhuollon ja mielenterveystyön resurssit jäävät niukoiksi. Vasta yhteiskunnallisten poikkeustilanteiden ja katastrofien jälkeen kiinnostus ja resursointi

lisääntyvät, mutta vaikutukset jäävät lyhytjänteiseksi ellei perusmielenterveystyötä edistetä. Tämä on todettu sekä luonnonkatastrofien (27,28) että kouluampumistapausten jälkeen (29,30).

Kehittämissuuntana tulee olla entistä selkeämmin informaatio-ohjauksen ja tilaaja-tuottaja-mallin yhdistäminen siten, että osaaminen lisääntyy niin tilaaja- kuin tuottajaorganisaatioissa. Tavoitteena on saada mielenterveyspalveluiden järjestelmä nykyistä vahvemmaksi vastaanottamaan sekä voimakkaat kriisiluonteiset palvelutarpeen lisäykset että ennen kaikkea huomioimaan ennaltaehkäisevät palvelutarpeet. ■

■ **ENGLISH SUMMARY** > [WWW.LAAKARILEHTI.FI](http://WWW.LAAKARILEHTI.FI) > IN ENGLISH

Where does the responsibility lie and who can influence mental health problems?

KIRSTI KÄHÄRÄ  
M.D., Chief Physician  
Kauhajoki Health Centre  
kirsti.kahara@llky.fi

JUHANI GRÖNLUND  
KARI MATTILA

## ENGLISH SUMMARY

# Where does the responsibility lie and who can influence mental health problems?

Where does the responsibility lie and who can influence mental health problems? That was the question before the Kauhajoki school shooting incident.

**Background** Mental health problems are a prominent issue in health care policy. Municipalities are responsible for providing mental health services for their residents. The local town council takes care of the funding in the health care system.

**Methods** In this questionnaire a sample of the population, social and healthcare employees and local politicians were asked to say who, in their opinion, is responsible for mental health care and who can influence mental health problems.

**Results** The majority of the respondents believed that the community is responsible for the preventing and taking care of mental health problems. The local politicians attached even greater importance to the community's responsibility for mental health care than the general public. According to our study local residents, politicians and employees in social and health care believed that health care professionals are the people most capable of finding solutions for mental health problems.

**Conclusions** Previous research suggests that local mental health care services are not resourced enough under the current political system. At present there is a risk that the community will recognise mental health care needs too late or most tragically after social disasters such as a school shooting incident or a natural disaster. Greater importance should be attached to prevention of mental problems.

■ TERVEYDENHUOLTO

LIITETAULUKKO 1.

**Suupohjan alueen mielenterveyspalveluja koskevaan kyselyyn vastanneet tarkasteluryhmittäin sukupuolen, iän, siviilisäädyn, ammattikoulutuksen ja kotikunnan mukaan.**

	Väestö n = 530 %	Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevät n = 284 %	Kunnalliset päättäjät n = 79 %
<b>Sukupuoli</b>			
naiset	61	98	41
miehet	39	2	59
<b>Ikäryhmä</b>			
alle 40 v	23	19	17
40–64 v	50	80	70
yli 64 v	27	1	13
<b>Siviilisäätö</b>			
avo- tai avioliitto	68	87	86
muu	32	13	14
<b>Ammatillinen koulutus</b>			
ylempi	10	26	21
alempi	61	73	73
ei koulutusta	29	1	6
<b>Kotikunta</b>			
Isojoki	7	7	19
Jurva	14	11	14
Karjajoki	5	3	13
Kauhajoki	52	55	37
Teuva	22	20	17

**Liiteaineisto 2.**

Kyselylomakkeen tässä tutkimuksessa analysoidut väittämät.

12 ) Kuinka yleensä arvioit nykytilannetta Suupohjan seutukunnassa?

Arvioi seuraavia väittämiä asteikolla 1- 5, missä numero 1 tarkoittaa, että olet väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja numero 5 tarkoittaa, että olet väittämän kanssa täysin eri mieltä. Numerot 2 - 4 tarkoittavat, että mielipiteesi on näiden kahden väittämän väliltä siten, että esim. numero 2 tarkoittaa, että olet jokseenkin samaa mieltä ja numero 4 tarkoittaa, että olet jokseenkin eri mieltä kuin väittäjä.

Kunnan valtuusto voi vaikuttaa kunnassa mielenterveysongelmien vähentymiseen	1	2	3	4	5
Kunnan hallitus voi vaikuttaa kunnassa mielenterveysongelmien vähentymiseen	1	2	3	4	5
Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat vaikuttaa kunnassa mielenterveysongelmien vähentymiseen	1	2	3	4	5
Jokainen ihminen itse voi vähentää omaa riskiään saada mielenterveysongelmia	1	2	3	4	5
Omaisien on helppo auttaa läheistä tämän mielenterveysongelmassa	1	2	3	4	5
Ammattihenkilön on helppo puuttua toisen ihmisen mielenterveysongelmaan myös työpaikan ulkopuolella	1	2	3	4	5
Vastuu mielenterveysongelmaisen ihmisen hyvinvoinnista kuuluu lähiomaisille	1	2	3	4	5
Vastuu mielenterveysongelmaisen ihmisen hyvinvoinnista kuuluu ihmiselle itselleen	1	2	3	4	5
Vastuu mielenterveysongelmaisen ihmisen hyvinvoinnista kuuluu yhteiskunnalle	1	2	3	4	5



# Reactions and Attitudes to Postpartal Mental Symptoms in a Rural Community

Kirsti Kähärä · Ulla Tulisalo · Juhani Grönlund ·  
Kari J. Mattila

Received: 3 March 2013 / Accepted: 28 April 2014  
© Springer Science+Business Media New York 2014

**Abstract** We examined the reactions of population, social and health care professionals and local politicians in the context of a narrative case of a newborn and her mother evincing postpartal mental symptoms. The results of this postal questionnaire study indicated that in assessing the urgent need for support, a significant positive association prevailed in the resident cohort with female gender, age over 50 years or being a parent. Professionals and politicians estimated that appropriate care and access to care would be obtained in the maternity and child health clinic in the local health centre. Residents would contact relatives rather than social and health care professionals. A future challenge is to promote the knowledge and sensitivity of the general population in recognizing mental symptoms in mothers with small children. Adequate information is also called for regarding local services and means of access to care.

**Keywords** Access to care · Postpartal depression · Maternity and child health clinic

## Introduction

The birth of a child is an enormous change in life for the parents. After delivery 50–85 % of women experience a postpartal sensitizing of emotions (O'Hara et al. 1991). The symptoms usually disappear in a few weeks, but in some women they may progress to depression. About 10 % of women suffer clinical depression during pregnancy or the postpartal months (Bennett et al. 2004; Reulbach et al. 2009). Postpartal depression is a multifactorial disease. A previous history of psychiatric illness may constitute a risk of it (van Bussel et al. 2006). The lack of psychosocial support also increases the risk of depression (Bernazzani et al. 1997). Mostly such support is provided by family members and the community. Society can give psychosocial support to families with small babies by providing guidance centres, social support for families, or peer support.

Crying in a newborn baby is considered normal infant behaviour. Crying or sleep problems are especially common during the first 3 months of life (Barr et al. 1996). A baby expresses by weeping his/her needs for example for food or proximity. Among premature babies weeping increases the amount of lap treatment and in fact improves the mother-infant relationship (Korja et al. 2008). The parent-child relationship and emotional security have an effect on sleep problems (Keller and El-Sheikh 2011).

Problems in the parent-child relationship or exhaustion may cause child abuse. A battered baby may not exhibit significant external signs of abuse and diagnosis is difficult even among professionals in health care (Jenny et al. 1999). Every incident of child abuse has long-term

---

K. Kähärä (✉)  
Suupohja Health Centre, Prännärintie 6-8, 61800 Kauhajoki,  
Finland  
e-mail: kirsti.kahara@llky.fi

U. Tulisalo  
Psychiatric Clinic of the Hospital District of South Ostrobothnia,  
Huhtalantie 53, 60220 Seinäjoki, Finland  
e-mail: ulla.tulisalo@epshp.fi

J. Grönlund  
Akaa Health Centre, Akaantie 2, 37800 Toijala, Finland  
e-mail: juhani.gronlund@akaa.fi

K. J. Mattila  
Centre of General Practice, Pirkanmaa Hospital District and  
University of Tampere, Lääkärintätkatu 1, 33520 Tampere, Finland  
e-mail: kari.j.mattila@uta.fi

consequences (Dubowitz and Bennett 2007; Schury and Kolassa 2012).

The Suupohja community developed a best-practice model for local mental health services in 2004–2006 (Kähärä et al. 2008). The focus was on improving the availability and function of access to care especially when mental health was threatened. A person with mental health problems may have difficulties in adequately assessing the situation and during the period of waiting for care the disorder will also probably become worse. The role of family members and community is essential when a person has mental problems. The present aim was to chart the reactions and opinions of the general population, professionals in health care and social services and local politicians in a rural community in respect of the symptoms of a mother and child. The objective was to establish how a child showing signs of potential abuse would be assessed by different target groups and how the family would obtain appropriate support in the local health care and social service system. A further target was to estimate whether the members of the community and professionals in the health and social services could evaluate how urgently support and treatment were needed.

## Materials and Methods

This study was carried out in the Suupohja area in South Ostrobothnia, Finland (population 29,051). The residential density in the area is 9.7 persons per square kilometre. The region is situated 360 km north west of the capital Helsinki. A questionnaire was sent to three target groups: a randomized sample of inhabitants aged 15–84 years ( $n = 1200$ ), social and health care personnel providing care and guidance for patients with mental health problems ( $n = 463$ ), and local politicians ( $n = 148$ ). The questionnaire was sent in April 2008 and a reminder letter in May 2008 to those who had not responded according to the postal register. Completed questionnaires were received from 893 persons (50.5 %).

### Resident Sample

The original sample of residents included 14 social and health care employees and six politicians, these being excluded. The final size of this group was 1180 persons, the total response rate 45.4 % ( $n = 1,180$ ). Of the respondents 61 % were female. The younger the inhabitants were, the less they responded to this questionnaire, the rate in the youngest age groups (born 1971–1993) being only 30.6 %. The mean age of the respondents was 53 years. Of the

**Table 1** Respondents; the questionnaire in the Suupohja area in South Ostrobothnia

	Residents $n = 530$ %	Social and healthcare staff $n = 284$ %	Local politicians $n = 79$ %
Gender			
Female	61	98	41
Male	39	2	59
Age			
Under 40 years	23	19	17
40–64 years	50	80	70
Over 64 years	27	1	13
Marital status			
Married or cohabiting	68	87	86
Single	32	13	14
Vocational education			
High or university	10	26	21
Low vocational	61	73	73
None	29	1	6

Background variables of the respondents in the respective groups

total, 68 % lived in a permanent relationship, 75 % had children and on average they had 2.6 children (Table 1).

### Local Politician Sample

The responding local politicians were members of local municipal councils, municipal boards and committees responsible for social and health services. The response rate among them was 55.4 % ( $n = 79$ ), mean age 52 years. Of the total 59 % were male (Table 1).

### Social and Health Care Worker Sample

The participating social and health care personnel were working in health centres, guidance centres, the social work sector, the day care sector, occupational health care and home nursing. The total response rate among them was 61.3 % ( $n = 284$ ). These workers were mostly female (Table 1).

### The Questionnaire

The questionnaire was developed for this study by the authors. The respondent was asked to choose answer alternatives considering how to identify the need for treatment and support as well as the urgency of the need in an imaginary case. The persons envisaged had the kind of

symptoms typically encountered in consultations with experienced general practitioners (GP) in this area. The questionnaire covered in all four narrative cases of a person with health problems (“Appendix”). In respect of the problems of the woman and child the hypothesis was that intervention was very urgently needed. The most suitable approach to the problem would be to contact the local family guidance centre. Considering the problems of the mother and her baby the specific question was: “Your friend is a 30-year-old woman who delivered a baby two months ago. She is a single parent. The baby has suffered from colic-like symptoms and has been crying a lot and the mother has lately been kept awake much of the night. When you meet her you notice that she is very tired and weeping. The baby has small bruises on the arms. The mother claims that the baby waves her arms in bed so much that she hurts herself. How do you evaluate the situation?”

With regard to the urgency of treatment the question was: “In my opinion these symptoms need urgent treatment.” The answer alternatives were on a 5-point Likert scale, the alternatives being: I totally agree/I slightly agree/I can’t tell/I slightly disagree/I totally disagree. The respondent was also asked to consider what he/she would personally do and in which sector of the local health care or social service system support and treatment of mother and child would be obtained for this family. The answer alternatives were “yes” or “no”. The respondent background variables were age, marital status, vocational education, employment status and number of children.

### Statistical Analysis

Data were analyzed using SPSS 16.0 for Mac OS. The groups were compared using Pearson’s Chi square test. Associations in evaluating the urgency of treatment by measuring the odds ratio (OR) and its 95 % confidence interval (95 % CI) were studied by logistic regression analysis. Prior to analysis, the answer alternatives were remodelled into two-level form (“I totally agree” vs. other alternatives). The remodelling into “I totally agree” vs. other alternatives was chosen to evaluate the respondents who were definite as to need for urgent intervention. Also age, marital status, vocational education, employment status and number of children were formed into two-level classes (under or over 50 years/married or cohabiting vs. single/high vocational education or university degree vs. low vocational education or none/children vs. no children).

**Table 2** Responses: “In my opinion these symptoms urgently need treatment”

	Residents		Politicians		Health and social care staff	
	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI
Gender						
Male	1.0		1.0		1.0	
Female	<b>1.78</b>	<b>1.16–2.75</b>	3.92	0.99–15.57	1.20	0.12–11.57
Age						
under 50	1.00		1.00		1.00	
≥50	<b>1.77</b>	<b>1.12–2.79</b>	0.9	0.27–3.00	0.77	0.32–1.83
Marital status						
Single	1.00		1.00		1.00	
Other	0.77	0.45–1.32	0.48	0.05–4.94	0.48	0.10–2.20
Vocational education						
Higher	1.00		1.00		1.00	
Low or none	0.99	0.50–1.95	0.78	0.17–3.64	1.51	0.59–3.83
Number of children						
None	1.00		1.00		1.00	
One or more	<b>1.86</b>	<b>1.05–3.30</b>	1.61	0.23–11.41	1.41	0.36–5.46

Odds ratios in multivariate logistic regression analysis. The odds ratio and its 95 % confidence interval are in bold when statistically significant

The Ethics Committee of the South Ostrobothnia hospital district approved the study on November 1st, 2007.

### Results

Altogether 74 % of residents, 79 % of local politicians and 91 % of health and social service employees estimated that the mother and child needed urgent support and treatment. In logistic regression analysis among the resident sample a statistically significant positive association was found between recognition of the need for urgent support and the respondent’s female gender, age over 50 years and having one or more children (Table 2). Among the social and health care staff or the politicians there were no statistical differences with regard to gender, age or number of children.

The actions the respondents were inclined to take are presented in Table 3. Among the resident sample, the most common approach was to contact the relatives of the mother and child. Local politicians and social and health care staff relied more on the health and social sector, the difference being 16–22 % compared to the resident sample.

**Table 3** The actions respondents would take to assist the mother and child

	Inhabitants n = 530 %	Social and health care staff n = 284 %	Local politicians n = 79 %
I would personally help the mother and child	51	70	54
I would contact the relatives of the mother and child	73	73	71
I would contact the health and social sector	63	85	79
I would contact other authorities	9	7	6

The answer alternatives were “yes” or “no”. Proportion of “yes” answers

**Table 4** Opinions of respondents as to where the appropriate care would be obtained in the local health and social sector

	Residents n = 530 %	Social and health care staff n = 284 %	Local politicians n = 79 %
Acute care unit	33	37	25
Home care unit	34	29	24
Maternity and child health clinic	62	87	64
Social work unit	32	48	37
Day care unit	10	9	10

The alternatives were the acute care unit in the health centre, the home care unit, the family guidance centre, the social work unit and day care. Proportion of “yes” answers

A little more than half of the residents and politicians would personally give assistance to the mother and child. Of social and health care staff 70 % would personally assist the mother and child. The actions which the respondents would undertake are presented in Table 3. Outside the health and social sector the next most frequently suggested instance to contact was the police.

The respondents suggested that appropriate care in the health and social sector would most likely be found in the maternity and child health clinics in the health centre. Among politicians and social and health care staff the social work sector was suggested as more appropriate than other alternatives as the second best source of appropriate care. The residents suggested the social care sector, the acute unit in the health centre and the home care unit all as the second best alternative (Table 4).

## Discussion

Of the resident group over one fourth did not feel that urgent treatment was needed. Female inhabitants, inhabitants aged over 50 years and inhabitants having children showed significantly more concern than male respondents, respondents under 50 years or those with no children. Among local politicians and social and health care staff the ability to recognize the urgent need for help of the single mother and her baby was higher than in the resident group. However, the residents differed from the two other groups in considering contacting the relatives instead of social and health care professionals as their primary choice of action.

A postal questionnaire involves a risk of selection depending on the responses received. The response rate in the samples varied between groups, but was estimated to be sufficient compared to average questionnaire studies among politicians (Eronen et al. 2009; Hakkarainen et al. 2012), social and health care staff (Midtun 2007; Haukilahti et al. 2008) and population (Tuulari et al. 2007). Our findings are in accord with those of previous studies, where the response rate has been higher among female respondents and elderly people compared with males and younger age groups. This present study thus probably underestimates the number of those who would not know how to act. The rural population is an understudied group and difficult of access. The material here can be nevertheless rated sufficient to represent opinions in a rural area.

The description of the symptoms of mother and child in the questionnaire was in narrative form in order to elicit the attitudes of the respondents. The narrative method in clinical scenarios has been widely used in the education of health care professionals and also in studying the diversity of physicians' behaviour and decisions (Hinkka 2001). In this present questionnaire, the clinical scenario involved a young mother showing diagnostic signs of exhaustion or depression. At the same time the respondent should estimate the situation of the baby as a potential victim of abuse.

The combination of parental exhaustion or depression and childhood sleep problems requires urgent intervention and delay in treatment affects the entire family. In postpartal depression it is essential for health and social workers to recognize the symptoms and act accordingly. Primary health care has many means of screening for postpartal depression, for example the EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) (Cox et al. 1987). In recent years employees in the social and health sectors have had extensive training in the context of postpartal depression. Our findings are in accord with this. The maternity and child health clinics have training programs which aim to prevent both infant sleeping and crying problems and associated postnatal depression symptoms (Cook et al.

2012). This training benefits the entire family (Symon et al. 2012).

Among the general population the difference in the evaluation of urgency between male and female, young and elderly and persons with or without children was significant. Although the staffs of maternity and child health clinics meet families regularly in situations urgently requiring intervention, the attitudes and knowledge of the population play an enormous role in access to care. In the resident sample personal contact with mother and child was also found difficult, only half of the respondents being personally prepared to give assistance. In large cities, residents are probably even less prepared to undertake intervention. In rural compared with urban areas higher levels of networks, civic participation and cohesion have been reported (Ziersch et al. 2009). Recent studies have also indicated that social network-building should be part of professional services (Kogstad et al. 2012).

The questionnaire was also addressed to local politicians in order to assess the attitudes of this group. In a democracy the opinions of the population should have a role in political decisions when for example a municipality is allotting resources to the social and health care system. The funding of services depends on political decisions. In this study politicians showed more concern than residents, the difference being however only 5 per cent units.

The maternity and child health clinic in the local health centre was regarded as the most appropriate source of care, the social care unit being considered second best. Maternity and child health clinics promote the health of families by assessing the physical, mental and social health of mothers and children under school age. Local GPs and nurses provide the service in these clinics. Support is also provided by home visits by a nurse before and after the birth of a child, and at other times if needed. Rural health centres also provide the service in areas with low residential density. The clinics

maintain multi-professional collaboration with other professionals working with families. When the local best-practice model for mental health services in the Suupohja area was designed (Kähärä et al. 2008), social and health care personnel were trained to use the model to assist in access to care. The care and consultation of families should be carried out in maternity and child health clinics and with their multi-professional collaboration.

The social and health care staff here recognized the need for urgent intervention and care for the mother and child much better than residents or politicians. Continuous training of professionals in means of access to services and clinical pathways is important. Training and information should be extended more purposefully to the general population by using the media and training key persons in the community, for example politicians.

## Conclusions

In reaching the goals of health strategies (Ministry of Social Affairs and Health 2012) the opinions and social attitudes of the community play a prominent role especially in the matter of access to health and social services. Besides professionals in social and health care, training should also be focused on the general population and key persons such as politicians. The main challenge is to increase the knowledge and sensitivity of the general population, especially male and young inhabitants, to recognize the urgent need for care when a young mother shows signs of postpartal depression.

**Conflict of interest** The authors report no conflicts of interest.

## Appendix

April 2008

### **Assessment questionnaire for mental health services, Suupohja area, residents' opinion survey**

**In connection with each question, circle the number of the alternative reply that best describes your opinion or write down your answer in the space provided.**

**The following questions concern you yourself**

- 1 ) Your year of birth \_\_\_\_\_
  - 2 ) Your gender
    1. male
    2. female
  - 3 ) Your marital status
    1. single
    2. cohabiting or married
    3. divorced
    4. widowed
  - 4 ) Number of your children \_\_\_\_\_.
  - 5) The kind of professional training you have
    1. no vocational training
    2. a vocational course, other short vocational training
    3. vocational school training
    4. vocational college education
    5. higher vocational school, higher vocational university degree
    6. university or other higher level degree
  - 6) Have you ever been unemployed or temporarily laid off?
    1. I have never been unemployed
    2. I have been unemployed/ laid off temporarily under 3 months altogether
    3. I have been unemployed/ laid off temporarily under a year altogether
    4. I have been unemployed/ laid off temporarily over a year altogether
  - 7) Your current municipality
    1. Isojoki municipality
    2. Jurva municipality
    3. Karjoki municipality
    4. Kauhajoki town
    5. Teuva municipality
- The Suupohja area mental health services were being developed in an area-wide mental health project in 2004-2006. During the implementation of the project, a network model and new brochures were created for each municipality in the area. The project aimed at helping clients find the right services for them more easily than before. The motto of the project was: "The right client/patient to the right professional at the right time."**
- 9) Are you familiar with the Suupohja area mental health services development project, for example, from brochures or newspapers?
    1. I'm familiar with it
    2. I'm not familiar with it
  - 10) Are you familiar with the mental health services of your municipality's social and health care sector?
    1. I'm familiar with them
    2. I'm not familiar with them
  - 11) Have you used the mental health services of your municipality's social and health care sector?
    1. I have used them regarding a personal matter
    2. I have used them regarding a person close to me
    3. I haven't used them

## 12) How would you evaluate the current situation in the Suupohja area?

**Please evaluate the following statements using the scale below of 1 – 5, where 1 indicates that you totally agree with a statement while 5 means that you totally disagree with it. The numbers 2-4 indicate that your opinion is somewhere between these so that for example, 2 indicates that you slightly agree and 4 that you slightly disagree with a statement.**

	<i>I totally agree</i>	<i>I slightly agree</i>	<i>Cannot tell</i>	<i>I slightly disagree</i>	<i>I totally disagree</i>
<i>Mental health problems have increased during the past 10 years.</i>	1	2	3	4	5
<i>Social service staff have become better able to deal with mental health issues during the past 10 years.</i>	1	2	3	4	5
<i>Health care staff have become better able to deal with mental health issues during the past 10 years.</i>	1	2	3	4	5
<i>Mental health resources are sufficient in my municipality.</i>	1	2	3	4	5
<i>I'm concerned about the increase in mental health problems among children and young adolescents.</i>	1	2	3	4	5
<i>I'm concerned about the increase in mental health problems among the working-aged.</i>	1	2	3	4	5
<i>I'm concerned about the increase in mental health problems among the elderly.</i>	1	2	3	4	5
<i>I'm concerned about the well-being of health care staff.</i>	1	2	3	4	5
<i>I'm concerned about the well-being of social care staff.</i>	1	2	3	4	5
<i>The municipal council can help in reducing mental health problems in the municipality.</i>	1	2	3	4	5
<i>The municipal executive board can help in reducing mental health problems in the municipality.</i>	1	2	3	4	5
<i>Social and health care professionals can help in reducing mental health problems in the municipality.</i>	1	2	3	4	5
<i>Every individual can reduce his or her own risk of developing mental health problems.</i>	1	2	3	4	5
<i>It's easy for family members to help their loved ones in the case of mental health problems.</i>	1	2	3	4	5
<i>It's easy for a professional to intervene in cases of mental health problems also outside work.</i>	1	2	3	4	5
<i>The immediate family care responsible for</i>					

<i>the well-being of a mentally ill individual.</i>	1	2	3	4	5
<i>The mentally ill individual is responsible for his/her own well-being.</i>	1	2	3	4	5
<i>Society is responsible for the well-being of a mentally ill individual.</i>	1	2	3	4	5
<i>The mental health services of the social and health care sector in my municipality function well.</i>	1	2	3	4	5
<i>There is good availability of mental health services in my municipality's social and health care sector.</i>	1	2	3	4	5
<i>Mental health services within the social and health care sectors in my municipality provide easy access.</i>	1	2	3	4	5
<i>Multiprofessional cooperation functions well within the mental health services of my municipality.</i>	1	2	3	4	5

**The following sections in this questionnaire discuss imaginary situations where individuals have mental health problems.**

### 13) Case 1:

*A 74-year-old woman is living alone next door to you. She has no relatives nearby; the only daughter lives in Helsinki (distance nearly 400 kilometres). During recent months her behaviour has changed significantly. She stays awake at night and she is also disturbingly noisy during the night. She does not greet her neighbours or walk outside her home any more. She has not emptied her mail box for weeks. How do you evaluate the situation?*

**Evaluate the following statement on a scale of 1-5**

	<i>I totally agree</i>	<i>I slightly agree</i>	<i>Cannot tell</i>	<i>I slightly disagree</i>	<i>I totally disagree</i>
1) <i>In my opinion these symptoms need urgent treatment.</i>	1	2	3	4	5

**What measures would you take?**

- 2) *I would personally help the old woman.* 1. Yes 2. No
- 3) *I would contact the woman's relatives.* 1. Yes 2. No
- 4) *I would contact the health and social sector authorities.* 1. Yes 2. No
- 5) *I would contact other authorities.* 1. Yes 2. No

*If you answered Yes to question (5), which authorities would you contact? \_\_\_\_\_.*

6) *If you would contact social and health care authorities, would you, in your own area, contact*

- |   |        |       |
|---|--------|-------|
| a) <i>Health centre acute outpatient care, doctors' surgery</i> | 1. Yes | 2. No |
| b) <i>Home care unit (home care and home hospital)</i>          | 1. Yes | 2. No |
| c) <i>Family guidance centre</i>                                | 1. Yes | 2. No |
| d) <i>Guidance centre for memory disorders</i>                  | 1. Yes | 2. No |
| e) <i>Social work unit</i>                                      | 1. Yes | 2. No |



- f) Team for psychosocial support 1. Yes      2.  
 No  
 g) Other, what? \_\_\_\_\_.

**14) Case 2:**

Your friend is a 30-year-old woman who has delivered a baby two months ago. The mother is a single parent. The baby has suffered from colic-like symptoms and has been crying a lot and the mother has lately been kept awake much of the night. When you meet the mother you notice that she is very tired and weeping. The baby has small bruises on the arms. The mother claims that the baby waves her arms in bed so much that she is hurting herself. How do you evaluate the situation?

**Evaluate the following statement on a scale of 1-5**

	<i>I totally agree</i>	<i>I slightly agree</i>	<i>Cannot tell</i>	<i>I slightly disagree</i>	<i>I totally disagree</i>
1) <i>In my opinion these symptoms call for urgent treatment.</i>	1	2	3	4	5

**What measures would you take?**

- 2) *I would personally help the young mother.* 1. Yes      2. No  
 3) *I would contact the woman's relatives.* 1. Yes      2. No  
 4) *I would contact the health and social sector authorities.* 1. Yes      2. No  
 5) *I would contact other authorities.* 1. Yes      2. No

If you answered Yes to question 5, which authorities would you contact? \_\_\_\_\_.

6) *If you would contact social and health care authorities, would you, in your own area, contact*

- |   |        |       |
|---|--------|-------|
| a) <i>Health centre acute outpatient care, doctors' surgery</i> | 1. Yes | 2. No |
| b) <i>Home care unit (home care and home hospital)</i>          | 1. Yes | 2. No |
| c) <i>Family guidance centre (ante- and postnatal clinics)</i>  | 1. Yes | 2. No |
| d) <i>Family counselling centre</i>                             | 1. Yes | 2. No |
| e) <i>Social work unit</i>                                      | 1. Yes | 2. No |
| f) <i>Team for psychosocial support</i>                         | 1. Yes | 2. No |
| g) <i>Day care services</i>                                     | 1. Yes | 2. No |
| h) <i>Other, what? _____.</i>                                   |        |       |

**15) Case 3:**

A young woman who has experienced tragic life events during the past year is living next door to you. She is divorced and unemployed and her mother has recently died of a severe disease. She has been using alcohol daily. When you are at home, she visits you and speaks of feeling terrified and is convinced that spies are chasing her. How do you evaluate the situation?

**Evaluate the following statement on a scale of 1-5**

	<i>I totally agree</i>	<i>I slightly agree</i>	<i>Cannot tell</i>	<i>I slightly disagree</i>	<i>I totally disagree</i>
1) <i>In my opinion these symptoms call for urgent treatment.</i>	1	2	3	4	5

**What measures would you take?**

- 2) I would personally help the young woman. 1. Yes 2. No
- 3) I would contact the woman's relatives. 1. Yes 2. No
- 4) I would contact the health and social sector authorities. 1. Yes 2. No
- 5) I would contact other authorities. 1. Yes 2. No

If you answered Yes to question 5, which authorities would you contact? \_\_\_\_\_.

6) If you would contact social and health care authorities, would you, in your own area, contact

- a) Health centre acute outpatient care, doctors' surgery 1. Yes 2. No
- b) Home care unit (home care and home hospital) 1. Yes 2. No
- c) Guidance centre services 1. Yes 2. No
- d) Social work sector 1. Yes 2. No
- e) Team for psychosocial support 1. Yes 2. No
- f) Other, what? \_\_\_\_\_.

**16) Case 4:**

A friend of your son is a 15-year-old teenager. His behaviour has changed and he is not attending school regularly. His grades are clearly dropping. At weekends he spends little time at home and you don't know about his companions. He is probably using alcohol heavily. How do you evaluate the situation?

**Evaluate the following statement on a scale of 1-5**

	<i>I totally agree</i>	<i>I slightly agree</i>	<i>Cannot tell</i>	<i>I slightly disagree</i>	<i>I totally disagree</i>
1) In my opinion these symptoms call for urgent treatment.	1	2	3	4	5

**What measures would you take?**

- 2) I would personally help the adolescent. 1. Yes 2. No
- 3) I would contact the adolescent's relatives. 1. Yes 2. No
- 4) I would contact the health and social sector authorities. 1. Yes 2. No
- 5) I would contact other authorities. 1. Yes 2. No

If you answered Yes to question 5, which authorities would you contact? \_\_\_\_\_.

6) If you would contact social and health care authorities, would you, in your own area, contact

- a) Health centre acute outpatient care, doctors' surgery 1. Yes 2. No
- b) Home care unit (home care and home hospital) 1. Yes 2. No
- c) School health care 1. Yes 2. No
- d) Family counselling services 1. Yes 2. No
- e) Social work 1. Yes 2. No
- f) Team for psychosocial support 1. Yes 2. No
- f) Other, what? \_\_\_\_\_.

**Thank you for your answers!**

## References

- Barr, R. G., Chen, S., Hopkins, B., & Westra, T. (1996). Crying patterns in preterm infants. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38(4), 345–355.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 103(4), 698–709.
- Bernazzani, O., Saucier, J. F., David, H., & Borgeat, F. (1997). Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *Journal of Affective Disorders*, 46(1), 39–49.
- Cook, F., Bayer, J., Le, H. N., Mensah, F., Cann, W., & Hiscock, H. (2012). Baby business: A randomised controlled trial of a universal parenting program that aims to prevent early infant sleep and cry problems and associated parental depression. *BMC Pediatrics*, 12, 13-2431-12-13.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 150, 782–786.
- Dubowitz, H., & Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *Lancet*, 369(9576), 1891–1899.
- Eronen, A., Londen, P., Perälähti, A., Siltaniemi, A., & Särkelä, R. (2009). Sociobarometer 2009. The Finnish Federation for Social Welfare and Health.
- Hakkarainen, T., Londen, P., Luhtanen, M., Peltosalmi, J., Siltaniemi, A., & Särkelä, R. (2012). Sociobarometer 2012. The Finnish Federation for Social Welfare and Health.
- Haukilahti, R.-L., Virjo, I., Halila, H., Hyppölä, H., Isokoski, M., Kujala, S., et al. (2008). Does physicians' work change—and in what direction. (In Finnish, abstract in English.). *Suomen Lääkärilehti*, 5, 405–441.
- Hinkka, H. (2001). Decision making in end of life care. *Acta Universitatis Tamperensis* 839. Tampere.
- Jenny, C., Hymel, K. P., Ritzen, A., Reinert, S. E., & Hay, T. C. (1999). Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA, the Journal of the American Medical Association*, 281(7), 621–626.
- Kähärä, K., Piikkilä, S., & Mattila, K. (2008). The best practice model in local mental health services in Suupohja area. (In Finnish, abstract in English.). *Suomen Lääkärilehti*, 7, 649–653.
- Keller, P., & El-Sheikh, M. (2011). Children's emotional security and sleep: Longitudinal relations and directions of effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 52(1), 64–71.
- Kogstad, R. E., Monness, E., & Sorensen, T. (2012). Social networks for mental health clients: Resources and solution. *Community Mental Health Journal*, Jan 31. [Epub ahead of print].
- Korja, R., Maunu, J., Kirjavainen, J., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., et al. (2008). Mother-infant interaction is influenced by the amount of holding in preterm infants. *Early Human Development*, 84(4), 257–267.
- Midttun, L. (2007). Private or public? an empirical analysis of the importance of work values for work sector choice among Norwegian medical specialists. *Social Science & Medicine* (1982), 64(6), 1265–1277.
- Ministry of Social Affairs and Health in Finland (2012). The National Development Programme for Social Welfare and Health Care. The KASTE Programme 2012–2015. Helsinki.
- O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Wright, E. J. (1991). Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 801–806.
- Reulbach, U., Bleich, S., Knorr, J., Burger, P., Fasching, P. A., Kornhuber, J., et al. (2009). Pre-, peri- and postpartal depression. [Pre-, peri- und postpartale Depressivität]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 77(12), 708–713.
- Schury, K., & Kolassa, I. T. (2012). Biological memory of childhood maltreatment: Current knowledge and recommendations for future research. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1262, 93–100.
- Symon, B., Bammann, M., Crichton, G., Lowings, C., & Tucsok, J. (2012). Reducing postnatal depression, anxiety and stress using an infant sleep intervention. *BMJ Open*, 2(5), 2012. doi:10.1136/bmjopen-2012-001662.
- Tuulari, J., Aromaa, E., Herberts, K., & Wahlbeck, K. (2007). Depression in Ostrobothnia and access to care. (In Finnish). *Suomen Lääkärilehti*, 8, 790–791.
- van Bussel, J. C., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2006). Women's mental health before, during, and after pregnancy: A population-based controlled cohort study. *Birth* (Berkeley, Calif.), 33(4), 297–302.
- Ziersch, A. M., Baum, F., Darmawan, I. G., Kavanagh, A. M., & Bentley, R. J. (2009). Social capital and health in rural and urban communities in South Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 33(1), 7–16.