

Tuula Hynninen, Maila Upanne

# Akuutti kriisityö kunnissa

Nykytila ja kehittämishaasteet



Sosiaali- ja terveysalan  
tutkimus- ja kehittämiskeskus

Helsinki 2006

© Tuula Hynninen, Maila Upanne ja Stakes

Taitto: Raili Silius

Kuviot: Seija Puro

ISBN 951-33-1681-5 (paperimoniste)

ISSN 1236-0740

ISBN 951-33-1682-3 (verkkokirja)

ISSN 1795-8210

Valopaino Oy

Helsinki 2006

# Tiivistelmä

Tuula Hynninen, Maila Upanne: Akuutti kriisityö kunnissa vuosina 2002 ja 2005. Nykytila ja kehittämishaasteet. Stakes, Raportteja 2/2006.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes on selvittänyt akuutin kriisityön tilannetta kunnissa kahdella kyselytutkimuksella vuosina 2002 ja 2005. Ensimmäinen kysely toteutettiin osana laajempaa ehkäisevän mielenterveystyön, kriisityön ja itsemurhien ehkäisyn toteutumista Suomessa selvittänyttä hanketta yhteistyössä Suomen Kuntaliiton kanssa. Vuoden 2005 kysely oli kriisityön tilanteen suppea päivitys, joka liittyi tarpeeseen saada ajantasaista tietoa kuntien kriisityön tilanteesta Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin jälkeen.

Selvitykset koskivat koko maata. Ensimmäinen kysely toteutettiin postikyselynä vuonna 2002. Kyselyn vastausprosentti oli lähes poikkeuksellisen korkea (85), varsinkin, kun kysely lähetettiin hallinnolliselle taholle, peruspalvelu-, sosiaali- ja terveystieteiden kunnille. Vastausten perusteella muodotuvaa kuvaa kriisityön tilanteesta maassa voidaan pitää edustavana ja riittävän laajasti maan olosuhteita kuvaavana. Toinen kysely toteutettiin nettikyselynä vuonna 2005. Vastausprosentti (20.4.2005) oli 63. Vastaukset tulivat melko tasaisesti eri puolilta maata, jonka vuoksi myös uusintakyselyn tulos antaa kohtalaisen edustavan kuvan kriisityön tilanteesta kunnissa.

Tutkimuksen perusteella akuutti kriisityö on organisoitu maassa kattavasti. Vuonna 2002 92 prosenttia kunnista ja vuonna 2002 89 prosenttia kunnista oli organisoitunut kriisipalvelut niin, että kunnassa toimi oma kriisiryhmä tai kriisipalvelut ostettiin. Kriisityö kunnissa on pääosin virallista, hallinnollisesti vahvistettua toimintaa, josta vastaavat koulutetut sosiaali- ja terveystoimen ammattilaiset yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa. Vaikka kriisityön alueellinen kattavuus maassa on hyvä, yksittäisissä muuttujissa on alueellista vaihtelua sairaanhoitopiireittäin tarkasteltaessa. Tulokset vahvistavat sen, että Suomessa on kansainvälisestikin tarkasteltuna ainutlaatuinen, kattava viranomaiskriisiryhmien verkosto.

Tutkimuksen perusteella muodostuu pääosin hyvin myönteinen kuva kriisityön toimivuudesta maassa. Kriisityön järjestelmän arvioidaan toimivan hyvin tai erittäin hyvin yli puolessa kunnista. Työstä saatu palaute on valtaosaltaan hyvin myönteistä, erityisesti asiakkailta saatu palaute. Myös arviot kriisityön tuloksellisuudesta ovat positiivisia. Arviointitulokset puhuvat työn tuloksellisuuden puolesta ja osoittavat, että kriisityötä pidetään uskottavana ja sen tuloksiin luotetaan. Kriisityön vaikuttavuuden tarkempi analyysi toteutetaan tutkimuksen toisessa vaiheessa.

Tutkimuksessa tuli esiin myös selviä puutteita. Kriisiryhmien tavoitettavuus ei ole riittävä kaikissa kunnissa. Vain runsas kolmannes kyselyyn vastanneista kunnista oli järjestänyt kriisipalvelut virka-ajan ulkopuolella vuonna 2002 ja vajaa puolet kunnista vuonna 2005. Kriisi-interventiot eivät myöskään kata kaikkia traumaattisen kriisin vaiheita. Vain alle kolmasosalla kriisiryhmistä vuonna 2002 ja noin puolella ryhmistä vuonna 2005 oli tarjolla välitöntä henkistä ensiapua ensimmäisen vuorokauden aikana traumaattisen tapahtuman jälkeen. Myös jälkipuinnin jälkeistä seuranta- ja jatkohoitoon ohjausta tekevien kuntien osuudet olivat laskeneet seuranta-aikana.

Psykososiaalisen tuen ja palveluiden valmius suuronnettomuustilanteita varten kaipaakin myös kehittämistä. Kriisityö oli sisällytetty kunnan valmiussuunnitelmaan 57 prosentissa kunnista vuonna 2002 ja viidesosassa kunnista suuronnettomuusvalmiutta ei ollut organisoitu lainkaan.

Uusintakyselyssä vuonna 2005 kävi ilmi, että kunnissa ei ole kokemusta eikä psykososiaalisen tuen toimintasuunnitelmia poikkeuksellisten ja suurten katastrofien varalle. Kunnissa on myös epätietoisuutta siitä, mitä psykososiaalisen tuen tulisi olla ja miten sitä tulisi toteuttaa välittömän psyykkisen ensiapuvaiheen jälkeen poikkeuksellisissa ja suurissa katastrofitilanteissa. Myös jatkohoidon (kriisi- ja traumahoidon) resurssit ja osaaminen koettiin riittämättömäksi.

Tutkimus osoitti monia puutteita myös kriisiryhmien toimintaolosuhteissa, mikä vaikuttaa ryhmien työmotivaatioon ja jaksamiseen. Rärkeimpiä puutteita olivat korvausten puuttuminen virka-ajan ylittävästä työstä, säännöllisen työnohjausmahdollisuuden puuttuminen sekä henkilöstöresurssien riittämättömyys.

Tutkimuksen perusteella kriisityön kehittämishaasteiksi nousevat virka-ajan ulkopuolisen kriisiavun lisääminen, kriisi-interventioiden kattavuuden kehittäminen niin, että apua on saatavilla kaikissa traumaattisen kriisin vaiheissa ja interventioiden jälkeinen seuranta ja jatkohoito on riittävää, kansallisen suuronnettomuustilanteita koskevan psykososiaalisen tuen ja palveluiden strategian kehittäminen ja kriisityön resurssien ja toimintaolosuhteiden parantaminen.

**Avainsanat:** Psykososiaalinen tuki ja palvelut, kriisityö, kriisiryhmät, kriisi- ja traumahoito, suuronnettomuusvalmius

# Sisällys

<b>Tiivistelmä</b> .....	3
<b>Johdanto</b> .....	7
Lainsäädännölliset lähtökohdat ja käsitelmäärittelyt .....	7
Tutkimuksen tausta ja merkitys .....	7
Kriisityön kehitys ja sisältö .....	9
Tutkimuksen tavoitteet .....	12
Aineisto ja menetelmät .....	12
<b>Tulokset</b> .....	15
Kriisityön tilanne kunnittain vuosina 2002 ja 2005 .....	15
Kriisityön kattavuus ja hallinnollinen asema .....	15
Vetäjäosaaminen ja työnjako kriisiryhmissä .....	17
Kriisiryhmien tavoitettavuus .....	19
Kriisi-intervention kattavuus .....	20
Seurannan ja jatkohoidon toteutuminen vuonna 2002 .....	21
Kriisiryhmien toimintaolosuhteet .....	23
Suuronnettomuustilanteita koskeva valmius ja resurssit .....	26
Kriisityön järjestämisen keskeiset vaikeudet ja esteet vuonna 2002 .....	27
Millaisissa tilanteissa kriisiryhmien apua on tarvittu? .....	28
Arviot kriisityön järjestelmän toimivuudesta ja työn tuloksellisuudesta sekä työstä saatu palaute .....	28
Kriisityön tilanne kunnissa sairaanhoitopiireittäin .....	31
Kriisityön kattavuus ja hallinnollinen asema sairaanhoitopiireittäin .....	31
Vetäjäosaaminen ja kriisiryhmän sisäinen työnjako sairaanhoitopiireittäin .....	31
Kriisiryhmien tavoitettavuus sairaanhoitopiireittäin .....	35
Kriisi-intervention kattavuus sairaanhoitopiireittäin .....	35
Kriisiryhmien toimintaolosuhteet sairaanhoitopiireittäin .....	37
Suuronnettomuustilanteita koskeva valmius sairaanhoitopiireittäin .....	38
Millaisissa tilanteissa kriisiryhmien apua on tarvittu? Alueelliset erot vuonna 2001 .....	40
Arviot kriisityön järjestelmän toimivuudesta ja työn tuloksellisuudesta sekä työstä saatu palaute sairaanhoitopiireittäin .....	41
<b>Pohdinta</b> .....	43
<b>Johtopäätökset ja kehittämishaasteet</b> .....	45

<b>Lähteet</b> .....	46
<b>Liitteet</b>	
Liite 1. Käytetyt käsitteet .....	48
Liite 2. Traumaperäinen stressihäiriö (DSM-IV) (APA, 1994) .....	50
Liite 3. Sairaanhoidopiirien tunnisteiden selitykset .....	51
Liite 4. Liitetaulukot 1 ja 2 .....	52
Liite 5. Liitetaulukot 3 ja 4 .....	53
Liite 6. Liitetaulukko 5 .....	54
Liite 7. Liitetaulukko 6 .....	54
Liite 8. Kyselylomake vuonna 2002 .....	55
Liite 9. Kyselylomake vuonna 2005 .....	62

# Johdanto

Suomessa on kehitetty ainutlaatuinen akuutin kriisityön toimintamalli onnettomuuksien ja muiden traumaattisten tapahtumien varalle. Koko maan kattava paikallisten (kunnallisten) kriisiryhmien verkosto antaa psykososiaalista tukea ja palveluja traumaattisten tapahtumien uhreille välittömästi tapahtuman jälkeen. Päähuomio kriisiryhmien työssä kohdistuu ns. arkielämän traumaattisiin tapahtumiin, mutta työ kattaa myös suuronnettomuustilanteet. Tietävästi missään muualla maailmassa ei ole vastaavaa kriisiryhmien verkostoa.

Kriisi- ja katastrofipsykologinen toimintamalli tuli Suomeen Norjasta 1990-luvun alussa. Sen jälkeen kunnallisten kriisiryhmien työ kehittyi ja siitä tuli osa mielenterveystyötä ja itsenäinen työmenetelmä. 1990-luvun loppuun mennessä Suomeen oli luotu kattava kunnallisten kriisiryhmien verkosto, pääosin terveystieteiden yhteyteen.

Tällä hetkellä toimintamallia on sovellettu Suomessa noin 15 vuotta. Arviota interventiojärjestelmän nykytilasta ja vaikuttavuudesta ei ole kuitenkaan toistaiseksi tehty.

## Lainsäädännölliset lähtökohdat ja käsitelmääritykset

Psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestäminen on Suomessa lakisääteistä toimintaa. Vastuusta palveluiden järjestämisestä on säädetty pelastuslain (468/2003) ja -asetuksen (Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta n:o 787/2003, 6§) mukaan siten, että kunnan ja kuntayhtymien eri toimialoista vastaavat virastot ja laitokset huolehtivat tehtäväalueensa, keskinäisen työnjakonsa ja kuntia koskevan lainsäädännön mukaisesti yhteistoiminnassa muiden asiantuntijoiden kanssa psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestämisestä niille, jotka uhreina, uhrien omaisina tai pelastajina ovat joutuneet osallisiksi onnettomuuteen. Tarkempia ohjeita palvelujen järjestämisestä on annettu Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistiossa 1/1998 ”Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut” (Murtomaa ym., 1998).

Psykososiaalinen tuki ja palvelut on kattotermi koko sille toiminnalle, jota järjestetään (suur) onnettomuuden tai muun erityistilanteen ihmisiin kohdistuvien seuraamusten rajoittamiseksi ja tapahtuman aiheuttaman psyykkisen stressin seuraamusten torjumiseksi ja lieventämiseksi. Se voidaan karkeasti jakaa psyykkiseen- ja kirkon henkiseen huoltoon sekä sosiaalityöhön ja -palveluihin (Murtomaa ym., 1998, Narumo & Murtomaa, 1999).

Tässä tutkimuksessa tutkitaan suomalaista kriisityön toimintajärjestelmää kokonaisuutena. Se kuuluu psykososiaalisen tuen ja palveluiden kokonaisuudessa termin ”psyykinen huolto” alle. Se on palveluiden kokonaisuus, johon kuuluu välitön henkinen ensiapu, tarvittaessa järjestettävät purku- (defusing) ja jälkipuinti-istunnot, tarvittava seuranta sekä jatkohoidon tarpeen arviointi ja jatkohoitoon ohjaus (Murtomaa ym., 1998). Toisin kuin usein otaksutaan, psykologinen jälkipuinti on vain yksi menetelmä kriisityön kokonaisuudessa. Kriisi-interventiojärjestelmä ei ole myöskään yhtä kuin traumaperäisen stressihäiriön hoito (Henriksson, 2005). Tässä tutkimuksessa tutkitaan toimintajärjestelmää, jonka pyrkimyksenä on ehkäistä häiriöiden syntymistä. Varsinaista häiriöiden hoitojärjestelmää tutkimus ei kata. Tutkimuksessa käytetyt käsitteet on määritelty tarkemmin liitteessä 1.

## Tutkimuksen tausta ja merkitys

Akuutti kriisityö on ennalta ehkäisevää työtä, jolla pyritään torjumaan ja lievittämään traumaattisten tapahtumien aiheuttamaa psyykkistä stressiä ja ehkäisemään psyykkisten traumojen kehittymistä. Psyykkisillä traumailla on merkitystä monien psyykkisten häiriöiden sekä laukaisevina

että altistavina tekijöinä (mm. ahdistushäiriöt kuten fobiat, paniikkihäiriö ja erityisesti traumaperäinen stressireaktio<sup>1</sup>; depressio; päihteiden liikkakäyttö; lisääntynyt itsemurhariski; psykoottiset häiriöt). Tutkimusnäyttöä on yhä enemmän myös psyykkisten traumojen osuudesta somaattisten sairauksien riskitekijänä (Deykin ym., 2001; Snurr ym., 2000; Lauterbach ym., 2005).

Onnettomuudet ja traumatisoivat tapahtumat ovat yleisiä. Kansainvälisten epidemiologisten tutkimusten mukaan elinaikainen riski joutua onnettomuuden tai traumaattisen tapahtuman uhriksi on 39–90 prosenttia riippuen traumaattisen tapahtuman määrittelystä tutkimuksissa (Breslau, 2002; Hidalgo ja Davidson, 2000; Kessler ym., 1995). Galea tutkimusryhmineen on arvioinut, että yli kaksi kolmasosaa ihmisistä kokee merkittävän traumaattisen tapahtuman jossain elämänsä vaiheessa, ja esimerkiksi USA:ssa jopa 20 prosenttia väestöstä saattaa kokea tällaisen tapahtuman vuositasolla (Galea ym., 2004).

Tuoreen tutkimuksen mukaan 80,8 prosenttia 18–70-vuotiaasta ruotsalaisesta väestöstä oli kokenut ainakin yhden traumaattisen tapahtuman elämänsä aikana (Frans ym., 2005).

Traumaattisten tapahtumien uhreista 95 prosentilla on trauman aiheuttamia äkillisiä traumaperäisiä oireita heti tapahtuman jälkeen. Useimmilla oireet heikkenevät asteittain ajan kuluessa luonnollisen toipumisen edetessä, mutta kaikki eivät saa traumatapahtumaa pois mielestään.

On olemassa runsaasti tutkimuksia traumaattisten kokemusten pitkän aikavälin seuraamuksista. Seuraamukset vaihtelevat traumaattisen tapahtuman luonteesta, käytetyistä tutkimusmenetelmistä ja seuranta-ajan pituudesta riippuen. Yhteenvedona voi todeta, että 30–40 prosenttia traumaattisten tapahtumien uhreista epäonnistuu yrityksessään prosessoida traumaattisia kokemuksiaan ilman ammattiapua. Sen seurauksena he kärsivät traumaperäisen stressireaktion (PTSD) oireista, työstä poissaolot lisääntyvät, heillä on ongelmia ihmissuhteissaan ja työhön paluussa (mm. Elklit ym., 1995; Yule ym., 1997). Kliiniset kokemukset tukevat näitä havaintoja. Raphael (1986) päätyi samaan lopputulokseen onnettomuustutkimuksia koskeneessa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan. Hän havaitsi, että 30–40 prosenttia traumaattisen tapahtuman uhreista oireili vielä vuoden kuluttua tapahtumasta, niin että heillä oli joko masennusta, ahdistushäiriöitä tai traumaperäinen stressireaktio. Kahden vuoden kuluttua luvuissa oli havaittavissa lievää laskua, mutta monet uhreista olivat yhä samassa tilassa.

Viimeaikaisten suuronnettomuuksia koskevien epidemiologisten katsausten perusteella on arvioitu, että PTSD:n todennäköisyys altistuneiden ryhmässä ensimmäisen vuoden sisällä tapahtumasta on välittömällä uhreilla 30–40 prosenttia, pelastustyöntekijöillä 10–20 prosenttia ja koko alueen väestöllä 5–10 prosenttia (Galea ym., 2004). Yksilöllisen altistuksen vakavuus (mm. oma tai läheisen loukkaantuminen, kuolemanvaara) on lähes universaalisti voitu todeta keskeiseksi tekijäksi ennustettaessa suuronnettomuuden psyykkisiä seuraamuksia (Norris, 2005).

Suomessa on toistaiseksi kiinnitetty melko vähän huomiota psyykkisten traumojen aiheuttamiin terveyshaittoihin. Esimerkiksi traumaperäisen stressireaktion yleisyydestä ei ole tehty epidemiologista tutkimusta Suomessa. Häiriö on siis meillä huonosti tunnistettu ja diagnosoitu. Kansainvälisten tutkimusten mukaan arviolta 5–14 prosentilla väestöstä esiintyy traumaperäinen stressireaktio elämänsä aikana (Kramer & Green, 1997; Breslau, 2002; Kessler, 2005). Äskettäin julkaistu tutkimus traumaperäisen stressireaktion esiintyvyydestä Ruotsissa osoitti 5,6 prosentin elinikäistä esiintyvyyttä väestössä (Frans ym., 2005). Tulos vastaa amerikkalaisten epidemiologisten tutkimusten antamaa tasoa.

Kansainvälisesti on arvioitu, että inhimillisen kärsimyksen lisäksi PTSD aiheuttaa myös huomattavan taloudellisen taakan yhteiskunnalle (Ballenger ym., 2000). Ottaen huomioon, että PTSD on vain yksi psyykkisen trauman seuraamus, edellä olevia lukuja on pidettävä hälyttävinä. Ruotsalainen lääkäri Per Borgå on äskettäin todennut, että traumaperäistä stressireaktiota on yleisyytensä ja pitkäkestoisuutensa vuoksi pidettävä kansantautina (Borgå, 2005).

Jos kriisityöllä pystytään ehkäisemään psyykkisten traumojen kehittymistä, sillä on huo-

<sup>1</sup>ICD-10 -Tautiluokitus, F43.1 Traumaperäinen stressireaktio

mattava yhteiskunnallinen ja terveystaloudellinen merkitys. Ehkäisevä vaikutus näkyy vähenemisenä sairauspäivärahoissa, työkyvyttömyyden kehittymisessä, sairaanhoitopalveluiden käytössä ja lääkekustannuksissa. Myös traumaattisen tapahtuman työssään kokeneiden työntekijöiden vaihtuvuus on vähäisempää.

Akuuttia kriisityötä koskeva tutkimus on meillä melko uutta. Kriisityön palvelujärjestelmää ja sen vaikuttavuutta ei ole Suomessa aikaisemmin tutkittu, varsinkaan koko maan mitassa. Myöskään kansainvälisesti ei ole yhtä kattavia tutkimuksia, koska vastaavaa palvelujärjestelmää ei ole muualla kuin Suomessa. Suomen tilanne tarjoaakin lähes ihanteelliset ”laboratorio-olosuhteet” palvelujärjestelmän tutkimiselle.

## Kriisityön kehitys ja sisältö

Modernit kriisi-interventiot voidaan palauttaa Caplaniin (1964), joka kiinnitti huomiota niihin positiivisiin vaikutuksiin, jotka voidaan saavuttaa varhaisten interventioiden avulla. Hän kuvasi kriisi-interventiota menetelmäksi, jonka fokus on ensisijaisesti primaaripreventiossa ja jonka tavoitteena on pyrkiä estämään traumaattisten tapahtumien pitkäaikaisvaikutuksia. Sama tavoite on edelleen olemassa. Tänäkin päivänä kriisi-interventioilla pyritään lievittämään surua, vakiinnuttamaan tilannetta, lyhentämään tapahtuman jälkeisten reaktioiden kestoa ja palauttamaan toimintakykyä niin yksilö-, perhe- kuin yhteisötasollakin sekä järjestämään yksilöllinen seuranta (Fröberg, 2005; Dyregrov, 2003).

Kriisi-interventioiden kirjo on laaja ulottuen alkuvaiheen välittömästä huolenpidosta ja henkisestä tuesta strukturoidumpiin menetelmiin, joilla pyritään antamaan psyykkistä tukea ryhmissä. Jälkimmäisiin kuuluu mm. psykologinen debriefing-menetelmä.

Psykologisen debriefingin juuret ovat 1. maailmansodan ajanjaksossa, jolloin psykologiassa ja psykiatriassa kiinnostuttiin ihmisen reaktioista äärimmäisissä olosuhteissa (Mc Nally ym., 2003; Saari, 2000). Komentajat alkoivat koota joukkojaan merkittävien taistelujen jälkeen keskustelemaan päivän tapahtumista ja vaikutelmista. Tavoitteena oli taistelumoraalin kohottaminen sen avulla, että sotilaat voisivat jakaa kokemuksensa (Mc Nally ym., 2003). Toisen maailmansodan lopulla kenraali Samuel Lyman Atwood Marshall alkoi järjestää strukturoidumpia 2–3 tunnin debriefing-istuntoja sotilaille taistelujen jälkeen, jotta jokainen sotilas voisi suhteuttaa omat taistelukokemuksensa muiden kokemuksiin ja muodostaa siten kattavan kokonaiskuvan tapahtumista. Tavoitteena oli estää sotilaiden traumatisoitumista ja parantaa heidän toimintakykyään vaikeissa olosuhteissa (Raphael ym., 1996; Rahe, 2004). Amerikkalaiset sotilaat palasivat toisen maailmansodan jälkeen kotiin laivoilla, joiden matka kesti yleensä 2–3 viikkoa. Miehet palasivat tavallisesti komppanioittain, ja laivamatkan aikana heitä rohkaistiin puhumaan muutama tunti päivittäin keskenään taistelukokemuksistaan. Myös palautetuille sotavangeille suositeltiin ryhmämuotoisia debriefing-istuntoja (Rahe, 2004).

Merkittävä askel kriisityön kehittämisessä oli, kun yhdysvaltalainen psykologi Jeffrey T. Mitchell kuvasi vuonna 1983 menetelmän, jossa sotilaallisissa yhteyksissä kehitettyjä menetelmiä oli kehitetty edelleen ja jonka tarkoituksena oli ehkäistä pelastushenkilöstöllä traumaattisen tilanteen jälkeen esiintyviä psyykkisiä oireita. Hän käytti interventiosta nimitystä critical incident stress debriefing (CISD) (Mitchell 1983, 1988). 1980-luvun lopulla Mitchell yhdessä George Everlyn kanssa laajensi kriisi-interventiomenetelmää siten, että se jälkipuinnin lisäksi alkoi käsittää myös muita menetelmiä ja interventioita (Everly & Mitchell, 1997). Menetelmästä käytetään nimitystä critical incident stress management (CISM).

Myöhemmin CISD-menetelmää muokkasi ja sen käyttöaluetta laajensi mm. norjalainen Atle Dyregrov, joka otti vuonna vuonna 1989 käyttöön termin psychological debriefing, psykologinen jälkipuinti (Dyregrov, 1989). Norjassa menetelmää alettiin käyttää myös onnettomuuksissa menehtyneiden omaisten psyykkisten reaktioiden käsittelyyn. Siirtyessään Norjasta Suomeen

menetelmän käyttöalue laajeni entisestään. Suomessa debriefing-menetelmää käytetään traumaattisten tapahtumien kaikkien psykologisten uhriryhmien psyykkisten reaktioiden käsittelyyn (Saari, 2000).

Psykologinen debriefing (jälkipuinti) on suunniteltu, määrämuotoinen ryhmäistunto, joka järjestetään onnettomuuteen osallisille yleensä 2–3 päivää traumaattisen tapahtuman jälkeen ja jonka vetää mielenterveystyön ammattihenkilö. Istunnossa käydään ryhmän vetäjän johdolla läpi tapahtumasta tiedossa olevat tosiasiat, ryhmän jäsenten kokemat traumaattiset tapahtumat sekä niiden herättämät aistimukset, ajatukset ja tunnereaktiot. Istunnossa annetaan myös ohjeita stressinhallintaan. Psykologisen jälkipuinnin tarkoituksena on ehkäistä etenkin traumaperäisen stressireaktion kehittymistä.

Katastrofipsykologiassa käytetään tavallisesti käsitteitä välittömät reaktiot ja jälkivaikutukset tai pitkäaikaiset reaktiot puhuttaessa kriisireaktion etenemisestä ja käsittelyprosessista (mm. Dyregrov, 1994). Ruotsalaisen psykiatrin Johan Cullbergin (1991) käyttämä kriisin neljän käsitteilyvaiheen jäsentely on kuitenkin osoittautunut käyttökelpoiseksi myös akuuttien traumaattisten kokemusten käsittelyyn. Sen avulla saadaan täsmällisempi kuva kokemusta seuraavasta psyykkisestä prosessista, sen eri vaiheista ja prosessin kulusta. Muun muassa Salli Saaren mukaan erilaisen traumaattisen kokemuksen kokeneet ovat kommentoineet sen pätevän heidän kokemuksiinsa (Saari, 2000). Suomessa lähes ainoana maana käytetäänkin traumaattisen kokemuksen jälkeisen sopeutumisprosessin erittelyssä Cullbergin kriisiprosessin vaiheistusta. Suomessa kriisiprosessia siis eritellään tarkemmin.

Kriisityö perustuu traumaattisen kriisin sopeutumisprosessin tuntemiseen. Prosessin eri vaiheet poikkeavat olennaisesti toisistaan. On ilmeistä, että kriisityöllä tavoitetaan psyyken eri tasoja traumaattisen kriisin eri vaiheissa (Saari, 2005). Kriisityön periaate on, että tuetaan, vahvistetaan ja tehostetaan sitä, mitä ihmisen mielessä luonnollisesti kullakin hetkellä tapahtuu. Siinä ei pyritä tuottamaan mitään uutta. Se, mikä auttaa yhdessä vaiheessa, ei ole asianmukaista apua toisessa vaiheessa. Kriisityö pitäisikin hahmottaa jatkumona, palvelujärjestelmän kokonaisuutena, joka käsittää useita erilaisia interventiomuotoja (Mitchell & Everly, 1997).

Cullbergin mukaan kriisireaktion etenemisessä on neljä vaihetta: 1) sokkivaihe 2) reaktiovaihe 3) käsittely- tai työstämisvaihe ja 4) uudelleen suuntautumisen vaihe.

Kun ihmiselle tapahtuu jotakin hyvin järkyttävää, laukeaa automaattisesti päälle *sokkireaktio*. Se on tarkoituksenmukainen suojareaktio, jossa mieli suojautuu sellaiselta tiedolta ja kokemukselta, jota se ei kestä. Jos sokkireaktio ei toimi, mieleemme hajoaa. Sokkireaktio ilmenee siten, että se, mitä tapahtuu tai saamme tietää, ei tunnu todelta. Sokkireaktio myös takaa hyvän toimintakyvyn säilymisen: ihminen on valmis taistelemaan tai pakenemaan. Sokkireaktio kestää niin kauan kuin uhka- tai stressitilanne jatkuu. Sokkivaiheessa auttaa aktiivinen kuuntelu, läsnäolo ja käytettävissä oleminen ja kyky rauhoittaa.

*Reaktiovaiheeseen* siirtyminen on mahdollista vasta, kun koemme olevamme turvassa. Reaktiovaiheessa tulemme tietoisiksi siitä, mitä todella tapahtui ja mitä se merkitsee minulle ja elämälleni. Reaktiovaiheelle on usein tyypillistä hyvin tuskainen olo. Itsepintaisesti vaivaavat ajatukset ja voimakkaat tunteet täyttävät mielen. Myös monet fyysiset oireet liittyvät tähän vaiheeseen. Reaktiovaiheessa saatamme menettää toimintakykymme.

Psykologinen debriefing on reaktiovaiheen menetelmä. Tässä vaiheessa auttaa kohti menevä, aktiivinen tapahtumaa jäsentävä käsittely. Psykologisen debriefing-menetelmän perusajatus on se, että 2–3 päivää traumaattisen tapahtuman jälkeen järjestetään onnettomuuteen osallisille ryhmäistunto, jossa ryhmän vetäjän johdolla käydään läpi kunkin ryhmän jäsenen kokemat traumaattiset tapahtumat sekä niiden herättämät aistimukset, ajatukset ja tunnereaktiot. Debriefing-istunto jakautuu seitsemään vaiheeseen: aloitus, ulkoisten faktojen käsittelyvaihe, tapahtuman herättämien ajatusten läpikäyntivaihe, tunteiden ja sokin aiheuttamien ruumiillisten oireiden käsittelyvaihe, normalisointi- eli opetusvaihe ja lopuksi päätösvaihe. Istunnossa rohkaistaan osallistujia kuvaamaan psykologisia ja fysiologisia reaktioitaan, prosessoimaan niitä ja hyväksymään

ne normaaleina. Samalla osallistujille muodostuu traumaattisesta tapahtumasta jäsentynyt tarina, johon mahdollisia dissosioituneita muistikuvia tai aistimuksia voidaan integroida.

Psykologinen debriefing, jälkipuinti, on olennaisesti ryhmämenetelmä, jossa keskeisenä vaikuttavana tekijänä on vertaistuki (Lahti ym., 2005). Debriefing -menetelmä perustuu paljolti luonnollisiin ryhmiin, joissa perheen jäsenet, sukulaiset, työyhteisö tai ystäväpiiri yhteisesti koulutettujen ammattihenkilöiden kanssa käyvät järjestelmällisesti läpi tapahtuman ja sen herättämät ajatukset ja tunteet. Tavoitteena on tiedon tasaaminen ryhmän jäsenten keskuudessa, mahdollisuus kertoa omista kokemuksista ja kuulla muiden kokemuksia. Istunnon vetäjien tehtävänä on auttaa osanottajia kohtaamaan ja käsittelemään myös vaikeita ajatuksia ja tunteita sekä purkaa prosessin juuttumia. Istunnon vetäminen on erittäin vaativaa työtä (Saari, 2005).

Psykologinen debriefing on vain yksi kriisityön menetelmä. Sen käytön osalta on olennaista tarkka ajoitus (Saari, 1998). Jos istunto ajoittuu liian aikaiseen eli sokkivaiheeseen, sillä ei ole tehoa. Jos se viivästyy, osanottajista tuntuu, että jo arpeutunutta haavaa revitään auki. Tällöin on jo siirrytty työstämis- ja käsittelyvaiheeseen, jolloin käytettäviä menetelmiä ovat kriisi- ja traumaterapiat, sururyhmät ja vertaistukea hyödyntävät traumaseminaarit (Saari, 2005).

Suomessa psykologisen debriefing-istunnon tarkoituksena on myös seuloa jatkoapua tarvitsevat ja ohjata heidät tarvittavaan hoitoon. Tämän tehtävän kannalta olennainen rooli on seurantaistunnolla, joka yleensä järjestetään noin 3–4 viikon kuluttua. Tällöin pystytään luotettavasti arvioimaan selviävätkö osanottajat tällä avulla vai tarvitsevatko he lisäpalveluja. Seurantaistunto on syytä järjestää aina, mikäli istunnon osanottajien altistus on vakava ja monien reaktiot ovat voimakkaita. Jos arvioidaan, että istunnon ilmapiiri on ollut avoin ja tapahtumaan liittyvät oleelliset seikat on onnistuttu käymään läpi siinä määrin, ettei seurantaistunto ole tarpeen, voidaan seuranta järjestää puhelimitse niille, joista istunnon vetäjät ovat huolissaan. Rajuimmissa tapauksissa voi olla syytä järjestää seurantakontakti puolen vuoden kuluttua tapahtumasta ja lisäksi vuosipäivänä.

Ennen debriefing -istunnon päättymistä osallistujille annetaan vetäjien yhteystiedot, jotta jokainen voi ottaa yhteyttä tarvittaessa. Osanottajia informoidaan siitä, että on syytä ottaa yhteyttä uudelleen, jos haitalliset reaktiot eivät laannu lähiviikkojenkaan aikana tai niiden voimakkuus yltyy tai jos toimintakyky ei ole palautunut.

*Työstämis- ja käsittelyvaiheessa* alamme vähitellen saada etäisyyttä tapahtumaan. Psykkinen vamma alkaa arpeutua. Sokki- ja reaktiovaiheessa ihmisen mieli on avoin, joka näkyy myös tarpeena puhua tapahtumasta. Kriisiprosessin alkuvaiheessa käsittelemme kokemustamme vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Työstämis- ja käsittelyvaiheessa prosessi kääntyy sisäänpäin, emmekä enää jaksa puhua asiasta jatkuvasti. Tässä vaiheessa työstämisprosessi myös hidastuu. Tämä vaihe kestää kuukausia, joskus jopa vuosia. Työstämisvaiheen auttamismenetelmiä ovat erilaiset kriisi- ja traumaterapiat ja vertaistukiryhmät.

*Uudelleen suuntautumisen vaihe* tulee ajankohtaiseksi ja käsiteltäväksi vasta työstämis- ja käsittelyvaiheen loppupuolella, ja se jatkuu läpi koko elämän. Toivottu lopputulos on, että traumaattisesta kokemuksesta tulee tietoinen ja levollinen osa omaa itseä. Traumaattisen tapahtuman kokenut kykenee elämään tapahtuneen kanssa ilman, että se täyttää koko mielen sisällön. Tapahtumaa ja kokemusta voi ajatella ja sen voi kohdata ilman voimakasta ahdistusta tai pelkoa. Toivotun lopputuloksen edellytys on, että traumaattinen kokemus on kohdattu ja läpityöskennelty, ei torjuttu ja kielletty. (Cullberg, 1991; Saari, 2000.)

Suomessa kriisityö ei yleensä koskaan rajoitu yhteen kontaktiin tai käyntiin. Kriisiapu on aina prosessi, johon liittyy kontakteja asiantuntijaan kriisiprosessin eri vaiheissa. Myöskään kukaan ammattitaitoinen kriisityöntekijä ei pyri avaamaan prosessia uhka- tai stressitilanteen vielä jatkuessa. Tällaisesta toiminnasta potilaalle saattaa olla haittaa. Jos potilas esimerkiksi on fyysisen vamman vuoksi hoidettavana sairaalassa, jatkuu uhka- ja stressitilanne ja samalla sokkivaihe (Saari, 1998, 2005; Poijula, 2005).

## Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksen tavoitteena on tutkia empiirisen aineiston avulla akuutin kriisityön toimintajärjestelmää ja vaikuttavuutta kaksivaiheisella tutkimusohjelmalla.

Tutkimuksen ensimmäisessä, nyt raportoitavassa osassa muodostetaan kokonaiskuva kriisityön toimintajärjestelmän nykytilasta analysoimalla sen kattavuus ja toteutustavat (menetelmät, organisoimistavat) maanlaajuisesti ja alueellinen variaatio huomioon ottaen.

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Kuinka kattavasti kriisityö on organisoitu kunnissa?
2. Mikä on työn toteuttajien ammattitaito?
3. Kuinka hyvin kriisiapu on väestön tavoitettavissa?
4. Onko kriisiapua saatavilla kaikissa kriisin eri vaiheissa?
5. Miten seuranta ja jatkohoitoon ohjaus toteutuu?
6. Millainen on suuronnettomuustilanteita koskeva psykososiaalisen tuen ja palveluiden valmius kunnissa?
7. Millaiset ovat kriisiryhmien toimintaolosuhteet kunnissa?
8. Mitkä ovat työn järjestämisen keskeiset vaikeudet ja esteet?
9. Millaisissa tilanteissa kriisiryhmien apua on tarvittu?
10. Arviot kriisityön toimintajärjestelmän toimivuudesta ja tuloksellisuudesta kunnissa

Myöhemmin, tutkimuksen toisessa vaiheessa analysoidaan työn vaikuttavuutta mm. sairastavuutta ja toimintakykyä kuvaavien rekisteriaineistojen avulla. Tavoitteena on selvittää, onko kriisityön järjestelmällä ollut vaikutusta traumaperäiseen sairastavuuteen Suomessa.

## Aineisto ja menetelmät

Tässä raportoitavan tutkimuksen aineistona on vuonna 2002 toteutettu kyselytutkimus kunnille ja sairaanhoitopiireille sekä sen suppea täydennys vuoden 2005 alussa. Vuoden 2002 kyselytutkimus toteutettiin osana laajempaa hanketta, jossa Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes yhteistyössä Suomen Kuntaliiton ja Sosiaali- ja terveysministeriön kanssa selvitti ehkäisevän mielenterveystyön, kriisityön ja itsemurhien ehkäisyn toteutumista Suomessa (Hynninen & Upanne, 2001, 2005).

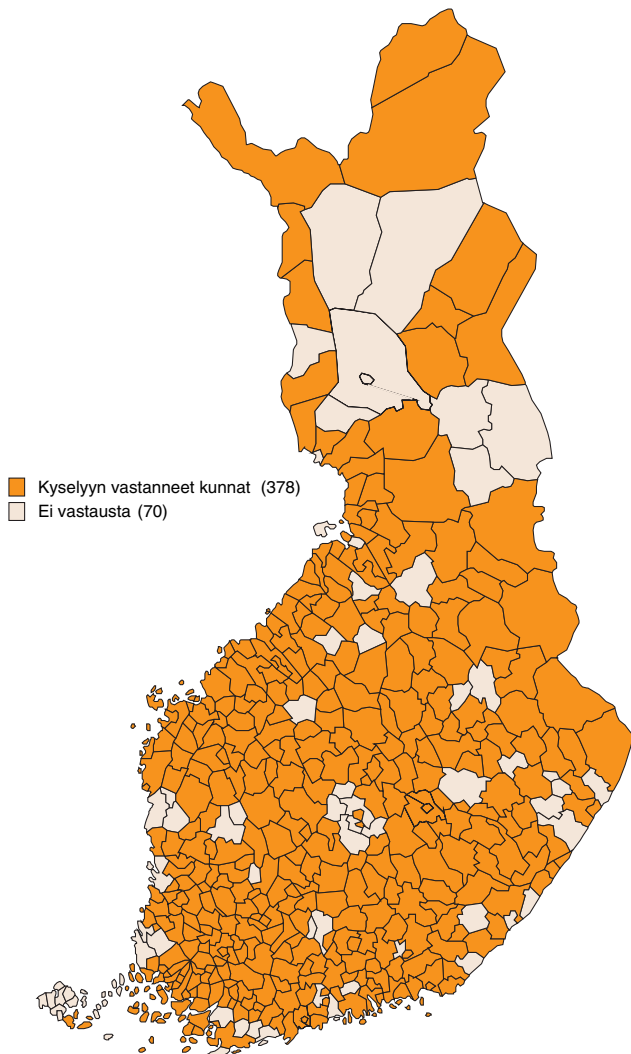
Kysely ”Kriisityön organisointi, toteutustapa ja laajuus kunnissa 2001” lähetettiin kaikkiin kuntiin talvella 2002. Kyselyssä pyydettiin kuvaamaan toimintaa, joka oli meneillään tai suunnitella vuonna 2001. Koska kysely lähetettiin vuoden 2002 alussa, vastauksissa kuvattiin tosiasiaa tilanne vuonna 2002. Kyselyssä kriisityö määriteltiin siten, että se tarkoittaa ”kriisityötä erikseen organisoituna kriisiryhmien toimintana, joka perustuu valmiuslainsäädännössä eri viranomaisille määriteltäviin tehtäviin. Kriisityö näin määriteltynä käsittää kaikki ne toiminnot, joita toteutetaan äkillisen, traumaattisen tilanteen kohdanneiden ihmisten auttamiseksi” (kyselylomake, liite 8).

Kysely lähetettiin kuntien peruspalvelu-, sosiaali- ja terveyslautakunnille, jotka ohjasivat kyselyn kriisiryhmän tai muun asianomaisen tahon vastattavaksi. Toivomuksena oli, että kyselyyn vastaa ammattihenkilö, jolla on paras perehtyneisyys asiaan. Kyselyyn vastasi kaikkiaan 378 kuntaa 446:sta. Vastausprosentti oli 85. Vastaukset tulivat melko tasaisesti maan eri alueilta. (Kuvio 1). Tulokset antavat siten kattavan kuvan kriisityön tilanteesta koko maassa.

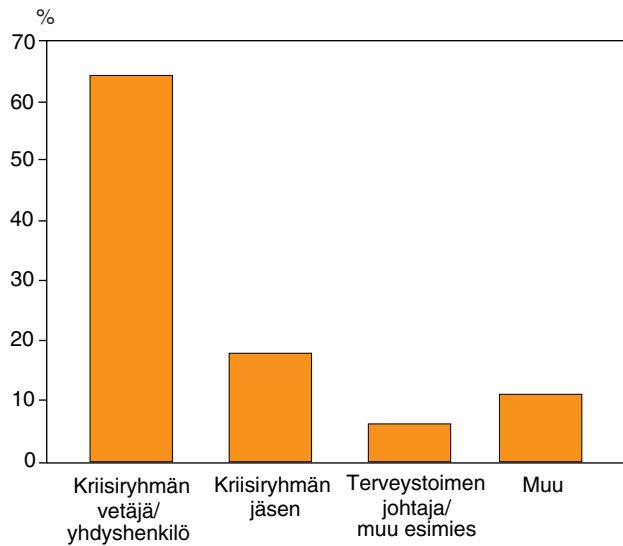
Suurin osa kyselyn vastauksista tuli kriisiryhmiltä, kuten oli ollut tarkoituskin. Vastaajista 83 prosenttia oli kriisiryhmien vetäjiä tai jäseniä ja loput 17 prosenttia terveystoimen johtajia tai muita esimiehiä ja muita kunnan viranhaltijoita (kuvio 2).

Vuonna 2005 toteutettu kriisityön tilanteen päivitys liittyi Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin aiheuttamaan tarpeeseen saada välittömästi tietoa kuntien psykososiaalisen kriisityön nykytilasta ja resursseista nimenomaan katastrofin uhrien ja omaisten auttamiseksi. Selvitys toteutettiin

Kuvio 1. Kyselyyn vastanneet kunnat vuonna 2002



Kuvio 2. Vastaajan rooli kunnan kriisityössä vuonna 2002 (n = 365)



Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta ja se liittyi asiantuntijatyöryhmän työhön, joka asetettiin onnettomuuden uhrien psykososiaalisen tuen ja palvelujen turvaamiseksi.

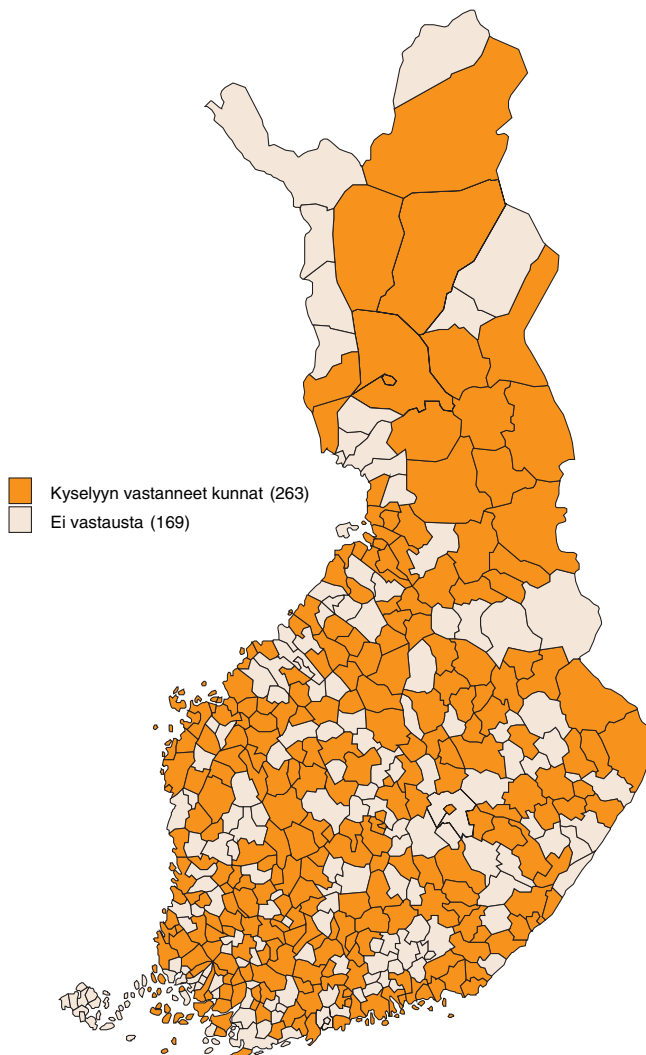
Kyselyssä selvitettiin seitsemällä kysymyksellä psykososiaalisen kriisityön tarjontaa ja saatavuutta kunnissa sekä kuntien ajankohtaisia tarpeita Aasian luonnononnettomuuden uhrien tukemiseksi. Vertailtavuuden takaamiseksi tiedonkeruussa käytettiin vuoden 2002 kyselyä varten kehitettyä kriisityön luokittelua. Teknisesti tiedonkeruu toteutettiin osana Suomen Akatemian, Stakesin ja Kuntaliiton MERTTU-tutkimushankkeen kuntatiedonkeruuta (<http://www.stakes.fi/merttu>).

Stakesin nettisivuilla julkaistiin vuoden 2005 alussa kuntakohtainen kysely osoitteessa <http://www.stakes.fi/merttu>. Manner-Suomen kunnille ja Ålands hälso- och sjukvård:ille lähetettiin sähköpostitse pyyntö osallistua tiedonkeruuseen. Stakesin mielenterveysryhmä tarjosi työaikana puhelintuen lomakkeen täyttäjille (kyselylomake, liite 9).

Kunnissa kyselyyn pyydettiin vastaamaan henkilöä, joka tuntee kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän. Kysely pyydettiin ohjaamaan henkilölle, joka on vastuussa kriisiryhmän toiminnasta. Toivomuksena oli, että kyselyyn vastaa ammattihenkilö, jolla on paras perehtyneisyys asiaan. Vastauksia kyselyyn pyydettiin kunnilta viipymättä.

Kyselyyn vastasi 263 kuntaa 417:sta eli 63,1 prosenttia kyselyn saaneista. Suomen kuntien

Kuvio 3. Kyselyyn vastanneet kunnat vuonna 2005



lukumäärä vuoden 2005 alussa oli 432, mutta koska Ahvenanmaan 16 kuntaa on käsitelty yhtenä alueyksikkönä, oli kuntien lukumäärä käytännössä 417. Kyselyyn vastattiin hyvin tasaisesti eri puolilta Suomea (Kuvio 2). Uusintakysely on raportoitu erikseen (Tuomi-Nikula ym., 2005; Hynninen, 2005) ja tässä tarkastellaan lähinnä muutosta vuosien 2002 ja 2005 välillä keskeisimpien muuttujien osalta.

## Tulokset

Tulokset esitetään siten, että ensin kuvataan kriisityön toteutumisen tilanne kunnittain vuonna 2002 (prosenttijakaumin, ristiintaulukoin, kuvaajin). Keskeisten muuttujien osalta kuvataan tapahtunut muutos vuosina 2002–2005 vertaamalla vuoden 2005 uusintakyselyyn osallistuneiden kuntien tilannetta vuosina 2002 ja 2005.

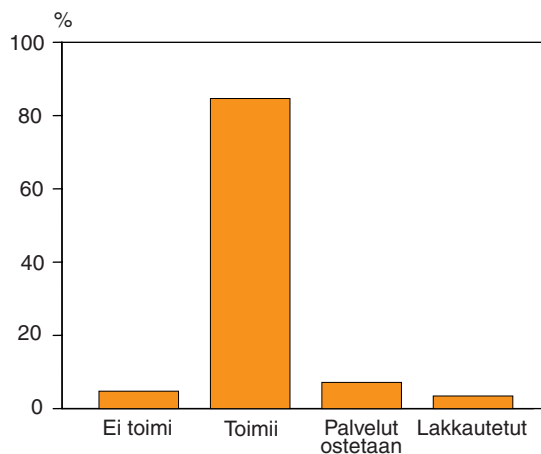
Toisessa luvussa tarkastellaan kriisityön mahdollisia alueellisia eroja sairaanhoitopiireittäin vuonna 2002. Sairaanhoitopiirien välisiä eroja tarkastellaan ristiintaulukoin. Erojen merkitsevyyttä on testattu  $\chi^2$ -testillä.  $\chi^2$ -arvot on laskettu Monte Carlo -estimoinnilla, koska  $\chi^2$ -testin ehdot eivät tarkastelussa useimmiten täytyneet. Koska vastausprosentit jäivät joidenkin sairaanhoitopiirien osalta alhaisiksi vuonna 2005, aineisto ei kaikilta osin anna täysin luotettavaa kuvaa tilanteesta eri alueilla. Tästä syystä aluevertailu on tehty vuoden 2002 aineiston perusteella. Samasta syystä alueellista muutosvertailua vuosina 2002–2005 ei tässä esitetä.

## Kriisityön tilanne kunnittain vuosina 2002 ja 2005

### Kriisityön kattavuus ja hallinnollinen asema

Kyselyn perusteella akuutti kriisityö on maassamme hyvin kattavaa. Vuonna 2002 321 kunnassa (84,7 % kunnista) toimi oma tai (terveydenhuollon) kuntayhtymän kriisiryhmä. Sen lisäksi 28 kuntaa (7,1 %) osti akuutit kriisipalvelut naapurikunnalta, sairaanhoitopiiriltä tai yksityiseltä kriisikeskukselta. Akuutin kriisityön oli siten organisoinut kaikkiaan 92 prosenttia kunnista. Kriisiryhmää ei ollut tai toiminta oli organisoimatta 16 kunnassa ja ryhmä oli lakkautettu 13 kunnassa (kuvio 4). Noin kolmasosassa kuntia (31 %) toimi lisäksi muita kriisiryhmiä, eniten kouluissa (n = 360).

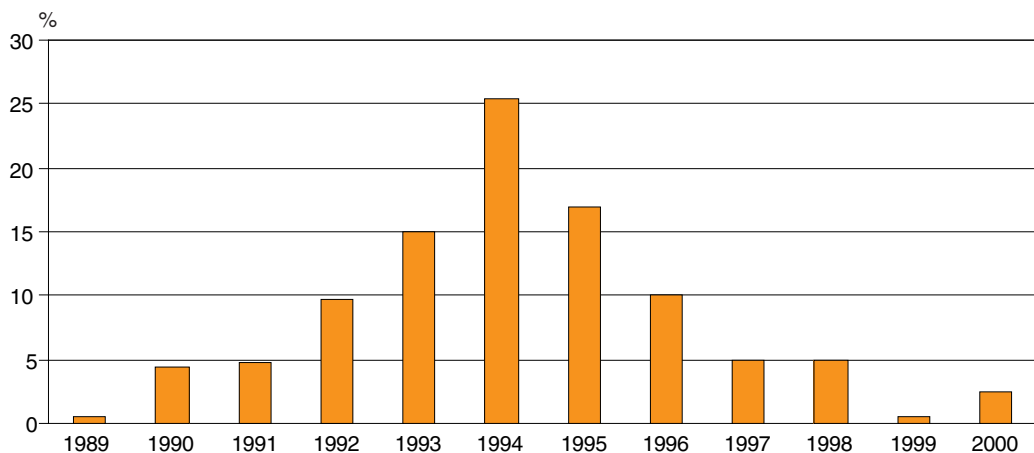
Kuvio 4. Toimiiko kunnassa kriisiryhmä äkillisiä traumaattisia tilanteita varten vuonna 2002 (n = 378)



Taulukko 1. Kriisityön kattavuudessa tapahtunut muutos vuosina 2002–2005 kunnissa, jotka vastasivat uusintakyselyyn vuonna 2005

Kriisityön tilanne	Kunnat 2002 (n = 224)		Kunnat 2005 (n = 222)		Muutos	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Ei toimi	8	3,6	11	5,0	3	1,3
Toimii	195	87,1	167	75,2	-28	-12,5
Palvelut ostetaan	14	6,3	32	14,4	18	8,0
Kriisiryhmä lakkautettu	7	3,1	8	3,6	1	0,4
Kriisiryhmää ollaan perustamassa uudelleen	-	-	4	1,8	-	-
<b>Yhteensä</b>	<b>224</b>	<b>100</b>	<b>222</b>	<b>100</b>		

Kuvio 5. Kriisiryhmän käynnistämivuosi (n = 319)



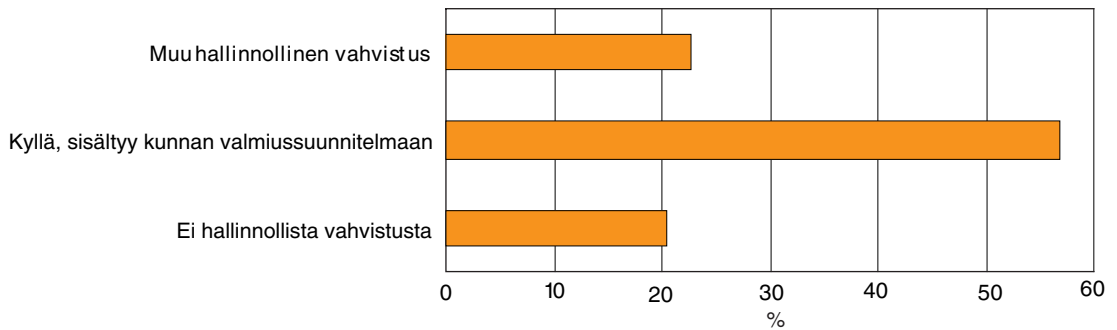
Vuonna 2005 75 prosentissa kaikista vastanneista kunnista toimi oma kriisiryhmä. Sen lisäksi 14 prosenttia kunnista osti psykososiaalisen kriisityön palvelut toiselta kunnalta, sairaanhoitopiiriltä tai kriisikeskukselta. Psykososiaalisen kriisityön oli siten organisoitunut 89 prosenttia kunnista (liitetaulukko 1).

Tapahtunutta muutosta vuosina 2002–2005 on tarkasteltu vertaamalla niiden kuntien tilannetta vuosina 2002 ja 2005, jotka vastasivat uusintakyselyyn vuonna 2005. Nähdään, että muutosta on tapahtunut siirtymänä oman kunnan kriisipalveluista ostettuihin palveluihin, vaikka kriisityön kattavuus kokonaisuutena on pysynyt korkeana (taulukko 1).

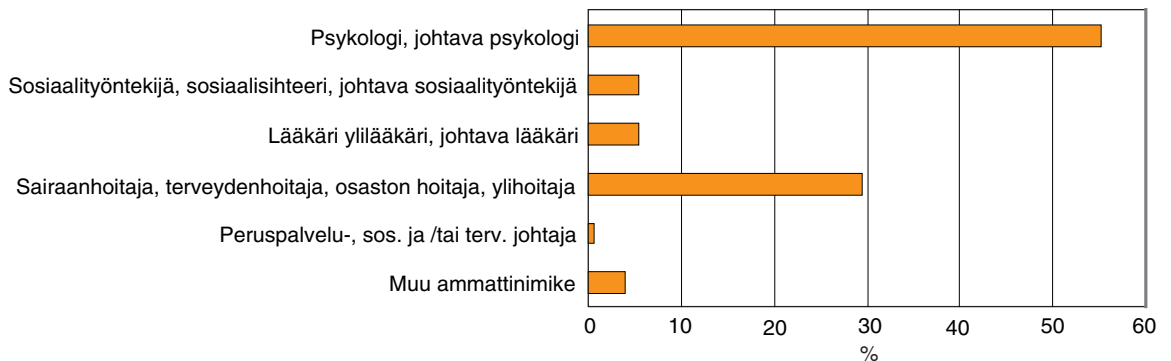
Ensimmäiset kriisiryhmät on perustettu maahan jo 1980-luvun lopulla (kaksi ryhmää vuonna 1989). Valtaosa ryhmistä (77 %) on perustettu 1990-luvulla vuosina 1992–1996. Ryhmien perustamisen huippuvuosi oli 1994, Estonian uppoamisen vuosi. Merkille pantavaa on, että ryhmiä on perustettu koko 90-luvun ajan, myös vuosikymmenen lopulla ja viimeisimmät ryhmät tässä tutkimusaineistossa vuonna 2000. Yli puolet ryhmistä on toiminut jo vähintään 10 vuotta (kuvio 5).

Kriisiryhmien toiminta kunnissa on suurimmalta osin hallinnollisesti vahvistettua, virallista toimintaa. 57 prosentissa kunnista kriisiryhmän toiminta on sisällytetty kunnan valmiussuunnitelmaan ja 23 prosentissa kunnista toiminnalla on muu, esim. terveyslautakunnan vahvistus (kuvio 6).

Kuvio 6. Kriisiryhmän toiminnan hallinnollinen vahvistus vuonna 2002 (n = 294)



Kuvio 7. Kriisiryhmän vetäjän ammatti kunnissa vuonna 2002 (n = 310)



### Vetäjäosaaminen ja työnjako kriisiryhmissä

Kriisiryhmän vetäjänä toimii useimmiten psykologi (55 % kunnista vuonna 2002) tai sairaanhoitaja (29 % vuonna 2002). Muut ryhmien vetäjät olivat lääkäreitä, sosiaalityöntekijä tai muiden ammattiryhmien edustajia. Yli 90 prosentissa kunnista kriisiryhmä toimi terveydenhuollon ammattihenkilön johdolla vuonna 2002 (kuvio 7).

Vuoteen 2005 mennessä on tapahtunut muutosta siltä osin, että psykologien ja sosiaalityöntekijöiden osuus ryhmien vetäjinä on hieman vähentynyt ja lääkäreiden ja erityisesti muiden ammattiryhmien osuus lisääntynyt (taulukko 2).

Kriisiryhmien vetäjät ovat pääosin hyvin kokeneita kriisityöntekijöitä. Lähes 80 prosentilla on yli kuuden vuoden kokemus kriisityöstä ja 20 prosentilla kokemusta on 1–5 vuotta (kuvio 8).

Vetäjistä noin 80 prosentilla on kriisityön peruskoulutus ja 20 prosentilla peruskoulutusta pitempi erikoiskoulutus kriisityöhön (esim. traumaterapeuttinen koulutus). Vetäjät ovat siis kokeneita ja koulutettuja (kuvio 9).

Tyypillisin kriisiryhmän vetäjä kunnassa on siis psykologi, joka on saanut peruskoulutuksen kriisityöhön ja jolla on 6–10 vuoden kokemus kriisityöstä.

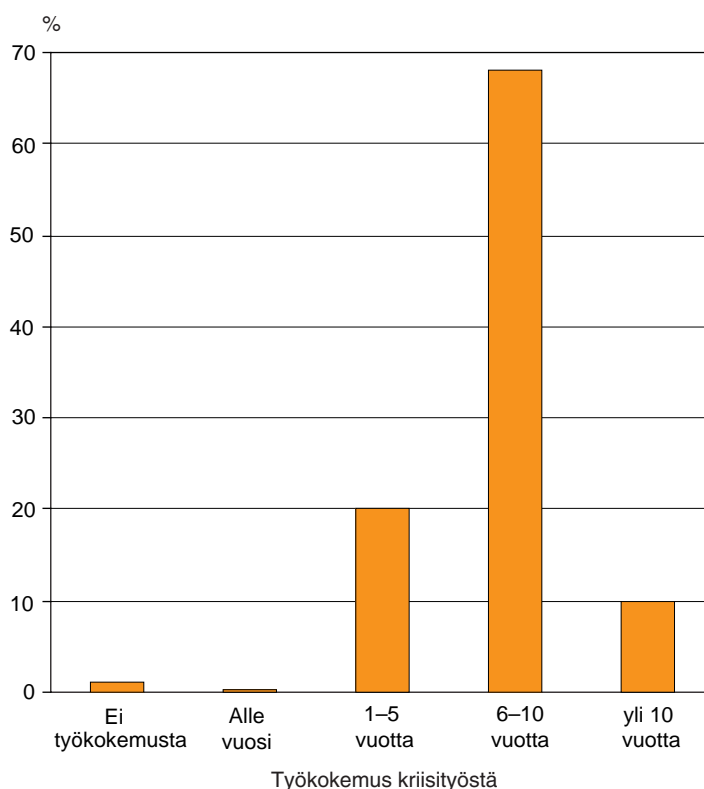
Kyselyssä selvitettiin myös kriisiryhmän sisäistä työn- ja vastuunjakoja. Haluttiin tietää mm. millainen rakenne ryhmässä on esim. debriefing-istuntojen vetämisen suhteen. Siksi kysyttiin osallistuvatko kaikki ryhmän jäsenet debriefing-istuntojen vetämiseen.

Ryhmistä 42 prosenttia toimii rakenteella päävetäjät – apuvetäjät, jossa kokeneemmat ja koulutetummat jäsenet toimivat istuntojen päävetäjinä ja vähemmän kokeneet ja koulutetut apuvetäjinä tai kakkosvetäjinä. Tämä on tyypillisin malli kunnissa. Sen lisäksi vajaassa viidesosassa ryhmistä vain kokeneimmat ryhmän jäsenet osallistuvat istuntojen vetämiseen. Loput 41 prosenttia kunnista ilmoittaa, että kaikki ryhmän jäsenet osallistuvat vuorollaan istuntojen vetämiseen ja että kaikilla on myös siihen koulutus (kuvio 10).

Taulukko 2. Kriisiryhmän vetäjän ammatti vuosina 2002 ja 2005 kunnissa, jotka vastasivat uusintakyselyyn vuonna 2005

Ammatti	2002 (n = 187)		2005 (n = 189)		Muutos	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Psykologi	105	56,2	97	51,3	-8	-4,3
Sosiaalityöntekijä	10	5,3	6	3,2	-4	-2,1
Lääkäri	7	3,7	10	5,3	3	1,6
Sairaanhoitaja	54	28,9	54	28,6	0	0
Peruspalvelujohtaja	1	0,5	1	0,5	0	0
Muu	10	5,3	21	11,1	11	5,9
Yhteensä	187	100	189	100		

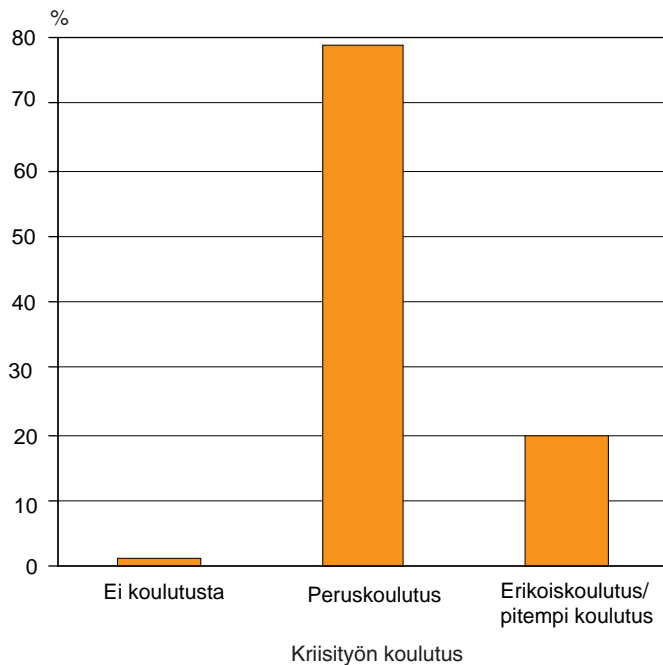
Kuvio 8. Kriisiryhmän vetäjän työkokemus kriisityössä vuonna 2002 (n = 294)



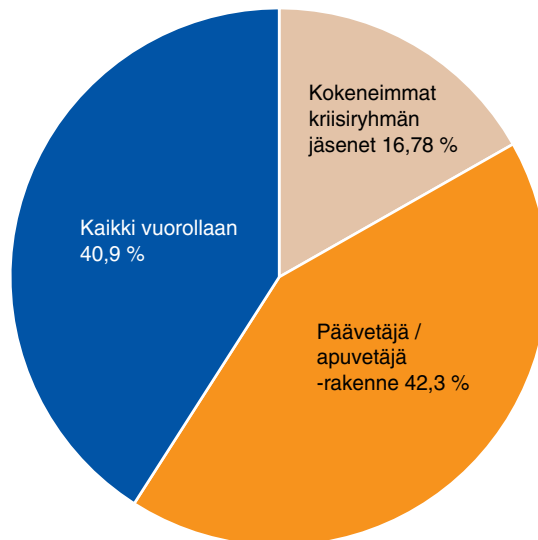
Kriisiryhmän sisäinen työnjako istuntojen vetämisessä näyttää olevan yhteydessä kriisiryhmän vetäjän koulutukseen siten, että päävetäjä/apuvetäjä -rakenteen suosiminen on odotettua yleisempää ja ”kaikki osallistuvat vuorollaan” -rakenteen odotettua harvinaisempaa silloin, kun kriisiryhmän vetäjällä on kriisityön erikoiskoulutus ( $\chi^2 = 24,178$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0,000$ ) (liitetaulukko 2).

Yhteenvetona vetäjäosaamisesta voi sanoa, että kuntien kriisityö Suomessa on kokeneiden ammattihenkilöiden käsissä ja siinä mielessä luotettavaa.

Kuvio 9. Kriisiryhmän vetäjän koulutus kriisityöhön kunnissa vuonna 2002 (n = 301)



Kuvio 10. Ketkä osallistuivat debriefing-istuntojen vetämiseen kunnissa vuonna 2002 (n = 298)

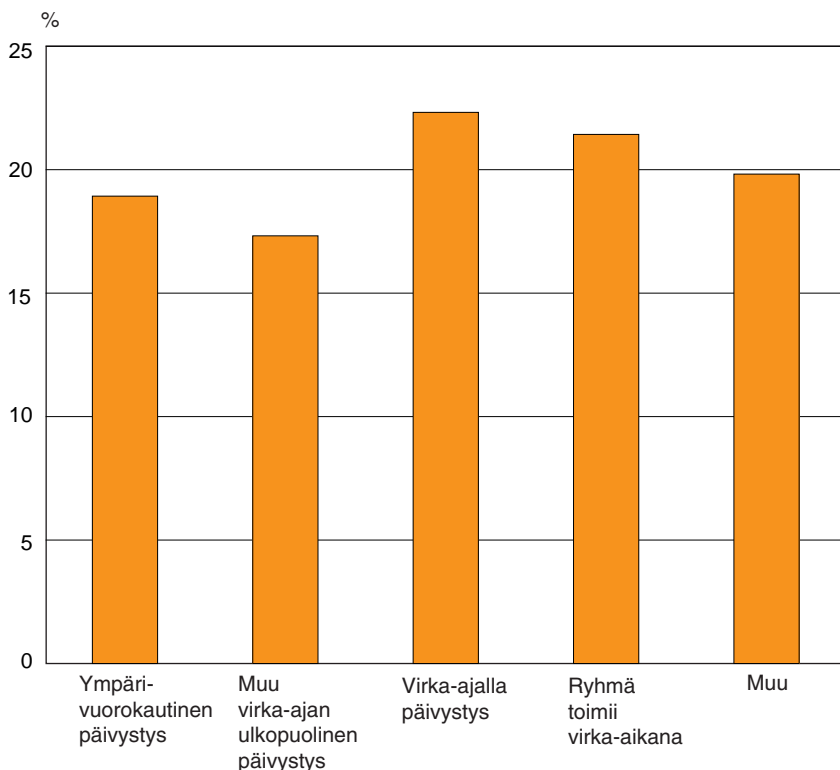


### Kriisiryhmien tavoitettavuus

Kriisiryhmän tavoitettavuuden selvittämiseksi kysyttiin ryhmän vuorokautista toiminta-aikaa. Vain runsaassa kolmanneksessa kunnista (36 %) kriisiryhmä päivysti virka-ajan ulkopuolella vuonna 2002 (kuvio 11).

Vuoteen 2005 mennessä tilanne oli kohentunut siten, että kriisiryhmä päivysti virka-ajan ulkopuolella 46 prosentissa kunnista. Runsaassa viidenneksessä kunnista ryhmä päivysti virka-aikana vuonna 2002, ja tämä osuus oli hieman laskenut vuoteen 2005 mennessä. Peräti 41 prosenttia kunnista ilmoitti kriisiryhmän toimivan pelkästään virka-aikana vuonna 2002, mikä oli tyypillisin tilanne myös vuonna 2005, vaikka tämä osuus olikin pudonnut 36 prosenttiin

Kuvio 11. Kriisiryhmän vuorokautinen toiminta-aika vuonna 2002 (n = 322)



Taulukko 3. Kriisiryhmän tavoitettavuudessa tapahtunut muutos vuosina 2002 ja 2005 kunnissa, jotka vastasivat uusintakyselyyn vuonna 2005

Kriisiryhmän vuorokautinen toiminta-aika	2002 (n = 195)		2005 (n = 191)		Muutos	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Ympäri-vuorokautinen päivystys	40	20,5	46	24,1	6	3,1
Muu virka-ajan ulkopuolinen päivystys	36	18,5	41	21,5	5	2,6
Päivystys virka-aikana	40	20,5	36	18,8	-4	-2,1
Ryhmä toimii virka-aikana (ei päivystystä)	79	40,5	68	35,6	-11	-5,6
<b>Yhteensä</b>	<b>195</b>	<b>100</b>	<b>191</b>	<b>100</b>		

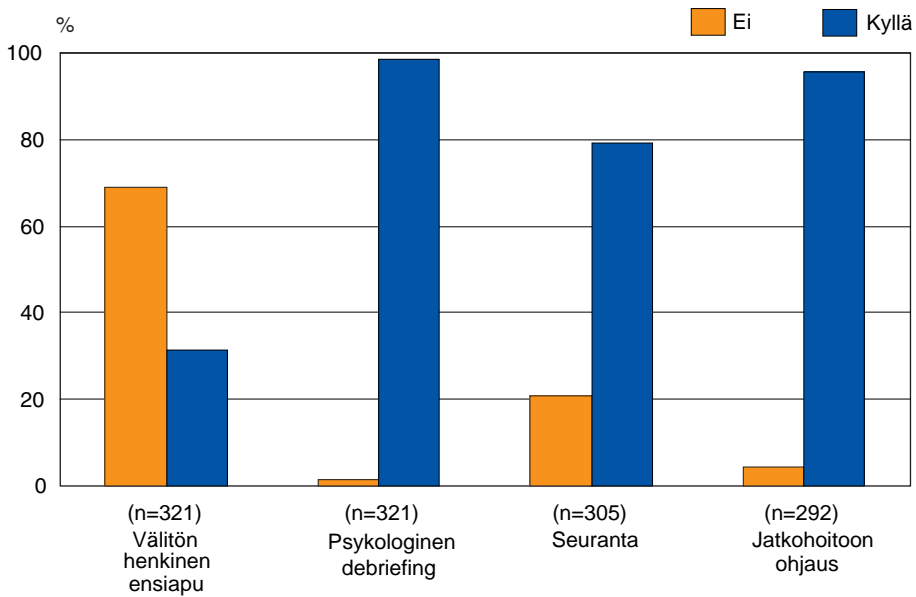
(taulukko 3). Joka tapauksessa vain alle puolet kunnista oli järjestänyt kriisipäivystyksen virka-ajan ulkopuolella.

### Kriisi-intervention kattavuus

Kyselyssä selvitettiin myös kriisityön pääasiallista sisältöä eli sitä, onko kriisiapua saatavilla kaikissa traumaattisen kriisin vaiheissa. Kävi ilmi, että välitöntä henkistä ensiapua ensimmäisen vuorokauden sisällä traumaattisesta tapahtumasta oli saatavilla vain 31 prosentissa kunnista vuonna 2002. Psykologinen jälkipuinti sisältyi kriisiryhmän toimintaan lähes jokaisessa kunnassa (98 %) vuonna 2002. Jälkipuinnin jälkeistä seurantaan jossain muodossa teki lähes 80 prosenttia kunnista ja jälkipuinnin jälkeiseen jatkohoitoon ohjasi 96 prosenttia kunnista vuonna 2002 (kuviot 12).

Kun katsotaan muutosta vuosina 2002–2005, niin välitöntä henkistä ensiapua antavien kuntien osuus oli noussut lähes viidenneksellä. Välitöntä henkistä ensiapua ilmoitti antavansa yli

Kuvio 12. Kriisityön pääasiallinen sisältö kunnissa vuonna 2002 (%)



Taulukko 4. Kriisityön pääasiallisen sisällön muutos vuosina 2002 ja 2005 kunnissa, jotka vastasivat uusintakyselyyn vuonna 2005

Kriisityön sisältö	2002			2005			Muutos	
	lkm	n	%	lkm	n	%	lkm	%
Välitön henkinen ensiapu	71	(194)	36,6	108	(192)	56,3	37	19,1
Psykologinen jälkipuinti	190	(194)	97,9	181	(193)	93,8	-9	-4,6
Jälkipuinnin jälkeinen seuranta	155	(187)	82,9	124	(193)	64,2	-31	-16,6
Hoidon tarpeen arviointi ja jatkohoitoon ohjaus	168	(178)	94,4	146	(193)	75,6	-22	-12,4

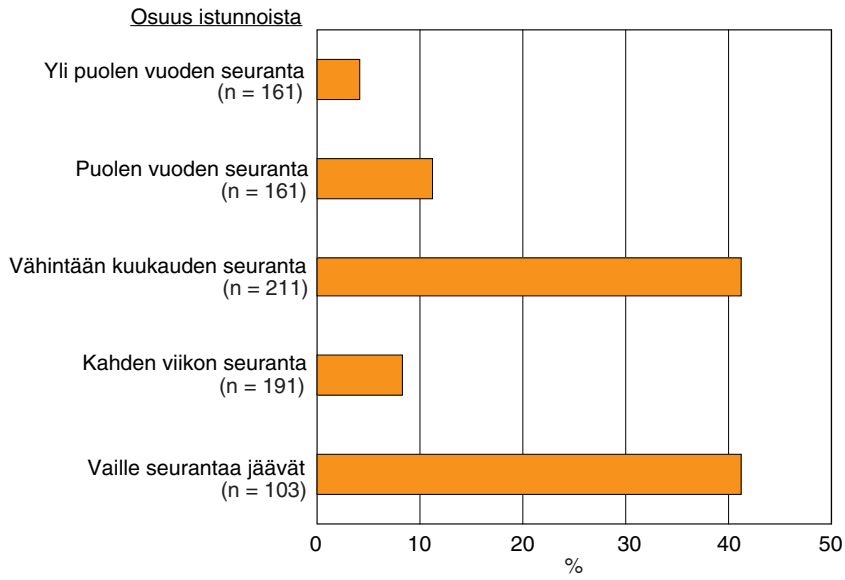
puolet kunnista vuonna 2005. Psykologinen jälkipuinti sisältyi edelleen kriisiryhmän toimintaan lähes jokaisessa kunnassa vuonna 2005, vaikka sen osuus olikin hivenen laskenut (taulukko 4). Jälkipuinnin jälkeisen seurannan ja jatkohoitoon ohjauksen osuudet olivat aikaisempaa selvästi pienemmät vuonna 2005, jolloin seuranta ilmoitti tekevänsä runsaat 64 prosenttia kunnista ja hoidon tarpeen arviointia ja jatkohoitoon ohjausta 76 prosenttia kunnista (taulukko 4).

### Seurannan ja jatkohoidon toteutuminen vuonna 2002

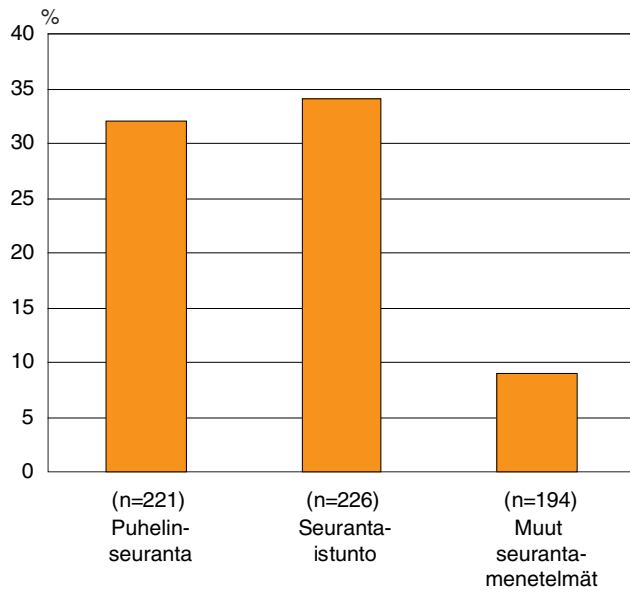
Vuoden 2002 kyselyssä selvitettiin tarkemmin jälkipuinnin jälkeisen seurannan ja jatkohoidon toteutumista kunnissa. Kuntien arvioiden mukaan keskimäärin 60 prosentissa debriefing-istunnoista järjestettiin seuranta, mutta 40 prosenttia jäi sitä vaille. Runsaat 40 prosenttia kaikista debriefing-istunnoista sai jatkokseen vähintään kuukauden mittaisen seurannan. Vain 15 prosentissa istunnoista seuranta oli vähintään puoli vuotta tai sitä pitempi (kuvio 13). Tulos osoittaa myös, että järjestetystä seurannasta kaksi kolmasosaa oli kestoltaan vähintään kuukauden mittaista. Eri seurantamenetelmistä eniten käytettiin seurantaistuntoa, mutta puhelinseurannan osuus oli lähes yhtä suuri (Kuvio 14).

Kuntien arvioiden mukaan keskimäärin runsas neljännes jälkipuinti-istunnoissa olleista ohjattiin jatkohoitoon vuonna 2002 (kuvio 15). Lähes puolet ohjattiin jatkohoitoon terveyskeskukseen, vajaa kolmannes mielenterveystoimistoon ja 12 prosenttia muuhun jatkohoitopaikkaan, esimerkiksi perheneuvolaan. Psykiatriseen sairaalahoitoon ohjattujen osuus oli hyvin pieni (kuvio

Kuvio 13. Jälkipuinnin jälkeisen seurannan pituus kunnissa keskimäärin vuonna 2002 (% istunnoista)

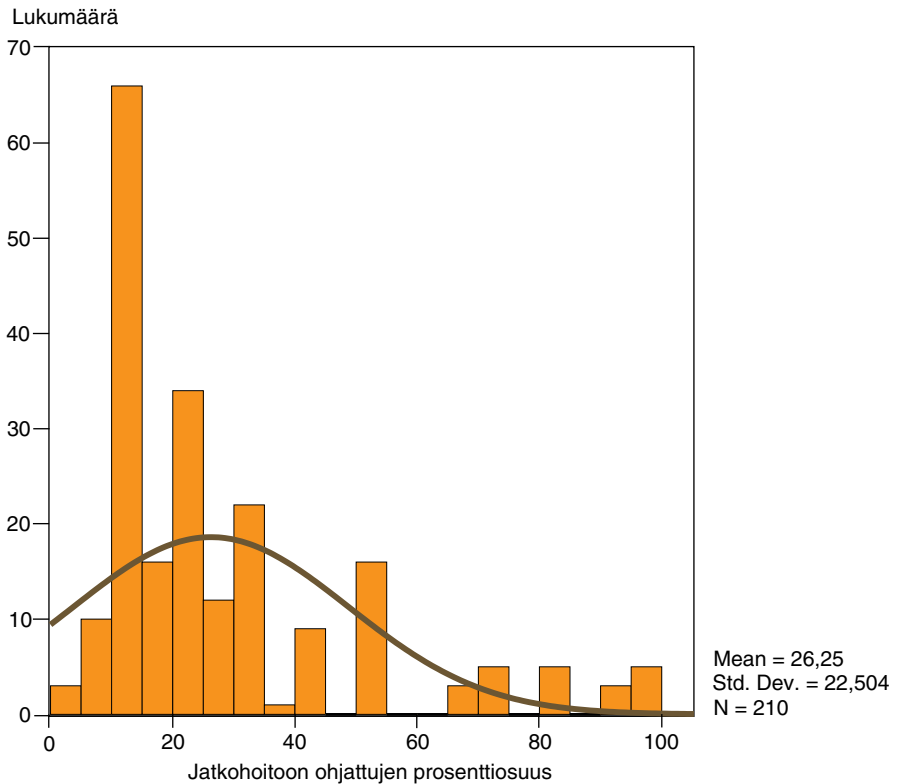


Kuvio 14. Eri seurantamenetelmien käyttö kunnissa keskimäärin vuonna 2002 (% istunnoista)

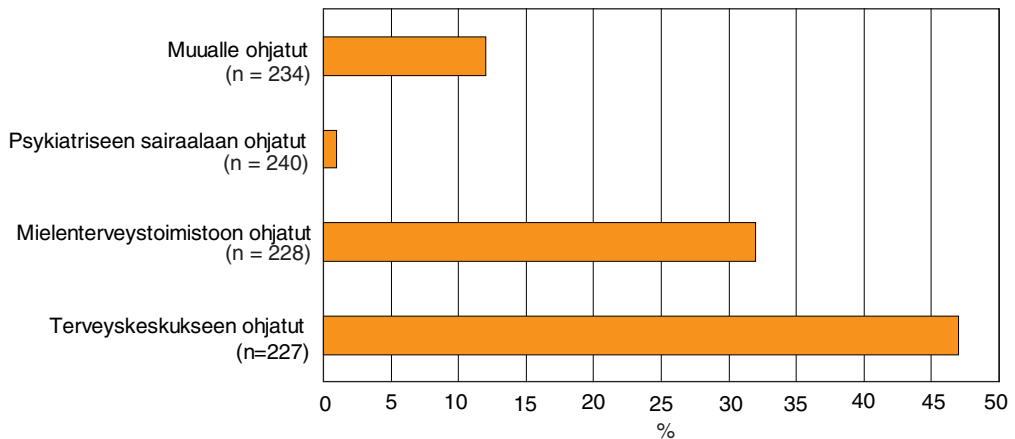


16). Jatkohoitoon ohjaamisessa ei kunnissa pääosin ollut ongelmia vuonna 2002 (91 % kunnista, n = 171). Kuntien kesken tässä on kuitenkin jossain määrin vaihtelua.

Kuvio 15. Kuinka suuri osa jälkipuinti-istunnossa olleista ohjataan jatkohoitoon? Kuntien arvioimat prosenttiosuudet vuonna 2002 (n = 210)



Kuvio 16. Eri jatkohoitopaikkoihin ohjattujen keskimääräiset prosenttiosuudet jatkohoitoon ohjatuista kunnissa vuonna 2002



### Kriisiryhmien toimintaolosuhteet

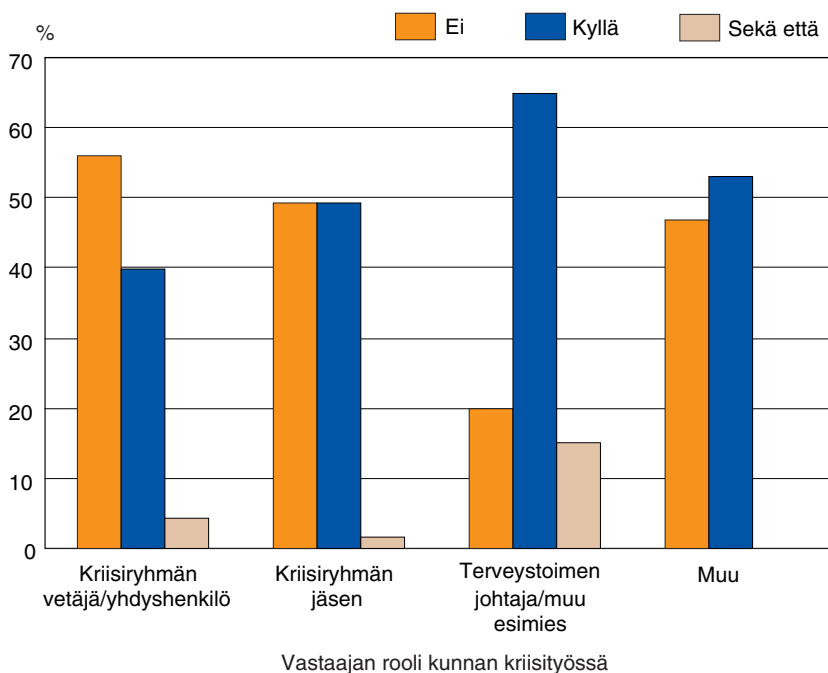
Kriisityön määrälliset resurssit arvioitiin riittäviksi alle puolessa kunnista (44 %) vuonna 2002. Laadullisten resurssien (kriisityön osaamisen) osalta tilanne oli hieman parempi: resurssit riittäviksi arvioi 52 prosenttia kunnista vuonna 2002 (taulukko 5).

Arviot kriisityön määrällisten resurssien riittävyydestä näyttävät olevan yhteydessä vastaanottajan rooliin kunnan kriisityössä siten, että kaikkein kriittisimmin resurssien riittävyyttä arvioivat kriisiryhmien vetäjät ja jäsenet ja positiivisimmin terveystoimen johtajat ja muut esimiehet. Kun vetäjistä 56 prosenttia arvioi määrälliset resurssit riittämättömiksi vuonna 2002, niin terveystoi-

Taulukko 5. Arvio kunnan kriisityön resurssien riittävydestä vuonna 2002 (%)

Resurssien riittävyyden arvio	Kaikki kunnat vuonna 2002	
	Määrälliset resurssit n = 359 %	Osaamisresurssit n = 340 %
Ei	51,5	42,4
Kyllä	44,3	52,1
Sekä että	4,2	5,6
Yhteensä	100	100

Kuvio 17. Arvio kunnan kriisityön resurssien määrällisestä riittävydestä vuonna 2002 vastaajan roolin mukaan (%) (n = 351)



Taulukko 6. Arvio kunnan kriisityön resurssien riittävydestä vuosina 2002 ja 2005 kunnissa, jotka vastasivat uusintakyselyyn vuonna 2005

Resurssien riittävyyden arvio	Määrälliset resurssit 2002 n = 213		Määrälliset resurssit 2005 n = 218		Muutos		Osaamisresurssit 2002 n = 202		Osaamisresurssit 2005 n = 215		Muutos	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Ei	108	50,7	36	16,5	-72	-33,8	80	39,6	41	19,1	-39	-19,3
Kyllä	95	44,6	182	83,5	87	40,8	113	55,9	174	80,9	61	30,2
Sekä että	10	4,7	-	-	-	-	9	4,5	-	-	-	-
Yhteensä	213	100	218	100			202	100	215	100		

men johtajista odotettua useampi (65 %) sen sijaan arvioi resurssit riittäviksi (kuviot 17). Erot ovat tilastollisesti merkitseviä ( $\chi^2 = 17,266$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0,013$ )<sup>2</sup>. Arviot kriisityön laadullisten resurssien riittävydestä sen sijaan eivät näyttäneet eroavan vastaajan aseman perusteella.

<sup>2</sup>Alkuperäiset Monte Carlo -estimoinnin taulukot ovat saatavissa tekijältä osoitteesta tuula.hyninen@stakes.fi

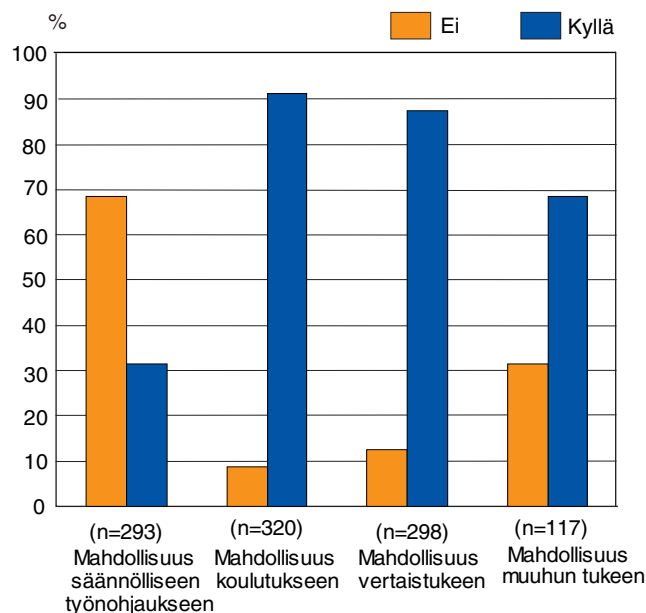
Taulukossa 6 kuvataan muutos resurssi-arvioissa vuosina 2002–2005. Kun vain vajaa puolet kunnista arvioi kriisityön määrälliset resurssit riittäviksi vuonna 2002, tämä osuus on yli 80 prosenttia vuonna 2005. Lähes vastaava muutos havaitaan osaamisresurssien arvioissa. Tulos on yllättävä, varsinkin, kun vaikuttaa hyvin epätodennäköiseltä, että resursseissa olisi tapahtunut näin suuri muutos vajaassa kolmessa vuodessa.

Erillisen määrärahan kriisiryhmän toimintaa varten ilmoitti varanneensa vain 31 prosenttia kunnista vuonna 2001 (n = 314) ja 32 prosenttia kunnista vuonna 2002 (n = 286).

Kriisiryhmän jäsenillä on ollut mahdollisuus säännölliseen työnohjaukseen vain alle kolmasosassa kunnista (31 %) vuonna 2002, kun valtaosassa kuntia (69 %) ryhmät olivat vailla tätä mahdollisuutta. Suurimmassa osassa kunnista (91 %) ryhmällä oli mahdollisuus koulutukseen, mutta koulutustilaisuuksia saattoi olla harvoin. Mahdollisuus vertaistukeen ryhmällä oli myös suurimmassa osassa kunnista (87 %) vuonna 2002 (kuvio 18).

Vain kolmasosassa kunnista kriisiryhmiä jäsenille maksettiin erillisiä korvauksia virka-ajan ulkopuolisesta työstä vuonna 2002, vaikka kunnan virkaehtosopimuksessa on määräykset mm. varallaolokorvauksista. Korvausten maksaminen oli yhteydessä kriisiryhmän päivystykseen, mutta ei siihen, tapahtuiko päivystys virka-aikana vai sen ulkopuolella (taulukko 7). Ero on tilastollisesti merkitsevä.

Kuvio 18. Kriisiryhmän toimintaolosuhteet kunnissa vuonna 2002 (%)



Taulukko 7. Kriisiryhmän jäsenille maksetut erilliset korvaukset kriisiryhmän vuorokautisen toiminta-ajan mukaan vuonna 2002 (n = 314) (%)

Maksettu korvaus	Kriisiryhmän vuorokautinen toiminta-aika					
	Ympäri vuorokautinen päivystys (n = 57) %	Muu päivystys (n = 56) %	Päivystys virka-aikana (n = 70) %	Ryhmä toimii virka-aikana (n = 69) %	Muu (n = 62) %	Yhteensä (n = 314) %
Kyllä	40,4 (1.0) <sup>a</sup>	41,1 (1.1)	40,0 (1.1)	14,5 (-2.7)	30,6 (-.3)	32,8
Ei	59,6 (-.7)	58,9 (-.8)	60,0 (-.7)	85,5 (1.9)	69,4 (.2)	67,2
Yhteensä	100	100	100	100	100	100

$\chi^2 = 15.48$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0,003$

<sup>a</sup>standardoidut residuaalit suluissa

Yhteenvedona voi todeta, että vuonna 2002 kriisiryhmät toimivat tyypillisimmin olosuhteissa, joissa työn määrälliset resurssit koettiin riittämättömiksi, ja myös työn osaamisessa arvioitiin olevan kehittämistä. Erillistä määrärahaa kriisiryhmän toimintaa varten ei ollut varattu eikä ryhmän jäsenille maksettu erillisiä korvauksia virka-ajan ylittävästä työstä. Ryhmän jäsenillä oli mahdollisuus osallistua koulutukseen ja heillä oli myös mahdollisuus vertaistukeen eli keskinäiseen kokoontumiseen. Sen sijaan mahdollisuutta säännölliseen työnohjaukseen ei ollut järjestetty.

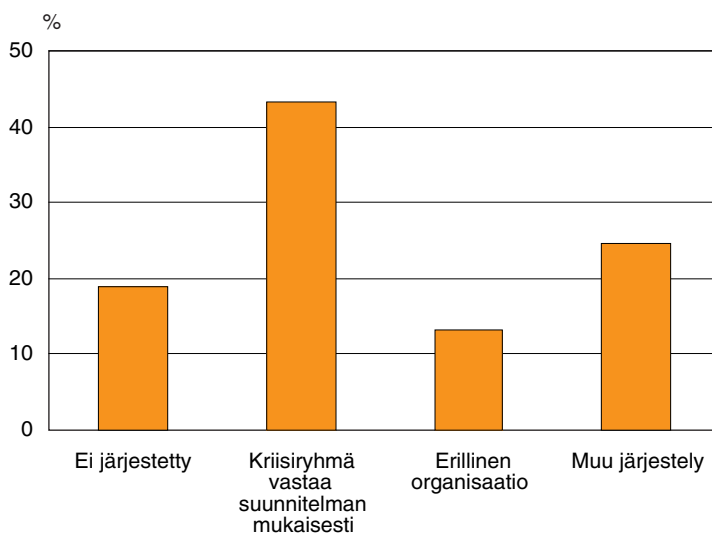
## Suuronnettomuustilanteita koskeva valmius ja resurssit

Suuronnettomuustilanteita koskevassa psykososiaalisen tuen ja palveluiden valmiudessa ja järjestelmässä on paljon vaihtelua kunnittain. Tyypillisin tilanne on se, että kriisiryhmä vastaa välittömästi tarvittavan psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestämisestä onnettomuuden uhreille sitä varten laaditun suunnitelman mukaisesti (43,2 %). Neljäsosa kunnista vastaa, että suuronnettomuustilanteita varten on jokin muu järjestely, joita niitäkin on erilaisia<sup>3</sup>. Kunnista 13 prosenttia sanoo, että suuronnettomuustilanteiden psykososiaalista tukea varten on erillinen organisaatio<sup>4</sup>. Noin viidennes kunnista sanoo, ettei psykososiaalisen tuen valmiutta suuronnettomuustilanteita varten ole järjestetty lainkaan (kuvio 19).

Kriisityön hallinnollinen asema ja suuronnettomuusvalmius ovat yhteydessä toisiinsa. Kun kriisityö sisältyy kunnan valmiussuunnitelmaan tai sillä on muu hallinnollinen vahvistus, myös suuronnettomuusvalmius on parempaa tasoa (kriisiryhmä vastaa välittömästi kriisiavusta olemassa olevan suunnitelman mukaisesti). Kun kriisityöllä ei ole hallinnollista vahvistusta, odotettua useammin myöskään suuronnettomuusvalmiutta ei ole järjestetty (liitetaulukko 3). Ero on tilastollisesti merkitsevä ( $\chi^2 = 15,003$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0,020$ ).

Vuoden 2005 uusintakyselyssä haluttiin erityisesti saada tietoa kuntien ajankohtaisesta tilanteesta ja tarpeista Kaakkois-Aasian luonnononnettomuuden uhrien auttamiseksi. Siksi selvitettiin sekä psykososiaalisen kriisiavun toteuttamisen määrällisiä resursseja ja osaamista lähiviikkoina katastrofin jälkeen että kriisien jatkohoidon määrällisiä ja osaamisresursseja palvelujärjestelmässä pitemmällä aikavälillä. Kävi ilmi, että noin viidesosa kunnista (18 %) arvioi osaamisresurssinsa

Kuvio 19. Kunnan psykososiaalisen tuen ja palveluiden valmius suuronnettomuus- ja erityistilanteita varten vuonna 2002 (n = 354)



<sup>3</sup>Esimerkiksi suuronnettomuuksien alueellinen valmiussuunnitelma, jonka mukaan toimitaan.

<sup>4</sup>Esimerkiksi sosiaali- ja terveysvirasto vastaa; kunnan suuronnettomuuksien valmiusryhmä; sairaala; palo- ja pelastustoimi sekä terveyskeskuspäivystys; vapaaehtoinen pelastuspalvelu; seurakunta jne.

Taulukko 8. Kunnan kriisityön resurssien riittävyys Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin jälkeisen psykologisen kriisiavun toteuttamiseen lähiviikkoina (%)

Resurssien riittävyyden arvio	Kaikki kunnat vuonna 2005	
	Määrälliset resurssit n = 255	Osaamisresurssit n = 251
	%	%
Oletettavasti riittävät/osaamista riittävästi	88,2	82,0
Todennäköisesti vajaan/osaamisessa oletettavasti puutteita	8,6	12,0
Eivät riitä/osaamisessa tiedossa puutteita	3,1	6,0
Yhteensä	100	100

Taulukko 9. Kunnan palvelujärjestelmän resurssien riittävyys Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin jälkeisen tarvittavan jatkohoidon (kriisi- ja traumahoito) toteuttamiseen (%)

Resurssien riittävyyden arvio	Kaikki kunnat vuonna 2005	
	Määrälliset resurssit n = 258	Osaamisresurssit n = 250
	%	%
Oletettavasti riittävät/osaamista riittävästi	81,8	82,4
Todennäköisesti vajaan/osaamisessa oletettavasti puutteita	14,7	12,4
Eivät riitä/osaamisessa tiedossa puutteita	3,5	5,2
Yhteensä	100	100

riittämättömiksi kriisiavun toteuttamiseen lähiviikkoina ja palvelujärjestelmänsä niin määrälliset kuin osaamisresurssitkin riittämättömiksi luonnonkatastrofin jälkeen tarvittavan jatkohoidon (kriisi- ja traumahoidon) toteuttamiseen (taulukko 8 ja taulukko 9).

Avovastauksissaan kunnat kuvasivat, ettei niillä ole kokemusta eikä psykososiaalisen tuen toimintasuunnitelmia tai -malleja tämääntapaisten suurten katastrofien varalle. Vaikka välitöntä psykologista kriisitukea osataan antaa, kunnista puuttuu tietoa siitä, mikä on psykososiaalisen tuen malli silloin, kun avun tarjoaminen venyy pitkälle ja omaisten odottaminen ja epävarmuus on kestänyt kauan.

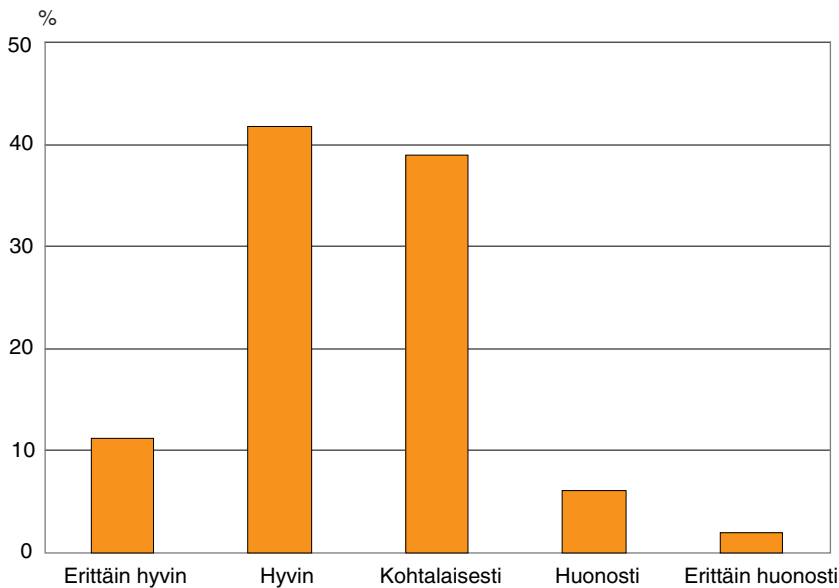
Kunnat kuvasivat myös, että jatkohoidon osalta niiltä puuttuu erityisesti psyykkisten traumojen hoidon asiantuntemusta. Myös lasten traumojen hoidon osaamisessa on puutteita. Kunnat toivoivat myös ohjeistusta suurkatastrofin jälkeisten kriisien ja traumojen hoidon toteuttamisesta.

## Kriisityön järjestämisen keskeiset vaikeudet ja esteet vuonna 2002

Kyselyssä selvitettiin myös kriisityön järjestämisen keskeisiä vaikeuksia ja esteitä kunnissa. Analysoimalla kaikkien kuntien avovastauksista otettu otos (n = 100) keskeisimmäksi kriisityötä haittaavaksi pulmaksi/esteeksi osoittautui resurssipula: sekä henkilöstöresurssien, työajan että rahan puute. Resurssipulan seurannainen oli ylikuormittuminen ja uupuminen. Myös asianmukaisten korvausten puuttuminen kuormittavassa työssä ja paikka paikoin myös muun työnantajatuon puute koettiin vakavaksi haitaksi. Eräs puute olivat liian pienet yksiköt, jolloin tapauksia oli vähän eikä riittävää kokemusta työstä päässyt kertymään. Epäselvyyttä oli paikoin siitakin, onko kriisityö virallista toimintaa vai vapaaehtoistyötä.



Kuvio 21. Arvio kunnan kriisityön järjestelmän toimivuudesta vuonna 2002 (n = 362)



Taulukko 10. Arvio kunnan kriisityön järjestelmän toimivuudesta sen mukaan, toimiiko kunnassa kriisiryhmä (%) (n = 362)

Kriisityön tilanne	Arvio kriisityön järjestelmän toimivuudesta					Yhteensä
	Erittäin hyvin %	Hyvin %	Kohtalaisesti %	Huonosti %	Erittäin huonosti %	
Ei toimi	0 (-1.3) <sup>a</sup>	7,1 (-2.0)	35,7 (-.2)	21,4 (2.3)	35,7 (9.1)	100
Toimii	11,8 (.2)	45,2 (1.0)	37,3 (-0,5)	5,7(-0.2)	0 (-2.5)	100
Palvelut ostetaan	12 (.1)	28 (-1.1)	56 (1.4)	4 (-.4)	0 (-.7)	100
Kriisiryhmä lakkautettu	11,1 (.0)	11,1 (-1.4)	55,6 (.8)	0 (-.7)	22,2 (4.4)	100
Yhteensä %	11,3	41,7	39,0	6,1	1,9	100

$\chi^2 = 127.056$ ,  $df = 12$ ,  $p = 0.000$

<sup>a</sup>Standardoidut residuaalit suluissa

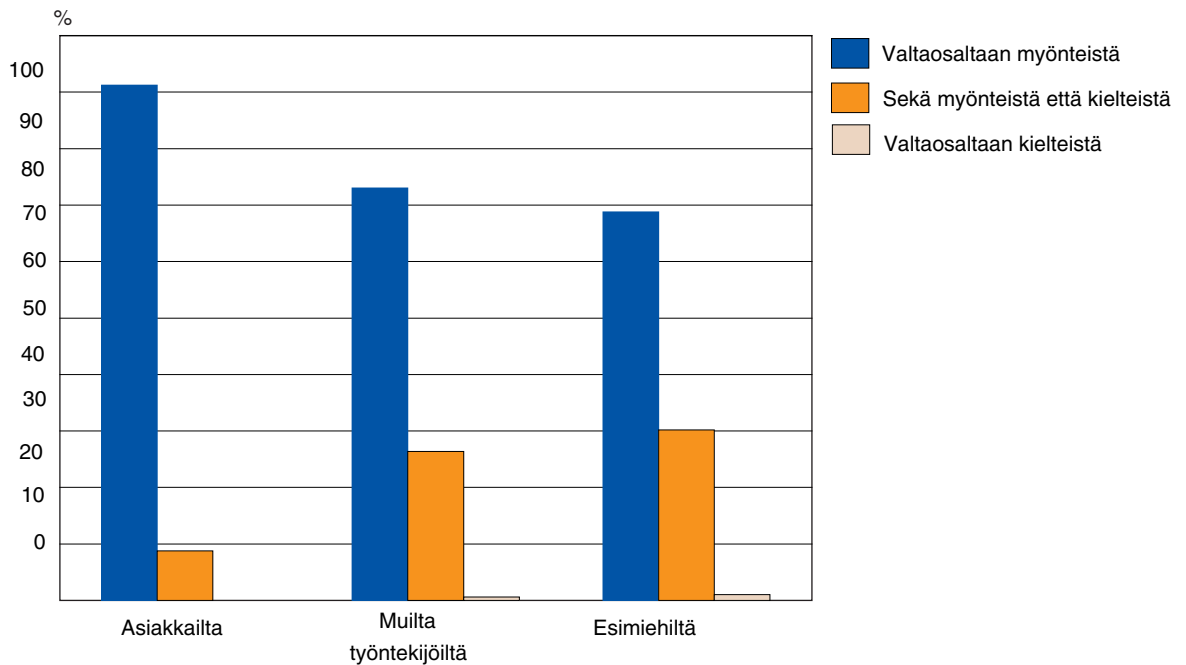
merkitsevästi kielteisempiä silloin, kun kunnassa ei toimi kriisiryhmää tai ryhmä on lakkautettu (taulukko 10).

Kriisiryhmien työstä saatu palaute on pääosin hyvin myönteistä. 91 prosenttia vastaajista sanoo asiakkailta tulleen palautteen, 74 prosenttia vastaajista muilta työntekijöiltä saadun palautteen sekä 69 prosenttia vastaajista esimiehiltä saadun palautteen olleen valtaosaltaan myönteistä (kuvio 22).

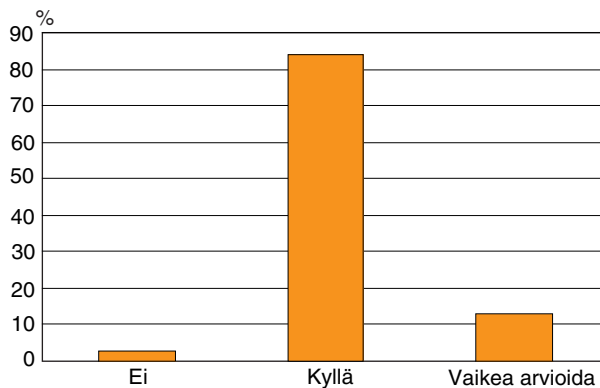
Toiminnan tuloksellisuuden arvioimiseksi kysyttiin, onko kriisiryhmän toiminnalla saatu aikaan ihmisten voinnissa ja elämässä näkyviä tuloksia, ja jos on, niin miten tulokset näkyvät konkreettisesti. Vastaajat koko maassa arvioivat työn erittäin tulokselliseksi. 84 prosenttia heistä arvioi, että kriisiryhmän työllä on saatu aikaan ihmisten elämässä ja voinnissa näkyviä tuloksia. Runsas 13 prosenttia totesi, ettei tuloksellisuutta ole arvioitu tai että sitä on vaikea arvioida ja runsas 2 prosenttia, ettei työllä ei ole saatu aikaan näkyviä tuloksia (kuvio 23).

Vastauksissa on eroa sen mukaan, mikä on vastaajan asema kunnan kriisityössä. Kaikkein myönteisimmin työn tuloksellisuutta arvioivat kriisiryhmien jäsenet (91,4 % kyllä-vastauksia). Seuraavaksi myönteisimpiä arvioissaan ovat kriisiryhmien vetäjät (86,2 %) ja asemansa puolesta kategoriaan ”muu” lukeutuvat vastaajat (77,3 % kyllä-vastauksia). Arvioissaan kaikkein varo-

Kuvio 22. Kriisiryhmien työstä saatu palaute kunnissa vuonna 2002 (%)



Kuvio 23. Arvio kriisiryhmän toiminnan tuloksellisuudesta kunnissa vuonna 2002 (n = 295)



vaisimmin työn tuloksellisuuteen suhtautuivat terveystoimen johtajat tai muut esimiehet, jotka odotettua useammin arvioivat ettei kriisiryhmän työllä ole saatu aikaan myönteisiä tuloksia tai että työn tuloksellisuutta on vaikea arvioida. Erot ovat tilastollisesti merkitseviä ( $\chi^2 = 27,342$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0,002$ ). Kaikissa vastaajaryhmissä jakaumat ovat kuitenkin samansuuntaiset, ja negatiivisesti työn tuloksia arvioivien vastaajien määrä on hyvin vähäinen (liitetaulukko 5).

Kuntien avovastauksista otetun otoksen perusteella (N = 100) työn myönteisten tulosten kuvattiin näkyvän mm. sairauslomien vähenemisenä, toimintakyvyn ja työelämään paluun nopeutumisenä, traumaattisen oireilun helpottumisena ja vakavan jälkioireilun vähenemisenä (PTSD voidaan välttää, depressioita vähemmän).

## Kriisityön tilanne kunnissa sairaanhoitopiireittäin

Tässä luvussa kriisityön järjestämistä tarkastellaan alueellisesti. Luonteva alueyksikkö tässä yhteydessä on sairaanhoitopiiri. Sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna akuutin kriisityön kattavuudessa, organisoinnissa ja toteutustavassa voi olla huomattaviakin eroja. Vuoden 2002 kyselyssä vastausprosentit olivat korkeat myös sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna: 9 sairaanhoitopiirissä vastausprosentti on yli 90, 6:ssa yli 80 ja vain 4 sairaanhoitopiirissä (Etelä-Karjala, Lappi, Länsi-Pohja ja Pohjois-Karjala) vastausprosentti on 60:n ja 70:n välillä (liitetaulukko 6). Ahvenanmaa on poissa tästä tarkastelusta, koska siellä terveydenhuolto on maakuntahallinnon alaisuudessa.

Vuonna 2005 kyselyyn osallistuneiden kuntien lukumäärä joidenkin sairaanhoitopiirien alueilla oli alhainen, jolloin harvat kunnat määrättävät koko sairaanhoitopiirin tilanteen. Kuitenkin yli puolet kunnista kaikissa sairaanhoitopiireissä osallistui kyselyyn myös vuonna 2005 (liitetaulukko 6). Koska vuoden 2005 kyselyn aineisto ei kuitenkaan kaikilta osin anna täysin luotettavaa kuvaa tilanteesta eri alueilla, aluevertailu on tehty vuoden 2002 aineiston perusteella.

### Kriisityön kattavuus ja hallinnollinen asema sairaanhoitopiireittäin

Kriisityö on organisoitu melko tasaisesti kautta maan. Jonkin verran alueellisia eroja kuitenkin ilmeni sairaanhoitopiiritasolla vuonna 2002. 14 sairaanhoitopiirissä kriisityön kattavuus ylitti maan keskiarvon (84 %:ssa kunnista oma kriisiryhmä) (kuvio 24). Merkitsevästi muista sairaanhoitopiireistä erottuivat Päijät-Häme ja Länsi-Pohja, joissa oli odotettua enemmän kuntia, joissa kriisityötä ei ollut organisoitu ja Itä-Savo ja Varsinais-Suomi, joiden kunnissa kriisipalvelut on organisoitu odotettua useammin ostopalveluina ( $\chi^2 = 114,806$ ,  $df = 60$ ,  $p = 0,000$ )<sup>5</sup>.

*Kriisityön käynnistymisessä* on jonkin verran alueellisia eroja, kun katsotaan ryhmien keskimääräisiä käynnistymisajankohtia sairaanhoitopiireittäin. Keskimääräiset käynnistymisajankohdat (keskiarvo) sijoittuvat vuosiin 199–1995. Varhaisimmin ryhmät ovat käynnistyneet Pohjanmaalla ja erityisesti Vaasan sairaanhoitopiirissä (v. 1991). Myös Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri on varhaisen kriisityön käynnistymisen aluetta (v. 1992). Myöhäisimmin kriisiryhmit ovat käynnistyneet Kanta-Hämeessä ja Pohjois-Savossa (v. 1995) ja Etelä-Karjalassa, HUS-alueella, Keski-Suomessa ja Varsinais-Suomessa (v. 1995). Kaikkein eniten ryhmiä on käynnistetty vuosina 1993–1994 (kuvio 25).

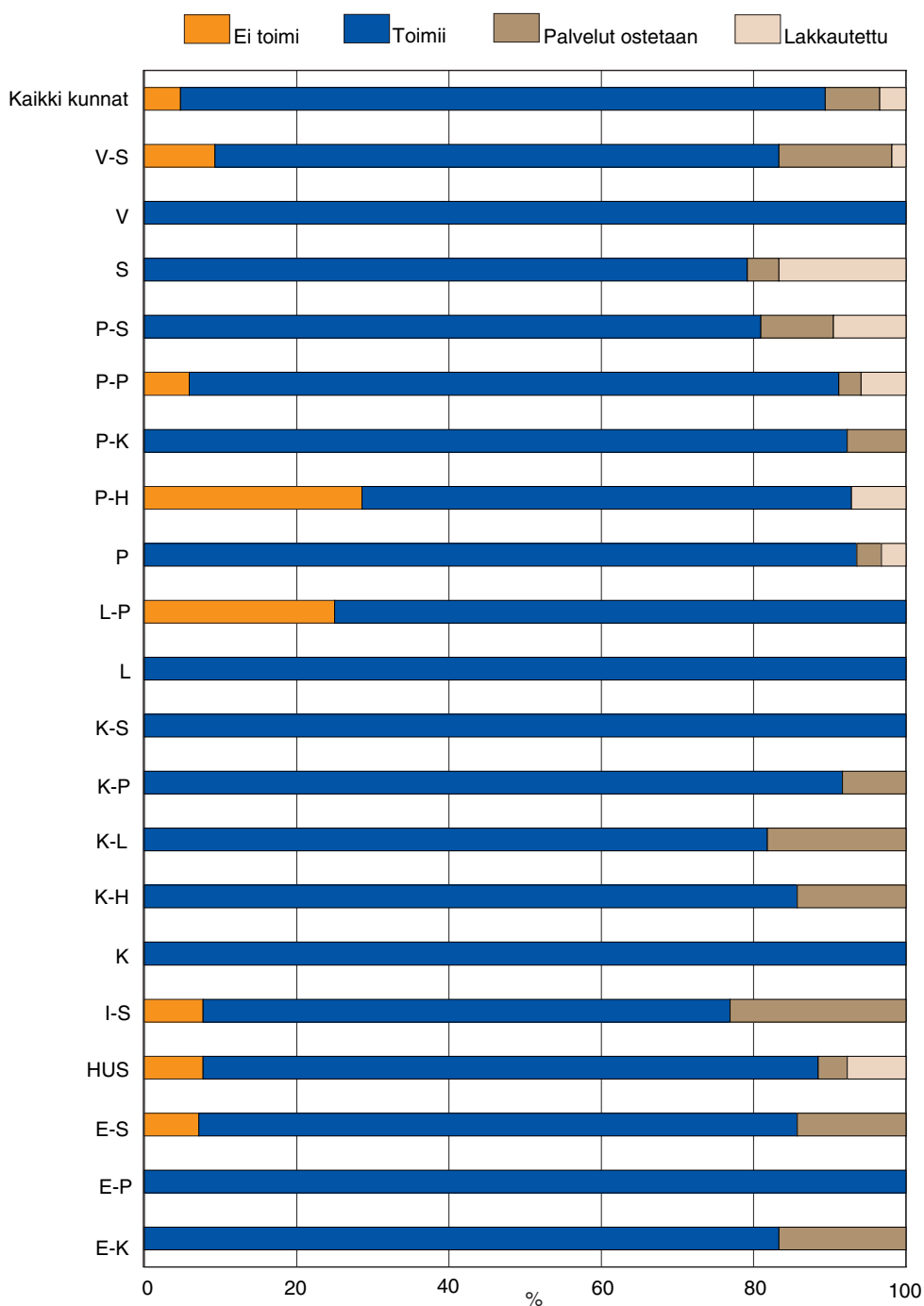
*Kriisityön hallinnollisessa asemassa* oli tilastollisesti merkitseviä eroja sairaanhoitopiirien välillä vuonna 2002. Muista sairaanhoitopiireistä erottui Pohjois-Karjala siten, että siellä kriisityö odotettua useammin, kaikissa kunnissa, sisältyi kuntien valmiussuunnitelmiin. Muu hallinnollinen vahvistus kuntien kriisityöllä oli odotettua useammin Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä (77 % kunnista) ja odotettua harvemmin Satakunnan sairaanhoitopiirissä, jossa hallinnollista vahvistusta ei ollut yhdessäkään kunnassa. Muita sairaanhoitopiirejä heikompi tilanne hallinnollisen aseman suhteen kriisiryhmillä oli HUS -alueella, Itä-Savossa ja Pohjois-Savossa, joiden kunnissa kriisiryhmillä odotettua useammin ei ole hallinnollista vahvistusta lainkaan (38, 46 ja 46 % kunnista) ( $\chi^2 = 84,602$ ,  $df = 38$ ,  $p = 0,000$ ).

### Vetäjäosaaminen ja kriisiryhmän sisäinen työnjako sairaanhoitopiireittäin

*Ammattiryhmittäin* tarkasteltuna kriisityö on tyypillisimmin psykologien ja toiseksi tyypillisimmin sairaanhoitajien vetämää toimintaa kunnissa. Muiden ammattiryhmien osuus kriisiryhmien vetäjinä on melko vähäinen. Sairaanhoitopiirien välillä on eroja siinä, korostuuko jonkin ammattiryhmän osuus kriisiryhmän vetäjänä odotettua enemmän. Vuonna 2002 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri erottui muista vahvimmin psykologivetoisena: 83 prosenttia vetäjistä

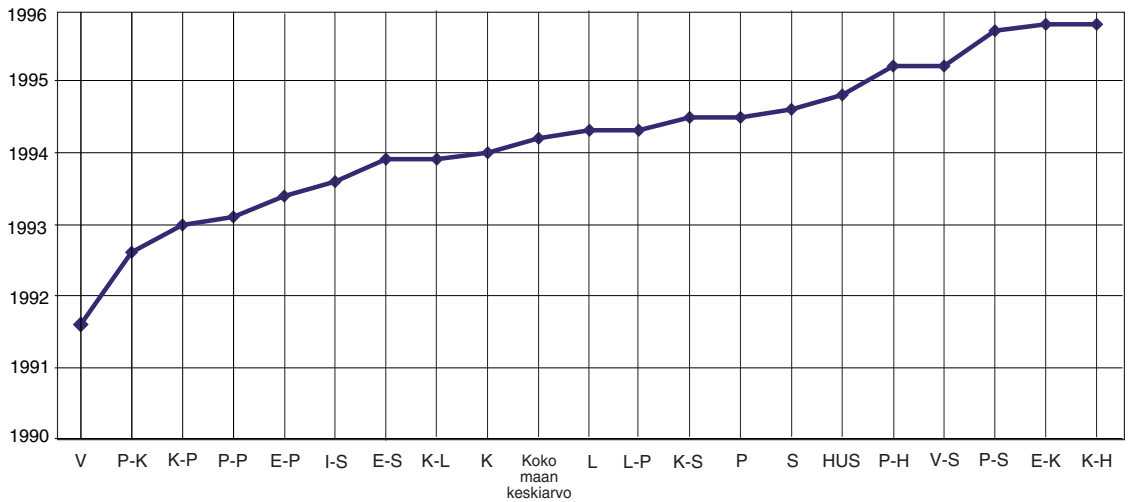
<sup>5</sup>Alkuperäiset Monte Carlo -estimoinnin taulukot ovat saatavissa tekijältä osoitteesta tuula.hynninen@stakes.fi

Kuvio 24. Kriisityön kattavuus kunnissa sairaanhoitopiireittäin vuonna 2002 (%) (n = 378)



oli psykologeja. Itä-Savossa ja Kainuussa psykologeja ei ollut kriisiryhmien vetäjinä lainkaan. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä kriisityö oli odotettua useammin sosiaalityöntekijän vetämää (27 % kunnista). Etelä-Savon, Itä-Savon, Pohjois-Savon ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä kuntien kriisityö oli odotettua useammin lääkärin vetämää (23, 22, 18 ja 18 % kunnista). Kainuussa ja Pohjois-Pohjanmaalla sairaanhoitaja on odotettua useammin kunnan kriisiryhmän vetäjä (88 ja 53 % kunnista). Etelä-Karjalassa ja Kainuussa peruspalvelu-, sosiaali- tai terveystoiminta toimi odotettua useammin kriisiryhmän vetäjänä. Itä-Savossa ja Pohjois-Savossa

Kuvio 25. Kriisiryhmän keskimääräinen käynnistymisajankohta kunnissa sairaanhoitopiireittäin



myös muiden ammattien edustajia oli kriisiryhmien vetäjinä odotettua useammin. Erot ovat tilastollisesti merkitseviä ( $\chi^2 = 218,561$ ,  $df = 95$ ,  $p = 0,000$ ).

*Vetäjän koulutus kriisityöhön.* Tyypillisin vetäjän koulutus koko maassa on kriisityön peruskoulutus (80 % kriisiryhmien vetäjistä kunnissa). Tämä oli tyypillinen tilanne myös kaikissa sairaanhoitopiireissä vuonna 2002. Muutama sairaanhoitopiiri erottui vetäjän koulutuksen suhteen muista. Keski-Pohjanmaan ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirien kunnissa odotettua useammin kriisiryhmän vetäjällä ei ollut kriisityön koulutusta lainkaan (10 ja 7 % kunnista). Etelä-Pohjanmaan ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirien kunnissa taas odotettua useammin kriisiryhmän vetäjällä oli kriisityön erikoiskoulutus (42 ja 48 % kunnista). Satakunnan sairaanhoitopiirissä yhdelläkään vetäjällä ei ollut kriisityön erikoiskoulutusta. Erot ovat tilastollisesti merkitseviä ( $\chi^2 = 65,33$ ,  $df = 38$ ,  $p = 0,013$ ).

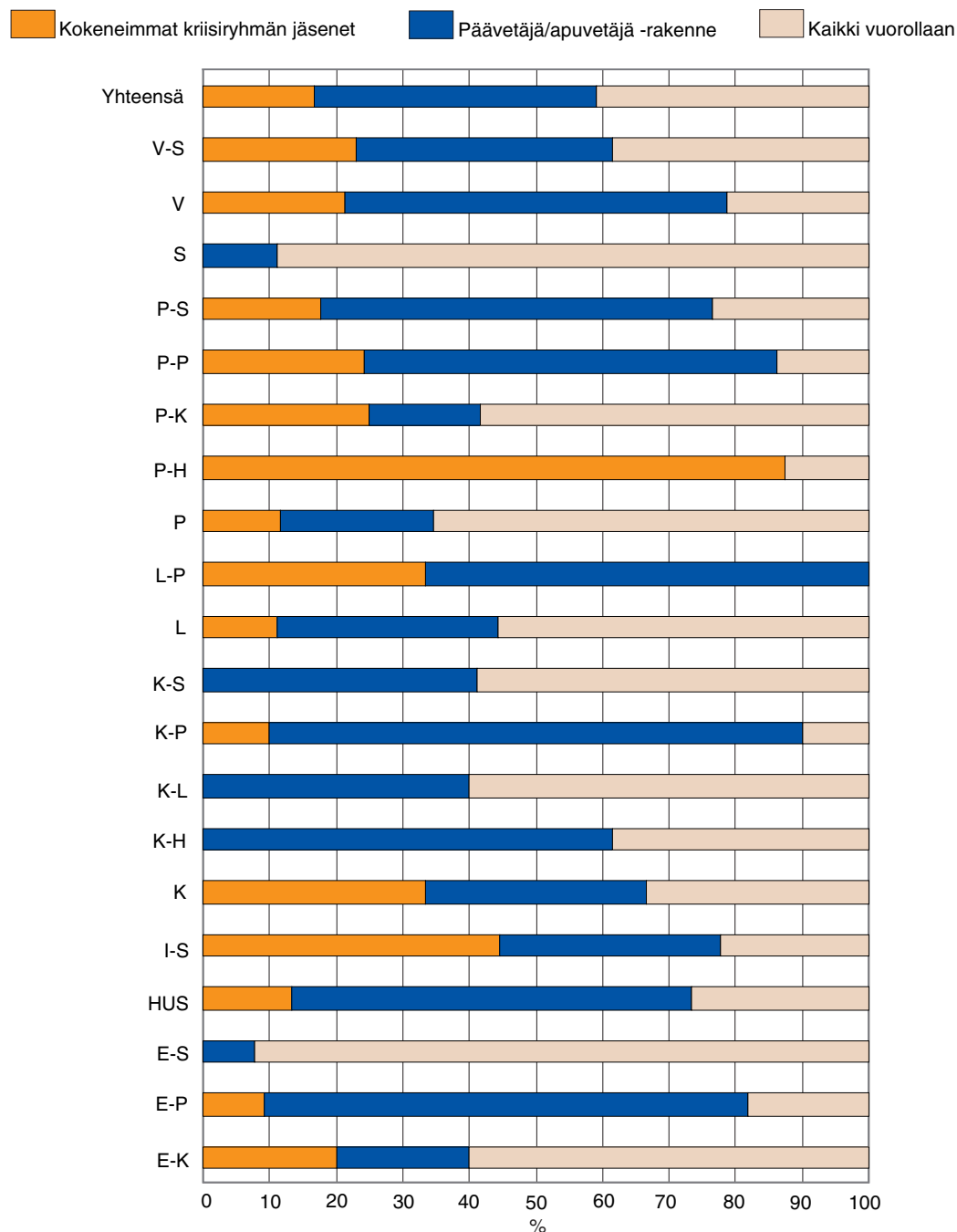
*Vetäjän kokemus kriisityössä.* Kriisiryhmien vetäjät ovat pääosin hyvin kokeneita kriisityöntekijöitä. Tyypillisin kokemuksen pituus kriisityössä sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna on 6–10 vuotta (85 % sairaanhoitopiireistä). Muutama sairaanhoitopiiri poikkeaa tästä.

Pohjois-Karjalan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiireissä kriisiryhmien vetäjillä odotettua useammin ei ollut kriisityön työkokemusta lainkaan (9 % kunnista). Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä taas kriisiryhmän vetäjän työkokemus oli odotettua useammin alle vuoden mittainen (4 % kunnista). Kanta-Hämeen ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä kriisiryhmän vetäjän kriisityön työkokemuksen pituus oli odotettua useammin 1–5 vuotta (62 ja 37 % kunnista) ja Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiireissä odotettua useammin yli 10 vuotta (30, 27 ja 43 % kunnista). Erot ovat tilastollisesti merkitseviä ( $\chi^2 = 115,636$ ,  $df = 76$ ,  $p = 0,024$ ).

*Kriisiryhmän sisäinen työnjako.* Tyypillisin malli kunnittain tarkasteltuna oli päävetäjä–apuvetäjä -rakenne ja toiseksi tyypillisin se, että kaikki vuorollaan osallistuvat debriefing-istuntojen vetämiseen. Seuraavana tuli malli ”kokeneimmat kriisiryhmän jäsenet”. Aluevertailussa sairaanhoitopiirit jakautuivat suurimmalta osin kahteen päätyyppiin. Tyyppi I:een (päävetäjä/apuvetäjä -rakenne) kuuluivat Etelä-Pohjanmaan, HUS:n, Kanta-Hämeen, Keski-Pohjanmaan, Länsi-Pohjan, Pohjois-Pohjanmaan, Pohjois-Savon ja Vaasan sairaanhoitopiirit, joiden kunnista suurimmassa osassa kriisiryhmät sovelsivat päävetäjä/apuvetäjä -rakennetta (kuvio 26).

Tyyppi II:een sijoittuivat Etelä-Karjalan, Etelä-Savon, Kymenlaakson, Keski-Suomen, Lapin, Pirkanmaan, Pohjois-Karjalan ja Satakunnan sairaanhoitopiirit, joiden kunnista valtaosassa kaikki kriisiryhmän jäsenet osallistuivat vuorollaan debriefing-istuntojen vetämiseen. Tyyppi III:een sijoittuivat Itä-Savon ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirit, joiden kunnista valtaosassa

Kuvio 26. Ketkä osallistuivat debriefing-istuntojen vetämiseen kunnissa sairaanhoitopiireittäin vuonna 2002 (%) (n = 298)



vain kokeneimmat kriisiryhmien jäsenet osallistuivat debriefing-istuntojen vetämiseen. Monimallisia ovat Kainuun ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirit, joissa kaksi tai kolme mallia oli yhtä tavallisia (kuvio 26).

Alueelliset erot ovat tilastollisesti merkitseviä sairaanhoitopiiritasolla ( $\chi^2 = 121,82$ ,  $df = 38$ ,  $p = 0,000$ ). Päijät-Hämeen ja Itä-Savon sairaanhoitopiirit erosivat eniten muista siinä, että niissä odotettua useammin vain kokeneimmat kriisiryhmän jäsenet osallistuivat debriefing-istuntojen vetämiseen. Päijät-Hämeessä tämä korostui selvimmin. Etelä- ja Keski-Pohjanmaalla oli odotettua useammin käytössä päävetäjä/apuveljetäjä -rakenne ja Etelä-Savossa ja Satakunnassa

taas odotettua harvemmin. Etelä-Savossa, Pirkanmaalla ja Satakunnassa kaikki ryhmän jäsenet osallistuivat istuntojen vetämiseen odotettua useammin ja Pohjois-Pohjanmaalla taas odotettua harvemmin (kuvio 26).

### Kriisiryhmien tavoitettavuus sairaanhoitopiireittäin

Kriisiryhmän tavoitettavuudessa oli selviä alueellisia eroja vuonna 2002. Erot ovat tilastollisesti merkitseviä ( $\chi^2 = 149,766$ ,  $df = 76$ ,  $p = 0,000$ ). Vuonna 2002 19 prosentissa kunnista kriisiryhmä päivysti ympärivuorokautisesti. Merkitsevästi muita parempi tilanne tässä suhteessa oli Itä-Savon sairaanhoitopiirissä, jossa kriisiryhmä päivysti ympäri vuorokauden lähes joka toisessa kunnassa (46 %). Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä sitä vastoin kriisiryhmät päivystivät odotettua harvemmin ympäri vuorokauden (3 % kunnista).

Koko maassa 17 % kriisiryhmistä päivysti virka-ajan ulkopuolella, mutta ei aivan kellon ympäri vuonna 2002. Tässä suhteessa muita parempi tilanne oli Etelä-Savon, Keski-Suomen ja Pirkanmaan sairaanhoitopiireissä, joiden kunnissa kriisiryhmät odotettua useammin päivystivät virka-ajan ulkopuolella (39, 38 ja 32 % kunnista).

Vuonna 2002 22 prosenttia ryhmistä koko maassa päivysti virka-aikana, ja ryhmällä oli oma puhelin, kännykkä, johon saattoi jättää viestin virka-ajan ulkopuolellakin. Virka-ajalla päivystyksen osalta muita parempi tilanne oli Päijät-Hämeen ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä, joissa kriisiryhmät odotettua useammin päivystivät virka-ajalla (56 ja 41 % kunnista).

Päivystyksen eli kriisiryhmän nopean tavoitettavuuden osalta kaikkein heikoin tilanne oli Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä, jonka kunnissa kriisiryhmä odotettua useammin toimi pelkästään virka-aikana. Tosiasiassa siellä yksikään ryhmä ei päivystänyt lainkaan vuonna 2002. Koko maassa 21 prosenttia kunnista ilmoitti vuonna 2002 kriisiryhmän toimivan pelkästään virka-aikana, niin, ettei varsinaista päivystystä ollut lainkaan.

Vuonna 2002 19 prosenttia kunnista ilmoitti kriisiryhmän kuuluvan kategoriaan ”muu”, joka tarkoitti pääasiasta toimintaa virka-aikana, mutta joustavuutta esim. debriefing-istuntojen vetämisessä tarvittaessa myös virka-ajan ulkopuolella. Odotettua yleisempi tämä järjestely oli Keski-Pohjanmaan ja Lapin sairaanhoitopiireissä (64 ja 50 % kunnista). HUS:n ja Satakunnan sairaanhoitopiireissä tätä järjestelyä ei ollut yhdessäkään kunnassa.

### Kriisi-intervention kattavuus sairaanhoitopiireittäin

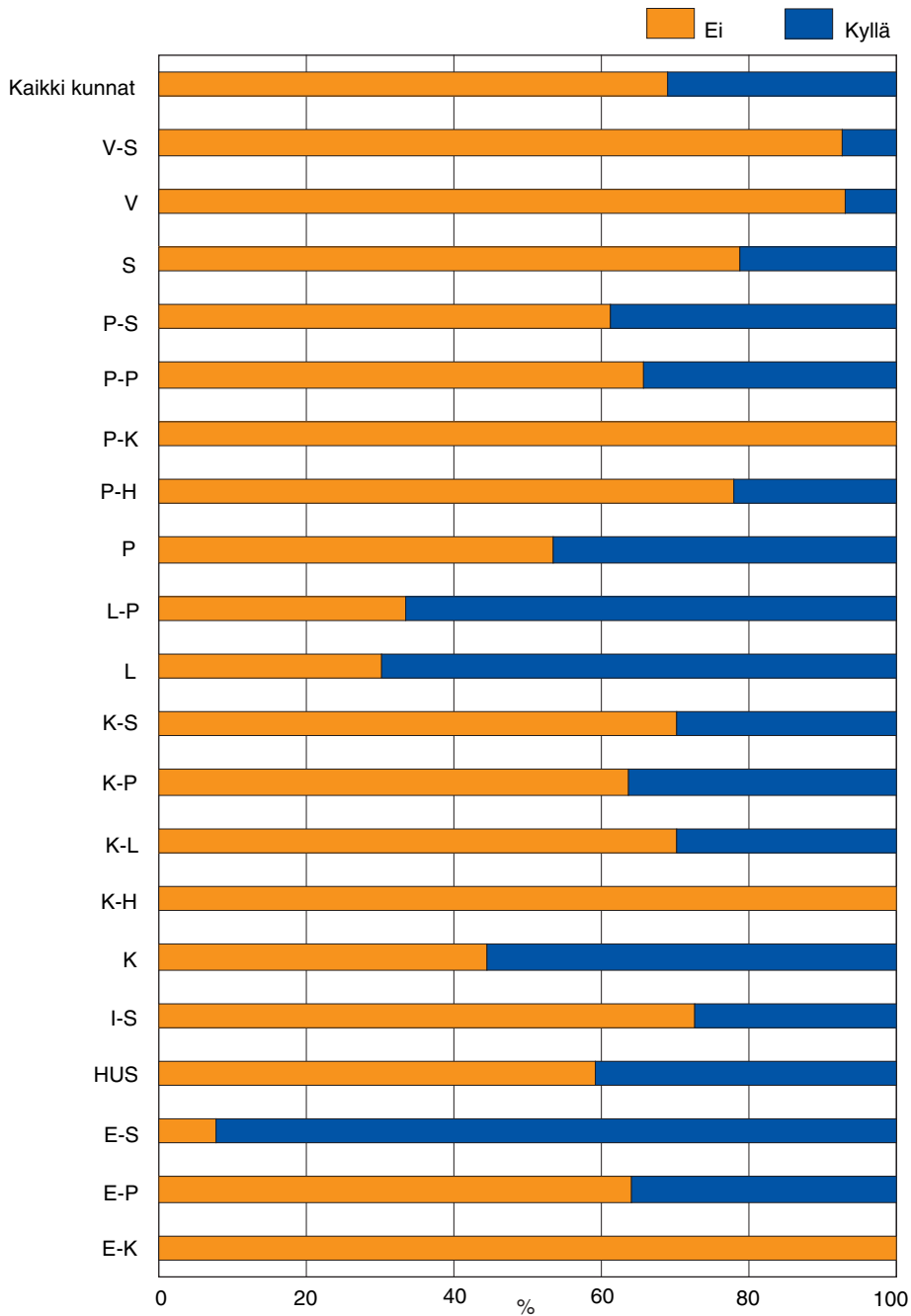
Koko maassa tyypillinen tilanne vuonna 2002 oli se, että kriisiryhmän toimintaan ei sisällynyt välitön henkinen ensiapu, mutta kylläkin psykologinen jälkipuinti, jälkipuinnin jälkeinen seuranta ja jatkohoitoon ohjaus. Sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna kriisi-intervention kattavuudessa oli joiltakin osin huomattaviakin eroja. Erityisen selvästi erot näkyvät välittömässä *henkisessä ensiavussa* (kuvio 27).

Kuntien tyypillisestä tilanteesta (ei henkistä ensiapua) myönteiseen suuntaan poikkesivat Etelä-Savon ja Lapin sairaanhoitopiirit, joiden kunnat odotettua useammin ilmoittivat kriisiryhmän antavan henkistä ensiapua. Negatiiviseen suuntaan muista poikkesivat Kanta-Hämeen, Pohjois-Karjalan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirit, joiden kunnissa odotettua harvemmin kriisiryhmän toimintaan sisältyi henkinen ensiapu. Erot ovat tilastollisesti merkitseviä ( $\chi^2 = 68,161$ ,  $df = 19$ ,  $p = 0,000$ ).

*Jälkipuinti* sisältyi lähes jokaisen kriisiryhmän toimintaan vuonna 2002. Alueellisesti tarkasteltuna muista poikkesi vain Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, jonka kunnista 15 prosenttia ilmoitti, ettei psykologinen jälkipuinti kuulunut kriisiryhmän toimintaan.

Hieman enemmän vaihtelua sairaanhoitopiireittäin oli siinä, kuinka suuri osa kunnista ilmoitti kriisiryhmän toimintaan kuuluvan *jälkipuinnin jälkeisen seurannan* (koko maassa 79,3 % kunnista). Paras tilanne oli niissä seitsemässä sairaanhoitopiirissä, joissa jokainen vastannut

Kuvio 27. Kriisiryhmä antaa välitöntä henkistä ensiapua. Kuntien tilanne sairaanhoitopiireittäin vuonna 2002 (%) (n = 321)

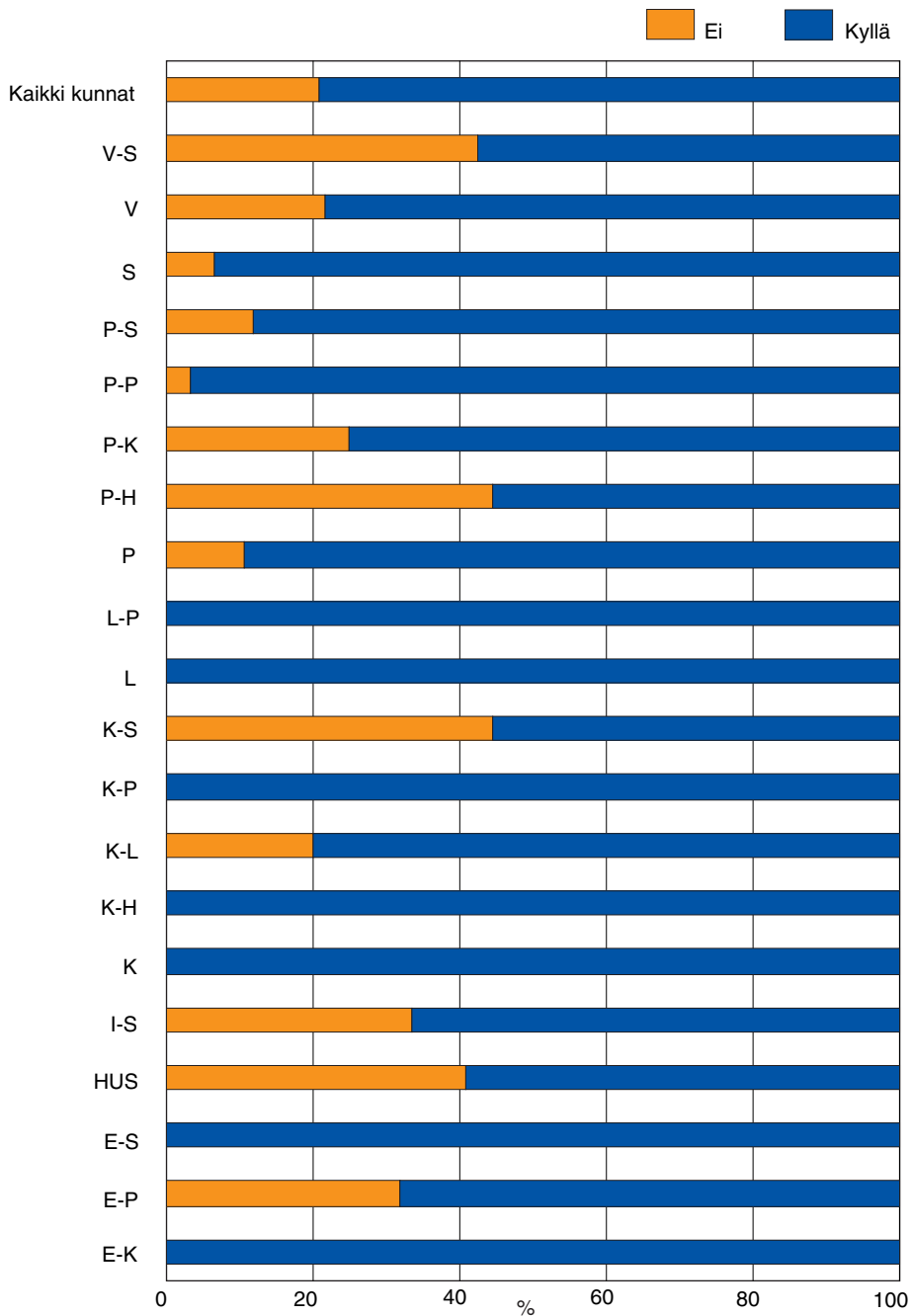


kunta ilmoitti kriisiryhmän työhön kuuluvan seurannan: Etelä-Karjala, Etelä-Savo, Kainuu, Kanta-Häme, Keski-Pohjanmaa, Lappi ja Länsi-Pohja. Varsin hyvä tilanne oli lisäksi Pohjois-pohjanmaan, Satakunnan, Pirkanmaan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiireissä, joiden kunnista lähes jokaisessa seuranta kuului kriisiryhmän toimintaan (Kuvio 28).

Odotettua huonompi tilanne seurannan suhteen oli sen sijaan HUS:n, Keski-Suomen ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiireissä, joiden kunnat odotettua useammin ilmoittavat, ettei seuranta sisälly kriisiryhmän työhön ( $\chi^2 = 54,331$ ,  $df = 19$ ,  $p = 0,000$ ).

Lähes kaikki kunnat (95,5 %) ilmoittivat vuonna 2002, että kriisiryhmän toimintaan sisältyy *jatkohoitoon ohjaus*. Alueellisessa tarkastelussa muista poikkesi ainoastaan Varsinais-Suomen

Kuvio 28. Kriisiryhmän toimintaan sisältyy jälkipuinnin jälkeinen seuranta, Kuntien vastaukset sairaanhoitopiireittäin vuonna 2002 (%) (n = 305)



sairaanhoitopiiri, jonka kunnissa jatkohoitoon ohjaus jossain määrin muita harvemmin sisältyi kriisiryhmän toimintaan.

### Kriisiryhmien toimintaolosuhteet sairaanhoitopiireittäin

*Erillisen määrärahan* kriisiryhmän toimintaa varten ilmoitti varanneensa vain 31 prosenttia kunnista vuonna 2001 ja 32 prosenttia vuonna 2002. Tässä asiassa on tilastollisesti merkitsevää vaihtelua sairaanhoitopiiristä toiseen. Vuonna 2001 budjettiin oli odotettua useammin varattu

määräraha kriisiryhmän toimintaa varten Itä-Savon (70 %), Kanta-Hämeen (73 %) ja Vaasan sairaanhoitopiirin (57 %) kunnissa. Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä yksikään kunta ei ollut varannut erillistä määrärahaa vuonna 2001 ( $\chi^2 = 52,397$ ,  $df = 19$ ,  $p = 0,000$ ).

Vuonna 2002 määräraha oli odotettua useammin varattu Kanta-Hämeen (73 %) ja Varsinais-Suomen (50 %) sairaanhoitopiirien kunnissa. Odotettua harvemmin määräraha oli varattu Etelä-Savon ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiireissä (ei määrärahaa yhdessäkään kunnassa) ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä, jossa määrärahan oli varannut 6 % kunnista ( $\chi^2 = 48,095$ ,  $df = 19$ ,  $p = 0,000$ ).

*Säännölliseen työhajaukseen* on ollut mahdollisuus vain alle kolmasosalla ryhmistä (31 %) vuonna 2002, kun valtaosa (69 %) oli vaille tätä mahdollisuutta.

Sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna Itä-Savon ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirit poikkesivat merkittävästi muista. Niiden kunnissa kriisiryhmillä on odotettua useammin ollut mahdollisuus säännöllisen työhajaukseen vuonna 2002 ( $\chi^2 = 58,832$ ,  $df = 20$ ,  $p = 0,000$ ) (kuviot 29).

*Mahdollisuus koulutukseen* oli valtaosalla ryhmistä vuonna 2002 (91 %), mutta koulutus-tilaisuuksia saattoi olla harvoin. Tässä ei ollut merkittäviä eroja sairaanhoitopiirien välillä. Muista poikkesi vain Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, jonka kunnista viidenneksessä kriisiryhmillä ei ollut mahdollisuutta koulutukseen.

*Mahdollisuus vertaistukeen* oli myös suurimmalla osalla ryhmistä vuonna 2002 (87 %). Silti muutama sairaanhoitopiiri erosi merkittävästi muista. Etelä-Savon, Lapin ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiireissä kriisiryhmillä oli odotettua harvemmin mahdollisuus vertaistukeen ja sisäiseen verkostoitumiseen (56, 33 ja 44 % kunnista). Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä taas kaikissa kunnissa oli tämä mahdollisuus ( $\chi^2 = 51,692$ ,  $df = 20$ ,  $p = 0,000$ ).

Vain kolmasosassa kunnista kriisiryhmien jäsenille maksettiin *erillisiä korvauksia virka-ajan ulkopuolisesta työstä* vuonna 2002, vaikka kunnan virkaehtosopimuksessa on määräykset mm. varallaolokorvauksista. Sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna kaksi aluetta erosi merkittävästi muista: Vaasan sairaanhoitopiiri positiiviseen suuntaan eli sen kunnista odotettua useampi (64 %) maksoi kriisiryhmien jäsenille korvauksia virka-ajan ylittävstä työstä ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä taas odotettua harvempi kunta (13 %) ( $\chi^2 = 29,356$ ,  $df = 19$ ,  $p = 0,053$ ).

## Suuronnettomuustilanteita koskeva valmius sairaanhoitopiireittäin

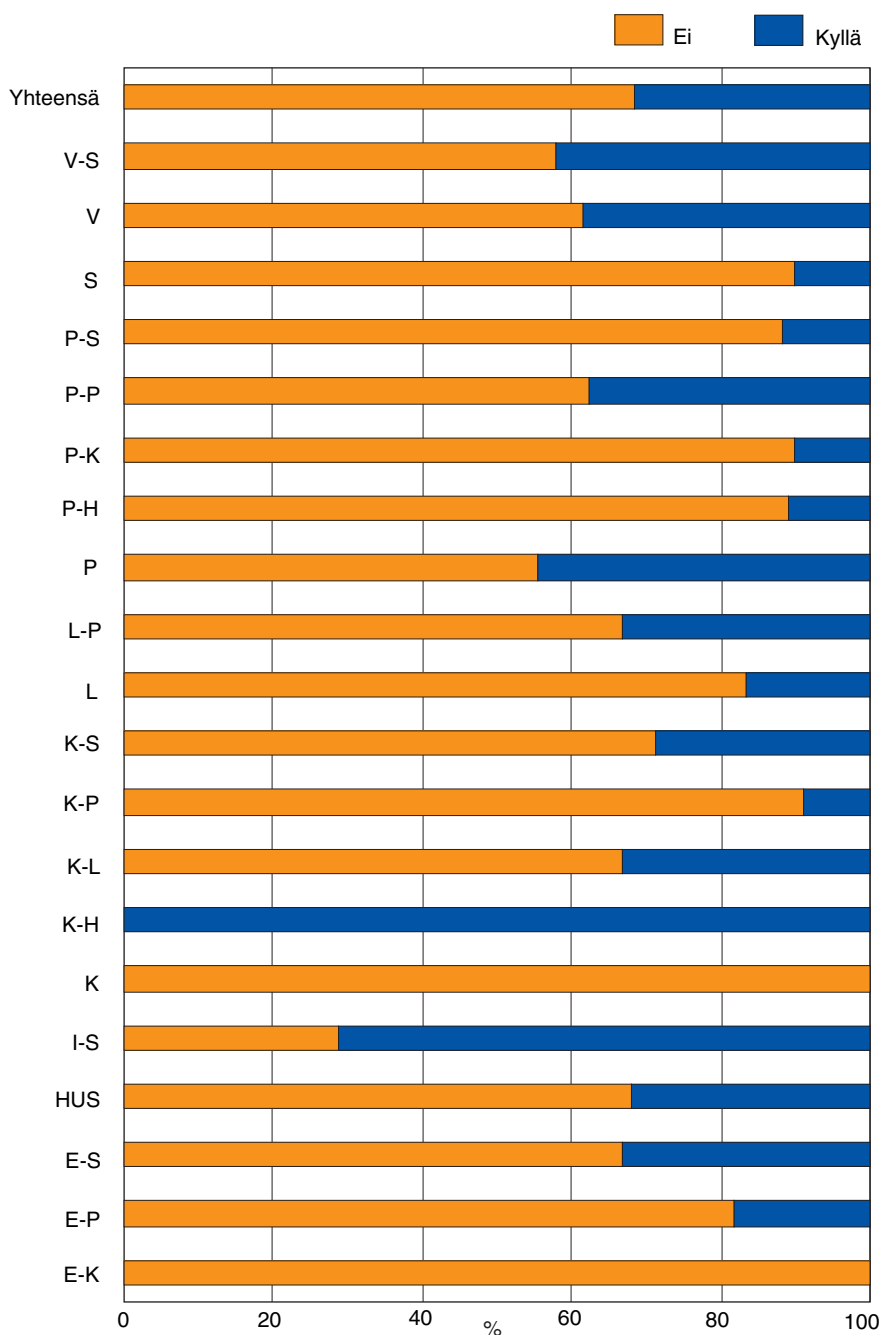
Tyypillisin tilanne kunnissa suuronnettomuustilanteita koskeva psykososiaalisen tuen ja palveluiden valmiuden osalta vuonna 2002 oli se, että *kriisiryhmä vastaa näistä palveluista olemassa olevan suunnitelman mukaisesti*. Näin vastasi 43,2 prosenttia kunnista koko maassa. Silti järjestyksessä oli vaihtelua kunnittain ja tilastollisesti merkittäviä eroja sairaanhoitopiirien välillä ( $\chi^2 = 157,427$ ,  $df = 60$ ,  $p = 0,000$ ).

Sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna maassa *tyypillisin vaihtoehto* (kriisiryhmä vastaa olemassa olevan suunnitelman mukaisesti) oli maan tasoa selvästi yleisempi Pirkanmaan (86 %), Kainuun (78 %), Etelä-Savon (71 %), Itä-Savon (70 %), Satakunnan (65 %) ja Etelä-Pohjanmaan (63 %) sairaanhoitopiirien kunnissa. Merkittävästi muista tässä suhteessa erosi kuitenkin vain Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, jonka kunnissa malli oli odotettua yleisempi. HUS:n (13 %), Kanta-Hämeen (0 %) ja Varsinais-Suomen (18 %) sairaanhoitopiirien kunnissa taas malli oli odotettua harvinaisempi.

Vaihtoehto ”*muu järjestely*” oli kunnittain tarkasteltuna toiseksi yleisin: 24,6 prosenttia kunnista vastasi näin. Sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna tämä malli oli odotettua yleisempi Kanta-Hämeen (55 %), HUS:n (54 %), Keski-Pohjanmaan (50 %) ja Pohjois-Pohjanmaan (42 %) sairaanhoitopiirien kunnissa. Etelä-Pohjanmaan (0 %), Pirkanmaan (4 %), Satakunnan (5 %) ja Vaasan (0 %) sairaanhoitopiirien kunnissa taas malli oli odotettua harvemmin käytössä.

Vähiten käytössä vuonna 2002 oli malli ”*erillinen organisaatio*”: kunnista 13,3 % vastasi kriisityössä käytettävän tätä mallia. Sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna tämän mallin osalta

Kuvio 29. Kriisiryhmien mahdollisuus säännölliseen työohjaukseen kunnissa sairaanhoitopiireittäin vuonna 2002 (%) (n = 293)



merkitsevästi muista erosivat Pohjois-Savon ja Vaasan sairaanhoitopiirit, joiden kunnissa ”erillinen organisaatio suuronnettomuustilanteita varten” oli odotettua useammin käytössä (35 ja 31 % kunnista).

Psykososiaalisen tuen ja palveluiden valmiutta suuronnettomuustilanteita varten ei ollut järjestetty lainkaan vajaassa viidesosassa (18,9 %) kunnista koko maassa vuonna 2002. Kaikkein yleisintä tämä valmiuden puute oli Kanta-Hämeen, Lapin, Varsinais-Suomen ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirien alueilla (46, 40, 39 ja 36 % kunnista). Merkitsevästi muista tässä suhteessa erosivat kuitenkin vain Kanta-Hämeen ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirit. Merkitsevästi

myönteiseen suuntaan erosivat Keski-Suomen ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirit, joista edellisessä ei yhdessäkään ja jälkimmäisessä vain yhdessä kunnassa psykososiaalisen tuen valmius suuronnettomuustilanteita varten oli organisoimatta.

## Millaisissa tilanteissa kriisiryhmien apua on tarvittu?

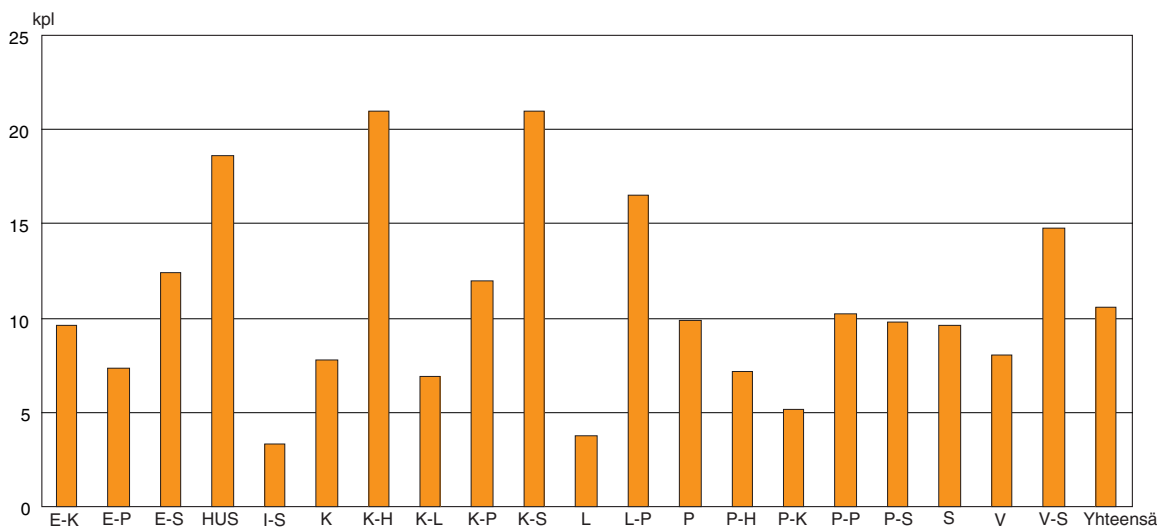
### Alueelliset erot vuonna 2001

Kriisiryhmillä koko maassa oli työn kohteena vuonna 2001 keskimäärin 11 traumaattista tapahtumaa. Vaihtelu kunnasta toiseen oli suurta (0–100). Sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna eniten traumaattisia tapahtumia työn kohteena oli Kanta-Hämeen ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirien kunnissa (keskimäärin 21 tapahtumaa v. 2001). Seuraavaksi eniten tapahtumia oli HUS:n (18,64) ja Länsi-Pohjan (16,5) sairaanhoitopiirien kunnissa, joskin Länsi-Pohjassa vastanneita kuntia oli vain kaksi (kuvio 30).

Kaikkein yleisimmät tapahtumatyypit kriisiryhmien työssä koko maassa vuonna 2001 olivat itsemurhat (keskimäärin 2,34 itsemurhaa/kunta), äkilliset kuolemantapaukset (2,11), liikenneonnettomuudet (1,80) ja väkivaltatilanteet (0,92). Keskimäärin eniten itsemurhatapauksia vuonna 2001 oli HUS:n alueen kunnissa (4,85) ja Kanta-Hämeessä (4,33), ja vähiten Itä-Savon alueen kunnissa (0). Liikenneonnettomuuksia oli eniten Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kunnissa (keskimäärin 3,33 liikenneonnettomuutta/kunta) ja Pohjois-Savossa (2,42) ja vähiten Lapin sairaanhoitopiirin kunnissa (0,60). Äkillisiä kuolemantapauksia oli eniten HUS:n alueen kunnissa (keskimäärin 4,62 äkillistä kuolemantapausta/kunta) ja Kanta-Hämeessä (4,33) ja vähiten Lapissa (0,70) ja Päijät-Hämeessä (0,80).

Keskimäärin eniten väkivaltatilanteita kriisiryhmän työn kohteena vuonna 2001 oli ollut Länsi-Pohjan (keskimäärin 5 väkivaltatilannetta/kunta), Kanta-Hämeen (4) ja HUS:n (2,07) sairaanhoitopiirien kunnissa. Vähiten väkivaltatilanteita oli Päijät-Hämeen (0), Vaasan (0,14) ja Lapin (0,20) sairaanhoitopiirien kunnissa. Vantaa on poissa tästä tarkastelusta.

Kuvio 30. Tapahtumia kunnissa keskimäärin kriisiryhmien työn kohteena sairaanhoitopiireittäin vuonna 2001 (lkm)



## Arviot kriisityön järjestelmän toimivuudesta ja työn tuloksellisuudesta sekä työstä saatu palaute sairaanhoitopiireittäin

Kunnan kriisityön järjestelmän toimivuutta pyydettiin arvioimaan viisiportaisella asteikolla, jossa ääriarvot olivat ”erittäin hyvin” ja ”erittäin huonosti”. Alueellisessa vertailussa kuntien arvioissa on merkitseviä eroja sairaanhoitopiirien välillä vuonna 2002 ( $\chi^2 = 151,102$ ,  $df = 80$ ,  $p = 0,000$ ).

Runas 11 prosenttia kunnista koko maassa arvioi kriisityön järjestelmänsä toimivan *erittäin hyvin*. Alueellisessa vertailussa merkitsevästi muista tässä suhteessa poikkeavat Etelä-Savon ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit, joiden kunnista odotettua useampi (36 ja 33 %) arvioi kriisityön järjestelmän toimivan erittäin hyvin.

Tyypillisin arvio kunnan kriisityön järjestelmän toimivuudesta maassa oli, että kunnan kriisityön järjestelmä *toimii hyvin* (42 % kunnista). Alueellisessa vertailussa viisi sairaanhoitopiiriä eroaa merkitsevästi muista: Pirkanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirit siten, että niiden kunnista odotettua useampi (65 ja 81 %) arvioi kriisityön järjestelmänsä toimivan hyvin ja Etelä-Savon, Päijät-Hämeen ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirit siten, että niiden kunnista odotettua harvempi (7, 7 ja 23 %) arvioi järjestelmän toimivan hyvin.

Kunnista koko maassa 30 prosenttia arvioi kriisityön järjestelmänsä toimivan *kohtalaisesti*. Se oli toiseksi tyypillisin arvio maassa. Neljä sairaanhoitopiiriä eroaa tässä suhteessa merkitsevästi muista: Itä-Savon, Päijät-Hämeen ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirit siihen suuntaan, että niiden kunnista odotettua useampi (83, 79 ja 71 %) esitti arvion ”kunnan kriisityön järjestelmä toimii kohtalaisesti” ja Vaasan sairaanhoitopiirin kunnista taas odotettua harvempi (6 %).

Noin 6 % kunnista arvioi, että niiden kriisityön järjestelmä toimii *huonosti*. Kaksi sairaanhoitopiiriä eroaa merkitsevästi muista siinä, että niiden kunnista odotettua useampi (17 ja 20 %) arvioi järjestelmänsä toimivan huonosti. Nämä kaksi olivat Keski-Suomen ja Lapin sairaanhoitopiiri.

Vain 2 prosenttia kunnista koko maassa arvioi kriisityön järjestelmänsä toimivan *erittäin huonosti*. Kaksi sairaanhoitopiiriä erottuu muista siten, että niiden kunnista odotettua useampi (9 ja 6 %) arvioi kriisityön järjestelmänsä toimivan erittäin huonosti. Nämä sairaanhoitopiirit ovat Pohjois-Pohjanmaa ja Varsinais-Suomi.

*Kriisityöstä saatu palaute* on kuvattu pääosin hyvin myönteiseksi kunnissa: 91 prosenttia niistä sanoi asiakkailta tulleen palautteen, 74 prosenttia muilta työntekijöiltä saadun palautteen sekä 69 prosenttia esimiehiltä saadun palautteen olleen valtaosaltaan myönteistä.

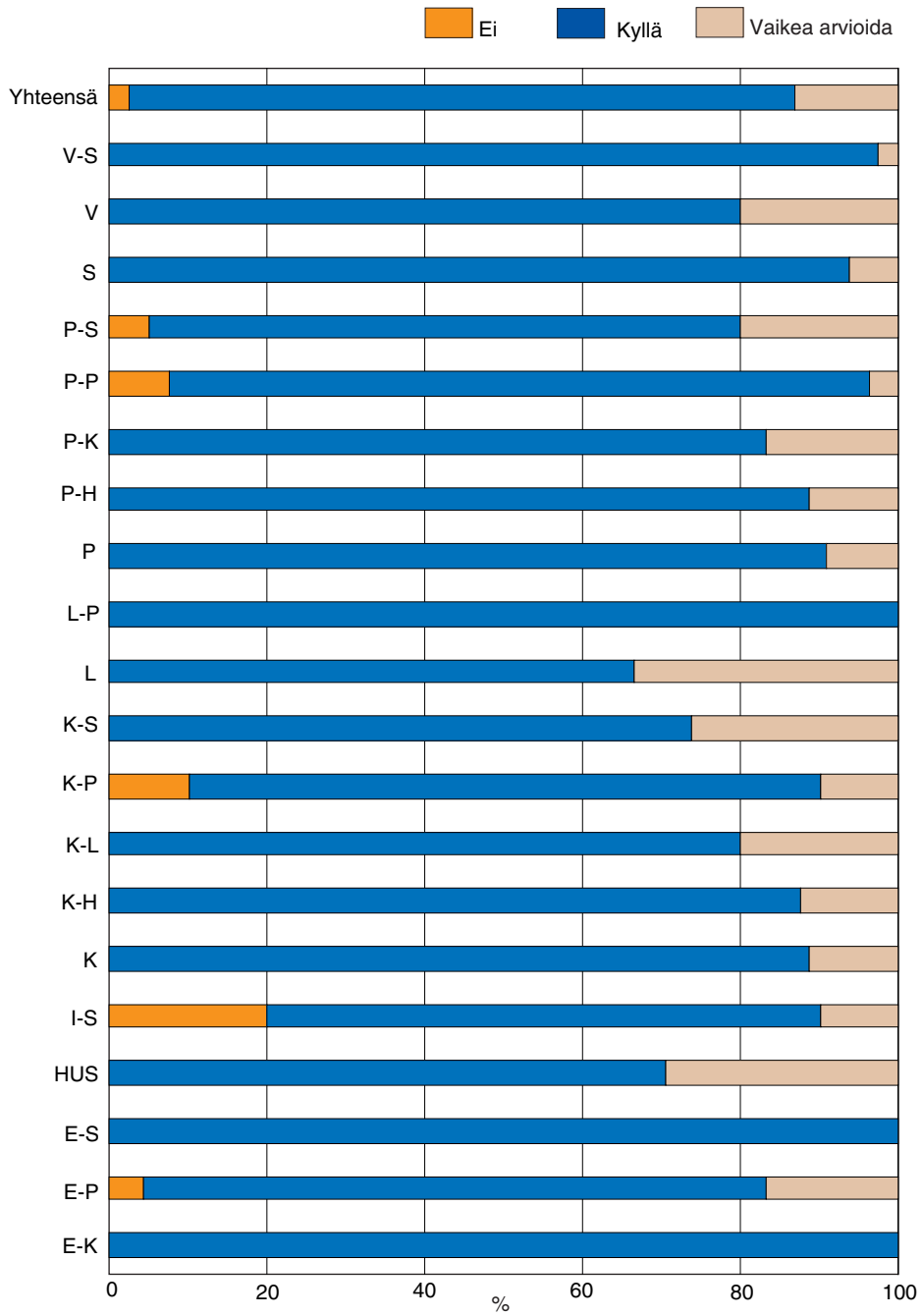
Alueiden välillä ei ollut merkitseviä eroja *asiakkailta saadun palautteen* eikä *muilta työntekijöiltä saadun palautteen* osalta.

*Esimiehiltä* saadun palautteen osalta kolme sairaanhoitopiiriä erottui merkitsevästi muista: Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri siten, että siellä odotettua useammassa kunnassa (69 %) kuvataan esimiehiltä saadun palautteen olleen sekä myönteistä että kielteistä ja HUS:n ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirit siten, että niiden kunnista odotettua useampi (6 ja 11 %) kuvasi esimiehiltä saadun palautteen olleen valtaosaltaan kielteistä ( $\chi^2 = 59,263$ ,  $df = 38$ ,  $p = 0,046$ ).

*Toiminnan tuloksellisuuden arvioimiseksi* kysyttiin, onko kriisiryhmän toiminnalla saatu aikaan ihmisten voinnissa ja elämässä näkyviä tuloksia, ja jos on, niin miten tulokset näkyvät konkreettisesti. Kunnat koko maassa arvioivat työn erittäin tulokselliseksi: 84 prosenttia niistä arvioi, että kriisiryhmän työllä oli saatu aikaan ihmisten elämässä ja voinnissa näkyviä tuloksia.

Aluevertailussa nähdään, että lähes 70 prosenttia kunnista kaikissa sairaanhoitopiireissä on arvioinut työllä saadun positiivisia tuloksia. Muutama merkitsevä ero sairaanhoitopiirien välillä oli. Selvimmin muista erottui Itä-Savon sairaanhoitopiiri, jossa odotettua useampi kunta arvioi, ettei kriisiryhmien työllä ollut saatu aikaan ihmisten elämässä ja voinnissa näkyviä tuloksia. HUS:n sairaanhoitopiirin kunnat taas vastasivat odotettua useammin ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kunnat odotettua harvemmin, että kriisiryhmän toiminnan tuloksellisuutta on vaikea arvioida ( $\chi^2 = 79,644$ ,  $df = 40$ ,  $p = 0,004$ ) (kuvio 31).

Kuvio 31. Arviot kriisiryhmän toiminnan tuloksellisuudesta kunnissa sairaanhoitopiireittäin vuonna 2002 (%) (n = 295)



# Pohdinta

Tutkimuksen tulokset antavat monelta osin hyvin myönteisen kuvan kriisityön järjestelmän tilasta Suomessa. Tämä koskee yhtä hyvin kriisityön organisointia ja toteutusta kuin arvioita työn tuloksellisuudesta.

Akuutin kriisityön kattavuus maassa on korkea, sillä 92 prosenttia kunnista vuonna 2002 ja 89 prosenttia kunnista vuonna 2005 oli järjestänyt kriisityön palvelut niin, että kunnassa joko toimi oma kriisiryhmä tai kriisipalvelut ostettiin. Kriisityön kattavuus maassa on alueellisestikin hyvä, mutta yksittäisissä työn järjestämistä kuvaavissa muuttujissa oli vaihtelua sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna. Tulokset vahvistavat sen, että Suomessa on kansainvälisestikin tarkasteltuna ainutlaatuinen, kattava viranomaiskriisiryhmien verkosto. Psykososiaalisen tuen valmiuden kannalta sillä on oleellinen merkitys. Kriisiryhmiä koskeneessa tutkimuksessa Norjassa havaittiin, että niissä kunnissa, joissa oli kriisiryhmä, oli merkittävästi useammin parempi psykososiaalisen tuen valmius kuin niissä kunnissa, joista kriisiryhmä puuttui (Dyregrov ym., 2000).

Suomessa kriisiryhmien työ on suurimmaksi osaksi virallista, hallinnollisesti vahvistettua kunnan toimintaa. Työ on valtaosaltaan vankan kriisityön kokemuksen omaavien terveydenhuollon ammattihenkilöiden vetämää ja toteuttamaa toimintaa, joilla on myös koulutus kriisityöhön.

Kriisityön järjestelmän arvioitiin toimivan hyvin tai erittäin hyvin yli puolessa kunnista. Työstä saatu palaute oli valtaosaltaan hyvin myönteistä, erityisesti asiakkailta saatu palaute. Myös arviot kriisityön tuloksellisuudesta olivat hyvin myönteisiä. Tutkimuksen arviointitulokset puhuvat siten työn tuloksellisuuden puolesta. Tulokset myös osoittavat, että kriisityötä pidetään uskottavana ja sen tuloksiin luotetaan kunnissa.

Jotkut uusintakyselyn tulokset olivat yllättäviä vuoden 2002 kyselyn tuloksiin verrattuna. Pohdintaa herättää ennen muuta suuri ero kriisityön resurssiarvioissa kahden tutkimusajankohdan välillä. Kun vain vajaa puolet kunnista arvioi kriisityön määrälliset resurssit riittäviksi vuonna 2002, tämä osuus oli yli 80 prosenttia vuonna 2005. Lähes vastaava muutos havaitaan osaamisresurssien arvioissa. Lienee selvää, ettei resurssissa ole tapahtunut näin suurta muutosta vajaassa kolmessa vuodessa. Mikä selittää näin huomattavan eron kahden tutkimusajankohdan välillä? Yksi mahdollinen selittävä tekijä voi olla se, että vuoden 2002 kyselyn vastaajat olivat pääosin kriisiryhmien jäseniä, jotka tuntevat omakohtaisesti resurssitilanteen – ja sen puutteet. Sen sijaan vuoden 2005 vastaajien asemasta organisaatiossa ei ole tarkkaa tietoa. Voisi olettaa – ja vuoden 2002 tulokset viittaavatkin siihen – että kriisiryhmien vetäjät ja jäsenet suhtautuvat resurssitilanteeseen kriittisemmin omakohtaisen kokemuksen vuoksi kuin esimerkiksi sellainen esimies, joka ei itse tee kriisityötä.

Toinen mahdollinen selittävä tekijä voi olla se, että vuonna 2005 resurssitilannetta arvioitiin aivan eri kontekstissa kuin vuonna 2002, poikkeuksellisen suurkatastrofin oloissa. Se on voinut vaikuttaa arviointiin siten, että katastrofikonkreettissa normaalitilanne on näyttäytynyt parempana kuin normaalitilanteen kontekstissa arvioituna.

Tutkimuksessa tuli esiin myös selviä puutteita. Kriisiryhmä ei ole tavoitettavissa ympärivuorokautisesti kaikissa kunnissa. Mikäli ryhmän hyvän tavoitettavuuden minimivaatimuksena pidetään sitä, että pelkästään virka-aikana toimivalla ryhmällä on oma puhelin, josta ryhmä on tavoitettavissa (päivystys virka-aikana), niin 58 prosenttia ryhmistä vuonna 2002 ja 63,5 prosenttia vuonna 2005 saavutti tämän minimitasen tai ylitti sen. Silti merkillepantavaa on, että vain 37 prosentissa kyselyyn vastanneista kunnista kriisiryhmä päivysti virka-ajan ulkopuolella vuonna 2002 ja 45 prosentissa kunnista vuonna 2005. Kriisiavun tavoitettavuuden kannalta se on riittämätöntä.

Kriisi-interventiot eivät myöskään kata kaikkia traumaattisen kriisin vaiheita kaikissa kunnissa. Vain alle kolmasosassa kunnista kriisiryhmillä oli tarjolla välitöntä henkistä ensiapua

ensimmäisen vuorokauden aikana traumaattisen tapahtuman jälkeen vuonna 2002. Vaikka henkistä ensiapua antavien kuntien osuus olikin lisääntynyt noin puoleen kunnista vuonna 2005, puolesta tämä välitön apu edelleen puuttui.

Kriisityön toimintajärjestelmä on kokonaisuus, jossa tulee olla tarjolla asianmukaista apua traumaattisen kriisin eri vaiheissa. Tätä taustaa vasten ongelmallista on, että vain puolella kriisiryhmistä on tarjolla apua sokkivaiheessa välittömästi traumaattisen tapahtuman jälkeen. Myös tässä vaiheessa tarvitaan ammattitaitoista apua, sillä traumaattisen tapahtuman uhrit eivät heti itse pysty arvioimaan omaa avun tarvettaan tai eivät jaksa hakea apua. Uhrit eivät välttämättä myöskään tiedä, mistä voi varata vastaanottoaikaa. Sokkivaiheen kriisiavun parantaminen on yksi ilmeinen kehittämishaaste kriisiryhmien työssä jatkossa.

Myös jälkipuinnin jälkeisen seurannan ja jatkohoitoon ohjauksen osuudet olivat laskeneet aikaisemmasta vuoteen 2005 mennessä. Ei ole tiedossa, onko muutos todellinen vai selittääkö jokin muu tekijä muutoksen seuranta-aikana. On mahdollista, että vuoden 2005 kyselyn vastauksissa on ollut henkilöitä, jotka eivät tunne kriisityön sisältöä tarkasti.

Voi myös pohtia, onko debriefing-istuntojen jälkeinen seuranta riittävää, jos sitä vaille jää 40 prosenttia istunnoista (v. 2002). Tähän kysymykseen on vaikeaa ottaa kantaa tietämättä tarkemmin, millaisissa tilanteissa seurantaa ei ole järjestetty. Nyrkkisääntö joka tapauksessa on, että seuranta tulee järjestää aina, jos istunnon osanottajien altistus on ollut voimakas ja mikäli monien reaktiot ovat voimakkaita. Debriefing-istunnon jälkeinen seuranta ja tuki voi olla myös yksilöllistä, jos varsinaista seurantaistuntoa ei kriisiryhmän toimesta katsota tarpeelliseksi. Istunnon lopussa vetäjien tulee myös antaa osanottajille yhteystietonsa ja kehoitus ottaa yhteyttä vetäjiin, mikäli tarvetta ilmenee.

Psykososiaalisen tuen ja palveluiden valmius suuronnettomuustilanteissa kaipaa myös kehittämistä. Kriisityö oli sisällytetty kunnan valmiussuunnitelmaan 57 prosentissa kunnista vuonna 2002, mutta viidesosassa kuntia suuronnettomuusvalmiutta ei ollut organisoitu lainkaan. Uusintakyselyssä vuonna 2005 kävi ilmi, että kunnista puuttuu kokemusta ja toimintasuunnitelmia poikkeuksellisten ja suurten katastrofien varalle. Kunnissa oli epätietoisuutta siitä, mitä psykososiaalisen tuen tulisi olla ja miten sitä tulisi toteuttaa välittömän psyykkisen ensiapuvaiheen jälkeen poikkeuksellisissa ja suurissa katastrofitilanteissa. Jatkohoidon (kriisi- ja traumahoidon) resurssit ja osaaminen koettiin myös riittämättömäksi.

Tutkimus osoitti monia puutteita kriisiryhmien toimintaolosuhteissa, mikä ei voi olla vaikuttamatta ryhmien työmotivaatioon ja jaksamiseen. Rärkeimpiä puutteita toimintaolosuhteissa oli esimerkiksi se, että virkaehtosopimuksen määräyksistä huolimatta vain kolmasosassa kunnista ryhmille maksettiin virkaehtosopimuksen mukaisia korvauksia virka-ajan ylittävästä työstä vuonna 2002. Vain vajaassa kolmasosassa kunnista ryhmillä oli mahdollisuus säännölliseen työnohjaukseen. Yli puolet vastanneista kunnista vuonna 2002 arvioi työn henkilöstöresurssit riittämättömiksi ja lähes puolet arvioi myös kriisityön osaamisessa olevan kehittämistä.

# Johtopäätökset ja kehittämis- haasteet

Tutkimustulosten pohjalta hahmottuu selkeitä kehittämishaasteita (vrt. Murtomaa ym, 1998: Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistus kriisityön toteuttamisesta).

Kriisiryhmien tavoitettavuutta tulee kehittää lisäämällä virka-ajan ulkopuolista varallaoloa. Ellei tämä ole mahdollista yksittäisen kunnan toimintana, on kehitettävä useiden kuntien seudullista yhteistyötä. Varallaolo on mielekästä synkronoida kunnassa olevien muiden päivystysjärjestelmien kanssa. Yhteistyö ja työnjako kunnissa vuonna 2007 pakolliseksi tulevan sosiaalipäivystyksen kanssa tulee sopia.

On myös syytä pohtia, toteutetaanko työtä tällä hetkellä osin liian pienissä yksiköissä. Kuntien välistä yhteistyötä kriisityön järjestämisessä tulisi tehostaa. Silti kriisityön toteutuksessa tulee säilyttää riittävä läheisyys väestöön ja hyvä yhteys peruskuntaan, jotta hyvä tiedonkulku ja hoidon jatkuvuus voidaan turvata.

Välittömän henkisen ensiavun interventio kaippaa edelleen kehittämistä ja se tulisi saada nykyistä laajempaan käyttöön. Tämä asia kytkeytyy luonnollisesti virka-ajan ulkopuolisen valmiuden riittävyteen sekä koko traumaattisen kriisin prosessin huomioon ottavaan kriisiajatteluun. Seudullisen yhteistyön mahdollisuuksia tulee tarvittaessa hyödyntää myös tässä. Myös kriisiavun jälkeisen seurannan riittävyteen tulee kiinnittää huomiota.

Akuutin kriisiavun jälkeiset jatkohoitomahdollisuudet eivät ole kaikin osin kunnossa, ja niitä tulee kehittää. Tiedetään, että jos traumaattisen tapahtuman kokenut henkilö oireilee vielä kolme kuukautta tapahtuman jälkeen, on olemassa kroonistumisen vaara. Kroonistuttuaan traumaperäinen stressireaktio on vaikea hoidettava. Traumaattisen kriisin kokeneella henkilöllä tulee sen tähden aina tarvittaessa olla mahdollisuus asianmukaiseen jatkohoitoon välittömästi akuutin kriisiavun jälkeen. Traumaperäisten häiriöiden riittävä ja asianmukainen hoito edellyttää välttämättä, että kriisi- ja traumahoito saa nykyistä suuremman painoarvon mielenterveyspalveluissa ja että tämän alueen osaamiseen panostetaan.

Myös kriisityön toimintaolosuhteissa on kehitettävää. Kriisityön integroituminen aidosti osaksi kunnan perus- ja mielenterveyspalveluiden järjestelmää tulee varmistaa riittävillä hallinnollisilla rakenteilla ja ratkaisuilla. Psykososiaalisen tuen suunnitelma tulee sisällyttää kunnan valmiussuunnitelmaan kaikissa kunnissa. Työn resursseja tulee vahvistaa sekä henkilöresurssien, osaamisen että työhön käytettävissä olevan työajan osalta. Myös asianmukaisista työaikakorvauksista tulisi sopia kunnissa. Kriisityön koulutusta tulee kehittää ja työnohjausmahdollisuuksia parantaa.

Psykososiaalisen tuen järjestelmä suuronnettomuustilanteita varten tulee arvioida maassa uudelleen. Tulee luoda kansallinen suuronnettomuuksien psykososiaalisen tuen ja palvelujen strategia, jossa eri viranomaistahojen vastuut ja työnjako määritellään ministeriöistä alue- ja kuntatasolle saakka. Strategian tulee sisältää linjaukset siitä, millaista kriisiapua ja psykososiaalista tukea tulee olla saatavilla eri vaiheissa katastrofin jälkeen.

## Lähteet

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., et al. (2000). Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (suppl 5): 60–66.
- Borgå, P. (2005). Posttraumatiskt stressyndrom är en folksjukdom. Behandlingen av traumatiserade måste integreras i vården. *Läkartidningen*, 102 (0547): 3521.
- Boscarino, J.A., Adams, R.E., Figley, C.R. (2005). A Prospective Cohort Study of the Effectiveness of Employer-Sponsored Crisis Interventions after a Major Disaster. *International Journal of Emergency Mental Health*, 7 (1): 9–22.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47 (19): 923–929.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Cullberg, J. (1991). *Tasapainon järkkyyssä – psykoanalyttinen ja sosiaalipsykiatrinen tutkielma*. Helsinki: Otava.
- Deykin, E. Y., Keane, T. M., Kaloupek, D., Fincke, G., Rothendler, J., Siegfried, M., Creamer, K. (2001). Posttraumatic stress disorder and the use of health services. *Psychosomatic Medicine* 63 (5): 835–841.
- Dyregrov, A. (1989a). Caring for helpers in disaster situations: Psychological debriefing. *Disaster Management*, 2, 25–30.
- Dyregrov, A. (1994). *Katastrofipsykologian perusteet*. Tampere: Vastapaino.
- Dyregrov, A. (1997). The Process in Psychological Debriefings. *Journal of Traumatic Stress*, 10: 589–605.
- Dyregrov, A. (1998). Psychological debriefing – an effective method. *Traumatology* 4:2, Article 1.
- Dyregrov, K., Nordanger, D., Dyregrov, A. (2000). Omsorg for etterlatte ved brå, uventet død. Evaluering av behov, tilbud og tiltak. Rapport, Bergen: Senter for Krisepsykologi, 2000.
- Dyregrov, A. (2003). *Psykologisk debriefing*. Lund: Studentlitteratur.
- Elklit, A., Andersen, L.B., Aretander, T. (1995). Scandinavian Star. Anden Del. En opfølgende undersøgelse af de fysiske, psykologiske og sociale eftervirkninger 3,5 år efter katastrofen. *Psykologisk Skriftserie*, 20 (2). Aarhus Universitet.
- Everly, G.S. & Mitchell, J.T. (1997). *Critical Incident Stress Management (CISM): A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention*. Ellicott City, MD: Chevron.
- Everly, G.S., Flannery, R.B., Mitchell, J.T. (2000). Critical Incident Stress Management (CISM): A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5: 23–40.
- Frans, Ö., Rimmö, P.A., Åberg, L., Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111 (4): 291–299.
- Fröberg, L. (2005). *En evalueringsstudie av psykologisk debriefing*. Pro gradu -avhandling, Åbo Akademi, Vasa.
- Galea, S., Nandi, A., Vlahov, D. (2004). The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after Disasters. *Oxford Journals, Epidemiologic Reviews*, 27 (1): 78–91.
- Henriksson, M (2005). Psykkiseen selviytymiseen on monta tietä. *Suomen Lääkärilehti*, 60 (35): 3355.
- Hidalgo, R., Davidson, J. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: epidemiology and health-related considerations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (suppl. 7): 5–13.
- Hynninen, T. & Upanne, M. (2001). Ehkäisevä mielenterveystyö, kriisityö ja itsemurhien ehkäisy kunnissa. Toiminnan analyysi – kehittämistarpeiden täsmentäminen. Hankesuunnitelma Terveystyön edistämisen määräraha-anomusta varten. Helsinki: Stakes.
- Hynninen, T., Upanne, M. (2005). Kriisityö ja itsemurhien ehkäisy kunnissa. Teoksessa Ritamo, M (toim.), VIII Terve Kunta -päivät 26.–27.1.2005. Aiheita, Stakes 2005, num. 4: 134.
- Hynninen, T. (2005). Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin uhrien psykososiaalinen tuki kunnissa. *Suomen Lääkärilehti*, 60 (21): 2369–2372.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromt, E., et al. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 52: 1048–1060.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62 (6): 617–627.
- Kramer, T. L., Green, B. L. (1997). Post-traumatic stress disorder: a historical context and evolution. Teoksessa Halpern, D.F., Voiskounsky, A.E. (Eds.). *States of mind; American and post-Soviet perspectives on contemporary issues in psychology* (ss. 215–237). New York: Oxford University Press.
- Lahti, P., Saaristo, L., Laitinen, R., Rinne, R., Saari, S., Saarinen, P. (2005). Näkökulma traumaattisten kriisien jälkeiseen hoitoon. *Duodecim* 2005; 121: 2458–60.
- Mc Nally, R.J., Bryant, R.A., Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science In The Public Interest*, 4: 45–79.
- Merttu -tutkimus suomalaisten mielenterveyspalveluiden vaikuttavuudesta 2004–2006. <http://www.stakes.fi/merttu>

- Mitchell, J.T., Everly, G.S. (1993). *Critical Incident Stress Debriefing: (CISD)*. Ellicot City: Chevron Publishing Corp.
- Murtomaa, M., Narumo, R., Poijula, S., Ponteva, M., Rousu, S., Saari, S. (1998). Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1998:1.
- Narumo, R., Murtomaa, M. (1998). Psykososiaaliset tukipalvelut traumaattisen kriisin kohdanneille. Ohjeisto hätäkeskuspäivystäjille. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1998: 28.
- Norris, F. (2005). *Psychosocial Consequences of Natural Disasters in Developing Countries: What Does Past Research Tell Us About the Potential Effects of the 2004 Tsunami?* National Center for PTSD. [http://www.ncptsd.va.gov/facts/disasters/fs\\_tsunami\\_research.html](http://www.ncptsd.va.gov/facts/disasters/fs_tsunami_research.html)
- Pelastuslaki n:o 468/2003.
- Pojjula, S. (2004). Myrmanin räjähdys – uhrien ja omaisten psykkinen selviytyminen ja hoidon merkitys. Monisteita 2004:13. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004.
- Pojjula, S. (2005). Kriisityöstä psyykkisen trauman hoitoon. *Suomen Lääkärilehti* 2005, 60 (14): 1587–1589.
- Rahe, R.H. (2004). Effectiveness of Crisis Interventions. *Paulo Foundation Symposium 2004: Effectiveness Research in Psychiatry*, 27–28 May, Lahti, Finland.
- Raphael, B. (1986). *When Disaster Strikes: A Handbook for Caring Professionals*. London: Hutchinson.
- Raphael, B., Wilson, J., Meldrum, L., McFarlane, A. (1996). Acute preventive interventions. Teoksessa B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisäth (Eds.). *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society*, (ss. 463–479). New York: Guilford Press.
- Ruppa, K., Huttunen, M.O. (1997). Esipuhe kirjassa DSM-IV. Diagnostiset kriteerit. Suomen Psykiatriyhdistys. American Psychiatric Association. Orion-yhtymä Oy, 7–8.
- Saari, S. (1998). Oikein toteutettuna jälkipuinnista on hyötyä. *Impakti* 6/1998.
- Saari, S. (2000). *Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Saari, S. (2005). Kriisityö perustuu todelliseen tarpeeseen. *Suomen Lääkärilehti*, 60 (35): 3353.
- Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Sengupta, A., Jankowski, K., Holmes, T. (2000). PTSD and utilization of medical treatment services among male Vietnam veterans. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 188: 496–504.
- Tuomi-Nikula, A., Sohlman, B., Hynninen, T. (2005). Kriisityö kunnissa Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin jälkeen. *Aiheita, Stakes* 2005, num. 14.
- Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta n:o 787/2003.
- Yule, W., Williams, R., Joseph, S. (1997). *The Herald of Free Enterprise disaster*. Teoksessa Black, D., Newman, M., Harris-Hendriks, J., Mezey, G. (toim.). *Psychological Trauma. A Developmental Approach*. London, Gaskell.

## Liite 1

### Käytetyt käsitteet

Kriisi- ja traumapsykologisia käsitteitä on määritelty eri yhteyksissä hieman eri tavoin. Seuraavassa määritellään tässä tutkimuksessa käytetyt käsitteet. Ne perustuvat alan kirjallisuudessa esiintyviin keskeisiin määritelmiin.

#### **Akuutti kriisityö. Katso kriisityö.**

Akuutti kriisityö on ennaltaehkäisevää työtä, jolla pyritään torjumaan ja lievittämään traumaattisten tapahtumien aiheuttamaa psyykkistä stressiä ja ehkäisemään psyykkisten traumojen kehittymistä. Työ kattaa kaikki ne toiminnot, joita kriisiryhmä (tai muu vastaava) toteuttaa välittömästi äkillisen, traumaattisen tilanteen jälkeen tapahtuman kohdanneiden ihmisten auttamiseksi.

**Debriefing (critical incident psychological stress debriefing).** Katso psykologinen jälkipuinti.

**Defusing (stress defusing).** Katso purkukokous.

**Henkinen ensiapu.** Katso välitön henkinen ensiapu.

#### **Katastrofi**

Aikaisemmin uhrien tai vahinkojen määrällä määritelty termi. Voidaan soveltaa vaikutuksiltaan erittäin suuriin tai hallitsemattomiin luonnon- tai muihin onnettomuuksiin, joissa esimerkiksi avun ja hoidon tarve ylittää merkittävästi lääketieteelliset hoitomahdollisuudet.

Katastrofi voidaan määritellä tapahtumaksi, joka aiheuttaa suurta inhimillistä kärsimystä ja huomattavia aineellisia vahinkoja. Se myös uhkaa olemassaoloamme, identiteettiämme, ihmisarvoamme ja turvallisuuttamme. Katastrofi tapahtuu usein yht’äkkiä, odottamatta ja niin, ettei se ole hallittavissa.

#### **Kriisi**

Tapahtumien tavanomaisessa kulussa tapahtunut huomattava, yleensä äkillinen muutos (negatiivinen käännekohta), joka aiheuttaa psyykkisiä reaktioita (useimmiten) sen takia, että yksilö joutuu tavanomaiset selviytymiskeinonsa ylittävän vaatimuksen tai uhkan eteen.

#### **Kriisi-interventio**

Psykologisella kriisi-interventiolla tarkoitetaan onnettomuuden tai muun stressitapahtuman psyykkisten seuraamusten lievittämiseen ja rajoittamiseen tähtäävää välitöntä toimintaa.

#### **Kriisiryhmä**

(Kunnassa toimiva) kriisiryhmä on yleensä terveyskeskuksen yhteyteen perustettu moniammatillinen ryhmä, joka koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon, muiden hallinnonalojen ja joskus myös vapaaehtoisjärjestöjen työntekijöistä. Ryhmä tarjoaa alueen asukkaille psykososiaalista tukea ja palveluja onnettomuuksissa ja muissa traumaattisissa tapahtumissa.

#### **Kriisitilanne**

(Huomattava) onnettomuus- tai erityistilanne, joka kokemuksen mukaan aiheuttaa (useille) henkilöille stressioireita ja psykososiaalisen tuen ja palveluiden tarvetta.

#### **Kriisityö**

Kriisityöllä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa kriisityötä erikseen organisoituna (kriisiryhmien) toimintana, joka perustuu valmiuslainsäädännössä eri viranomaisille määriteltyihin tehtäviin. Kriisityö näin määriteltynä kattaa kaikki ne toiminnot, joita kriisiryhmä (tai muu vastaava) toteuttaa äkillisen, traumaattisen tilanteen kohdanneiden ihmisten auttamiseksi.

#### **Psykologinen jälkipuinti (debriefing)**

Psykologinen jälkipuinti on järkyttävän tapahtuman jälkeen yleensä 1–3 vuorokauden kuluessa jär-

jestettävä suunniteltu, määrämuotoinen ryhmäistunto, jonka vetää mielenterveystyön ammattihenkilö. Kokouksessa käsitellään tapahtumasta tiedossa olevia tosiasioita, sen herättämiä tuntemuksia ja aiheuttamia oireita sekä annetaan ohjausta stressinhallintaan.

### **Psykososiaalinen tuki ja palvelut**

Kattotermi koko sille toiminnalle, jota järjestetään (yhdyskuntaonnettomuuden) suuronnettomuuden tai muun erityistilanteen ihmisiin kohdistuvien seuraamusten rajoittamiseksi ja tapahtuman aiheuttaman psyykkisen stressin seuraamusten torjumiseksi ja lieventämiseksi. Voidaan karkeasti jakaa psyykkiseen- ja kirkon henkiseen huoltoon sekä sosiaalityöhön ja -palveluihin.

### **Psyykinen huolto**

Kattotermi käsitteille henkinen tuki ja psyykinen jälkihoito. Sisältää kokonaisvaltaisesti stressitapahtuman jälkeiset psyykkistä terveyttä edistävät ja tapahtuman seuraamuksia ehkäisevät toiminnot (toimeenpanijasta riippumatta).

### **Psyykinen jälkihoito**

Mielenterveystyön piiriin kuuluva yksilö- ja ryhmätasoinen hoito tai hoitoonohjaus stressitapahtuman jälkeen.

### **Purkukokous (defusing, stressin purkukokous)**

Välittömästi traumaattisen tapahtuman jälkeen (joskus vielä pelastustoimien jatkuessa) samana päivänä järjestettävä lyhyt johdettu kokous, jonka kohderyhmänä ovat pelastus- ja ensihoitotyössä tai vastaavassa erityiselle stressille alttiiksi joutuneet toimintaorganisaatioiden jäsenet. Kyseessä on ammatti-ihmisten (auttajien) välittömien reaktioiden purku, jonka tavoitteena on työkyvyn nopea palauttaminen.

### **Stressi**

Stressi on rasitusta tai painetta. Voimakas fyysinen ja psyykinen rasitus aiheuttaa ihmisessä fyysisen ja psyykkisen sopeutumisreaktion. Stressi koetaan ahdistuksena, jonka aiheuttaa uhkan havaitseminen (epäsuhta koettujen vaatimusten ja selviytymiskeinojen välillä). Ahdistus voi ilmetä muuttuneena käyttäytymisenä, ruumiillisina oireina ja/tai tunnereaktioina. Psyykinen stressi on elimistöön kohdistuvien rasitusten ja paineiden henkinen vaikutus kokonaisuudessaan tai näiden aiheuttama tuntemus (koettu stressi).

### **Stressireaktio**

Yleensä lyhytkestoinen psyykinen reaktio voimakkaasti vaikuttavaan tapahtumaan. Reaktion aikana esiintyy fyysisiä ja psyykkisiä stressioireita. Tavallisesti on kyseessä normaali reaktio epänormaaliin tapahtumaan. Traumaperäinen stressireaktio eli pitkittynyt järkyttävään kokemukseen liittyvä reaktio (F43.1) ks. liite 2.

**Stressitapahtuma.** Katso myös traumaattinen/traumatisoiva tapahtuma.

Ihmiseen voimakkaasti vaikuttava tapahtuma, järkytys.

### **Suuronnettomuus**

Määritelmän mukaan onnettomuus, jossa kuolleiden tai vammautuneiden määrä on 10–100 tai jossa omaisuusvahingot ovat huomattavat ja joka vaatii vastaavan laajuisen viranomaistoimenpiteiden tarpeen.

### **Trauma**

Vrt. kreikan kielen verbi "troien", lävistää. Trauma määritellään henkiseksi tai elimelliseksi vammaksi, vaurioksi tai haavaksi. Sen aiheuttaa traumatisoiva tapahtuma, joka ylittää ihmisen selviytymisvoimavarat ja psyykkiset puolustusmekanismit ja rikkoo ruumiin ja mielen tasapainotilan.

### **Traumaattinen/traumatisoiva tapahtuma**

Luonteeltaan sellainen tapahtuma, jota tuskin osasi kuvitella tapahtuvaksi ja joka sattuu yllättäen, täysin ilman ennakkovaroitusta, niin ettei siihen voi etukäteen valmistautua psyykkisesti. Tapahtuma oli-

si hyvin kuormittava kenelle tahansa, ja se muuttaa usein keskeisiä elämänarvoja. Traumaattinen tapahtuma voi koskettaa yhtä henkilöä (omaisen kuolema, väkivallan uhriksi joutuminen) tai sen vaikutuksen piiriin voi(vat) joutua perhe, ryhmä tai yhteisö, jopa kansakunnat (aseellinen ryöstö, työpaikkaonnettomuus, työoverin itsemurha, suuronnettomuus, katastrofi).

### Traumaattinen kriisi

Traumaattinen kriisi on akuutti emotionaalinen reaktio äkilliseen voimakkaaseen ulkoiseen tapahtumaan tai uhkaan (joka uhkaa yksilön fyysistä olemassaoloa, sosiaalista identiteettiä ja turvallisuutta tai tarpeiden tyydytysmahdollisuuksia). Emotionaalisen myllerryksen tila, jossa tavanomainen tasapaino ajattelun ja tunteiden välillä on häiriintynyt ja jossa yksilön tavanomaiset selviytymiskeinot eivät riitä.

### Uhri

Lääkinnällinen uhrikäsite: Onnettomuudessa/tapahtumassa kuolleet ja loukkaantuneet.

Psykologinen uhrikäsite: Tapahtumassa mukana olleet (loukkaantuneet tai säikähdyksellä selvinneet), läheisen ihmisen äkillisesti menettäneet omaiset ja lähiyhteisöt, silminnäkijät, auttajat, tapahtuman aiheuttajat ("sylliset").

### Välitön henkinen ensiapu

Välitön henkinen ensiapu on psykologista supportiota, joka toteutetaan välittömästi traumaattisen tapahtuman jälkeen tavallisesti ensimmäisen vuorokauden aikana uhrien auttamiseksi. Henkiselle ensiavulle leimallista on aktiivinen kuuntelu, levollinen läsnäolo, käytettävissä oleminen ja kyky rauhoittaa. Henkiseen ensiapuun ei kuulu vielä tapahtuman aktiivinen käsittely (auttajan toimesta).

## Liite 2.

### Traumaperäinen stressihäiriö (DSM-IV)<sup>6</sup> (APA, 1994)

#### A. Henkilö on joutunut traumaattiseen tilanteeseen, jossa tapahtui kumpikin seuraavista:

1. henkilö koki, näki tai joutui vastakkain sellaisen tapahtuman tai tapahtumien kanssa, joihin liittyi kuolema tai vakava loukkaantuminen tai niiden uhka tai oman tai muiden fyysisen koskemattomuuden vaarantuminen
2. henkilön reaktio oli voimakas pelko, avuttomuus tai kauhu.

#### B. Traumaattinen tapahtuma koetaan jatkuvasti uudelleen yhdellä tai useammalla seuraavista tavoista:

1. toistuvia, tietoisuuteen tunkeutuvia ja ahdistavia muistikuvia tapahtumasta, esim. mielikuvia, ajatuksia ja havaintoja
2. toistuvia ja ahdistavia unia tapahtumasta
3. käyttäytyminen tai tuntemukset, jotka heijastavat ikään kuin traumaattisen tapahtuman toistumista (kokemuksen uudelleen eläminen, illuusiot, aistiharhat ja dissosiatiiiviset palaumat (flashback), mukaan luettuina heräämisvaiheessa tai päihtymistilassa esiintyvät)
4. voimakas psykologinen ahdistus jouduttaessa tekemisiin traumaattista tapahtumaa muistuttavien tai symboloivien sisäisten tai ulkoisten asioiden kanssa
5. fysiologiset reaktiot traumaattista asiaa muistuttaviin tai symboloiviin sisäisiin tai ulkoisiin asioihin.

#### C. Traumaan liittyvien asioiden jatkuva välttäminen ja yleisen reagoitiherkkyuden turtuminen (ei esiintynyt ennen traumaa), jotka ilmenevät vähintään kolmella seuraavista tavoista:

1. pyrkimys välttää traumaa koskevia ajatuksia, tunteita tai keskusteluja
2. pyrkimys välttää toimintoja, paikkoja tai ihmisiä, jotka muistuttavat traumasta

<sup>6</sup>Virallisessa psykiatrisessa diagnostiikassa Suomessa käytetään ICD-10 -Tautiluokitusta (F43.1 Traumaperäinen stressireaktio). Koska DSM-IV:n sisältämät diagnostiset kriteerit ovat selkeämmät ja siten luotettavammat kuin vastaavat ICD-10:n kriteerit, käytetään DSM-IV:n mukaista luokitusta laajasti psykiatrisissa tutkimuksissa (Poijula, 2004; Ruppä, Huttunen, 1997).

3. kykenemättömyys muistaa trauman keskeisiä seikkoja
4. kiinnostus tai osallistuminen tärkeisiin toimintoihin on vähentynyt merkittävästi
5. muista etäntymisen tai vieraantumisen tunne
6. affektien laimentuminen (esim. lämpimien tunteiden puuttuminen)
7. tulevaisuuden näkymien kapeutuminen (ei odota saavansa osakseen ammattiuraa, avioliittoa, lapsia tai normaalia elämänsäkaarta).

**D. Jatkuvia kohonneen vireystilan oireita (eivät esiinny ennen trauma), jotka ilmenevät vähintään kahdella seuraavista tavoista:**

1. nukahtamis- ja unessapysymisvaikeudet
2. ärtyneisyys tai vihanpurkaukset
3. keskittymisvaikeudet
4. korostunut varuillaanolo
5. säikkyminen.

**E. Häiriö (kriteerien B, C ja D oireet) on kestänyt yli kuukauden.**

**F: Häiriö aiheuttaa kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa sosiaalisella, ammatillisella tai muulla tärkeällä toiminnan alueella.**

Määritä jos:

Akuutti: jos oireet ovat kestäneet vähemmän kuin kolme kuukautta.

Krooninen: jos oireet ovat kestäneet kolme kuukautta tai kauemmin.

Määritä jos:

Viivästyneenä alkanut: jos oireet ovat alkaneet vähintään kuusi kuukautta stressitekijän esiintymisen jälkeen.

### **Liite 3.**

#### Sairaanhoidopiirien tunnisteiden selitykset

A	Ahvenanmaan sairaanhoidopiiri
E-K	Etelä-Karjalan sairaanhoidopiiri
E-P	Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri
E-S	Etelä-Savon sairaanhoidopiiri
HUS	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiiri
I-S	Itä-Savon sairaanhoidopiiri
K	Kainuun sairaanhoidopiiri
K-H	Kanta-Hämeen sairaanhoidopiiri
K-L	Kymenlaakson sairaanhoidopiiri
K-P	Keski-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri
K-S	Keski-Suomen sairaanhoidopiiri
L	Lapin sairaanhoidopiiri
L-P	Länsi-Pohjan sairaanhoidopiiri
P	Pirkanmaan sairaanhoidopiiri
P-H	Päijät-Hämeen sairaanhoidopiiri
P-K	Pohjois-Karjalan sairaanhoidopiiri
P-P	Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri
P-S	Pohjois-Savon sairaanhoidopiiri
S	Satakunnan sairaanhoidopiiri
V	Vaasan sairaanhoidopiiri
V-S	Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri

## Liite 4.

Liitetaulukko 1. Kriisityön kattavuus kunnissa vuonna 2005 (kaikki vastanneet kunnat) (%)

Kriisityön tilanne	Kaikki kunnat vuonna 2005	
	n = 260	%
Ei toimi		5,4
Toimii		75
Palvelut ostetaan		14,2
Kriisiryhmä lakkautettu		3,1
Kriisiryhmää ollaan perustamassa uudelleen		2,3
<b>Yhteensä</b>		<b>100</b>

Liitetaulukko 2. Työnjako kriisiryhmässä vetäjän koulutuksen mukaan (%)

Vetäjän koulutus	Ketkä osallistuvat istuntojen vetämiseen						Yhteensä %
	Kokeneimmat kriisiryhmän jäsenet		Päävetäjä/ apuvetäjä -rakenne		Kaikki ryhmän jäsenet vuorollaan		
Ei kriisityön koulutusta	100,0	(2.2) <sup>a</sup>	0	(-.7)	0	(-.7)	100
Kriisityön peruskoulutus	16,7	(.6)	36,2	(-1.4)	47,1	(1.1)	100
Kriisityön erikoiskoulutus/pitempi koulutus	7,4	(-1.5)	68,5	(2.9)	24,1	(-2.0)	100
<b>Yhteensä %</b>	<b>15,2</b>		<b>42,4</b>		<b>42,4</b>		

$\chi^2 = 24,178$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0,000$

<sup>a</sup>Standardoidut residuaalit suluissa

## Liite 5.

Liitetaulukko 3. Kunnan psykososiaalisen tuen ja palvelujen valmius suuronnettomuus- ja erityistilanteita varten kriisityön hallinnollisen vahvistuksen mukaan (%) (n = 285)

Hallinnollinen vahvistus	Psykososiaalisen tuen valmius					
	Ei järjestetty	Kriisiryhmä vastaa	Erillinen organisaatio	Muu järjestely	Yhteensä	
Ei hallinnollista vahvistusta	32,1 (3.0) <sup>a</sup>	32,1 (-1.8)	14,3 (.0)	21,4 (.1)	100	
Kyllä. Sisältyy kunnan valmiussuunnitelmaan	12,1 (-1.3)	52,7 (.8)	13,9 (-.2)	21,2 (.0)	100	
Muu hallinnollinen vahvistus	12,5 (-.7)	51,6 (.4)	15,6 (.3)	20,3 (-.1)	100	
Yhteensä %	16,1	48,4	14,4	21,1		

$\chi^2 = 15,003$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0,020$

<sup>a</sup>Standardoidut residuaalit suluissa.

Liitetaulukko 4. Arvio kunnan kriisityön järjestelmän toimivuudesta vastaajan roolin mukaan (%) (n = 354)

Vastaajan rooli kunnan kriisityössä	Kunnan kriisityön järjestelmän toimivuuden arvio										
	Erittäin hyvin %		Hyvin %		Kohtalaisesti %		Huonosti %		Erittäin huonosti %	Yhteensä %	
Kriisiryhmän vetäjä/yhdyshenkilö	11,3	(.0) <sup>a</sup>	48,9	(1.5)	32,9	(-1.5)	6,5	(.4)	0,4	(-1.3)	100
Kriisiryhmän jäsen	12,1	(.2)	25,8	(-2.1)	51,5	(1.6)	4,5	(-5)	6,1	(3.2)	100
Terveystoimen johtaja/muu esimies	14,3	(.4)	52,4	(.7)	33,3	(-.4)	0	(-1.1)	0	(-.5)	100
Muu	8,3	(-.5)	25	(-1.6)	58,3	(1.9)	8,3	(.6)	0	(-.7)	100
Yhteensä %	11,3		42,4		39		5,9		1,4		

$\chi^2 = 33,065$ ,  $df = 12$ ,  $p = 0,003$

<sup>a</sup>Standardoidut residuaalit suluissa

## Liite 6.

Liitetaulukko 5. Arvio kriisiryhmän toiminnan tuloksista ihmisten elämän ja voinnin suhteen vastaajan aseman mukaan (%) (n = 290)

Vastaajan rooli kunnan kriisityössä	Tuloksellisuuden arvio			Yhteensä %
	Ei %	Kyllä %	Vaikea arvioida %	
Kriisiryhmän vetäjä/yhdyshenkilö	0,5 (-1.5) <sup>a</sup>	86,2 (.2)	13,3 (.1)	100
Kriisiryhmän jäsen	1,7 (-.2)	91,4 (.5)	6,9(-1.3)	100
Terveystoimen johtaja/muu esimies	14,3 (3.2)	50 (-1.4)	35,7 (2.3)	100
Muu	9,1 (2.3)	77,3 (-.4)	13,6 (.1)	100
Yhteensä %	2,1	84,8	13,1	100

$\chi^2 = 27,342$ , df = 6, p = 0,002

<sup>a</sup>Standardoidut residuaalit suluissa.

## Liite 7.

Liitetaulukko 6. Vastausprosentit sairaanhoitopiireittäin vuosina 2002 ja 2005

Sairaanhoitopiiri	Vastanneet kunnat		Vastanneet kunnat	
	n	%	n	%
Etelä-Karjalan	6	60	8	80
Etelä-Pohjanmaan	25	92,6	20	76,9
Etelä-Savon	11	78,7	6	50
Helsingin ja Uudenmaan	26	81,3	18	56,3
Itä-Savon	13	100	5	50
Kainuun	9	100	5	55,6
Kanta-Hämeen	14	87,5	11	68,8
Kymenlaakson	11	84,6	7	58,3
Keski-Pohjanmaan	12	92,3	6	46,2
Keski-Suomen	24	80	17	56,7
Lapin	10	62,5	9	56,3
Länsi-Pohjan	4	66,7	2	33,3
Pirkanmaan	31	91,2	24	72,7
Päijät-Hämeen	14	100	7	50
Pohjois-Karjalan	13	68,4	11	68,8
Pohjois-Pohjanmaan	34	81,0	31	75,6
Pohjois-Savon	21	87,5	16	69,6
Satakunnan	24	96,0	14	58,3
Vaasan	16	94,1	13	76,5
Varsinais-Suomen	53	91,4	34	60,7
Yhteensä	378	84,8	264	61,1 <sup>7</sup>

<sup>7</sup>Prosentit perustuvat kuntien lukumäärään (432) 1.1.2005.

**Liite 8.**

Kyselylomake vuonna 2002



**STAKES**  
SOSIAALI- JA TERVEYSALAN  
TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISKESKUS



**SUOMEN KUNTALIITTO**  
FINLANDS KOMMUNFÖRBUND

Ehkäisevä mielenterveystyö, kriisityö ja  
itsemurhien ehkäisy kunnissa 2001

Palautus oheisessa kuoressa  
28.02.2002 mennessä.  
Postimaksu maksettu.

LOMAKE 2

**Kriisityön organisointi, toteutustapa ja laajuus kunnissa 2001**

Tämä *kriisityötä* koskeva kysely on osa laajempaa tutkimushanketta, joka koskee ehkäisevää mielenterveystyötä, kriisityötä ja itsemurhien ehkäisyä kunnissa. Tutkimus liittyy TATO -ohjelman<sup>1</sup> kohtaan 44 ja Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen<sup>2</sup> kohtiin 1,2 ja 12.

Tällä lomakkeella kootaan tiedot kriisityön organisoinnista, toteutustavasta ja laajuudesta kuntien sosiaali- ja terveystyöpalveluissa. Vastaavat tiedot kootaan sairaanhoitopiirien järjestämistä kriisipalveluista. Ehkäisevää mielenterveystyötä ja itsemurhien ehkäisyä koskeva toiminta selvitetään eri lomakkeella.

*Kriisityöllä* tarkoitetaan tässä kyselyssä kriisityötä erikseen organisoituna kriisiryhmien toimintana, joka perustuu valmiuslainsäädäntöön ja sitä kautta eri viranomaisille määriteltyihin tehtäviin<sup>3</sup>. Kriisityö näin määriteltynä käsittää kaikki ne toiminnot, joita toteutetaan äkillisen, traumaattisen tapahtuman tai tilanteen kohdanneiden ihmisten auttamiseksi<sup>4</sup>.

Tutkimus koskee toimintaa, joka oli meneillään tai suunnitteilla vuonna 2001.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

*Lisätiedot: projektikoordinaattori, YM Tuula Hynninen, p. (09) 3967 2182,  
email: tuula.hynninen@stakes.fi*

<sup>1</sup>Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. STM:n julkaisuja 1999:16

<sup>2</sup>Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. STM:n oppaita 2001:9

<sup>3</sup>Valmiuslaki n:o 1080/1991, Pelastustoimilaki n:o 561/1999

<sup>4</sup>Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. STM:n työryhmämuistio 1/1998

1. Vastaajan nimi: \_\_\_\_\_
2. Vastaajan ammattinimike: \_\_\_\_\_
3. Vastaajan työpaikan nimi: \_\_\_\_\_  
Työpaikan osoite ja puhelin: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Työpaikan maantieteellinen toimi-/vastuualue?
  - 1 Yksi kunta tai kunnan osa, mikä kunta: \_\_\_\_\_
  - 2 Useampi kunta, mitkä kunnat: \_\_\_\_\_
  - 3 Muu hallinnollinen alue (esim. kuntainliitto, piiri), mikä: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Jos työyksikkö on osa laajempaa organisaatiota, organisaation nimi ja osoite: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Vastaajan rooli kunnan kriisityössä?
  - 1 Kriisiryhmän vetäjä/yhdyshenkilö \_\_\_\_\_
  - 2 Kriisiryhmän jäsen \_\_\_\_\_
  - 3 Terveystoimen johtaja tai muu esimies \_\_\_\_\_
  - 4 Muu. Mikä? \_\_\_\_\_
7. Vastaajan työkokemus kriisityössä (arvio vuosina): \_\_\_\_\_
8. Vastaajan koulutus kriisityöhön: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Toimiiko kunnassa kriisiryhmä äkillisiä traumaattisia tilanteita varten?
  - 1 Kyllä. Ollut toiminnassa vuodesta \_\_\_\_\_
  - 2 Ei. Muu järjestely.
10. Toimiiko kunnassa tietämänne mukaan muita kriisiryhmiä (esim. kouluissa, työpaikoilla)?
  - 1 Kyllä. Mitä ryhmiä? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - 2 Ei.

**Seuraavat kysymykset koskevat kunnan kriisiryhmän (kysymys 9) toimintaa.**

11. Onko kunnan kriisiryhmän toiminnalla hallinnollinen vahvistus?
  - 1 Kyllä.
    - a) Sisältyy kunnan valmiussuunnitelmaan.  
Koska suunnitelma on vahvistettu? \_\_\_\_\_
    - b) Ei valmiussuunnitelmassa, mutta muu hallinnollinen vahvistus. Hallintokunta:  
\_\_\_\_\_
 Päätöksen ajankohta: \_\_\_\_\_
  - 2 Ei
12. Kriisiryhmän vetäjän (tai vetäjien) ammattinimike, hallintokunta ja toimipaikka (jos eri henkilö, kuin vastaaja):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Kriisiryhmän vetäjän työkokemus kriisityössä (jos eri henkilö, kuin vastaaja; arvio vuosina): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

14. Kriisiryhmän vetäjän koulutus kriisityöhön (jos eri henkilö, kuin vastaaja): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

15. Kriisiryhmän jäsenten ammattinimikkeet, hallintokunnat ja toimipaikat sekä kunkin kokemus kriisityössä (arvio vuosina):

Ammatti	Hallintokunta	Toimipaikka	Kokemus kriisityössä
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

16. Mitä on virallisesti sovittu kriisiryhmän tehtäväksi? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

17. Mikä on kriisiryhmän vuorokautinen toiminta aika?  
 1 Ympäri vuorokautinen kriisipäivystys  
 2 Ryhmä toimii virka-aikana  
 3 Muu, mikä? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

18. Kuva, miten kriisiryhmä hälytetään? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

19. Kuva, millainen on kriisiryhmän sisäinen työnjako/vastuunjako (esim. osallistuvatko kaikki ryhmän jäsenet jälkipuinti-istuntojen vetämiseen)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

20. Onko kriisityötä varten erillinen määräraha?  
 1 Kyllä. Noin \_\_\_\_\_ markkaa  
 2 Ei.

21. Maksetaanko kriisityössä oleville erillisiä korvauksia (esim. varallaolosta, virka-ajan ulkopuolella tehtävästä työstä)?  
 1 Kyllä. Mitä korvataan ja miten? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 2 Ei.

22. Miten asiakkaat ohjautuvat kriisiryhmän avun piiriin?
- |   |                                       |       |                          |
|---|---------------------------------------|-------|--------------------------|
| 1 | Poliisin ohjaamana:                   | _____ | % avun piiriin tulevista |
| 2 | Pelastushenkilöstön ohjaamana:        | _____ | % avun piiriin tulevista |
| 3 | Terveystenhoitohenkilöstön ohjaamana: | _____ | %                        |
| 4 | Sosiaalitoimen henkilöstön ohjaamana: | _____ | %                        |
| 5 | Hakeutumalla itse:                    | _____ | % _____                  |
| 6 | Muuta kautta:                         | _____ | % Mitä kautta?           |
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
23. Arvioi, kuinka kattavasti traumaattiset tapahtumat/niiden uhrin tulevat kriisiryhmän tietoon/avun piiriin:
- |   |  |                        |
|---|--|------------------------|
| 1 | Traumaattisista tapahtumista noin _____%   | tulee ryhmän tietoon   |
| 2 | Tapahtumien välittömistä uhreista, joille tarjotaan apua _____%                                      | osallistuu istuntoihin |
| 3 | Tapahtumiin liittyvistä muista henkilöistä (esim. omaiset, työtoverit), joille tarjotaan apua _____% | tulee avun piiriin     |
24. Kuinka monta traumaattista tapahtumaa on ollut ryhmän työn kohteena v. 2001? (tarkka tai arvioitu lukumäärä)
- |   |   |                  |
|---|---|------------------|
| 1 | Itsemurhat  | _____            |
| 2 | Liikenneonnettomuudet                                     | _____            |
| 3 | Muut onnettomuudet (esim. hukkumiset)                     | _____            |
| 4 | Tulipalot   | _____            |
| 5 | Väkivaltatilanteet (myös raiskaukset ja niiden yritykset) | _____            |
| 6 | Äkilliset kuolemantapaukset                               | _____            |
| 7 | Läheltä piti -tilanteet                                   | _____            |
| 8 | Muut tapahtumat _____.                                    | Millaiset? _____ |
- \_\_\_\_\_
25. Mihin traumaattisen tapahtuman vaiheeseen kriisiryhmän toiminta kohdistuu:
- |   |  |
|---|--|
| 1 | Välitön henkinen ensiapu ja psykososiaalinen tuki ( - 24 tuntia tapahtumasta)  |
| 2 | Psykologinen jälkipuinti ( 24–72 tuntia tapahtumasta)  |
| 3 | Psykologisen jälkipuinnin jälkeinen seuranta   |
| 4 | Kriisityön jälkeinen jatkohoitoon ohjaus: kuinka suuri osa jälkipuinti-istunnossa olleista ohjataan jatkohoitoon: _____ %. |
26. Jos jälkipuinnin jälkeen on kriisiryhmän järjestämää seurantaa, kuinka pitkäaikaista se on?
- |   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| 1 | ei seurantaa         | _____ %:ssa tapauksista. Siirry kysymykseen 28. |
| 2 | enintään 2 viikkoa   | _____ %:ssa tapauksista                         |
| 3 | vähintään 1 kuukausi | _____ %:ssa tapauksista                         |
| 4 | puoli vuotta         | _____ %:ssa tapauksista                         |
| 5 | enemmän              | _____ %:ssa tapauksista                         |
27. Jos jälkipuinti-istunnon jälkeen on kriisiryhmän järjestämää seurantaa, millaisin menetelmin se toteutetaan:
- |   |                         |                          |
|---|-------------------------|--------------------------|
| 1 | puhelinseuranta         | _____ %:ssa tapahtumista |
| 2 | seurantaistunto         | _____ %:ssa tapahtumista |
| 3 | muut seurantamenetelmät | _____ %:ssa tapahtumista |
- Millaiset? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
28. Mihin toimipaikkoihin jatkohoitoon ohjatut ohjataan?
- |   |                          |                                 |
|---|--------------------------|---------------------------------|
| 1 | Terveyskeskukseen        | _____ % jatkohoitoon ohjatuista |
| 2 | Mielenterveystoimistoon  | _____ %                         |
| 3 | Psykiatriseen sairaalaan | _____ %                         |
| 4 | Muualle                  | _____ %. Minne? _____           |

- 
29. Millaiseen jatkohoitoon heidät ohjataan?
- |   |                                    |         |                         |
|---|------------------------------------|---------|-------------------------|
| 1 | Lääkärin vastaanotolle             | _____ % | jatkohoitoon ohjatuista |
| 2 | Muun ammattihenkilön vastaanotolle | _____ % |                         |
| 3 | Terapiapalveluihin                 | _____ % |                         |
|   | a) Kriisiterapiaan                 | _____ % |                         |
|   | b) Lyhytkestoiseen psykoterapiaan  | _____ % |                         |
|   | c) Pitkään psykoterapiaan          | _____ % |                         |
| 4 | Muuhun jatkohoitoon                | _____ % | Millaiseen? _____       |
- 
30. Miten jatkohoitoon ohjaaminen onnistuu?
- |   |   |         |                              |
|---|---|---------|------------------------------|
| 1 | Ei ongelmia jatkohoidon järjestymisessä:            | _____ % | jatkohoitoon ohjatuista      |
| 2 | Jonkin verran ongelmia jatkohoidon järjestymisessä: | _____ % | ohjatuista                   |
|   | Millaisia?  | _____   |                              |
|   | _____   |         |                              |
| 3 | Suuria ongelmia jatkohoidon järjestymisessä:        | _____ % | ohjatuista. Millaisia? _____ |
|   | _____   |         |                              |
- 
31. Sisältyykö auttajiin kohdistettu työ (esim. välitön purku, muut avun muodot) kriisiryhmän työhön?
- |   |                                 |       |
|---|---------------------------------|-------|
| 1 | Kyllä. Millaisin työmuodoin?    | _____ |
|   | _____                           |       |
| 2 | Ei. Mistä arvelet sen johtuvan? | _____ |
|   | _____                           |       |
- 
32. Millainen henkisen ensiavun valmius kunnassa/alueella on suuronnettomuus- ja erityistilanteita varten?
- |   |  |       |
|---|--|-------|
| 1 | Kriisityöryhmä vastaa suuronnettomuusvalmiudesta |       |
| 2 | Erillinen organisaatio. Millainen?               | _____ |
|   | _____  |       |
| 3 | Muu järjestely. Millainen?                       | _____ |
|   | _____  |       |
| 4 | Ei järjestetty. Mistä arvelet sen johtuvan?      | _____ |
|   | _____  |       |
- 
33. Ellei kunnassa ole kriisiryhmää, millaista apua traumaattisten tapahtumien uhrit saavat ja kenen antamana?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 
34. Miten hyvin arvioit kuntasi kriisityön järjestelmän toimivan?
- |   |                                |       |
|---|--------------------------------|-------|
| 1 | Erittäin hyvin. Perustelusi    | _____ |
| 2 | Hyvin. Perustelusi             | _____ |
| 3 | Kohtalaisesti. Perustelusi     | _____ |
| 4 | Huonosti. Perustelusi          | _____ |
| 5 | Erittäin huonosti. Perustelusi | _____ |
- 
35. Arvioi, ovatko kunnan kriisityön resurssit riittävät eri tilanteita varten?

- 1 Määrällisesti
- Kyllä
  - Eivät. Onko tiedossa, mistä saa lisäresursseja tarvittaessa?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 2 Laadullisesti (taitojen, osaamisen puolesta)
- Kyllä
  - Ei. Mitä valmiuksia tulisi kehittää? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
36. Millaista palautetta kriisiryhmän työstä on saatu?
- Asiakkailta
    - valtaosaltaan myönteistä
    - sekä myönteistä että kielteistä
    - valtaosaltaan kielteistä
  - Muilta työntekijöiltä kunnassa
    - valtaosaltaan myönteistä
    - sekä myönteistä että kielteistä
    - valtaosaltaan kielteistä
  - Esimiehiltä
    - valtaosaltaan myönteistä
    - sekä myönteistä että kielteistä
    - valtaosaltaan kielteistä
37. Jos palaute on ollut myönteistä, mikä on ollut sen keskeinen sisältö?
- Asiakkailla \_\_\_\_\_
  - Työntekijöillä \_\_\_\_\_
  - Esimiehillä \_\_\_\_\_
38. Jos palaute on ollut kielteistä, mikä on ollut sen keskeinen sisältö?
- Asiakkailla \_\_\_\_\_
  - Työntekijöillä \_\_\_\_\_
  - Esimiehillä \_\_\_\_\_
39. Onko kriisityöllä saatu aikaan ihmisten elämässä ja voinnissa näkyviä tuloksia?
- Kyllä. Millaisia? \_\_\_\_\_
  - Mikä kriisityössä on arviosi mukaan auttanut? \_\_\_\_\_
  - Ei. Mistä arvelet sen johtuvan? \_\_\_\_\_
40. Miten kriisityötä arvostetaan kunnassa?
- |   |             |                 |   |   |   |   |   |                |
|---|-------------|-----------------|---|---|---|---|---|----------------|
| 1 | päätäjät    | erittäin paljon | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | erittäin vähän |
| 2 | esimiehet   |                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |                |
| 3 | työntekijät |                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |                |

4	asiakkaat	erittäin paljon	1	2	3	4	5	erittäin vähän
5	kuntalaiset		1	2	3	4	5	

41. Millaista tukea kriisityötä tekeville on järjestetty?

- |   |   |       |    |
|---|---|-------|----|
| 1 | Mahdollisuus säännölliseen työnohjaukseen                 | Kyllä | Ei |
| 2 | Mahdollisuus koulutukseen                                 | Kyllä | Ei |
| 3 | Mahdollisuus vertaistukeen ja sisäiseen verkostoitumiseen | Kyllä | Ei |
| 4 | Muuhun tukeen?  |       |    |
|   | a) Kyllä. Millaiseen _____                                |       |    |
|   | _____   |       |    |
|   | b) Ei.  |       |    |

42. Mitkä ovat kriisityön järjestämisen keskeisimmät vaikeudet/esteet kunnassa?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

43. Miten kunnan/alueen kriisityötä tulisi kehittää? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

44. Onko olemassa suunnitelmia toiminnan kehittämiseksi?

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 1 | Kyllä. Millaisia? _____ |
|   | _____                   |
|   | _____                   |
| 2 | Ei.                     |

KIITOS!

## Liite 9.

### Kyselylomake vuonna 2005

#### Kuntien psykososiaalisen kriisityön nykytilan selvitys

##### Kriisityön määritelmä

Kriisityöllä tarkoitetaan tässä kyselyssä kriisityötä erikseen organisoituna kriisiryhmien toimintana (perustuu valmiuslainsäädännössä eri viranomaisille määriteltyihin tehtäviin). Kriisityö näin määriteltynä käsittää kaikki ne toiminnot, joita toteutetaan äkillisen, traumaattisen tilanteen kohdanneiden ihmisten auttamiseksi.

##### Kriisiryhmän määritelmä

Kunnassa toimiva kriisiryhmä on yleensä terveyskeskuksen yhteyteen perustettu moniammatillinen ryhmä, joka koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon, muiden hallinnonalojen ja usein myös vapaaehtoisjärjestöjen työntekijöistä. Ryhmä tarjoaa alueen asukkaille psykososiaalista tukea ja palveluja onnettomuuksissa ja muissa traumaattisissa tapahtumissa.

##### Kysymykset

1. Toimiiko kunnassa kriisiryhmä äkillisiä traumaattisia tilanteita varten?  
Ei toimi. **Siirry vastaamaan kysymyksiin 5–7.**  
Toimii  
Palvelut ostetaan. Mikä taho tuottaa palvelut?  
Kriisiryhmä lakkautettu. **Siirry vastaamaan kysymyksiin 5–7.**  
Kriisiryhmää ollaan perustamassa uudelleen. Milloin?  
**Siirry vastaamaan kysymyksiin 5–7.**
2. Kriisiryhmän tavoitettavuus  
Ympäri vuorokautinen päivystys  
Muu virka-ajan ulkopuolinen päivystys  
Päivystys virka-aikana  
Ryhmä toimii virka-aikana (ei varsinaista päivystäjä; nimilista olemassa)
3. Kriisityön pääasiallinen sisältö (rastita kaikki mahdolliset vaihtoehdot)  
Välitön henkinen ensiapu ja psykososiaalinen tuki (alle 24 tuntia tapahtumasta)  
Psykologinen jälkipuinti (24–72 tuntia tapahtumasta)  
Psykologisen jälkipuinnin jälkeinen seuranta  
Hoidon tarpeen arviointi ja jatkohoitoon ohjaus  
Muu, mikä?
4. Kriisiryhmän vetäjän ammatti  
Psykologi/johtava psykologi  
Sosiaalityöntekijä/johtava sosiaalityönt./sosiaalisihiteeri  
Lääkäri/ylilääkäri/johtava lääkäri  
Sairaanhoitaja/terv.hoitaja/osastonhoitaja/ylihoitaja  
Peruspalvelu-, sosiaali- ja/tai terveysjohtaja  
Muu ammattinimike, mikä?
5. Ovatko kunnan kriisityön resurssit riittävät normaalitilanteessa?
  1. Määrälliset resurssit  
Kyllä  
Ei
  2. Osaamisresurssit  
Kyllä

Ei

Mitä valmiuksia tulisi kehittää?

6. Ovatko kunnan kriisityön resurssit riittävät Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin jälkeisen psykologisen kriisiavun toteuttamiseen lähiviikkoina (akuuttivaiheessa)?

1. Määrälliset resurssit
  - Oletettavasti riittävät
  - Todennäköisesti vajaan
  - Eivät riitä
2. Osaamisresurssit
  - Osaamista riittävästi
  - Osaamisessa oletettavasti puutteita. Mitä?
  - Osaamisessa tiedossa puutteita. Mitä?

7. Ovatko kunnan palvelujärjestelmän resurssit riittävät Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin jälkeen tarvittavan jatkohoidon (kriisin ja trauman hoito) toteuttamiseen?

1. Määrälliset resurssit
  - Oletettavasti riittävät
  - Todennäköisesti vajaan
  - Eivät riitä
2. Osaamisresurssit
  - Osaamista riittävästi
  - Osaamisessa oletettavasti puutteita. Mitä?
  - Osaamisessa tiedossa puutteita. Mitä?

## RAPORTTEJA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2006

Kirsi Vitikainen, Markku Pekurinen, Urpo Kiiskinen: Kannattaako tupakoinnin lopettaminen? Tupakoinnista aiheutuvien eliniänaikaisten hoitokustanusten ja tupakoinnin lopettamisesta syntyvien säästöjen arviointia

Raportteja 1/2006 Tilausnro R1/2006

2005

Tuulikki Forssén: Huumehoidon asiantuntijuuden rakentuminen päiväkeskuksessa

Raportteja 1/2005 Tilausnro R1/2005

Pia Romppanen: Katsaus kuntien päihdestrategioihin

Raportteja 2/2005 Tilausnro R2/2005

Antti Parpo: SOMA 2002. Sosiaaliturvan ja verotuksen mikrosimulointimalli

Raportteja 3/2005 Tilausnro R3/2005

Pasi Moisio (toim.): Lapsiperheiden taloudellisen tilanteen kehitys Suomessa 1990–2002

Raportteja 4/2005 Tilausnro R4/2005

Tero Tammisalo: Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien tietoturvan ja tietosuojan hallinnan periaatteet ja hyvät käytännöt. Ohje sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille ja toimintayksiköille tietojärjestelmien tietoturvan ja tietosuojan kehittämiseksi

Raportteja 5/2005 Tilausnro R5/2005

Hannele Hyppönen, Päivi Hämäläinen, Marja Pajukoski, Emmi Tenhunen: Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulain (22.9.2000/811) toimeenpanosta kokeilualueilla

Raportteja 6/2005 Tilausnro R6/2005

Päivi Voutilainen, Marja Vaarama: Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa

Raportteja 7/2005 Tilausnro R7/2005