

*Psykososiaalinen tuki ja palvelut
suuronnettomuudessa*

Asiantuntijatyöryhmän muistio



KUVAILELEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä	
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Suuronnettomuuden psykososiaalisen tuen ja palvelun asiantuntijatyöryhmä Puheenjohtaja: Sakari Lankinen Sihteeri: Tuula Hynninen		Julkaisun laji Työryhmämuistio	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		HARE-nro ja toimielimen asettamispäivä 11.1.2005	
Julkaisun nimi Psykososiaalinen tuki ja palvelut suuronnettomuudessa. Asiantuntijatyöryhmän muistio			
Tiivistelmä Asiantuntijatyöryhmän tehtävänä on ollut varmistaa, että Kaakkois- Aasian luonnonkatastrofin suomalaisuhrit ja heidän omaisensa saivat tarvitsemansa psykososiaalisen tuen ja että se oli määrällisesti ja laadullisesti riittävä. Työryhmä ohjasi ja tuki kuntia ja kuntayhtymiä kriisiavun antamisessa useilla kunta ja ohjekirjeillä. Työryhmä tuki STAKESin kriisiavusta tekemää selvitystä. Selvitysten mukaan kunnat selvisivät psykososiaalisen tuen antamisesta pääsääntöisesti hyvin. Kertyneen kokemuksen ja havaittujen puutteiden pohjalta työryhmä tekee esityksiä psykososiaalisten palvelujen kehittämiseksi. Työryhmä esittää seuraavaan poikkeusolojen terveydenhuollon neuvottelukuntaan perustettavaksi psykososiaalisen tuen ja palveluiden jaoston/työryhmän. Työryhmä esittää kriisiryhmien aseman turvaamiseksi ja vakiinnuttamiseksi toiminnan liittämistä lainsäädännössä lääkinällisen pelastustoiminnan rinnalle. Työryhmä kävi läpi nykyisen lainsäädännön eri toimijoiden vastuunjaon ja tehtävien kannalta suuronnettomuuksissa. Työryhmän käsityksen mukaan eri toimijoiden ja hallinnonalojen tehtävät ja työnjaot on määritelty lainsäädännössä riittävän tarkasti eikä säädösmuutoksia tarvita. Työryhmä esittää, että suuronnettomuustilanteessa kerättävän tietoon, rekisterinpitoon ja tietojen luovuttamiseen sekä sen ehtoihin liittyvät kysymykset selvitetään eri hallinnonalojen kesken tarkoituksenmukaisen lainsäädäntökokonaisuuden synnyttämiseksi. Työryhmä tekee myös esitykset kriisityön tutkimus- ja kehittämistoiminnan tehostamiseksi. Lisäksi työryhmä tekee useita esityksiä psykososiaalisen tuen ja palveluiden sisällön kehittämiseksi.			
Asiasanat: henkinen tuki, kriisit, psykososiaalinen tuki, psyykinen tuki, sosiaaliset palvelut, sosiaali- ja terveystalvet			
Muut tiedot www.stm.fi			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:81		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2243-3 (nid.) 978-952-00-2244-0 (PDF)
Kokonaissivumäärä 75	Kieli Suomi	Hinta 14,04€	Luottamuksellisuus Julkinen
Jakaja Yliopistopaino Kustannus PL 4 (Vuorikatu 3 A) 00014 HELSINGIN YLIOPISTO		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet		Utgivningsdatum	
Författare (Uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Sakkunniggruppen för psykosocialt stöd och tjänster i samband med katastrofer Ordförande: Sakari Lankinen Sekreterare: Tuula Hynninen		Typ av publikation Promemoria	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
		Projektnummer och datum för tillsättandet av organet 11.1.2005	
Publikationens titel Psykosocialt stöd och tjänster i samband med katastrofer. Sakkunniggruppens promemoria			
Referat Uppgiften för sakkunniggruppen har varit säkerställa att de finländska offren för naturkatastrofen i Sydostasien och deras anhöriga fick det psykosociala stöd som de behövde och att detta var tillräckligt i både kvantitativt och kvalitativt hänseende. Arbetsgruppen styrde och stödde kommuner och samkommuner med att ge krishjälp genom flera kommunbrev och cirkulär med anvisningar. Arbetsgruppen stödde STAKES (Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården) utredning om krishjälp. Enligt utredningen klarade sig kommunerna i regel väl i fråga om att ge psykosocialt stöd. På grundval av den samlade erfarenheten och observerade brister lämnar arbetsgruppen förslag för utveckling av psykosocialt tjänster. Arbetsgruppen föreslår att en sektion för psykosocialt stöd och psykosociala tjänster skall inrättas vid följande delegation för hälso- och sjukvården under undantagsförhållanden. För att trygga och permanenta krisgruppernas ställning föreslår arbetsgruppen att verksamheten i lagstiftningen likställs med medicinsk räddningsverksamhet. Arbetsgruppen gick igenom nuvarande lagstiftning i fråga om olika aktörers ansvarsfördelning och uppgifter vid katastrofer. Enligt arbetsgruppens uppfattning har uppgifter och arbetsfördelning för förvaltningsområden och olika aktörer definierats tillräckligt noggrant i lagstiftningen och några författningsändringar är inte nödvändiga. Arbetsgruppen föreslår att den information som samlas in vid katastrofer, frågor med anknytning till registerföring och utlämning av uppgifter samt villkoren för denna skall utredas mellan de olika förvaltningsområdena för att skapa en adekvat övergripande lagstiftning. Arbetsgruppen presenterar även förslag för att effektivisera forskning och utveckling av krisarbete. Dessutom presenterar arbetsgruppen flera förslag för att utveckla innehållet av psykosocialt stöd och psykosociala tjänster.			
Nyckelord Mentalt stöd, kriser, psykosocialt stöd, psykiskt stöd, sociala tjänster, social- och hälsovårdstjänster			
Övriga uppgifter www.stm.fi/svenska			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2006:81		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2243-3 (inh.) 978-952-00-2244-0 (PDF)
Sidoantal 75	Språk Finska	Pris 14,04€	Sekretessgrad Offentlig
Försäljning Helsingfors Universitetsförlaget PB 4 (Berggatan 3 A) FI-00014 HELSINGFORS UNIVERSITET		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher Ministry of Social Affairs and Health, Finland		Date	
Authors Expert Working Group on psychosocial support and services in situations of disaster Chairman: Sakari Lankinen Secretary: Tuula Hynninen		Type of publication Working Group Memorandum	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
		Date of appointing the organ 11 January 2005	
Title of publication Psychosocial support and services in situations of disaster. Memorandum of the Expert Working Group			
Summary <p>The task of the Expert Working Group was to ensure that the Finnish victims of the natural disaster in Southeast Asia and their relatives received the psychosocial support they were in need of and that it was sufficient in terms of quantity and quality. The Working Group guided and supported municipalities and joint municipal boards in the provision of crisis support by sending them several circulars with instructions. The Working Group supported a survey made by the National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) on assistance in situations of crisis. According to studies, the municipalities as a rule managed to provide psychosocial support quite well. Based on the experiences gained and defects identified the Working Group puts forward proposals for development of psychosocial services.</p> <p>The Working Group proposes establishing a subcommittee/working group under the Advisory Board for Health and Welfare in Emergency Conditions to be appointed for the next term. In order to secure and establish the status of crisis groups it proposes that their operation should be linked in legislation to medical rescue operations. The Working Group looked at the present legislation from the point of view of the division of responsibilities and tasks of the relevant actors in situations of disaster. In its view the tasks and division of work between the different actors and administrative sectors are defined in legislation in enough detail and no legislative amendments are needed. The Working Group proposes that questions related to the information collected in situations of disaster, keeping of a register, and supplying information and the conditions for it should be examined between the different administrative sectors in order to bring about an appropriate legislation. The Working Group also puts forward proposals for making the research and development of crisis work more effective. Furthermore, it makes several proposals for developing the content of psychosocial support and services.</p>			
Key words Crises, mental support, psychological support, psychosocial support, social and health care services, social services			
Other information www.stm.fi/english			
Title and number of series Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2006:81		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2243-3 (paperpack) 978-952-00-2244-0 (PDF)
Number of pages 75	Language Finnish	Price 14.04 €	Publicity Public
Orders Helsinki University Press PO Box 4 (Vuorikatu 3 A) FI-00014 HELSINKI UNIVERSITY, FINLAND		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

SISÄLLYSLUETTELO

KUVAILULEHTI	3
PRESENTATIONSBLAD	5
DOCUMENTATION PAGE	7
1 ASETTAMISKIRJE.....	11
1.1 Työryhmän tehtävä.....	12
1.2 Työryhmän tehtävän kannalta keskeiset käsitteet.....	12
2 LÄHTÖKOHTIA.....	14
2.1 Lainsäädännölliset lähtökohdat	14
2.2 STM:n ohjeistus traumaattisten tilanteiden psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestämisestä	17
2.3 Kriisipalveluiden nykytila Suomessa	19
2.4 Tiedotustoiminta kriisitilanteissa	26
2.5 Kriisityön ja kriisi- ja traumahoidon koulutustilanne	26
2.6 Kriisityön tutkimus- ja kehittämistoiminnan nykytila Suomessa	28
3 SUURONNETTOMUUKSIEN ERITYISPIIRTEET	30
3.1 Onnettomuustyytit	31
3.2 Kansainväliset suositukset	32
4 ASIANTUNTIJATYÖRYHMÄN TOIMINTA KAAKKOIS-AASIAN LUONNONKATASTROFIN JÄLKEEN KUNTIEN TUKEMISEKSI JA OHJAAMISEKSI	34
4.1 Asiantuntijatyöryhmän toimenpiteet.....	34
4.2 Stakesin selvitykset.....	35
5 PALVELUJÄRJESTELMÄN TOIMINTA KAAKKOIS-AASIAN LUONNONKATASTROFIN JÄLKEEN	36
5.1 Kuntien toiminta ja palvelut Stakesin selvitysten perusteella	36
5.2 Kelan kuntoutuspalvelut Kaakkois-Aasian katastrofista selviytyneille ja omaisille	42
5.3 Suomen Punaisen Ristin järjestämä ammatillisesti johdettu psykologinen vertaistuki.....	43
5.4 Kirkon toiminta.....	45
5.5 Suomen Mielenterveysseuran vertaistuki.....	46
5.6 Psykososiaalinen tuki ja palvelut onnettomuustutkintakeskuksen tutkintaselostuksen mukaan	47
6 ASIANTUNTIJATYÖRYHMÄN PÄÄTELMÄT JA ESITYKSET.....	54
6.1 Valmiusjärjestelmä	54
6.2 Viestintä	57
6.3 Tietosuoja	58
6.4 Psykososiaalinen tuki ja palvelut.....	59
6.5 Psykososiaalinen tuki ja palvelut lapsille ja nuorille	66
6.6 Ensilinjan auttajien ja sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden työsuojelu	69
6.7 Kriisityön koulutus ja työhönohjaus	69
6.8 Kriisityön tutkimus- ja kehittämistoiminta	71
KIRJALLISUUS	73

1 ASETTAMISKIRJE

Sosiaali- ja terveysministeriön asetti 11.1.2005 tekemällään päätöksellä Kaakkois-Aasian luonnononnettomuuden johdosta suuronnettomuuden psykososiaalisen tuen ja palveluiden asiantuntijatyöryhmän. Työryhmän toimikaudeksi asetettiin 11.1.2005–31.12.2006.

Työryhmän asettamisen tausta oli se, että Suomessa on viime vuosina tapahtunut useita suuronnettomuuksia, joiden jälkihoito on aiheuttanut keskustelua ja siinä on koettu olleen puutteita. Kaakkois-Aasian 26.12.2004 tapahtuneen luonnononnettomuuden aiheuttama katastrofi oli sitä suuruusluokkaa, että sosiaali- ja terveysministeriössä katsottiin olevan tarpeen perustaa työryhmä ohjaamaan ja tukemaan kuntia psykososiaalisen kriisiavun antamisessa onnettomuuden uhreille ja heidän lähiomaisilleen. Onnettomuuden seurauksena noin 200 suomalaisen oletettiin alkuvaiheen tietojen perusteella kuolleen, ja useiden satojen onnettomuudesta pelastuneiden ja uhrien omaisten arvioitiin tarvitsevan psykososiaalista tukea. Ainakin 150 kunnassa arvioitiin olevan onnettomuuden uhreja ja lähes jokaisessa kunnassa uhrien omaisia tai läheisiä, jotka saattoivat tarvita apua.

Suomessa noin 90 prosentilla kunnista on omat kriisiryhmänsä. Lisäksi maassa toimii 16 Suomen Mielenterveysseuran kriisikeskusta ja 6-7 kunnallista kriisikeskusta. Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin jälkeen paikallistasolla kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto, Kela, järjestöt ja seurakunnat kokosivat kriisiryhmiä ja koordinoivat paikallista yhteistyötä. Tätä kautta myös Sosiaali- ja terveysministeriöllä on ollut mahdollisuus seurata palvelutarpeen muutoksia.

Työryhmän puheenjohtajaksi nimettiin lääkintöneuvos Sakari Lankinen Sosiaali- ja terveysministeriöstä ja varapuheenjohtajaksi tutkimusprofessori Kristian Wahlbeck Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesista.

Työryhmän jäseniksi nimettiin seuraavat henkilöt:

- lääkintöneuvos Jouko Söder, Sosiaali- ja terveysministeriö
- hallitusneuvos Anja Kairisalo, Sosiaali- ja terveysministeriö
- ylitarkastaja Anne Hujala, Sosiaali- ja terveysministeriö
- ylitarkastaja Mirva Kahlos, Sisäasiainministeriö
- osastonjohtaja, professori Jouko Lönnqvist, Kansanterveyslaitos KTL
- lääninlääkäri Juhani Ojanen, Etelä-Suomen lääninhallitus
- kuntoutuspäällikkö Jouko Waal, Kansaneläkelaitos
- kehityspäällikkö Ritva Larjomaa, Suomen Kuntaliitto
- professori Jukka Aaltonen, Jyväskylän yliopisto
- professori Johannes Lehtonen, Kuopion yliopisto
- osastonylilääkäri Antero Leppävuori, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
- sosiaalihuollon johtaja Maritta Pesonen, Vantaan kaupunki
- terveydenhuollon johtaja Risto Ihalainen, Vantaan kaupunki
- johtava psykologi Salli Saari, Suomen Punainen Risti
- toiminnanjohtaja Pirkko Lahti, Suomen Mielenterveysseura
- johtaja Martti Esko, Suomen evankelis-luterilainen kirkkohallitus
- toimitusjohtaja Soili Poijula, Oy Synolon Ltd
- apulaisylilääkäri Liisa Viheriälä, Lasten ja nuorten sairaala, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Työryhmän sihteeriksi nimettiin tutkija, psykologian lisensiaatti Tuula Hynninen Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesista. Työryhmä on työskennellyt virka-aikana ilman eri korvausta.

Työryhmä on kuullut työskentelynsä aikana seuraavia asiantuntijoita:

- Lainsäädäntöneuvos Mika Kättö, Sisäasiainministeriö
- Ylilääkäri Timo Männikkö, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri
- Psykososiaalisen tuen auttamisjärjestelmän työryhmän johtaja Monica Halinen, Helsingin kaupunki
- Kriisikeskuksen johtaja Päivi Muma, Vantaan kaupunki
- Toimistopäällikkö Maija Kleemola, Tietosuojavaltuutetun toimisto
- Psykoterapeutti Kirsti Palonen, Suomen Punaisen Ristin psykologien valmiusryhmä
- Tiedotuspäällikkö Tarja Tamminen, Sosiaali- ja terveysministeriö
- Päivähoidon kehittämispäällikkö Sole Askola-Vehviläinen, Vantaan kaupunki.

1.1 Työryhmän tehtävä

Asiantuntijatyöryhmän työn tavoitteena on ollut varmistaa, että Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin suomalaisuhrit ja heidän omaisensa saavat tarvitsemansa psykososiaalinen tuen ja että se on sekä määrällisesti että laadullisesti riittävää. Kertyneen kokemuksen ja tiedon pohjalta työryhmän tulee myös tehdä esityksiä keinoista, joilla voidaan parantaa valmiuksia antaa psykososiaalista apua ja tukea suuronnettomuuksien yhteydessä. Lisäksi työryhmä on pyrkinyt saamaan tietoa erilaisten interventioiden vaikuttavuudesta.

Asiantuntijatyöryhmän tehtäväksiänto oli seuraava:

1. ohjata ja tukea kuntia ja kuntayhtymiä psykososiaalisen kriisiavun antamisessa Kaakkois-Aasian tulvien uhreille ja heidän lähiomaisilleen;
2. seurata, selvittää ja arvioida maan eri osissa Aasian luonnonkatastrofin johdosta syntyneitä psykososiaalisen kriisiavun tarvetta sekä palvelujen tarjontaa ja saatavuutta sekä tehdä tarvittaessa esityksiä tähän onnettomuuteen liittyvien psykososiaalisten palvelujen kattavuuden, laadun ja tavoitettavuuden parantamiseksi;
3. seurata eri interventioiden tuloksellisuutta;
4. seurata ja tukea maassa annettavasta kriisiavusta Stakesin tekemää erillistä selvitystä, arviointia ja tutkimusta; ja
5. tehdä esityksiä kertyneen kokemuksen ja tiedon pohjalta psykososiaalisten palvelujen kehittämiseksi.

1.2 Työryhmän tehtävän kannalta keskeiset käsitteet

1.2.1 Psykososiaalinen tuki ja palvelut

Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 1998 (STM:n monisteita 1998:1) määritellyt psykososiaalisen tuen ja palvelut sisältämään kaiken toiminnan, joka järjestetään, jotta yhdyskuntaonnettomuuden, suuronnettomuuden tai muun erityistilanteen ihmisiin kohdistuvia seurauksia voidaan rajoittaa ja tapahtuman aiheuttaman psyykkisen stressin seurauksia torjua ja lievittää.

Psykososiaalisella tuella ja palveluilla tarkoitetaan sitä kokonaisuutta, joka muodostuu ihmisen auttamiseksi tarkoitetuista psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen tuen palveluista. Tavoitteena on ehkäistä ja lieventää traumaattisen tapahtuman psyykkisiä ja sosiaalisia seurauksia.

Psykososiaalinen tuki ja palvelut voidaan karkeasti jakaa psyykkiseen huoltoon, kirkon henkiseen huoltoon sekä sosiaalityöhön ja -palveluihin.

Psyykkinen huolto käsittää terveydenhuollon ammattihenkilöiden vastuulla olevan psyykkisen ensiavun ja hoidon sekä muiden auttajien (vapaaehtoisten) antaman henkisen tuen.

Kirkon henkinen huolto on osa psykososiaalisen tuen palveluja. Kirkkohallitus on laatinut vuonna 2005 kirkon henkisen huollon toimintaohjeen, jossa henkisen huollon perustehtävä on määriteltä seuraavasti: ”Henkisen huollon tehtävänä on antaa onnettomuuden uhreille ja omaisille henkistä tukea. Tuki on luonteeltaan palvelua, lähellä oloa ja ahdistuksen jakamista. Tukea annetaan myös tarpeen vaatiessa pelastustyöhön osallistuvalla henkilöstöllä. Henkisessä huollossa on mukana seurakuntien kriisityön erityiskoulutuksen saaneita viran- ja toimenhaltijoita, joille toimintaan osallistuminen kuuluu virkatehtäviin”. Ohjeessa on esitetty myös kirkon suuronnettomuusvalmiuden ja kriisivalmiuden suunnittelu, henkinen huolto, kustannukset ja koulutus. Seurakuntia varten on laadittu erikseen ohjeet. Suuronnettomuus- ja kriisitilanteissa kirkon tehtävänä on toimia osana valtakunnallista pelastustoiminnan kokonaisuutta. Kirkko osallistuu suuronnettomuuksissa viranomaisorganisaatioiden ja kriisiryhmien työhön omalta osaltaan.

Sosiaalityö ja -palvelut tarkoittaa sosiaalialan viranomaisten stressitapahtumasta selviytymistä edistäviä toimia onnettomuustilanteissa. Sosiaalitoimi pitää yllä valmiuttaan kaikkina vuorokauden aikoina joka päivä. Viranomaiset, kuten poliisi tai terveydenhuollon viranomaiset voivat tarvittaessa ottaa yhteyttä sosiaalipäivystykseen. Sosiaalitoimi vastaa mm. evakuoitun väestön maajoituksesta ja vaate- ja ruokahuollosta ja muusta materiaalisesta huollosta. Sosiaalitoimi vastaa myös lastensuojelullisista tehtävistä.

1.2.2 Kriisityö

Kriisityöllä tarkoitetaan kaikkia niitä toimenpiteitä, joilla pyritään edistämään järkyttävistä kokemuksista selviytymistä sekä torjumaan ja lievittämään onnettomuuksien ja muiden äkillisten järkyttävien tapahtumien aiheuttamaa psyykkistä stressiä ja sen seuraamuksia. Työ kattaa kaikki ne toiminnot, joita kriisiryhmät tai vastaavat toteuttavat välittömästi äkillisen traumaattisen tilanteen jälkeen tapahtuman kohdanneiden ihmisten auttamiseksi.

1.2.3 Kriisipalvelut

Kriisipalveluilla tarkoitetaan niiden palveluiden kokonaisuutta, jotka on järjestetty onnettomuuksien ja äkillisten järkyttävien tilanteiden uhrien auttamiseksi.

2 LÄHTÖKOHTIA

2.1 Lainsäädännölliset lähtökohdat

2.1.1 Pelastuslainsäädäntö

Psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestäminen on Suomessa lakisääteistä toimintaa. Vastuusta palveluiden järjestämisessä on säädetty pelastuslaissa (468/2003, 6§) ja -asetuksessa (Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta n:o 787/2003, 6§). Pelastuslain 6 §:ssä todetaan muiden viranomaisten tehtävistä:

" Pelastusviranomaisten ohella velvollisia osallistumaan pelastustoimintaan ja väestönsuojeluun siten kuin niiden tehtävistä kunkin toimialan säädöksissä tai muussa lainsäädännössä säädetään ovat... kunnan eri toimialoista vastaavat virastot ja laitokset".

Valtioneuvoston asetuksen pelastustoimesta 6 §:ssä on säädökset muiden viranomaisten tehtävistä. Asetuksen mukaan pelastuslain 6§:n 1 momentissa tarkoitettut viranomaiset ja laitokset ovat pelastusviranomaisten ohella velvollisia osallistumaan pelastustoimintaan ja väestönsuojeluun siten kuin asetus määrää. Kunnan ja kuntayhtymien eri toimialoista vastaavat virastot ja laitokset huolehtivat tehtäväalueensa, keskinäisen työnjakonsa ja kuntia koskevan lainsäädännön mukaisesti seuraavista tehtävistä:

- vastaavat lääkinnällisestä pelastustoiminnasta ja sairaankuljetuksesta
- vastaavat onnettomuuksien uhrien ja evakuidun väestön majoituksesta, muonituksesta, vaatetuksesta ja muusta perushuollosta, väestönsuojelussa tarvittavasta raivaus ja puhdistustoiminnasta sekä ensiavusta ja näihin tarvittavan väestönsuojeluorganisaation valmisteluista
- huolehtivat yhteistoiminnassa muiden asiantuntijoiden kanssa psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestämisestä niille, jotka uhreina, uhrien omaisina tai pelastajina ovat joutuneet osallisiksi onnettomuuteen
- avustavat tarvittaessa pelastusviranomaisia pelastustoiminnassa ja väestönsuojelussa antamalla pelastusviranomaisille toimialaansa soveltuvaa asiantuntija-, kalusto- ja materiaaliapua sekä apua pelastushenkilöstön huoltamiseksi (Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta 6 §).

Tarkempia ohjeita psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestämisestä on annettu Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistiossa 1/1998 Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut (Murtooma ym., 1998).

2.1.2 Lainsäädäntö ja palvelujärjestelmä sosiaali- ja terveydenhuollossa

Nykyinen sosiaali- ja terveydenhuollon valmius perustuu olemassa olevaan palvelujärjestelmään, jossa vastuutahoja ovat sosiaali- ja terveysministeriö, sairaanhoitopiirit ja kunnat. Lähtökohdana on, että normaalijärjestelmän toimintaa modifioimalla ja tehostamalla voidaan reagoida erityis- ja poikkeustilanteisiin.

Kansanterveystyönsä 14 §:n mukaan kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee huolehtia sairaankuljetuksen järjestämisestä sekä järjestää ja ylläpitää lääkinällinen pelastustoiminta sekä paikallisiin olosuhteisiin nähden tarvittava sairaankuljetusvalmius, lukuun ottamatta sairaankuljetukseen tarvittavien ilma-alusten sekä kelirikokelpoisten ja vastaavanlaisten erityiskulku-
neuvojen hankintaa ja ylläpitoa siten kuin asetuksella tarkemmin säädetään.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä säädetään sosiaali- ja terveyslaissa (710/1982) sekä erityislaeissa. Kiireellisten tilanteiden osalta lainsäädäntöä täsmennettiin sosiaali- ja terveyslain muutoksella 125/2006. Sosiaali- ja terveyslain 40a §:n mukaan kiireellisissä tapauksissa sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve on arvioitava viipymättä.

Erikoissairaanhoidon ja siihen liittyvän toiminnan järjestämisestä säädetään erikoissairaanhoidolaissa. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan laissa lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, lääkinälliseen pelastustoimintaan sekä lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Lain mukaan siis lääkinällinen pelastustoiminta kuuluu erikoissairaanhoidolle.

Valtioneuvoston asetuksella 1019/2004 on säädetty hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä. Kansanterveystyönsä (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaiksi (1062/1989) on kirjattu enimmäisajat, joiden kuluessa hoitoon pääsy tulee järjestää. Lakien muutokset tulivat voimaan maaliskuun 1. päivänä 2005, ja ne täsmenävät kunnille ja kuntayhtymille jo ennestään la-
kisäateisesti kuuluvaa terveyspalvelujen järjestämisvelvoitetta (Laki kansanterveystyönsä muuttamisesta 855/2004); Laki erikoissairaanhoidolaiksi muuttamisesta 856/2004).

Asetuksessa (7 §) myös velvoitetaan sairaanhoitopiirit laatimaan yhteistyössä alueen kuntien kanssa terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma, jossa tulee sopia alueellisesta yhteistyöstä ja palvelujen yhteensovittamisesta sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevien sairaaloiden, terveyskeskusten ja tarvittaessa muiden terveydenhuollon toimintayksiköiden kesken. Sosiaali- ja terveyspalvelut tulee tarvittaessa sovittaa terveydenhuollon palvelujen toiminnalliseen kokonaisuuteen yhteistyössä alueen kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden kanssa.

2.1.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon varautuminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon varautumisen tavoitteena on turvata väestölle kaikissa olosuhteissa terveyden ja toimintakyvyn kannalta keskeiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, terveellinen elinympäristö sekä toimeentulo. Palveluiden ja toimeentulon taso sopeutetaan vallitsevaan turvallisuustilanteeseen ja käytettävissä oleviin voimavaroihin.

Häiriötilanteita ja poikkeusoloja sosiaali- ja terveydenhuoltoon saattavat aiheuttaa mm. pitkittynyt taloudellinen lama, laajat epidemiat ja vaaralliset tarttuvat taudit, säteily- ja muut ympäristö- ja terveysvaarat, talousveden saastuminen, kemialliset uhkat, lääkkeiden ja terveydenhuollon laitteiden saatavuuden vaikeutuminen sekä laajamittainen maahantulo. Uhkakuvat voivat toteutua myös luonnononnettomuuksien, tahallisen toiminnan tai terrorismin seurauksena.

Sosiaali- ja terveydenhuollon varautumista erityistilanteisiin ja poikkeusoloihin johtaa, valvoo ja yhteen sovittaa sosiaali- ja terveysministeriö yhteistyössä lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen kanssa. Lisäksi ministeriö ohjeistaa ja kouluttaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköitä valmiussuunnittelussa ja varautumisessa erityistilanteisiin ja poikkeusoloihin.

Valtakunnan terveydenhuoltopäällikkönä toimivan sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikön tulee huolehtia siitä, että terveydenhuollon hoitamiseksi poikkeusoloissa on tarvittavat suun-

nitelmat ja että ne on sovitettu yhteen muun poikkeusolojen varautumista koskevan suunnittelun kanssa.

Valtioneuvoston asettama poikkeusolojen terveydenhuollon neuvottelukunta suunnittelee ja valmistee terveydenhuollon hoitamista poikkeusoloissa. Neuvottelukunta on asettanut jaostoja eräiden terveydenhuollon osa-alueiden valmiussuunnittelua varten.

Lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot ohjaavat läänin alueen sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnittelua ja osallistuvat sen toteutukseen ja ylläpitoon sekä avustavat kuntia valmiussuunnitelmien ajan tasalla pitämisessä. Lisäksi ne sovittavat yhteen alueelliset suunnitelmat yhteistyössä sairaanhoitopiirien kanssa.

Valmiussuunnittelu kattaa suunnitelmat ja järjestelyt tehtävien hoitamiseksi erityistilanteissa ja poikkeusoloissa. Valmiussuunnitelmat sisältävät periaatteet valmiuden nostamisesta sekä lisäresurssien ja tilannejohtamisjärjestelmien käyttöönottamisesta normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Suunnitelmat sisältävät myös mm. teknisen huollon, valmiusvarastoinnin, tietoturvan, viestinnän sekä toimitilaturvallisuuden suunnitelmat.

Valmiussuunnittelutasot

1. Terveyskeskukset, sairaalat ja sosiaalihuollon yksiköt laativat laitoskohtaiset valmiussuunnitelmat toimintojen järjestämisestä ja palvelujen tuottamisesta kaikissa olosuhteissa
2. Kunnan valmiussuunnitelmissa yhdistetään eri sektorien suunnitelmat
3. Sairaanhoitopiireillä ja lääninhallituksilla on alueelliset valmiussuunnitelmansa siitä, miten alueella toimitaan erityistilanteissa ja poikkeusoloissa
4. Sosiaali- ja terveysministeriön sekä hallinnonalan asiantuntijalaitosten valmiussuunnitelmat sisältävät toimintaperiaatteet keskushallinnon tehtävistä, vastuista ja toimintaperiaatteista erilaisissa tilanteissa (kuinka keskushallinto ja asiantuntijalaitokset toimivat)
5. Valtioneuvoston valmiussuunnitelmat sisältävät toimintaperiaatteet siitä, kuinka ministeriöt toimivat.

Vapaaehtoisjärjestöjen resurssit ja osaaminen viranomaistoiminnan tukena erityistilanteissa ja poikkeusoloissa on usein elintärkeää. Tästä syystä sosiaali- ja terveydenhuollon tulee valmiussuunnittelussaan ottaa huomioon yhteistyö vapaaehtoisjärjestöjen kanssa ja yhteen sovittaa suunnitelmat.

2.1.4 Sosiaalihuollon valmius

Sosiaalihuollon valmiussuunnitelmat sisältävät muun muassa suunnitelmat toimintojen jatkuvuuden turvaamisesta, laajenevan huoltotoiminnan erityistehtävien järjestelyistä, psykososiaalisesta tuesta ja palveluista, hälytysjärjestelmistä ja sosiaalihuollon johtamisesta sekä evakuoitujen väestön hoivasta ja huollosta. Yhteiskunnan toiminnan kannalta on tärkeää huolehtia esim. perheiden, lasten ja vanhusten turvasta ja toimintakyvystä normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Yhteistyö terveydenhuollon kanssa on olennaista.

Sosiaalihuollon valmiussuunnitelmat sisältävät psykososiaalisen tuen ja palvelujen järjestämisen lähtien arjen traumaattisista tilanteista aina poikkeusoloihin saakka. Suunnitteluvastuu psyko-

sosiaalisen tuen ja palvelujen toteuttamiseksi on kunnissa sosiaali- ja/tai terveystoimella. Psykososiaalisen tuen ja palvelujen toteuttamisessa tarvitaan moniammatillista osaamista ja yhteistyötä. Palvelut on porrastettu normaalin palvelujärjestelmän osaksi siten, että on ympärivuorokautinen valmius huolehtia erilaisten tilanteiden ensihuollosta ja jälkihoidosta. Kriisityöntekijöiden ohella toimintaan voi osallistua vapaaehtoisia tukihenkilöitä. Suunnitelmissa on otettu huomioon eri väestöryhmien, kuten lasten, vammaisten, vanhusten ja maahanmuuttajien erityistarpeet.

Suomen Punaisen Ristin valtakunnallinen psykologien valmiusryhmä tukee viranomaisia henkisen huollon toteuttamisessa normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Ryhmä antaa tarvittaessa konsultaatioapua paikallisille kriisiryhmille.

2.2 STM:n ohjeistus traumaattisten tilanteiden psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestämisestä

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistion Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut, (STM:n monisteita 1998:1) mukaan suuronnettomuuden auttamistyössä on neljä vaihetta: 1) valmisteluvaihe 2) pelastus- ja tointumisvaihe 3) korjausvaihe ja 4) jälleenrakennusvaihe.

Valmisteluvaiheen toimenpiteitä ovat toimintasuunnitelmien laatiminen ja yhteensovittaminen sekä koulutukset. Pelastus- ja tointumisvaiheeseen kuuluu sokkivaiheen tuki eli välitön psyykinen ensiapu. Korjausvaiheeseen kuuluvat tiedotus- ja neuvontapalvelut, kriisi-interventiot ja rituaalit. Jälleenrakennusvaiheeseen kuuluu seuranta ja tarvittaessa pitempiaikainen psykososiaalinen tuki ja hoito.

Psykososiaalinen tuki ja palvelut ovat erilaisia tilanteesta riippuen. Suuronnettomuus vaatii moniportaista toimintaa ja erilaisia toimintamuotoja kuin esimerkiksi yhtä perhettä koskeva kriisi. Muistiossa on suositukset psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestämisestä ja ohjeistus eri vaiheiden toimenpiteiksi.

Psykososiaalisten palveluiden järjestämiseksi kuntien tai kuntayhtymien, sairaanhoitopiirien ja läänien on asetettava *kriisityön suunnitteluryhmä* vastaamaan alueensa psykososiaalisen tuen ja palvelutoiminnan kehittämistä. Kriisisuunnittelutyöryhmän tehtävänä on laatia psykososiaalisen tuen ja palvelujen suunnitelma ja varata resurssit sen toteuttamista varten sekä pitää suunnitelma ajan tasalla. Suunnitelma on sisällytettävä kuntien tai kuntayhtymien, sairaanhoitopiirien ja läänien eri toimialojen valmiussuunnitelmiin. Suunnitelman on sisällettävä sekä arkielämän traumaattisten tilanteiden edellyttämien palvelujen järjestäminen että erityistilanteissa ja suuronnettomuuksissa tarvittavan psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestäminen.

Arkielämän traumaattisten tapahtumien varalta tulee olla valmius vastata akuuttiin, välittömän (sokkivaiheen) tuen tarpeeseen joko kriisiryhmän toimintana tai muulla tavoin. Kunnan tai kuntayhtymän on perustettava terveyskeskukseen psykososiaalinen kriisiryhmä, joka koostuu eri ammattajeja edustavista kunnan, seurakunnan ja vapaaehtoisjärjestöjen työntekijöistä. Kriisiryhmän tehtävänä on tarjota alueen asukkaille psykososiaalista tukea ja palveluja onnettomuuksissa ja traumaattisissa tapahtumissa, vastata kriisityöstä tiedottamisesta ja huolehtia yhteistyötahojen psykososiaalisesta kouluttamisesta. Kriisiryhmään on saatava yhteys välittömästi onnettomuuden tai traumaattisen tapahtuman jälkeen, mikä edellyttää ainakin suurissa kaupungeissa yleensä ryhmän ympärivuorokautista päivystystä.

Valmius suuronnettomuuksien ja erityistilanteiden varalta edellyttää, että alueellisissa psykososiaalisen tuen ja palvelujen suunnitelmissa on sovittu terveyskeskusten, erikoissairaaloitten, sai-

raanhoitopiirien ja läänien kriisiryhmien välisestä työnjaosta psykososiaalisen tuen ja palvelujen järjestämisessä. Suunnitelmista on käytävä ilmi, mikä taho kulloinkin johtaa ja organisoii psykososiaalista tuki- ja palvelutoimintaa, toiminnan käytännön järjestelyt sekä se, mistä toimintaan hankitaan tarvittavat lisäresurssit, jos alueen omat voimavarat eivät riitä. Laajojen alueellisten tai valtakunnallisten erityistilanteiden yhteydessä tiettyjen erityispalveluiden järjestäminen ja toiminnan koordinointi voidaan delegoida esimerkiksi valtakunnalliselle SPR:n psykologien kriisivalmiusryhmälle. Delegoinnista päättää alueellinen viranomais tai elin, joka vastaa psykososiaalisen tuen ja palvelujen järjestämisestä alueella.

Hälytysjärjestelyistä todetaan, että hätäkeskuksille on annettava kriisiryhmien yhteystiedot ja ohjeet, milloin kriisiryhmä on hälytettävä. Harkinnanvaraisissa tilanteissa hätäkeskus informoi kriisiryhmän päivystäjää tilanteesta ja päivystäjä päättää, hälytetäänkö kriisiryhmä. Hätäkeskuspäivystäjille ja viranomaisille, jotka vastaavat kriisiryhmän hälyttämisestä, on annettava toimintaa koskevat kirjalliset ohjeet ja heille on annettava tehtävään tarvittava koulutus.

Kansalaisten oikeuksista todetaan, että jokaisella akuuttiin traumaattiseen tapahtumaan joutu-neella on oikeus tarvitessaan saada psykososiaalista tukea ja palveluja. Tämä koskee myös Suomen kansalaisia ulkomailla tapahtuneissa tilanteissa. Palvelut ovat käyttäjälleen maksuttomia, ja kaksikielisillä paikkakunnilla henkilöllä on oikeus halutessaan saada palvelut omalla äidinkielellään.

Psykososiaalista tukea ja palveluja koskevan *koulutuksen* osalta todetaan, että terveydenhuol-lon ja sosiaalitoimen henkilöstön, palo- ja pelastustyöntekijöiden ja poliisien peruskoulutukseen on sisällytettävä perustiedot traumaattisista kriiseistä, stressireaktioista ja toimintaperiaatteista stres-sitilanteissa. Kriisiryhmien jäsenille on järjestettävä riittävä täydennyskoulutus psyykkisesti traumaatioivien tapahtumien tunnistamisesta, uhrien tunnistamisesta, stressioireiden havaitsemisesta, traumaattisista kriiseistä, stressireaktioista ja stressihäiriöistä sekä toiminnasta stressitilanteissa ja menetelmistä, joita käytetään stressin aiheuttamien reaktioiden jälkihoidossa. Koulutukseen pitää sisältyä käytännön harjoituksia. Kriisiryhmien jäsenille on järjestettävä säännöllinen työnohjaus ja heidän jatko- ja täydennyskoulutuksestaan on huolehdittava. Lisäksi traumaattisissa tilanteissa pelastus-, hoito- ja huoltotehtäviä hoitavien ammattihenkilöiden esimiehille on järjestettävä täyden-nyskoulutusta traumaattisten tapahtumien vaikutuksista ihmisiin, jotta he pystyvät tunnistamaan alaisissaan stressireaktiot ja järjestämään työpaikoilla asianmukaisen psyykkisen tuen ja palvelut.

Psykososiaalisen tuen ja palveluiden *rahoituksen* osalta todetaan, että eri toimintatasoilla toi-mintayksiköiden talousarvioihin on sisällytettävä psykososiaalisen tuki- ja palvelutoiminnan suun-nitelmien toteuttamiseen tarvittavat määrärahat. Suuronnettomuuksien ja muiden erityistilanteiden varalta on sovittava muille kuin oman kunnan asukkaille annettavien psykososiaalisten palvelujen aiheuttamien merkittävien kulujen korvaamisesta ja maksukäytännöistä.

Psykososiaalista tukea ja palveluja tuottaville työntekijöille, esimerkiksi kriisiryhmien jäse-nille maksettavat korvaukset *varallaolosta ja päivystyksestä* olisi sovittava voimassaolevien so-pimusten mukaisesti. Psykososiaaliseen kriisityöhön osallistuminen olisi otettava huomioon työn vaatavuutta lisäävänä tekijänä korvauksia määritettäessä.

2.3 Kriisipalveluiden nykytila Suomessa

2.3.1 Kuntien kriisipalvelut

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesin vuosina 2002 ja 2005 tekemien selvitysten perusteella (Hynninen & Upanne, 2006) akuutti kriisityö on organisoitu maassa kattavasti. Vuonna 2002 92 % kunnista ja vuonna 2005 89 % 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, kriisityön järjestämistä kuvaavissa muuttujissa on alueellista vaihtelua sairaanhoitopiireittäin tarkasteltaessa. Selvitysten perusteella Suomessa on kansainvälisestikin tarkasteltuna ainutlaatuinen, kattava viranomaiskriisiryhmien verkosto.

Selvitysten 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.

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

Selvitysten perusteella psykososiaalisen tuen ja palveluiden valmius suuronnettomuustilanteissa kaipaa myös kehittämistä. Kriisityö oli sisällytetty kunnan valmiussuunnitelmaan 57 %:ssa kunnista v. 2002 ja viidesosassa kunnista suuronnettomuusvalmiutta ei ollut organisoitu lainkaan. Uusintakyselyssä v. 2005 kävi ilmi, että kunnissa ei ole kokemusta eikä psykososiaalisen tuen toimintasuunnitelmia poikkeuksellisten ja suurten katastrofien varalle. Kunnissa oli myös epä tietoisuutta 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 osassa kuntia.

Selvitykset osoittivat monia puutteita kriisiryhmien toimintaolosuhteissa (v. 2002), mikä vaikuttaa ryhmien työmotivaatioon ja jaksamiseen. Rärkeimpiä puutteita olivat korvausten puuttuminen virka-ajan ylittävstä työstä, säännöllisen työnohjauksen mahdollisuuden puuttuminen sekä henkilöstöresurssien riittämättömyys.

Selvitysten perusteella kriisityön kehittämishaasteiksi nousevat erityisesti virka-ajan ulkopuolisen kriisiavun lisääminen, kriisi-interventioiden kattavuuden kehittäminen niin, että apua tarjotaan kaikille, joita äkillinen, järkyttävä tapahtuma on kohdannut, että apua on saatavilla kaikissa traumaattisen kriisin vaiheissa ja interventioiden jälkeinen seuranta on riittävää, kriisityön ja kriisi- ja traumahoidon resurssien ja osaamisen kehittäminen, kriisiryhmien toimintaolosuhteiden parantaminen sekä kansallisen suuronnettomuustilanteita koskevan psykososiaalisen tuen ja palveluiden strategian kehittäminen.

2.3.2 Sairaanhoidopiirien kriisipalvelut

Useimmissa keskussairaaloissa ja yliopistosairaaloissa on omat kriisiryhmät/katastrofipsykiatriset työryhmänsä. Sairaaloiden kriisiryhmät keskittävät toimintansa pääosin omien potilaidensa ja heidän omaistensa traumaattisten kriisien selvittelyyn. Kriisiryhmät voivat vastata myös sairaalan henkilökunnan psyykkisestä jälkihoidosta traumaattisen tapahtuman yhteydessä, ellei jälkihoito kuulu työterveyshuollolle.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri on ensimmäisenä sairaanhoidopiirinä maassa organisoinut henkisen ensiavun toiminnan. Sillä tarkoitetaan uhrien, omaisten ja sairaalahenkilökunnan psyykkistä tukemista heti sokkivaiheesta alkaen onnettomuustilanteissa. Henkinen ensiapu on saatavilla oloa, käytännön avun tarjoamista ja toimimista välittäjänä potilaiden, omaisten ja henkilökunnan välillä. Henkinen ensiapu on aktiivista apua, jolla varmistetaan sokkivaiheessa olevien uhrien ja omaisten turvallisuus, autetaan pääsemään eroon epätodellisesta olost, varmistetaan, että uhrin ja omaiset eivät jää yksin sekä varmistetaan jatkoavun saanti, mikäli tarvetta siihen ilmenee myöhemmin. Tarvittaessa sovitaan seurantasoihoista tai -tapaamisista. Työtä tehdään Seinäjoen keskussairaalan päivystyspoliklinikan tukena siten, että 15 työntekijän tiimistä kukin vuorollaan päivystää ympärivuorokautisesti. Työtä tekevät kriisityöhön ja henkiseen ensiapuun koulutetut sairaanhoidopiirin työntekijät. Toiminta on ollut käynnissä vuodesta 1995. Sairaanhoidopiiri on organisoinut jatkuvan kriisityön koulutuksen, jonka kautta myös henkisen ensiavun renkaaseen saadaan uusia työntekijöitä.

Erityistilanteista ja poikkeusoloja varten sairaanhoidopiireillä tulee olla alueelliset valmiussuunnitelmat psykososiaalisen hoidon osalta. Kokemukset suuronnettomuuksissa ovat osoittaneet, että sairaalan psykososiaalisen kriisiryhmän resurssit menevät (lähes) kokonaan sairaalassa hoidettavien uhrien ja heidän omaistensa parissa tehtyyn kriisityöhön. Sairaanhoidopiireillä on kuitenkin psykososiaalisen tuen koordinoituvastuu alueellaan suuronnettomuustilanteissa.

Suuronnettomuudessa itse mukana olleiden lisäksi onnettomuuden psykologisia uhreja ovat myös heidän omaisensa ja läheisensä sekä suuri joukko ulkopuolisia ihmisiä, jotka ovat seuranneet tapauksen kulkua joko tapahtumapaikalla tai tiedotusvälineissä. Nämä ihmiset ovat kodeissaan ympäri maata, ja kriisiorganisaation tehtävänä on koordinoida paikallisten kriisiryhmien toimintaa ja informoida niitä eri alueilla olevista avun tarvitsijoista. Psykologisen ulottuvuuden huomiointi on onnettomuuden tai traumaattisen tapahtuman uhrien määrittelyssä merkitsee paitsi uhrien määrän moninkertaistumista, myös kriisityön valtakunnallisen koordinointi- ja ohjaustehdävän korostumista.

Viranomaiset eivät ole toistaiseksi nimenneet valtakunnallista psykososiaalista tukea ja palveluja koordinoivaa tahoa. Tätä tehtävää on hoitanut Suomen Punaisen Ristin organisoima valtakunnallinen psykologien valmiusryhmä.

2.3.3 Suomen Mielenterveysseuran kriisipalvelut

Suomen Mielenterveysseuran SOS-keskuksen ja kriisikeskusten psykososiaalinen tuki traumaattisen tapahtuman ja kriisin vuoksi apua tarvitseville

SOS-keskuksessa on auttamisketju traumaattisen tapahtuman ja /tai kriisin kokeneille. Avun saamisen lähtökohtana on yhteydenottajan kokemana tarve saada tukea ja apua. Palvelu on maksutonta ja luottamuksellista. Toiminta on ideologioihin ja uskonnollisiin vakaumuksiin sitoutumatonta. Vastaavaa kriisiapua on tarjolla myös Mielenterveysseuran 16 paikallisessa kriisikeskuksessa.

Auttamisen ketjun monimuotoisuus vaihtelee jonkin verran sijaintipaikkakunnan mukaan.

Auttamisen ketju

Valtakunnallinen kriisipuhelin tarjoaa välitöntä keskusteluapua puhelimitse lähes ympäri vuorokauden. Vastaajina on kriisityöntekijöitä sekä koulutettuja vapaaehtoisia, joilla on valmius ohjata soittajaa eteenpäin hänen tarvitsemiinsa palveluihin. Soittaja voi pysyä anonyyminä ja päivystäjät ovat sitoutuneet vaitioloon.

SOS-auto tarjoaa henkistä ensiapua pääkaupunkiseudulla puhelimitse ja koti-/sairaalakäyntein. Henkinen ensiapu on kriisin akuutissa vaiheessa tarjottavaa aktiivista apua, jolla varmistetaan sokkivaiheessa olevan asiakkaan turvallisuus ja autetaan pääsemään eroon epätodellisesta olostä sekä varmistetaan jatkoavun saanti, mikäli tarvetta on tai ilmenee myöhemmin. Käynneillä käydään asiakkaiden kanssa läpi tapahtunutta, varmistetaan asiakkaiden turvallisuus ja hyvinvointi ja että asiakkaat eivät jää yksin sekä sovitaan seurantasoi-toista tai -tapaamisista. Tarvittaessa pyydetään lääkäri paikalle.

Helsingin kaupungin kanssa tehdyn ostopalvelusopimuksen mukaan SOS-auto toimii Helsingissä psykososiaalisen tuen ensihälytysyksikkönä päivystäen 24 tuntia vuorokaudessa. Se myös vastaa *Helsingin alueella tapahtuvissa suuronnettomuustilanteissa henkisen ensiavun kriisikeskuksen perustamisesta*, hälyttää lisävoimia paikalle ja organisoii ja käynnistää henkisen ensiavun toteuttamisen.

SOS-auton kriisityöntekijät ovat sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisia. Henkilökuntaa sitoo vaitiolovelvollisuus ja esimerkiksi lastensuojelutapausten ilmoittamisvelvollisuus

Rikosuhripäivystyksen Uudenmaan aluetoimisto toimii osana SOS-keskusta. Se tarjoaa apua ja tukea rikosten uhreille ja heidän omaisilleen. Rikun vapaaehtoinen koulutettu tukihenkilö kulkee uhrin tai omaisen kanssa mukana oikeusprosessin eri vaiheissa. Työntekijät ja vapaaehtoiset juristipuhelimen päivystäjät antavat tietoa ja ohjaavat.

Kriisivastaanotto tarjoaa tukea kriisin reaktio- ja käsittely/työstämisen vaiheissa. Kriisityöntekijät tapaavat asiakasta keskimäärin viisi kertaa. Tapaamisten määrä määräytyy yhteydenottajan ja kriisityöntekijän yhteistyönä. Kriisikeskustelujen tavoitteena on selkiyttää yhteydenottajan kanssa tapahtunutta sekä vahvistaa hänen voimavarojaan ja verkostojaan ja ohjata tarvittaviin palveluihin. Kriisivastaanotolla käy kerran viikossa konsultoiva psykiatri, tukemassa työntekijöitä yhteydenottajien terveydentilan arvioinnissa ja ohjaamisessa eteenpäin. Kriisivastaanoton työntekijät ovat sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia.

Ulkomaalaisten kriisipalvelu auttaa traumaattisia tapahtumia ja kriisejä kokeneita maahanmuuttajia. Työkielinä ovat suomi, ruotsi, englanti. Tarvittaessa käytetään tulkkia.

Avun tarvitsijan on mahdollisuus halutessaan saada tukihenkilö. *Tukihenkilö* on koulutettu vapaaehtoinen, joka tukee traumaattisen tapahtuman ja kriisin kokenutta sovitulla tavalla sovitun ajan. Kriisityöntekijä kertoo mahdollisuudesta asiakkaalle ja asiakas, tukihenkilö ja työntekijä tekevät sopimuksen tukisuhteesta. Tukihenkilöille järjestetään kriisikeskuksen puolesta työnohjausta.

Ryhmätoimintaa järjestetään traumaattisia tapahtumia ja kriisejä kokeneille. Säännöllisesti järjestetään ryhmiä itsemurhan tehneiden omaisille, itsemurhaa yrittäneille ja läheisensä muuten äkillisesti menettäneille. Lisäksi on järjestetty ryhmiä traumaattisen tapahtuman kokeneille, esimerkiksi Konginkankaan onnettomuudessa menehtyneiden vanhemmille ja sisaruksille sekä tsunamista pelastuneille ja tsunamissa omaisensa menettäneille.

Ryhmät ovat ammatillisesti ohjattuja suljettuja vertaisryhmiä. Ryhmä kokoontuu yleensä keran viikossa 10 kertaa. Lisäksi järjestetään seurantatapaaminen. Halukkaita ohjataan hakeutumaan ryhmätoimintaan, kun traumaattisesta tapahtumasta on kulunut noin 3 kuukautta.

Kuntoutuskursseja järjestetään traumaattisia tapahtumia ja kriisejä kokeneille uudelleensuuntautumisen tueksi. Kuntoutuskurssille ohjataan hakeutumaan, kun tapahtumasta on kulunut noin vuosi. Kuntoutuskurssit koostuvat 2–3 jaksosta, jotka ovat kestoaltaan 5–3 päivää. Kurssijaksot jakautuvat noin vuoden ajalle. Jaksojen väliajalla ryhmäläisille voi olla mahdollisuus ”tavata” toisiinsa netissä suljetussa ryhmässä. Kursseja järjestetään säännöllisesti muun muassa itsemurhan tehneiden omaisille ja henkirikosten uhrien omaisille

Tukinet eli kriisikeskus netissä tarjoaa kriisityöntekijöiden apua netin välityksellä suojatussa ympäristössä. Tukinetissa on mahdollisuus henkilökohtaiseen tukisuhteeseen Net-tuessa. Kriisityöntekijä on sitoutunut vastaamaan viiden päivän kuluessa. Tukinetissa on myös sekä avoimia että suljettuja ryhmiä eri aiheista sekä Net-tuki-live –päivystys, jolloin avun tarvitsijalla on mahdollisuus saada välittömästi kontakti kriisityöntekijään.

2.3.4 Psykososiaalinen tuki kirkon toiminnassa

Suomen evankelis-luterilainen kirkko seurakuntineen on kuntien ja valtion rinnalla toimiva julki-shallinnollinen yhteisö, jota koskevat samat lait ja ammatilliset vaatimukset kuin muutakin julkista sektoria. Kirkon työn lähtökohtana on ihmisen hyvän elämän edellytysten turvaaminen. Kirkon perustehtävä on olla ihmisen rinnalla niin juhlassa kuin arjessa, mutta aivan erityisesti niissä kriisitilanteissa, jonne muu apu ei yhteiskunnassamme ulotu.

Suuronnettomuus- ja kriisivalmius on tärkeä osa-alue kirkon työssä. Tätä koskevat velvoitteet kirkolle tulevat valmius- ja pelastuslainsäädännöstä, samoin kuin muillekin viranomaisahoille. Kirkon valmiussuunnittelun perusteet on kirjattu julkaisuun "*Kirkon valmiussuunnittelun yleiset perusteet*" (Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkkohallitus, 2005).

Kirkon keskushallinnon kriisivalmiudesta vastaa kirkon keskusviraston, Kirkkohallituksen, kansliapäällikkö. Tässä tehtävässä hänellä on apunaan Kirkkohallituksen johtoryhmä, joka koostuu kirkkohallituksen eri osastojen johtajina toimivista kirkkoneuvoksista ja viestintäjohtajasta. Arkkipiispa on kytketty tiiviisti tähän toimintaan, samoin kuin hiippakuntien tuomiokapitulit. Kirkkohallituksen toiminnallisessa osastossa suuronnettomuus- ja kriisityön koordinaatio ja kehittäminen on annettu kirkon perheasiain yksikön tehtäväksi. Kirkon Tiedotuskeskus sekä Kirkon Ulkomaanapu huolehtivat omalta osaltaan kriisinhallinnasta. Suomen Lähetysseura on läheinen yhteistyökumppani.

Kirkon keskushallinnon valmiussuunnitelma valmistuu vuonna 2007. Kirkkohallitus on antanut seurakunnille vuonna 2005 valmistuneen *Henkisen huollon toimintaohjeen*. Yksittäisissä suuronnettomuustilanteissa kirkkohallitus antaa myös erillisiä ohjeita ja suosituksia toimenpiteitä varten.

Kirkon Henkinen Huolto (HeHu) on lähinnä pääkaupunkiseudun seurakuntiin luotu organisaatio, joka huolehtii hälytysjärjestelmästä ja muista käytännön toimenpiteistä omalla rajatulla sektorillaan. Henkisen huollon perustehtävä on määritelty seuraavasti: ”Henkisen huollon tehtävänä on antaa onnettomuuden uhreille ja omaisille henkistä tukea. Tuki on luonteeltaan palvelua, lähellä oloa ja ahdistuksen jakamista. Tukea annetaan myös tarpeen vaatiessa pelastustyöhön osallistuvalle henkilöstölle. Henkisessä huollossa on mukana seurakuntien kriisityön erityiskoulutuksen saaneita viran- ja toimenhaltijoita, joille toimintaan osallistuminen kuuluu virkatehtäviin”.

Suuronnettomuus- ja kriisivalmius edellyttää kirkossa sen eri toimialoilla riittävän kriisityön peruskoulutuksen lisäksi jatkokoulutusta ja työnohjausta. Seurakuntien työntekijöiden, erityisesti pappien, diakonian viranhaltijoiden ja sielunhoidon erityisalojen työntekijöiden on tunnettava psyykkisen ensiavun tärkeimmät alueet. Paikallisseurakuntien työntekijöiden valmiudet suuronnettomuuksien ja kriisitilanteiden osalta ovat ensiarvoisia koko kirkon kriisityölle. Sielunhoidon, erityisesti perheneuvojan ja sairaalasielunhoitajan kolmivuotinen koulutus antaa hyvät perusvalmiudet myös yllättäviin kriisitilanteisiin, erityisesti äkillisiin kriiseihin joutuneiden yksilöiden ja perheitten tukemiseen. Useimpiin paikallisiin kriisiryhmiiin kuuluu myös seurakunnan edustaja, diakonian viranhaltija tai pappi.

Rituaaleilla on tärkeä parantava merkitys, joka toteutuu ei-sanallisella tasolla. Rituaalit ovat tärkeä osa kirkon toimintaa yleensä ja myös onnettomuus- ja kriisitilanteissa. Kaakkois-Aasian katastrofin yhteydessä kirkko on muun muassa ollut mukana vastaanottamassa jokaista vainajaa. Lentokentällä on pidetty lyhyt ekumeeninen messu.

2.3.5 Vertaistuen tilanne Suomessa

Kriisityöhön kuuluu, että alkuvaiheessa annetaan psyykkistä tukea, autetaan varhaisen intervention keinoin kohtaamaan tapahtunut, tarjotaan reaktioita ja selviytymistä koskevaa tietoa, tuetaan vainajan katsomisessa ja autetaan myös rituaalien avulla. Yleensä onnettomuuksien tai katastrofin jälkeen on tarjottu yksilöhoitoja, mutta ei juuri ryhmämuotoista apua. Kun moni menettää läheisensä samassa onnettomuudessa, pitäisi olla mahdollisuus myös vertaistukeen surussa.

Vertaistuen käyttö suuronnettomuustilanteissa: Myyrmannin ja Konginkankaan kokemukset

Suomessa tai muuallakaan länsimaissa ei ole yleisesti hyväksyttyjä käytäntöjä pitkäaikaisemman psykososiaalisen tuen järjestelyistä. Suomessa monilla paikkakunnilla järjestetään ns. sururyhmiä omaisensa menettäneille esim. seurakuntien tai yhdistysten toimesta. Surevat arvostavat ja käyttävät sururyhmiä, mutta poikkeuksellisen kuolemantavan jälkeen tavallinen, paikallinen sururyhmä on surevalle liian heterogeeninen. Vertaistuki ei toimi. Samassa ryhmässä voi olla henkilöitä, joiden omainen on tehnyt itsemurhan, kuollut onnettomuudessa tai sairauteen. Myös ryhmään osallistuvien asema suhteessa vainajaan voi olla erilainen: on voinut menettää puolisonsa, lapsensa tai vanhempansa. Heterogeeniset vertaisryhmät saattavat altistaa uusille traumaattisille kokemuksille. Kliinisen kokemuksen perusteella heterogeenisiin ryhmiin osallistuneet henkilöt usein ilmaisevat toiveen saada tavata tapahtuneen ja asemansa suhteen vertaisia.

Vertaistuesta surevien omaisten auttamisessa suuronnettomuuden jälkeen on saatu kokemuksia Norjasta Sleipner -merionnettomuuden yhteydessä, jossa kuoli 16 ihmistä (Dyregrov ym., 2003).

Suomessa vertaistukea on käytetty suuronnettomuustilanteissa Myyrmannin räjähdysnettomuuden ja Konginkankaan bussiturman jälkeen. *Myyrmannin onnettomuuden* jälkeen vertaistuki käynnistyi, kun Myyrmannin uhrien selviytymistä koskeneen tutkimuksen ensimmäisessä kyselyssä huomattiin, että vain pieni osa vastanneista (5 %) oli saanut tukea toisilta uhreilta. Kun uhrin ja omaiset ilmaisivat tarvetta vertaistapaamiseen, otti Vantaan kaupunki järjestämistä vastuun ja syyskuussa 2003 järjestettiin "Elämä katastrofin jälkeen" –seminaari Myyrmannin räjähdysnettomuuden uhreille ja omaisille. Seminaariin osallistui 60 uhria ja omaista, joista 11 oli lapsia tai nuoria.

Aamupäivällä ohjelmassa oli musiikkiesitys vainajien muistoksi, Vantaan kaupungin, Myyrmäki-rahaston ja Valtiokonttorin edustajien alustukset sekä uhrien ja omaisten puheenvuorot. Aa-

mupäivällä esitettiin myös yhden ulkomailta asuvan uhrin kuvakirje lapsille, selostettiin uhreja ja omaisia koskevan kyselytutkimuksen ensimmäisen osan tuloksia ja pidettiin pelastustyötä ja rikostutkintaa koskevat esitykset.

Iltapäivällä osallistujat keskustelivat keskenään ja kokosivat päivän lopuksi tiedotteen tiedotusvälineille. Lapsille ja nuorille oli ohjattu trauman ja surun interventio, jossa käytiin piirtämällä ja keskustellen ryhmässä läpi tapahtuma, sen aiheuttamia tunteita, avun saamista, toivoa ja paranemista.

Osallistujat pitivät järjestettyä tapaamismahdollisuutta tarpeellisena ja toivoivat uutta samantapaista mahdollisuutta toistensa tapaamiseen jatkossakin. Toinen uhrien ja omaisten vertaistapaaminen järjestettiin huhtikuussa 2004 Myyrmäki-rahaston tuella. Siihen osallistui noin 40 aikuista ja 20 lasta.

Maaliskuussa 2004 lapsiuhreille ja lapsiomaisille sekä heidän vanhemmilleen järjestettiin erillinen selviytymistä tukeva perheviikonloppu. Siihen osallistui 15 lasta ja nuorta sekä 14 aikuista kuudesta eri perheestä. Perheviikonlopun työntekijöinä oli kokeneita lapsi- ja perheterapian asiantuntijoita eli Länsi-Vantaan perheneuvolan psykologeja ja taideterapeutteja. Ohjelma oli suunniteltu traumaterapeuttiseksi. Suunnittelussa hyödynnettiin kansainvälistä lasten auttamisen traumainterventiomallia ja kokemuksia lasten ja nuorten sururyhmä- ja tunnekasvatusinterventioista Suomessa (Poijula, 2004; Kemppainen, 2004; Poijula, 2003).

Suomen Punainen Risti järjesti ensimmäistä kertaa kriisipsykologien vetämiä vertaistukitilaisuuksia Konginkankaan liikenneturmassa menehtyneiden perheille ja onnettomuudessa loukkaantuneille ja heidän perheilleen. Konginkankaan onnettomuudessa menehtyneiden ja loukkaantuneiden määrä oli riittävän suuri, jotta heidän perheilleen oli mahdollista kohdistaa ryhmämuotoista tukea.

Konginkankaan onnettomuuden jälkeisen vertaistuen tavoitteet olivat terveen toipumisen tukeminen traumaattisissa kriisissä ja surussa, normaaleja kriisireaktioita koskeva neuvonta (psykoedukaatio) ja normalisointi. Lisäksi vertaisryhmissä mahdollistui samassa asemassa olevien perheenjäsenten välinen ajatusten, tunteiden ja kokemusten jakaminen.

Vertaistukitilaisuuksien työmuotoina olivat ammatillisesti johdetut vertaistukiryhmät ja psykologien pitämät lyhyet alustukset. Ryhmäkoonpanoina olivat perheryhmät, aikuisen perheenjäsenen aseman perusteella muodostetut ryhmät (äitien, isien, sisarusten ja sisarusten puolisoitten ryhmät) ja lasten ryhmät. Lisäksi yhteenvetokeskusteluja käytiin kaikkien osanottajien muodostamassa suurryhmässä. Vertaistukitilaisuudet järjestettiin 3 kk:n, 7 kk:n, 13 kk:n ja 26 kk:n kuluttua onnettomuudesta. Osa muodostuneista vertaisryhmistä ja niihin osallistuneista perheistä on tavannut toisiaan myös vertaistukitilaisuuksien välillä.

SPR:n saama palaute Konginkankaan suuronnettomuudessa menehtyneiden omaisilta sekä loukkaantuneilta ja heidän perheiltään on ollut erittäin myönteistä. Erityisesti kiitosta omaisilta on tullut aktiivisesta avun tarjoamisesta tilanteessa, jossa omat psyykkiset voimavarat eivät riittäneet omaehtoiseen avun hakemiseen. Riitta Kumpulaisen tutkimuksessa psykososiaalisten tukipalvelujen toimivuudesta Konginkankaan onnettomuuden jälkeen aktiivisimpia jatkotuen tarjoajia olivat seurakunnat ja SPR. Tutkimuksen mukaan juuri vertaistukiryhmät koettiin parhaimmaksi jatkotukimuodoksi perheen, sukulaisten ja ystävien antaman tuen jälkeen (Kumpulainen, 2006).

Suomen mielenterveysseura järjestää ammatillisesti ohjattuja suljettuja vertaisryhmiä traumattisia tapahtumia ja kriisejä kokeneille.

Myös Konginkankaan onnettomuudessa kuolleiden vanhemmille ja sisaruksille on järjestetty vertaisryhmiä.

2.3.6 Lasten ja nuorten psykososiaalinen tuki ja palvelut

Akuutissa kriisitilanteessa lasten ja nuorten auttaminen sisältyy osana kunnan tai kuntayhtymän psykososiaaliseen tukeen ja palveluihin. Kriisiapu kohdistuu psyykkisen ensiavun ja varhaisen intervention vaiheessa ensisijaisesti perheisiin ja laajennettuihin perheisiin. Toimijatahoja on useita. Toimijoina ensivaiheen kriisiavun osalta ovat ensinnäkin paikalliset kriisiryhmät, joissa on työntekijöitä, joilla on asiantuntemus lasten ja nuorten kanssa työskentelyyn (mm. terveyskeskuspsykologeja ja perheneuvoloiden työntekijöitä). Lasten ja nuorten psykososiaalisen tuen ja palveluiden antajina tulee olla lasten ja nuorten työntekijöiden.

Sosiaalitoimen velvoitteena on vastata mm. lastensuojelullisista velvoitteista. Yhteiskunnan toiminnan kannalta on tärkeää huolehtia esim. perheiden, lasten ja vanhusten turvasta ja toimintakyvystä normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Yhteistyö terveydenhuollon kanssa on tässä olennaista.

Opetusministeriön alainen opetushallitus on edellyttänyt kaikilta kouluilta kriisitoimintamallia 1.8.2006 mennessä: "Opetussuunnitelman oppilashuoltoa koskeva osuus on laadittava yhdessä kunnan sosiaali- ja terveystieteiden kanssa. Paikalliseen opetussuunnitelmaan tulee kirjata toimenpiteet esimerkiksi kriisien ennaltaehkäisemiseksi ja hoitamiseksi" (Opetushallitus, Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet, 2004).

Koulut ovat Suomessa ainoa työyhteisö, jotka on velvoitettu tekemään omat kriisitoimintamallinsa ja perustamaan niihin kuuluvat koulujen omat kriisiryhmät. Koulujen kriisiryhmien apuna tulee olla lasten ja nuorten mielenterveystyön erityisasiantuntijat siten, kuin kriisitoimintamallissa on määritelty. Tällä hetkellä ongelmana on, ettei koulujen kriisitoimintamalleja ole systemaattisesti arvioitu ja kehitetty vuoden 1998 jälkeen kaikissa kouluissa. Tästä syystä valmius ja toiminta voi vaihdella kouluissa suuresti. Koulujen kriisitoimintamallit kaipaisivatkin ajantasaistamista.

Monet päivähoidotyköt toimivat tällä hetkellä ilman kriisitoimintamalleja, vaikka vastaava malli ja työntekijöiden tehtävät ja työnjako kriisitilanteissa kuin kouluissa olisi tarpeellinen. Vantaan kaupunki on laatimassa alle kouluikäisten lasten ja perheiden psykososiaalisen tuen ja palveluiden katastrofivalmiussuunnitelmaa. Suunnitelma sisältää eri yksiköiden, alueiden ja kaupungin kriisitoimintamallin alle kouluikäisten ja heidän perheidensä osalta.

Perheneuvolat antavat monenlaista apua onnettomuuksissa ja katastrofitilanteissa. Monissa kunnissa perheneuvoloiden työntekijät osallistuvat psykososiaalisen tuen antamiseen kriisiryhmien jäseninä. Perheneuvoloista voidaan antaa apua ja neuvontaa kouluihin ja päiväkoteihin, erityisesti tilanteissa, joissa koulun oppilas on menehtynyt tai menettänyt lähiomaisia. Perheneuvoloissa onnettomuuksia joudutaan usein käsittelemään myös meneillään olevissa asiakassuhteissa. Lapsia ja nuoria voidaan ohjata akuutin kriisiavun jälkeiseen jatkohoitoon perheneuvoloihin.

Ensivaiheen psyykkisen kriisiavun jälkeen lapsia ja nuoria voidaan tarvittaessa ohjata jatkohoitoon perheneuvoloihin sekä lastenpsykiatrisille poliklinikoille ja osastoille.

Seurakunnat ja järjestöt täydentävät merkittäväällä tavalla kuntien palveluja.

Stakesin kuntien kriisityön tilannetta selvittäneessä uusintakyselyssä vuonna 2005 kunnat ku-

vasivat, että psyykkisen jatkohoidon osalta niiltä puuttuu erityisesti psyykkisten traumojen hoidon asiantuntemusta. Myös lasten ja nuorten traumaterapiapalveluissa ja traumojen hoidon osaamisessa koettiin olevan puutteita osassa kuntia (Hynninen, 2005).

2.4 Tiedotustoiminta kriisitilanteissa

Epätietoisuus tapahtumista ja epävarmuus tulevaisuudesta lisäävät ahdistuneisuutta. Tiedon tarve kasvaa voimakkaasti onnettomuus-, uhka- ja erityistilanteissa. Väestöllä on oikeus tietää asioista, jotka koskevat heitä ja heidän elinpiiriään. Tiedotustoimintaa on sen tähden tehostettava ja siihen on varattava riittävät toimintaedellytykset.

Erityistilanteissa tiedottamisen on oltava suunnitelmallista. Se, kuka tiedottaa ja kuinka ja mikä on tiedotusorganisaatio, on päätettävä etukäteen. Tiedotussuunnitelmat tulee aina sisällyttää psykososiaalisen tuen ja palveluiden valmiussuunnitelmiin kaikilla valmiustasoilla. Vastuuhenkilöiden tehtävänä on pitää suunnitelmat ajan tasalla. Tiedottamisessa tulee ottaa huomioon eettiset näkökohdat.

Onnettomuuden tai traumaattisen tapahtuman yhteydessä on välittömästi järjestettävä tiedotus- ja neuvontapalvelut. Tiedotusvälineiden ja pelastusorganisaation henkilökunnan tulee saada ajan tasalla olevat tiedot tapahtumasta. Väestön on saatava tietää, kuinka auttamistoimet on järjestetty ja turvallisuus taattu, mistä saa apua ja palveluja ja kuka vastaa tilanteen hoidosta. Myös tieto tavanomaisesta tavasta reagoida järkyttäviin tapahtumiin ja tuleviin reaktioihin valmistautuminen eli psykoedukaatio helpottaa ihmisten oloa ja lisää tunnetusti vaikeidenkin tunteiden ja oireiden sietokykyä. Jatkuva, hyvin hoidettu tiedottaminen onnettomuustilanteissa luo väestölle turvallisuudentunnetta ja uskoa siihen, että tilanne on viranomaisten hallinnassa.

Tiedottamisen tulee olla keskitettyä ja tasapuolista. Tiedottamisen vastuuttaminen yhdelle henkilölle kussakin organisaatiossa mahdollistaa hallitun ja yhdenmukaisen tiedottamisen. Lääkinnällisestä pelastustoiminnasta tiedottaminen soveltuu hyvin lääkintäpäällikölle, joka toimii johtavasta sairaalasta käsin ja jolla on ajantasaisin tieto onnettomuuden uhrien määrästä ja voinnista. Vastuuttaminen estää ristiriitaiset lausunnot. Tiedotuksesta vastaavalla tulee olla varahenkilö. Tiedotuksesta vastaavan tehtävänä on myös taata työrauha pelastushenkilöstölle.

Laajempien onnettomuuksien ja traumaattisten tilanteiden yhteydessä voi olla tarpeen perustaa tiedotus- ja tukikeskus (kriisikeskus), josta väestö saa myös psykososiaalista tukea ja palveluja. Keskuksen perustamis- ja toimintasuunnitelma sisällytetään hallinnonalan psykososiaalisen tuen valmiussuunnitelmaan.

2.5 Kriisityön ja kriisi- ja traumahoidon koulutustilanne

2.5.1 Peruskoulutus

Kaikissa auttamisammateissa olisi hyötyä kriisityön osaamisesta. Ensihoidon yksiköissä se olisi suorastaan välttämätöntä. Tällä hetkellä ei ole olemassa selvitystä siitä, missä määrin kriisityön koulutusta sisältyy eri ammattialojen (sosiaali- ja terveydenhuollon ammatit, poliisikoulutus, palomieskoulutus, kirkon koulutusohjelmat) *peruskoulutusohjelmiin* Suomessa.

Kuitenkin voi arvioida, että kriisityö ei vielä sisälly riittävästi lääkäreiden tai muiden terveyden- ja sosiaalihuollon työntekijöiden koulutukseen, vaikka he työssään kohtaavat monenlaisissa kriiseissä olevia ihmisiä ja heidän omaisiaan.

Psykologikoulutuksessa kriisityön perusteet on sisällytetty perusopintokokonaisuuteen valinnaisena kurssina, niin että opintojensa loppuvaiheessa olevat psykologian opiskelijat kaikissa yliopistoissa voivat suorittaa sen. Pakollinen tämä kriisityön opintokokonaisuus ei kuitenkaan ole. Opintokokonaisuus sisältää 20 tuntia teoriaopetusta ja harjoitusosuuden, joka vaihtelee yliopistoitain. Helsingin yliopistossa harjoitusosuus on 30 tuntia.

Lääkärien perusopintoihin ei sisälly kriisityön koulutusta toistaiseksi lainkaan. Muiden terveyden- ja sosiaalihuollon ammattiryhmien osalta ei ole tarkkaa tietoa kriisityön koulutuksesta.

Pelastajien opetussuunnitelmassa kriisityön sisältöjä on sisällytetty psykologian opintoihin (laajuus 1 opintoviikko). Opetussuunnitelman mukaan opiskelun tavoitteena tältä osin on muun muassa, että opiskelija osaa psykologisen kriisin toimintamekanismit ja tietää roolinsa auttajana kriisi- ja onnettomuustilanteissa. Opintoihin kuuluu mm. kriisipsykologian asiantuntijaluento sekä kirjallisuutena elämänkaaripsykologia ja katastrofipsykologian perusteet.

Hätäkeskuspäivystäjien opetussuunnitelmassa (psykologia, laajuus 2 opintoviikkoa) todetaan, että tavoitteena on muun muassa, että opiskelijat tuntevat kriisikäyttäytymistä. Kirjallisuutena on poliisityön psykologiaa.

Poliisien perustutkinnon opetussuunnitelmassa psykologia -osuuden tavoitteena on muun muassa, että opiskelija perehtyy ihmisen kriisikäyttäytymiseen ja että hän hallitsee mm. ammattinsa edellyttämät psykologiset tiedot ja taidot. Asiakokonaisuuksiin sisältyvät mm. elämänkriisit, kriisikäyttäytyminen, kuoleman kohtaaminen ja kriisityön muodot.

2.5.2 Ammatillinen täydennyskoulutus

Mikään taho ei vastaa tällä hetkellä kriisityön ja kriisihoidon ammatillisesta täydennyskoulutuksesta Suomessa. Kunnat ja kuntayhtymät ovat pitkälti itse järjestäneet kriisityön koulutuksen henkilöstölleen ja hankkineet kouluttajat.

Suomen Mielenterveysseuran koulutuskeskus (entinen Psykoterapiataitojen Instituutti) on jo vuosia järjestänyt kriisi- ja traumapsykoterapiakoulutusta, joka on kolmivuotinen laillistetun psykoterapeutin pätevyyteen johtava koulutus (koulutuksen käyneitä kriisi- ja traumapsykoterapeuteja on tällä hetkellä noin 150–200) ja yhden vaativan erityistason kriisi- ja traumapsykoterapiakoulutuksen vuosina 1998–2001. Koulutuskeskus on järjestänyt säännöllisesti myös kriisityön varhaisten interventiomenetelmien koulutuksia.

Vapaaehtoisjärjestöjen Traumaterapiakeskus on vuosina 1994–2005 järjestänyt varhaisten kriisi-interventiomenetelmien koulutuksia ja myös traumapsykoterapiaa koskevia koulutuksia. Vuodesta 1995 alkaen keskus on järjestänyt EMDR -traumapsykoterapiamenetelmän koulutuksia säännöllisesti.

Kognitiivisen käyttäytymisterapian koulutusyhteisö on parhaillaan käynnistämässä uutta psykoterapiakoulutustaan, joka painottuu kriisi- ja traumahoitoon. Yleensä kognitiivisen psykoterapian koulutuksissa ei Suomessa ole opetettu kognitiivis-behavioraalisia traumahoitomenetelmiä. Ei ole tiedossa kuinka paljon kriisi- ja traumahoitoa sisältyy muiden psykoterapiakoulutusyhteisöjen koulutuksiin.

2.5.3 Erikoistumiskoulutus

Eri alojen erikoistumiskoulutuksissakaan ei ole kriisityön koulutusta käytännössä lainkaan. Psykologian ammatilliseen lisensiaattikoulutukseen liittyen järjestettiin Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskuksessa aikaisemmin 15 opintoviikon kriisityön opintokokonaisuutta, joka oli mahdollista sisällyttää valinnaisena opintokokonaisuutena kaikkien viiden psykologian erikoistumisalan yhteyteen osaksi ammatillista lisensiaatin tutkintoa. Tällä hetkellä koulutusta ei järjestetä, mutta suunnitelmia on käynnistää se uudelleen, ei kuitenkaan enää Tampereen yliopiston organisoimana.

2.6 Kriisityön tutkimus- ja kehittämistoiminnan nykytila Suomessa

2.6.1 Tutkimustoiminnan yleiset edellytykset

Tieteellisen tutkimuksen yleisiä edellytyksiä ovat korkeakoulut ja tutkimuslaitokset, joissa tutkimusta voidaan tehdä. Myös kriisi- ja traumahoidon tutkimusta varten tarvitaan yleistä tutkimusosaamista ja yleiset tutkimusfasiliteetit. Sen lisäksi tulee olla validi näkemys tutkittavasta ilmiöstä l. kriisi- ja traumailmiöiden tuntemus, hyvät mittarit, hyviä aineistoja, työvoimaa ja muita voimavaroja sekä kansainväliset yhteistyöverkot.

2.6.2 Kriisi- ja traumatutkimuksen tilanne Suomessa

Hyvää tutkimusta ei voi luoda tyhjästä nopeasti, vaan sen kehittämiseen tarvitaan vuosien työ. Kriisi- ja traumatilanteiden tutkimukseen pitäisi parhaimmillaan olla jatkuva valmius, jolloin tutkimusta voitaisiin hyödyntää kriisitilanteiden alusta alkaen. Tähänastinen kriisi- ja traumatutkimus Suomessa on perustunut hyvin pieniin aineistoihin. Lisäksi valtaosa tutkimuksesta on ollut pääosin taannehtivaa, retrospektiivistä ja lähtenyt liikkeelle myöhään. Etenevää, prospektiivista seurantatutkimusta ei ole toistaiseksi kyetty kunnolla organisoimaan maassamme. Pienimuotoinen kriisi- ja traumatutkimus, jota Suomessa on tehty, on sinänsä ollut käytäntöjen kehittämisen kannalta hyödyllistä. Pienimuotoisen ad hoc –tyyppisen tutkimuksen on kuitenkin vaikea menestyä kansainvälisessä vertailussa.

Kriisi- ja traumatilanteista syntyneen tutkimustiedon siirtyminen ja vaikuttavuus hoitotoimintaan on ollut sekä kansainvälisesti että Suomessa ongelmallista. Uusien tutkimustulosten vaikutukset heijastuvat käytäntöihin vasta pitkällä viiveellä. Tutkimus, koulutus ja hoito ovat liiaksi eriytyneet. Kenttä on sirpaleinen ja eri toimijoiden väliltä puuttuu koordinointi sekä kiinteät yhteistyösuhteet.

Kriisi- ja traumatutkimukselta Suomessa puuttuu tutkimusstrategia. Hyvän kriisitutkimuksen tulisi toimia korkeimmalla kansainvälisellä tasolla, omata riittävä kriittinen massa, olla pitkäjänteistä ja hankkia erityinen kilpailuetu, esimerkiksi ainutlaatuinen aineisto tai menetelmä.

Kun tarkastellaan kriisi- ja traumatutkimusta kliinisenä hoitotutkimuksena, se on vaikeuksissa kaikkialla maailmassa. Tutkimustyötä on vaativan kliinisen työn ohella vaikea toteuttaa sivutoimisesti eikä kliinistä tutkimusta ole myöskään riittävästi tuettu. Kriisityötä tekevät ihmiset mieluummin tekevät kuin tutkivat. Perustutkimus vetää nuoret tutkijat jo varhaisessa vaiheessa puoleensa ja tutkijoiden rekrytointi myöhemmin kliinisessä vaiheessa on vaikeaa. Myös kliinisen hoitotutkimuksen kustannukset ovat korkeat. Tutkimuksen tuki ja hoidon järjestäminen kuuluvat eri viranomaisille.

Kriisi- ja traumailmiöiden tutkimustoiminta on Suomessa pienimuotoista ja hajanaista. Yksittäisiä hyviä kohdennettuja tutkimuksia ja myös potentiaalia on kuitenkin olemassa. Myös kehittämistyön alueella on päästy eteenpäin. Yhtään riittävän suurta ja kansainvälisellä tasolla toimivaa tutkimusryhmää ei kuitenkaan ole syntynyt. Tutkimuksen tarve on syntynyt aina ad hoc-tyyppisesti (vrt. Lapua, Estonia, Myyrmanni ja tsunami), ja eri ryhmät tekevät tapauskohtaisia käytännön selvityksiä. Kriisitilanteiden hoitovastuu on kokonaisuudessaankin yhteistyöverkostoihin perustuva ja hajanainen. Hallinnon tasolla opetusministeriö on vastuussa tutkimuksesta, mutta ei sinänsä kytkeydy suoraan kriisi- tai traumatilanteisiin. Sosiaali- ja terveysministeriön ensisijainen vastuu liittyy psykososiaalisen tuen koordinointiin ja sisäasiainministeriön kriisitilanteiden hallintoon. Mikään näistä tahoista ei ole nostanut kriisi- ja traumaattisten tilanteiden tutkimustarpeita toistaiseksi voimakkaasti esille.

Kriisi- ja traumatutkimuksen kehittäminen maassamme vaatisi nykyistä keskitetympää vastuuta ja eri alojen tutkijoiden nykyistä tiiviimpää yhteistyötä. STM:n toimialalla Kansanterveyslaitos on vastuussa ensisijaisesti koko väestön terveyden seurannasta ja edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä. Stakes on vastuussa palvelujärjestelmään kohdistuvasta tutkimuksesta ja kehittämisestä sekä kuntien tukemisesta informaatio-ohjauksen keinoin. Työterveyslaitos on vastuussa työelämän ja työikäisen väestön terveysongelmista. Sotilaslääketieteen keskus Lahdessa on ilmoittanut kiinnostuksensa omalta osaltaan kriisi- ja traumatutkimuksesta. Kriisityön kehittämisessä ja koulutuksessa SPR on tehnyt hyvää työtä Suomessa. Kliiniseen työhön liittyvää psykososiaalista kriisi- ja traumatutkimusta on tehty yliopistollisten keskussairaaloiden yhteydessä.

3 SUURONNETTOMUUKSIEN ERITYISPIIRTEET

Katastrofi on ollut aikaisemmin uhrien tai vahinkojen määrällä määritelty termi. Kansainvälisessä kirjallisuudessa katastrofeiksi on usein kutsuttu onnettomuuksia, joissa kuolonuhreja on yli 100. Käsitettä "katastrofi" voidaan soveltaa vaikutuksiltaan erittäin suuriin tai hallitsemattomiin luonnon- tai muihin onnettomuuksiin.

Katastrofi voidaan määritellä tapahtumaksi, joka aiheuttaa suurta inhimillistä kärsimystä ja huomattavia aineellisia vahinkoja. Se myös uhkaa olemassaoloamme, identiteettiämme, ihmisarvoamme ja turvallisuuttamme. Tietynlaisia luonnonkatastrofeja lukuun ottamatta katastrofit tapahtuvat usein yht'äkkiä, odottamatta ja niin, etteivät ne ole hallittavissa. Suuronnettomuuden vaikutukset tuntuvat pitkään itse tapahtuman jälkeen.

Onnettomuuksien tutkinnasta annetun lain mukaan (1995/282:3 §) suuronnettomuudella tarkoitetaan onnettomuutta, jota kuolleiden tai loukkaantuneiden taikka ympäristöön tai omaisuuteen kohdistuneiden vahinkojen määrän tai onnettomuuden laadun perusteella, on pidettävä erityisen vakavana.

Onnettomuuksien ohella suuronnettomuuksiin verrattavia tilanteita voivat aiheuttaa muun muassa säteilynlähteet, kemikaalit, vesiepidemiat ja tarttuvat taudit. Suuronnettomuus voi aiheuttaa vaaraa ihmisten terveydelle tai välitöntä tai myöhemmin ilmenevää vaaraa ympäristölle.

Suuronnettomuuksille on tyypillistä, että ne eivät ole hallittavissa päivittäisen perusvalmiuden organisaatiolla ja voimavaroilla. Niissä tarvitaan eri pelastusviranomaisten laajaa yhteistyötä sekä pelastustoiminnan johtamisjärjestelmien ja resurssien tehostettua käyttöä.

Terveydenhuollon kannalta suuronnettomuudet ovat tilanteita, joissa hoitoa tarvitsevien henkilöiden määrä on tavanomaista suurempi ja ylittää tavanomaisen ensihoitovalmiuden voimavarat. Suuronnettomuus vaatii terveydenhuollolta valmiuden lisäämistä laitoksissa sekä näiden ulkopuolisessa lääkinnällisessä pelastustoimessa. Suuronnettomuuksissa lääkinnällinen pelastustoiminta jaetaan onnettomuusalueella tehtäviin ensihoitotoimiin, onnettomuuden uhrien kuljetukseen ja sairaaloiden toimintaan. Tilanteen hallitseminen edellyttää lääkinnällisen pelastustoimen asianmukaista organisoimista ja johtamista sekä selkeitä johtosuhteita ja toimivaa yhteistyötä onnettomuuspaikan ja alueen terveydenhuollon välillä.

Suuronnettomuuden kriteerit täyttävinä Suomessa on totuttu pitämään sellaisia onnettomuuksia

- joissa kuolonuhreja on lukuisia (esim. Lapuan patruunatehtaan räjähdys, Taipalsaaren panssarivaunuonnettomuus)
- joissa loukkaantuneita on kymmeniä (esim. Jokelan ja Jyväskylän junaonnettomuudet)
- joissa kuolemanvaara uhkasi lukuisia, mutta hyvä onni, myönteiset olosuhteet tai muut suotuisat tekijät estivät suuronnettomuuden, eli ns. "läheltä piti" -tilanteet (esim. Sally Albatrossin haaksirikko, Helsinki-Vantaan lentokentällä sattuneet tilanteet, joissa lentokoneet tulivat liian lähelle toisiaan)
- joissa taloudelliset menetykset ovat suuret (esim. monet tehdaspalot).

Suuronnettomuudet ovat olleet Suomessa suhteellisen harvinaisia. Kymmenvuotiskautena 1988–1998 Suomessa sattui 17 suuronnettomuudeksi määriteltyä onnettomuutta. Niissä kuoli yhteensä noin 60 ja loukkaantui noin 160 ihmistä.

2000-luvun alkupuolisko on ollut aikaisempaan verrattuna siinä mielessä poikkeuksellista, että Suomessa on sattunut aikaisempaan verrattuna poikkeuksellisen monta suuronnettomuutta: Myyrmannin pommiräjähdyks v. 2002, Konginkankaan bussiturma maaliskuussa 2004 ja Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofi Tapaninpäivänä 2004. Myyrmannin pommiräjähdyksessä kuoli 7 henkilöä, ja eriasteisia vammoja oli lähes 200:lla. Konginkankaan bussiturmassa kuoli 23 ja loukkaantui 14 henkilöä. Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofissa kuoli 178 ja loukkaantui 240 suomalaista.

3.1 Onnettomuustyytit

Karkeasti ottaen voidaan erottaa toisistaan toisaalta *luonnonkatastrofit*, kuten maanjäristykset, tulivuorenpurkaukset, tulvat, lumivyöryt, kuivuuden aiheuttamat katastrofit ja sairausepidemiat sekä toisaalta *teknologiset tai ihmisen aiheuttamat katastrofit*, kuten lento-, laiva- ja junaonnettomuudet, räjähdysonnettomuudet, myrkkypäästöt, tulipalot ja ydinvoimalaonnettomuudet ja biologisten ja kemiallisten aseiden aiheuttamat tuhot.

Usein onnettomuudet syntyvät luonnonvoimien ja inhimillisen teknologian törmätessä toisiinsa, jonka vuoksi edellä asetetut rajat ovat häilyviä.

Katastrofit tai suuronnettomuudet voidaan jakaa myös ns. *keskipakoiisiin ja keskihakuisiin onnettomuuksiin*.

1. Keskipakoisten onnettomuuksien ja katastrofien vaikutukset heijastuvat laajalle ympäri maata. Keskipakoisia katastrofeja ovat mm. liikenne- ja hotellionnettomuudet, joiden uhrit ovat kotoisin eri paikkakunnilta ja joskus ympäri maailmaa, ja joissa kuolleiden ja loukkaantuneiden omaiset ja lähiyhteisöt ovat kaikki omilla kotipaikkakunnillaan. Kriisiapua tarvitaan tällöin lukemattomilla paikkakunnilla. Keskipakoisissa onnettomuuksissa psykososiaalisen tuen valtakunnallinen koordinoiminen, tehokas informaatinkulku kriisiryhmille ja kattava paikallisten kriisiryhmien verkosto ovat keskeisiä edellytyksiä tehokkaalle avulle. Useimmat Suomessa viime aikoina tapahtuneet suuronnettomuudet, myös Konginkankaan onnettomuus ja Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofi, ovat olleet luonteeltaan keskipakoisia onnettomuuksia.
2. Keskihakuinen onnettomuus tai katastrofi koskettaa maantieteellisesti rajattua aluetta ja sen asukkaita. Keskihakuisiksi katastrofeiksi luokitellaan esimerkiksi Suomessa tapahtuneet räjähdysonnettomuudet (Lapua ja Myyrmanni) ja erilaiset luonnononnettomuudet (tulvat, pyörremyrskyt, maanjäristykset, tulivuorenpurkaukset), kemialliset ja säteilyonnettomuudet. Usein myös tulipalot ovat luonteeltaan keskihakuisia onnettomuuksia.

Keskihakuisessa onnettomuudessa tai katastrofissa kriisivalmiuden vaatimukset ovat erilaisia kuin keskipakoisessa onnettomuudessa. Paikkakunnalla on yht'äkkiä valtava määrä psyykkisen avun tarvitsijoita. Tällaisessa tilanteessa paikkakunnan omat kriisiresurssit eivät riitä, vaan apua tarvitaan muualta.

Myös rauhanaikaiset häiriötilanteet voivat olla erityistilanteita, joihin sisältyy suuronnettomuuden tai yhteiskuntaonnettomuuden vaara. Tällaisia voivat olla esimerkiksi vaarallisen tartuntatauti-epidemian leviämisen uhka tai äkillinen, hallitsematon turvapaikanhakijoiden tai pakolaisien tulva.

Myös tahallisesti aiheutetut vaaratilanteet ja uhat, kuten terroriteot ja panttivankitilanteet, laskeaan normaaliajan häiriötilanteisiin. Niihin luetaan myös sellainen pitempiaikainen uhanalaisuus, joka ei täytä kiristyneen kansainvälisen tilanteen, sodan uhan tai taloudellisen kriisin tunnusmerkkejä, eikä näin ollen edellytä poikkeusolojen julistamista.

Luonnonkatastrofien vaarat ja niistä varoittaminen

Onnettomuuksia voidaan luokitella myös sen mukaan, ovatko ne *ennakoitavissa*. Jotkut onnettomuudet, kuten osa luonnonkatastrofeista, ovat ennakoitavissa (esim. osa tulvista, maanjäristyksistä, pyörremyrskyistä, tulivuorenpurkauksista jne.). Suomalaisille tuttuja luonnonkatastrofeja ovat tulvat, kaatosateet ja ukkosmyrskyt. Ne ovat ennustettavissa ja niistä voidaan varoittaa. Matkailun ja tiedonvälityksen laajentuessa suomalaiset matkailijat ovat oppineet tuntemaan mm. lumivyöryt, hirmumyrskyt ja maanjäristykset. Myös näistä onnettomuuksista voidaan varoittaa, joskin niistä suojautuminen voi olla vaikeaa.

Intian valtameren alueella koetaan vuosittain joitakin taifuuneja. Ne ovat sääilmiöinä ennustettavissa ja niiden etenemistä voidaan seurata sekä antaa varoituksia. Tsunami oli alueen väestölle ja valtaosalle matkailijoista outo ilmiö. Tapaninpäivän tsunamin tuhot aiheutti sen odottamattomuus ja massiivinen voima. Monet uhreista lähtivät uteliaina katsomaan yllättäen paljastunutta merenpohjaa eivätkä ehtineet tsunamin alta pois.

Intian valtameren alueella tsunamiin ei oltu varauduttu, mutta esimerkiksi Havaijilla tällaisia varotoimenpiteitä on tehty.

Yleisesti uskotaan, että tieto ja varoitus tulevasta tapahtumasta saavat ihmiset ryhtymään järkeviin varotoimenpiteisiin. Varoituksia ei kuitenkaan aina oteta vakavasti. Niin yksilöllisellä kuin kollektiivisellakin tasolla on olemassa puolustusmekanismeja, jotka estävät ihmisiä valmistautumasta kohtaamaan erityyppisiä katastrofeja järkevasti. Haavoittumattomuuden illuusio (Janoff-Bulman & Frieze, 1983; Janoff-Bulman, 1989) on tarpeellinen arjessa, koska se auttaa säilyttämään etäisyyden toisten kohtaamiin onnettomuuksiin ja estää meitä pelkäämästä jatkuvasti, että jotain voi tapahtua. Valitettavasti oma valmiutemme kohdata epätavallisia tapahtumia heikkenee samalla.

Katastrofivaroitus saatetaan myös antaa liian myöhään tai vaaraa vähätellään, koska vastuuhenkilöt pelkäävät ihmisten paniikkireaktioita. Käytännössä näyttää usein kuitenkin käyvän juuri päinvastoin: ihmiset eivät näytä reagoivan varoituksiin toivotulla vakavuudella.

Onnettomuustilanteissa ja katastrofeissa varoitusten ja ohjeiden tulee siis olla hyvin selkeitä ja tarkkoja, jotta ihmiset ottaisivat ne vakavasti ja osaisivat toimia. Ihmisten on helpompi suhtautua oikein varoitukseen, jossa annetaan selkeää ja helposti ymmärrettävää tietoa. Varoituksen täytyy varoittamisen lisäksi myös kertoa, miten ihmisten toivotaan tilanteessa käyttäytyvän. Lisäksi varoituksen tulee tulla luotettavaksi koetusta lähteestä, jotta ihmiset eivät vähätelisi vaaraa.

3.2 Kansainväliset suositukset

Kriisiauttamisesta ja -hoidosta onnettomuustilanteissa on julkaistu useita kansainvälisiä suosituksia.

WHO on julkaissut vuonna 2003 suosituksen "Mental Health in Emergencies". Hyvin tuore suositus on NICE:n (National Institute for Clinical Excellence) vuonna 2005 julkaisema suositus

"The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care". Amerikan psykiatriyhdistykseltä APA:lta on olemassa suositus "Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute and Post-traumatic Stress Disorder" (2004). Lisäksi on olemassa asiantuntijoiden konsensussuosituksia mm. ISTSS:ltä, ESTSS:ltä, National Institute for Mental Health:ltä, National Center for PTSD:ltä ja National Child Traumatic Stress Network: ltä.

WHO:n suosituksessa " Mental Health in Emergencies" kriisiauttamista pidetään tärkeänä väestön terveyden turvaamisen kannalta. Suosituksessa todetaan, että äärimmäisen kuormittaville tapahtumille altistuminen on riskitekijä mielenterveydellisten ja sosiaalisten ongelmien kehittymiselle. Suuronnettomuustilanteissa altistuminen koskee suurta määrää ihmisiä.

Suosituksessa kriisiauttamisen yleiset periaatteet ovat seuraavat:

- Valmistautumisen tulee tapahtua ennen hätätilannetta
- Mielenterveyden hoito tulee integroida perusterveydenhuoltoon
- Palveluiden tulee olla kaikkien saatavilla (kaikilla tulee olla pääsy palveluihin).

Suosituksessa korostetaan lisäksi pitkän aikavälin perspektiivin tarpeellisuutta auttamisessa sen sijaan, että keskityttäisiin pelkästään hätätilanteen akuuttivaiheen välittömän, lyhytaikaisen psyykkisen stressin lievittämiseen.

National Institute for Clinical Excellence (NICE) korostaa suosituksessaan "The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care" (2005) suuronnettomuusvalmiussuunnittelun merkitystä ja koordinoitun psykososiaalisen tuen järjestämistä suuronnettomuustilanteessa. Suosituksessa todetaan, että kaikkien terveyden- ja sosiaalihuollon työntekijöiden on huomioitava traumaattisen tapahtuman psykologiset vaikutukset selviytyneiden välittömässä auttamisessa. Selviytyneille on tarjottava käytännöllistä, sosiaalista ja emotionaalista tukea. Suosituksessa ei suositella järjestettäväksi rutiinisti lyhyitä, yhden istunnon interventioita, jotka keskittyvät traumaattiseen tapahtumaan (lyhyt, yhden istunnon psykologinen debriefing).

Lievästi (0–4 viikkoa) oireilevien osalta suositellaan tarkkailua ja seurantakontaktin järjestämistä kuukauden kuluttua. Niille, joilla on vakavia traumaperäisen stressihäiriön oireita tai joilla ilmenee traumaperäinen stressihäiriö 1–3 kuukauden kuluessa tapahtumasta, suositellaan järjestettäväksi traumakeskeistä kognitiivis - behavioraalista terapiaa. Lääkehoitoa ei suositella ensisijaisena hoitona, mutta sitä voidaan käyttää tarvittaessa tilapäisenä oireita lievittävänä hoitona.

4 ASiantuntijatyöryhmän TOIMINTA KAAKKOIS-AASIAN LUONNONKATASTROFIN JÄLKEEN KUNTIEN TUKEMISEKSI JA OHJAAMISEKSI

4.1 Asiantuntijatyöryhmän toimenpiteet

Toimeksiantonsa mukaisesti varmistaakseen sen, että Kaakkois-Aasian luonnononnettomuuden suomalaisuhreille ja heidän omaisilleen voidaan turvata heidän tarvitsemansa psykososiaalisen tuen ja palvelut, sosiaali- ja terveysministeriön asettama suuronnettomuuden psykososiaalisen tuen ja palveluiden asiantuntijatyöryhmä toteutti seuraavat toimenpiteet:

Kuntatiedotteella n:o 2 (17.1.2005) sosiaali- ja terveysministeriö ohjeisti kuntia sopimaan psykososiaalisten palveluiden tarjoamisesta kaikkien toimijatahojen kanssa mukaan lukien kansaneläkelaitos ja vapaaehtoisjärjestöt, informoimaan alueellaan julkisesti onnettomuuden uhreille käytössä olevista palveluista ja ottamaan henkilökohtainen yhteys asianomaisiin henkilöihin heidän mahdollisen avun tarpeensa toteuttamiseksi elleivät he itse olleet ottaneet yhteyttä viranomaisiin kahden viikon sisällä palveluiden ilmoittamisesta.

Psykososiaalisen tuen ja palveluiden tarjoamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö kokosi tiedot katastrofialueelta evakuoituista ja lähetti heistä nimilistat kuntien sosiaali- ja terveysviranomaisien käyttöön 2.2.2005. Listat lähetettiin kuntakohtaisesti siten, että vain kunkin kunnan evakuoidut tulivat kunnan tietoon.

Asiantuntijatyöryhmä julkaisi helmikuussa 2005 väestötiedotteen, joka meni lehdistötiedotteena erityisesti paikallislehdille ja kuntatiedotteena n:o 3 kuntien sosiaali- ja terveystoimeen. Tiedotteessa väestöä informoitiin mahdollisista reaktioista ja oireista, joita voi syntyä katastrofin seurauksena ja siitä, milloin on syytä hakeutua hoitoon.

Sosiaali- ja terveysministeriö ohjeisti toukokuussa 2005 lääninhallitusten mielenterveystyöstä vastaavat lääninlääkärit selvittämään tilanne niiden kuntien osalta, jotka eivät olleet ottaneet evakuoituihin yhteyttä ministeriön ohjeistuksesta huolimatta. Myös kuntien valmiussuunnitelmien tilanne selvitettiin tässä yhteydessä.

Asiantuntijatyöryhmä ohjeisti kesäkuussa 2005 ammattihenkilöitä kuntatiedotteella n:o 8/2005 vaikeasti oireilevien uhrien ja omaisten hoidon järjestämisestä ja psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestelmän ja resurssien sekä valmiussuunnitelmien tarkistamisesta. Tiedotteessa myös muistutettiin kuntia niiden lakisääteisestä velvollisuudesta järjestää tarvittava täydennyskoulutus ja työnohjaus kriisityön henkilöstölleen.

Ministeritapaaminen kuntien edustajien kanssa järjestettiin 20.6.2005 sosiaali- ja terveysministeriössä. Tilaisuudesta julkaistiin ministeri Liisa Hyssälän tiedote 22.6.2005. Tilaisuudessa keskusteltiin kuntien tilanteesta katastrofin uhrien auttamisessa psykososiaalisen tuen osalta.

Asiantuntijatyöryhmän päätöksellä Suomi ilmoitti yhteystietonsa ja linkit sosiaali- ja terveysministeriön kuntatiedotteisiin Hollannissa käynnistettyyn kansainväliseen monikeskushankkeeseen, Tsunami International Survey on Emotional Impact (TISEI) -tutkimukseen. Tavoitteena oli solmia yhteistyösuhteet hankkeen kanssa. Tästä huolimatta yhteistyötä ei käytännössä saatu aikaan.

Sosiaali- ja terveysministeriö kokosi Aasian katastrofin nettisivut, joilla oli mm. ministeriön keskeiset tiedotteet. Sivuilla oli linkit ministeriön eri asiantuntijalaitosten (mm. Stakes, KTL) sivuille.

4.2 Stakesin selvitykset

Asiantuntijatyöryhmän tehtävänä oli myös seurata ja arvioida maan eri osissa Aasian luonnonkatastrofin johdosta syntynyttä psykososiaalisen kriisiavun tarvetta sekä palvelujen tarjontaa ja saatavuutta sekä tehdä tarvittaessa esityksiä onnettomuuteen liittyvien psykososiaalisten palvelujen kattavuuden, laadun ja tavoitettavuuden parantamiseksi. Edellä mainittujen tehtävien tueksi Stakes on tehnyt asiantuntijatyöryhmän toimeksiannosta seuraavat selvitykset:

- Tuomi-Nikula, Antti, Sohlman, Britta, Hynninen, Tuula. Kriisityö kunnissa Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin jälkeen. Aiheita, Stakes 2005, num. 14.
- Asikainen, Mirja. Selvitys Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin uhrien psykososiaalisen jälkihoidon tilanteesta kunnissa. Mielenterveysryhmä, Stakes, 2005.
- Harjajärvi, Minna, Pirkola, Sami, Hynninen, Tuula, Ekqvist, Marko. Selvitys Aasian luonnonkatastrofialueelta kotiutettujen ohjautumisesta psykososiaalisiin palveluihin. Työpapereita, Stakes 2005, num. 14.

Asiantuntijatyöryhmä seurasi vuoden 2006 loppuun saakka Aasian luonnononnettomuuden uhrien palvelutarvetta ja palveluiden käyttöä sekä uhrien ja omaisten kokemuksia saamastaan avusta ja palveluista. Sitä varten STM:n ja Stakesin kesken sovittiin kolmiosaisen seurantatutkimuksen toteuttamisesta. Tutkimuksen ensimmäinen osa oli ns. rekisteritutkimus, jossa katastrofialueelta kotiutettujen palvelujen käyttöä seurattiin vuosien 2005 ja 2006 aikana erilaisten palvelujen käyttöä kuvaavien rekistereiden avulla. Kotiutetuille muodostettiin verrokkiryhmä väestörekisteritietojen perusteella, ja mm. palvelujen käyttöä ja eläkkeelle siirtymistä vertailtiin ryhmien välillä.

Tutkimuksen toisessa osassa tutkittiin katastrofialueelta kotiutettujen kokemuksia palveluista ja vointia strukturoidulla kyselytutkimuksella. Selvitettiin, miten katastrofialueelta kotiutetut voivat, mitä palveluja he ovat käyttäneet, mikä on heidän kokemuksensa avun saamisesta ja siitä, millainen apu on auttanut. Tutkimuksen tavoitteensa oli selvittää, aiheuttaako katastrofialtistus pitemmän aikavälin distressiä normaaliväestöön verrattuna. Kotiutettujen tilannetta verrattiin käytössä olevaan Terveys 2000 -väestöaineistoon.

Tutkimuksen kolmas osio oli syventävä, laadullinen haastattelututkimus, joka kohdistettiin pieneen osaan kotiutettuja (noin 20 syvähaastattelua).

5 PALVELUJÄRJESTELMÄN TOIMINTA KAAKKOIS-AASIAN LUONNONKATASTROFIN JÄLKEEN

5.1 Kuntien toiminta ja palvelut Stakesin selvitysten perusteella

Stakes selvitti kolmella kyselyllä kuntien kriisityön valmiutta, toimenpiteitä ja ilmennyttä palvelujen tarvetta Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin jälkeen. Selvitykset toteutettiin sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta, ja ne liittyivät suuronnettomuuden psykososiaalisen tuen ja palveluiden asiantuntijatyöryhmän työhön, toteutettiin sen työn tukemiseksi. Lisäksi toteutettiin seurantatutkimus tsunamin seuraamusten psykososiaalisesta hoidosta Suomessa.

5.1.1 Kriisityö kunnissa Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin jälkeen

Ensimmäisessä kyselyssä vuoden 2005 alussa selvitettiin seitsemällä kysymyksellä psykososiaalisen kriisityön tarjontaa, saatavuutta ja kuntien ajankohtaisia tarpeita Kaakkois-Aasian luonnononnettomuuden uhrien tukemiseksi (Tuomi-Nikula ym., 2005). Selvitys toteutettiin Stakesin mielenterveysryhmän toimesta internet -kyselynä Stakesin sivuilla osoitteessa <http://www.stakes.fi/merttu> osana Merttu -tutkimushankkeen tiedonkeruuta. Kyselyyn vastasi 263 kuntaa, ja vastaukset tulivat melko tasaisesti eri puolilta maata. Vastausprosentti oli 63.

Kyselyn perusteella kriisityö oli organisoitu maassa kattavasti: 89 % kyselyyn osallistuneista kunnista oli järjestänyt kriisipalvelut joko niin, että kunnassa toimi oma kriisiryhmä tai niin, että palvelut ostettiin. Kun tarkasteltiin näissä kunnissa asuvan väestön määrää, osoittautui, että 94 % kuntien kokonaisväestöstä asui kunnissa, joissa kriisiapua oli kunnan järjestämänä tarjolla. Katastrofialueelta evakuoituista kunnallisen kriisiavun piirissä oli yli 96 %, eli vielä enemmän kuin koko väestöstä.

Kyselyn perusteella kriisityön määrälliset ja osaamisresurssit arvioi normaalitilanteessa riittäviksi neljä viidestä kunnasta. Kuntien välillä ei ollut suuria eroja sen perusteella, asuiko kunnassa katastrofialueelta evakuoituja vai ei. Kunnista 80 % arvioi sekä määrälliset että osaamisressussinsa riittäviksi Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin jälkeisen psykososiaalisen kriisiavun ja jatkohoidon toteuttamiseen katastrofin uhreille. Kuitenkin viidesosa kunnista arvioi määrälliset ja osaamisressussinsa riittämättömiksi psykososiaalisen tuen ja jatkohoidon järjestämiseen tsunamin uhreille ja lähiomaisille.

Kun asiaa tarkasteltiin evakuoitujen kotipaikkakuntien perusteella, kuva muuttui ratkaisevasti: noin 900 evakuoitua (lähes puolet) asui kunnissa, jotka arvioivat sekä määrälliset että osaamisressussinsa riittämättömiksi tarvittavan psykososiaalisen tuen ja jatkohoidon järjestämiseen. Ilmeni myös, että kunnista puuttui kokemusta ja toimintamalleja poikkeuksellisten ja suurten katastrofien varalle. Myös kriisi- ja traumahoidon resurssit ja osaaminen koettiin riittämättömiksi osassa kuntia (Tuomi-Nikula ym., 2005; Hynninen, 2005).

5.1.2 Selvitys Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin uhrien psykososiaalisen jälkihoidon tilanteesta kunnissa

Helmikuun alussa 2005 Sosiaali- ja terveysministeriö lähetti kunnille katastrofialueelta evakuoitu-

jen nimilistat ja kehotti ottamaan heihin yhteyttä palvelutarpeen selvittämiseksi.

Stakes toteutti maalīs–huhtikuussa 2005 luonnonkatastrofien uhrien jälkihoitoa koskevan kuntakohtaisen puhelinselvityksen. Selvityksellä pyrittiin saamaan tietoa kunnissa ilmenneestä psykososiaalisen tuen ja psyykkisen jälkihoidon tarpeesta, palvelujen järjestämisestä ja siinä mahdollisesti ilmenneistä ongelmista (Asikainen, 2005).

Tammikuussa 2005 tehdyn kuntien kriisityön tilannetta koskeneen selvityksen perusteella psykososiaalisen kriisityön kattavuus maassa oli hyvä. Kuitenkin noin viidesosa kyselyyn vastanneista kunnista oli raportoinut puutteita joko määrällisissä resursseissa tai psykososiaaliseen tukeen ja jatkohoitoon liittyvässä osaamisessa.

Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin uhrien jälkihoitoa koskevaan syventävään kuntakohtaiseen puhelinselvitykseen valittiin Stakesin tammikuussa 2005 tekemän kuntakyselyn perusteella ne kunnat, joissa 1) evakuoitujen määrä oli suuri ja jotka olivat ilmoittaneet resurssivajasta palvelujen järjestämisessä tai osaamisessa 2) joissa evakuoitujen määrä oli suhteellisen suuri ja jotka eivät olleet vastanneet lainkaan aiempaan kyselyyn. Puhelinselvitykseen valittuja kuntia oli yhteensä 39. Haastattelut toteutettiin 38 kunnassa, niin, että niistä tavoitettiin ainakin yksi haastateltava. Toteutuneita haastatteluja oli yhteensä 47. Ahvenanmaalta ei haastateltavaa tavoitettu.

Puhelinselvityksessä ilmeni, että 55 % kunnista oli ottanut evakuoituihin yhteyttä nimilistan ja sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksen mukaisesti tai oli selvittänyt muulla luotettavalla tavalla evakuoitujen tilanteen jo ennen nimilistojen saapumista. Kuitenkaan 45 % kunnista ei ottanut yhteyttä evakuoituihin (Asikainen, 2005). Viranomaisten yhteydenotot oli koettu poikkeuksetta myönteisinä kunnissa, joissa niitä oli tehty. Valtaosa (84 %) haastatelluista kunnista arvioi onnistuneensa kriisiavun ja jälkihoidon järjestämisessä hyvin.

Puhelinselvitykseen osallistuneista kunnista 61 % koki kriisityön määrälliset resurssit ja osaamisen riittäviksi. Määrällisten resurssien lisäystä psykososiaalisen toimintavalmiuden kehittämiseksi toivoi 16 % kunnista (6 kuntaa). Selvityksen pohjalta voitiin todeta, että Helsingin kaupungin psykososiaalisen tuen palvelujärjestelmän resursseja uhrien ja omaisten hoidon järjestämiseksi on arvioitava huolellisesti evakuoitujen suuresta lukumäärästä johtuen.

Viidennes haastatelluista henkilöistä toivoi osaamisen vahvistamista l. koulutusta kriisi- ja traumatyöhön liittyen. Yleistäen voitiin todeta, että mitä pohjoisemmaksi haastateluissa edettiin, sitä enemmän keskusteluissa tuli ilmi huoli kriisi- ja traumaterapeuttisen osaamisen puuttumisesta.

Vajaassa puolessa (47 %) haastatelluista viitattiin eri tavoin kriisityön asemaan palvelujärjestelmässä. Osa haastatelluista toivoi palvelujärjestelmän kehittämistä niin, että valmius kriisityöhön mahdollistuisi ja kriisiryhmien asema organisaatioissa virallistuisi. Haastatellut pohtivat myös sitä, kenen vastuulla kriisityön järjestäminen on. Osa kriisiryhmistä oli hämmentynyt julkisuudessa käydystä vaikuttavuuskeskustelusta – toisaalta he kokivat toimintansa lakisääteiseksi velvollisuudeksi, ja toisaalta taas olivat huolestuneita siitä, aiheuttavatko he toiminnallaan vahinkoa apua hakeville ihmisille. Keskusteluissa kaivattiin erilaisten auttamistyöhön ja psykoterapiaan liittyvien käsitteiden selkeää ja yksiselitteistä määrittelyä. Lisäksi pohdittiin sitä, millaista asiantuntijuutta ja koulutuksellista pätevyyttä on syytä painottaa.

29 % haastatelluista kunnista kaipasi selkeämpiä toimintaohjeita joko kunnan johtavilta virkamiehiltä tai sosiaali- ja terveysministeriöltä. Ohjeita toivottiin heti alkuvaiheeseen onnettomuuden jälkeen. Ongelmat kunnissa liittyivät yleensä siihen, että joko oltiin hämmentyneitä evakuoitujen nimilistoista, tai terveystoimi ei tiennyt niiden olemassaolosta tai sai ne viiveellä käyttöönsä.

Muutamissa kunnissa oltiin epätietoisia valtion osallistumisesta psykososiaalisten palveluiden järjestämisestä aiheutuviin kustannuksiin. Kysyttiin, joutuuko luonnonkatastrofin uhri itse maksamaan trauman jälkihoidoksi tarkoitettun Kelan tukeman psykoterapian omavastuuosuuden. Lisäksi kysyttiin, korvaako valtio tästä poikkeustilanteesta aiheutuvat ylimääräiset kriisiryhmien työnohjaukseen tai mahdolliseen lisäkoulutukseen liittyvät kustannukset.

5.1.3 Selvitys Aasian luonnonkatastrofialueelta kotiutettujen ohjautumisesta psykososiaalisiin palveluihin

Kolmannessa kyselyssä loppukeväästä 2005 Stakes kartoitti Kaakkois-Aasian luonnon- katastrofialueelta kotiutettujen sekä katastrofissa kadonneiden tai menehtyneiden omaisten ohjautumista psykososiaalisiin palveluihin (Harjajärvi ym., 2005). Selvityksessä olivat mukana ne 74 kuntaa, joihin on kotiutettu yli viisi henkilöä. Näistä 74 kunnasta 60 vastasi kyselyyn ja vastausprosentti oli 81. Stakesin kysely Kaakkois-Aasian katastrofialueelta kotiutettujen ohjautumisesta psykososiaalisiin palveluihin kattaa yhteensä 2 078 kotiutettua niistä noin 3 700 suomalaisesta matkailijasta, jotka olivat tsunamin vaikutusalueella 26.12.2004 ja joista valtaosa, noin 2 600 henkilöä, kotiutettiin Suomeen erillisillä evakuoitilennoilla.

Raportin tuloksiin on suhtauduttava suuntaa antavina, sillä kuntien vastaukset olivat paikoitellen jonkin verran suurpiirteisiä ja palvelujen piiriin ohjautuneiden evakuoitujen ja omaisten lukumäärät osittain vain arvioita. Tuloksia voidaan joka tapauksessa esittää ainoastaan niiden 2 078 kotiutetun osalta, jotka on kotiutettu kyselyyn vastanneisiin kuntiin.

Osa kunnista lähti aktiivisesti ottamaan yhteyttä kotiutettuihin ja mahdollisuuksien mukaan myös uhrien omaisiin. Suurempi osa kunnista keskittyi kuitenkin tiedottamaan avun saannin mahdollisuuksista esimerkiksi lehdissä. Päätösten taustalla vaikuttivat paitsi puutteelliset resurssit myös periaatteelliset linjaukset. Yhteydenottoa vaikeuttivat puutteet evakuoitujen nimilistoissa sekä nimilistojen väärin ohjautuminen kunnissa. Yli 70 %:iin kotiutetuista on oltu yhteydessä tavalla tai toisella, mutta noin neljännes (27 %) on jäänyt tavoittamatta kokonaan. Tätä voidaan pitää suurena osuutena ottaen huomioon, että kuntia on erikseen ohjeistettu ottamaan yhteyttä evakuoituihin. Uhrien omaiset ovat ottaneet itse aktiivisesti yhteyttä viranomaisiin palvelutarpeen selvittämiseksi. Huolestuttavaa on, että joissakin kunnissa yhteydenotto kotiutettuihin on jäänyt kokonaan järjestämättä, minkä seurauksena systemaattista palvelutarpeen kartoitusta ei ole tehty.

Tulokset osoittivat, että evakuoitujen ryhmässä oli tehty 647 (n=1370) ja omaisten ryhmässä 119 (n=178) hoitoonohjausta psyykkisen jälkihoidon tarpeen perusteella (Harjajärvi ym., 2005). Kaiken kaikkiaan kuntien tavoittamien kotiutettujen kohdalla on tehty vajaa 650 hoitoonohjausta, mutta joiltain osin kyse saattaa olla samoista henkilöistä ja päällekkäisestä palveluihin ohjaamisesta. Tavoitettujen kadonneiden tai menehtyneiden omaisten kohdalla hoitoonohjauksia on tehty vajaa 120. On syytä huomata, että noin neljännekseen (27 %) kotiutetuista ei ole oltu yhteydessä, eikä näiden kotiutettujen palvelutarpeesta siten ole tietoa. On mahdollista, että ne kotiutetut, joihin ei ole saatu kontaktia, ovat olleet ainakin jossain määrin vähemmän palvelujen tarpeessa. Näin ollen voitaneen varovasti arvioida, että selvityksen piirissä olleista kotiutetuista (n=2 078) johonkin palveluun olisi ohjattu noin vajaata kolmasosaa. Palveluun ohjaamisen perusteista ei kuitenkaan ole tietoa kuten ei myöskään siitä, kuinka suurta osaa kotiutetuista on ohjattu samanaikaisesti useampiin palveluihin.

Kuntien tavoittamista kotiutetuista 38 % ei ole oman näkemyksensä mukaan ollut psykososiaalisten palvelujen tarpeessa. Enemmistön kanssa on kuitenkin sovittu, että he ottavat yhteyttä

tarvittaessa. Kuntien tavoittamien kotiutettujen osalta hoitoonohjaukset jakautuvat seuraavasti: terveyskeskukseen/työterveyshuoltoon (lääkärille 13 %, psykologille 13 %, hoitajalle 7 %), mielenterveyspalveluihin (7 %), perheneuvolaan (7 %) sekä psykoterapiaan (3 %). Lisäksi kuntien tavoittamia evakuoituja on ohjattu muihin palveluihin kuten vapaaehtoisjärjestöjen ja seurakunnan avun piiriin. Omaisten palvelutarvetta ei ole selvitetty yhtä systemaattisesti kuin kotiutettujen osalta. Omaisia on kuitenkin ohjattu palvelujen piiriin vastaavanlaisesti kuin kotiutettujakin.

Kotiutetuilla ja uhrien omaisilla on ollut yksilöllisiä tarpeita, joihin kunnat ovat mahdollisuuksiensa mukaan pyrkineet vastaamaan. Näyttää siltä, että sekä evakuoitujen että uhrien omaisten osalta on toimittu pääasiassa normaalipalvelujen puitteissa eikä erityisiä kriisipalveluja ole käytetty kovinkaan paljon. Kuntien tavoittamien evakuoitujen kohdalla 6 % ja uhrien omaisten kohdalla 16 % hoitoonohjauksista on ollut ohjauksia järjestettyyn kriisiterapiaan.

Kyselyyn vastanneiden kuntien näkemyksen mukaan jälkihoidon tarvetta on ilmennyt odotetussa määrin, jopa hieman odotettua vähemmän. Stakesin toteuttaman kyselyn perusteella kunnilla ei näyttäisi olleen merkittäviä ongelmia psykososiaalisen tuen ja psyykkisen jälkihoidon järjestämisessä. 80 % kyselyyn vastanneista kunnista ilmoittaa, ettei tällaisia ongelmia ole ollut. Yksittäiset kunnat ovat ilmaisseet huolensa kriisityön yleisestä tilasta sekä kriisityön ammatillisen osaamisen tasosta kunnissa. Yksittäiset kunnat ovat raportoineet Kelan psykoterapian korvausperusteisiin liittyvistä, lähinnä tiedonkulun ongelmista johtuvista epäselvyyksistä. Jonkin verran kritiikkiä on herättänyt myös epätietoisuus annettujen toimintaohjeiden sitovuudesta ja niiden soveltamisesta.

Selvityksen perusteella kuntien palvelujärjestelmä on pystynyt vastaamaan pääasiallisesti hyvin Kaakkois-Aasian katastrofin aiheuttamaan psykososiaalisen tuen ja palvelun tarpeeseen. Suuronnettomuuksien varalta psykososiaalista valmiusjärjestelmää tulee kuitenkin kehittää edelleen ja kiinnittää huomiota etenkin sosiaali- ja terveysministeriön, Kelan sekä kuntien väliseen saumatomaan ja nopeaan tiedonkulkuun sujuvien psykososiaalisten palvelujen järjestämiseksi kuntatasolla.

5.1.4 Seurantatutkimus "Tsunamin seuraamusten psykososiaalinen hoito Suomessa"

Tutkimuksen tavoite, aineisto ja menetelmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tsunamialueilta 26.12.2004 jälkeen evakuoitilentoilla kotiutettujen vointia sekä heidän palvelujen käyttöönsä kotiutumisen jälkeen. Tutkimuksessa selvitettiin:

1. ilmeneekö kotiutettujen joukossa pitkittynyttä psykososiaalisten tai muiden palveluiden tarvetta ja mitkä tekijät näyttävät liittyvän tällaiseen korostuneeseen tarpeeseen
2. pystyvätkö nykyisen palvelujärjestelmän varaan rakentuvat kriisipalvelut vastaamaan tämänäntyyppisten poikkeustilanteiden asettamaan haasteeseen
3. kuinka kotiutetut ovat selviytyneet ja miten he voivat tällä hetkellä
4. millaisia ovat kokemukset Aasian luonnonkatastrofista, avun tarpeesta, saadusta avusta ja saadun avun hyödyllisyydestä sekä toiveet avusta, jota kotiutetut olisivat tarvinneet, mutta eivät saaneet.

Lisäksi kartoitettiin kotiutettujen kokemuksia ja ajatuksia siitä, miten kriisiin joutuneita tulisi auttaa. Tutkimus toteutettiin ajalla 1.1.–31.12.2006 (Harjajärvi ym, 2007).

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka postitettiin 2 075:lle tapahtumahetkellä täysi-ikäiselle henkilölle. Lomakkeilla kerättiin strukturoitu tutkimusaineisto sekä laadullinen aineisto, jota täydennettiin puhelinhaastatteluin. Lisäksi tutkimuksessa käytettiin rekisteriaineistoja. Kyselyn vastausprosentti oli 36. Vertailuasetelman mahdollistamiseksi tutkimuksessa käytettiin verrokkiaineistona Terveys 2000 -tutkimuksen aineistoa, joka kaltaistettiin tutkittavien sairaanhoitopiiriin, sukupuolen, kuntakokoon, koulutuksen ja iän mukaan. Pääosa (43 %) kyselyyn vastanneista asui Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin alueella. Vastaajista 85 % katsoi olleensa varsinaisilla tuhoalueilla, ja somaattisia vammoja katastrofissa oli saanut viidennes (20 %).

Yhteydenotto ja kokemus siitä

Vastaajista 26 % oli hakenut oma-aloitteisesti apua Suomeen palaamisen jälkeen. Ainoastaan 54 %:iin vastaajista oli otettu yhteyttä jonkun viranomaisen taholta, ja 88 % näistä vastaajista oli kokenut yhteydenoton joko erittäin tai melko myönteisenä.

Palvelujen käyttö ja jakautuminen sekä vertailu Terveys 2000 -aineistoon

Vastaajista 19 % (n=137) oli käyttänyt mielenterveydellisten ongelmien vuoksi terveystalvijoja viimeisten 12 kuukauden aikana. Kaltaistetussa Terveys 2000 –vertailuaineistossa vastaava palvelujen käyttöluu oli 7 %. Vastaajien palvelujen käytön jakautuminen ja vertailu kaltaistettuun Terveys 2000 -aineistoon on esitetty taulukossa 1. Aineistoja verrattaessa havaittiin, että tsunami-alueilta kotiutetut olivat hakeutuneet useammin työterveyshuollon palvelujen piiriin, kun taas kaltaistetussa Terveys 2000 -aineistossa oli hakeuduttu useammin terveystalvijoeseen.

Taulukko 1. Palvelujen käytön jakautuminen palveluja viimeisten 12kk:n aikana käyttäneillä

	Tsunami-aineisto	Terveys 2000-aineisto
Lääkärin tai psykologin yksityisvastaanotto	41 %	39 %
Työterveyshuolto	31 %	14 %
Mielenterveystoimisto	30 %	35 %
Muu palvelu	20 %	2 %
Terveystalvijo	18 %	47 %
Muu sairaala	5 %	
Perhe- tai kasvatusneuvola	4 %	0 %
A-klinikka	2 %	4 %
Psykiatrinen sairaala	2 %	10 %
Kuntoutuslaitos	2 %	

Palveluista saatu apu ja koettu hyöty

Viimeisen vuoden aikana palveluja käyttäneistä kotiutetuista 59 % koki saaneensa joko erittäin tai melko paljon apua käyttämistään palveluista, ja ainakin jonkin verran apua koki saaneensa 87 % (taulukko 2). Vastaajien mukaan heidän selviytymistään olivat edesauttaneet muun muassa puhuminen ja kuulluksi tuleminen, kokonaisvaltainen apu, vertaistuki, informaatio, oma prosessointi

sekä uusi matka alueelle. Parhaina tukitahoina mainittiin oma perhe, sukulaiset, ystävät ja työtoverit. Interventioiden vaikutuksista ei ole saatavissa muuta tutkimustietoa tällä hetkellä.

Taulukko 2. Kotiutettujen kokemus palveluista saamastaan avusta viimeisen vuoden aikana

	lkm	%	Kumulat. %
Erittäin paljon	41	31,5	31,5
Melko paljon	36	27,7	59,2
Jonkin verran	36	27,7	86,9
Melko vähän	10	7,7	94,6
Hyvin vähän tai ei lainkaan	7	5,4	100,0
Yhteensä	130	100	100

Vointi kyselyyn vastaamishetkellä

Kyselyyn vastaamishetkellä 18 % vastaajista ilmoitti tarvitsevansa psykososiaalista apua tai tukea joko itselleen, puolisolleen, lapsilleen, koko perheelleen tai jollekin muulle lähipiiriinsä kuuluvalla. Kun ihmiset arvioivat itse avuntarvettaan, näyttäytyi se hyvin moninaisena. Ainoastaan tsunamista johtuvan avuntarpeen määrittäminen oli mahdotonta, sillä onnettomuuskokemus ja siihen kietoutuvat muut rasittavat elämäntilanteet ja kokemukset olivat laukaisseet monivivahteista pahoinvointia ja avuntarvetta. Lähes kolmannes (30 %) vastaajista kärsi yleisestä psyykkisestä kuormittuneisuudesta ja ahdistuneisuudesta (GHQ-12, 3 pistettä tai enemmän), kun vastaava luku kaltaistetussa Terveys 2000 -aineistossa oli 24 %. Noin neljännes vastaajista sai joko korkeita tai melko korkeita masennusoirepisteitä (BDI, katkaisupisteet 9/19 ja 18/19), vaikka tässä ei ollutkaan eroa kaltaistettuun Terveys 2000 -aineistoon nähden. Keskiarvotarkastelussa kävi kuitenkin ilmi, että tsunamialueilta kotiutetut saivat odotetusti korkeampia pisteitä psyykkistä kuormittuneisuutta ja ahdistuneisuutta mittaavasta väittämäsarjasta, mutta matalampia pisteitä masennusoireita mittaavasta väittämäsarjasta. Mitä useammalle traumatisoivalle tekijälle vastaajat olivat altistuneet, sitä korkeampia pisteitä he saivat oiremittareista. Fyysisiä vammoja katastrofissa saaneet saivat muita korkeampia oirepisteitä.

Lasten selviytyminen

Tutkittavilta tiedusteltiin myös näkemystä lasten selviytymisestä ja voinnista. Lasten kanssa matkustaneita vastaajia oli 184 (25 % vastaajista). Vanhemmat eivät avovastauksissaan pystyneet yksiselitteisesti arvioimaan, mikä lapsen käyttäytymisessä tapahtunut muutos johtui tsunamikokemuksista ja mikä jostain muusta, kuten ikään liittyvistä tekijöistä. Vanhemmat kirjoittivat jonkin verran huolestaan lasten selviytymiseen liittyen ja pohtivat, ymmärretäänkö lasten kriisitilanteita riittävän hyvin. Kuitenkin vanhemmat katsoivat lastensa selviytyneen pääasiassa hyvin. Lasten selviytymisessä olivat vanhempien mukaan olleet avuksi perheen tuki, lapsen omat ominaisuudet, ystävät ja harrastukset.

5.1.4.1 Vastaajien ehdotukset onnettomuuteen joutuneiden auttamiseksi

Tutkittavat ehdottivat kriisiin joutuneiden auttamiseksi muun muassa seuraavaa: Kunnalta tai muulta julkiselta järjestelmältä toivottiin aktiivista toimintaa ja yhteydenottoja. Viranomaisilta

toivottiin aktiivista yhteydenottoa mahdollisimman pian, jotta avun hakeminen ei jäisi ihmisen oman aktiivisuuden varaan tilanteessa, jossa ei välttämättä itse osaa arvioida omaa tilannettaan ja mahdollista avuntarvettaan. Lisäksi toivottiin, että kriisiin joutuneiden vointia seurattaisiin jonkin aikaa eikä yhteydenotto jäisi vain yhteen kertaan. Vertaistuki oli nähty merkittävänä apuna, ja julkiselta järjestelmältä toivottiin apua vertaisten tavoittamiseen. Palveluihin toivottiin enemmän joustoa. Tiedottamista kaivattiin lisää, samoin huolenpitoa omaisista. Lisäksi esitettiin, että matkaoppailla ja paikan päällä olevilla lähetystövirkeillä olisi hyvä olla paremmat valmiudet toimia kriisitilanteissa.

5.1.4.2 Rekisteriaineisto

Rekisteritietoja poimittiin yhteensä 2 613 evakuointilennoilla kotiutetusta. Rekisteriaineiston alustavien analyysien mukaan stressihäiriön (tai muun reaktiivisen häiriön) perusteella sairauslomalla oli ollut 69 henkilöä (3 % kotiutetuista). Stressihäiriön perusteella myönnetyn sairausloman keskipituus oli ollut 39 päivää keston kuitenkin vaihdellessa 1–271 päivän välillä. Diagnoosidun masennuksen vuoksi sairauslomalla oli ollut 50 henkilöä (2 % kotiutetuista). Masennuksen perusteella myönnetyn sairausloman kesto oli ollut 44 päivää vaihteluvälin ollessa 2–175 päivään. Rekisteriaineistojen analysoinnin tuloksena tullaan vielä saamaan tietoa muun muassa Kelan erikseen tsunamin hoitoon varaamien määrärahojen käytöstä tutkittavien osalta (psykoterapia, kuntoutus), lääkkeiden käytöstä ja sairaalan käytöstä sekä Kansaneläkelaitoksen tutkittaville mahdollisesti myöntämistä eläkkeistä.

5.2 Kelan kuntoutuspalvelut Kaakkois-Aasian katastrofista selviytyneille ja omaisille

Aasian katastrofin seurauksena syntyi suuri määrä ennakoimatonta hoidon, kuntoutuksen ja muun tuen tarvetta, jonka perusteella Kela päätti heti Aasian katastrofin jälkeen varata 1 miljoonan euron määrärahan katastrofin uhrien ja heidän omaistensa ja läheistensä kuntoutukseen. Lisätuki oli Kelan arvion mukaan tarpeen, koska rahoituksen tarve oli yllättävän suuri kuntien yksin hoidettavaksi. Kelan arvion mukaan lisäpalveluja järjestämällä vähennettäisiin julkisen terveydenhuollon jonoja.

Määrärahalla Kela varautui järjestämään katastrofin uhreille ja omaisille kuntoutuspalveluina erilaisia psykoterapioita 1.3.2005 alkaen. Terapiat voivat olla lyhytkestoisia tai pitempikkeitä (1-3 vuotta) vuosina 2005–2008.

Kelan järjestämän kuntoutuksen uudet kohderyhmät olivat 1.3.2005 alkaen: katastrofissa vanhempansa menettäneet lapset ja nuoret, katastrofialueella loukkaantuneet ja vammautuneet aikuiset, lapset ja nuoret, kadonneiden, kuolleiden, loukkaantuneiden ja vammautuneiden omaiset ja muut läheiset henkilöt sekä katastrofialueella olleet henkilöt, jotka tarvitsevat katastrofin johdosta kuntoutuspalveluja.

Näistä kohderyhmistä kuntoutusta saattoivat tarvita ne uhrin ja omaiset, joiden toipuminen ei ollut edennyt ja jotka olivat jo saaneet kunnan järjestämän kriisihoidon, mutta kärsivät edelleen traumaperäisistä häiriöistä ja/tai rinnakkaishäiriöistä, kuten depressiosta tai ahdistushäiriöstä. Lähtökohtana palvelujen järjestämisessä oli jokaisen kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden kunnioittaminen.

Kaikille kohderyhmille voitiin järjestää psykiatrisen arvion perusteella eripituisia yksilöterapioida, ryhmäpsykoterapiaa tai perheterapiaa. Lisäksi Kela varautui selvittämään, onko kohderyhmälle tarpeen järjestää muita kuntoutuspalveluja, kuten kuntoutuskursseja.

Terapiakäyntien määrä ja kesto sekä käyntikerran korvaus on ollut sama kuin yleensä Kelan tukemissa psykoterapioissa. Kuntoutuja on voinut saada samanaikaisesti myös eri terapioita. Perheterapiaa on ollut mahdollista myöntää myös aikuisille (yli 26-vuotiaat). Lyhytkestoisen terapian jälkeen kuntoutujan on ollut mahdollista saada pitempiketoista terapiaa 1-2 vuoden ajan, jos terapian tarve on edelleen jatkunut ja terapian myöntämisen muut edellytykset ovat täyttyneet.

Varattu raha on ollut Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen rahaa. Sosiaali- ja terveystieteiden asiantuntijatyöryhmä keskusteli Kelan kuntoutuspalvelujen suunnitelmasta ennen sen käynnistämistä. Ryhmä hyväksyi Kelan kuntoutussuositukset. Asiantuntijatyöryhmä piti tärkeänä, että palveluja hakevat henkilöt saisivat tarvitsemansa psykiatrisen arvion nopeasti.

Kelan kuntoutusta oli saanut vuoden 2006 joulukuuhun mennessä yhteensä 75 henkilöä. Kuntoutuksen saajista oli Kelan Etelä-Suomen vakuutusalueelta 54 henkilöä, Lounais-Suomen alueelta 12 henkilöä ja Pohjois-, Länsi- ja Itä-Suomen alueilta 2–3 henkilöä. Hakemusten hylkäysprosentti on ollut 3 %. Kuntoutukseen oli käytetty joulukuuhun 2006 mennessä 71 000 euroa.

5.3 Suomen Punaisen Ristin järjestämä ammatillisesti johdettu psykologinen vertaistuki

Suomen Punainen Risti teki helmikuussa 2005 periaatepäätöksen kohdistaa kotimaan apunsa Aasian katastrofissa menehtyneiden ja kadonneiden omaisten vertaistukitilaisuuksien järjestämiseen.

Hyökyaaltokatastrofi oli poikkeuksellinen tapahtuma myös kotimaan näkökulmasta. Traumaattisen tapahtuman uhreja eivät olleet ainoastaan katastrofialueella olleet henkilöt vaan myös katastrofin aikana kotimaassa olleet menehtyneiden perheenjäsenet ja lähiomaiset. Hyökyaaltokatastrofissa menehtyneiden suuren lukumäärän perusteella heidän perheenjäseniään ja omaisiaan täytyi varovaisestikin arvioiden olla useita satoja ympäri maata. Mikään ministeriö tai muu viranomaistaho ei kuitenkaan valmistautunut selvittämään ja ottamaan vastuulleen sitä, miten näiden kotimaan uhrien psykososiaalisen tuen järjestelyt toteutuisivat. Koska oli todennäköistä, että menehtyneiden lähiomaiset asuivat eri kunnissa kuin menehtyneet, minkään kunnan kriisiryhmät eivät voineet keskitetysti tavoittaa ja auttaa heitä traumaattisesta kriisistä selviytymisessä.

Osa perheenjäsenistä oli itse katastrofista pelastuneita ja loukkaantuneita. Lähiomaisten tavoittaminen ja avuntarpeen kartoittaminen vaati selvitystyötä, josta mikään viranomaistaho ei ollut vastuussa. Suomen Punainen Risti otti selvitystyön tehdäkseen.

5.3.1 Vertaistuen tavoitteet

Vertaistukitilaisuuksien tavoitteena on ollut tukea osallistujien tervettä selviytymisprosessia. Tilaisuudet ovat luoneet perheenjäsenille ja lähiomaisille puitteet tavata muita samassa asemassa olevia ja mahdollisuuden käsitellä tapahtunutta ja omaa tilannettaan vertaisten kanssa.

Vertaistuen tavoitteet:

- edistää perheenjäsenten ja omaisten omaa tervettä toipumisprosessia traumaattisessa surussa ja kriisissä (kannattelu)
- mahdollistaa traumaattisten tapahtumien ja tunnereaktioiden käsittely / vertailu vertaisryhmissä, ja siten normalisoida omat reaktiot, tunteet ja ajatukset toipumisen eri vaiheissa
- välittää tietoa traumaattisesta kriisistä toipumisen vaiheista ja traumaattisesta surusta (psykoedukaatio); reaktioiden normalisointi

- lisätä tietoa itsehoidollisista menetelmistä (kehon rauhoittaminen, rentoutuminen)
- pyynnöstä ohjata ja auttaa oman yksilöllisen terapiatarpeen arvioimisessa

5.3.2 Ryhmien muodostamisen periaatteet

Ryhmien muodostamisen periaatteena oli, että onnettomuusalueella olleet ja kotimaassa olleet olivat aina omissa ryhmissään. Aikuisilla, lapsilla ja nuorilla oli omat vertaisryhmänsä. Sen lisäksi pyrittiin muodostamaan mahdollisimman homogeeniset ryhmät osallistujien perheaseman, menetyksen luonteen ja elämäntilanteen perusteella.

Seuraavanlaisia ryhmiä muodostui:

- onnettomuusalueella olleet lapset
- Suomessa olleet lapset
- kaikki perheenjäsenensä menettäneet
- lapsensa menettäneet vanhemmat
- lesket
- äidit–isoäidit
- isät–isoisät
- sisarukset
- sisarusten puoliset jne.

5.3.3 Vertaistuen toteutus

Vertaistuki toteutettiin viidessä viikonloppuryhmässä (pe-su), joissa kussakin oli noin 60 katastrofissa menehtyneiden perheenjäsentä tai sukulaista. Osanottajat edustivat arviolta noin 70 % kaikista menehtyneistä niin, että vähintään yksi perheenjäsen oli mukana vertaistukitapaamisissa. Jokainen ryhmä kokoontuu neljä kertaa seuraavan aikataulun mukaisesti: 1. kokoontuminen 5–8 kk tsunamin jälkeen, 2. kokoontuminen kolme kuukautta ensimmäisen tapaamisen jälkeen (8–11 kk tsunamista), 3. kokoontuminen vuosipäivän tienoilla ja 4. tapaaminen kaksi vuotta katastrofin jälkeen. Kahden vuoden aikana toteutetaan siis yhteensä 20 viikonlopputapaamista.

Vertaistuen menetelminä olivat keskustelut ammatillisesti johdetuissa vertaisryhmissä ja psykologien lyhyet alustukset. Yhteenveto- ja palautekeskusteluja käytiin myös kaikkien osallistujien yhteisissä tilaisuuksissa. Seminaareissa jokainen ryhmäistuntojakso käynnistyi lyhyellä (noin 15 min) luennolla. Luentojen aiheita olivat mm. shokkireaktio ja odottaminen, suru monen perheenjäsenen menetyksestä, roolien muutokset perheissä ja suvuissa jne. Lisäksi annettiin neuvontaa ja ohjausta itsensä rauhoittamisen menetelmistä (hengittäminen, turvapaikka jne.). Suurin osa viikonlopputapaamisten ajasta käytettiin psykologien vetämiin vertaisryhmäistuntoihin. Tapaamisissa käytettiin myös runsaasti rituaaleja (Saari, S (toim.), 2006).

Tilaisuuksien suunnittelusta, ohjelmasta ja vetämisestä ovat vastanneet Suomen Punaisen Ristin psykologien valmiusryhmän jäsenet. Jokaisessa tapaamisessa on työskennellyt noin 15 psy-

kologia. Suomen Punainen Risti on kustantanut vertaistukitapaamisten kaikki kulut (osallistujien matkat ja majoitukset täysihoitoineen, psykologien palkkiot). Yhden vertaistukiviikonlopun kustannukset ovat olleet noin 30 000 euroa.

5.3.4 Vertaistuesta saadut kokemukset

Kokemukset ja vertaistapaamisista saadut palautteet ovat olleet erittäin myönteisiä. Vain hyvin vähän poisjäämisiä on tapahtunut. Hankkeen aikana monet uudet perheet ja perheenjäsenet ovat halunneet tulla mukaan kuultuaan muilta kokemuksista tapaamisista. Neljäsosa osanottajista on ollut lapsia.

Psyykkisen sopeutumisprosessin edistyminen on näkynyt tapaamisten aikana selvästi. Osanottajat ovat olleet hyvin halukkaita neljänteen tapaamiseen, ja he kysyivät oma-aloitteisesti mahdollisuutta siihen.

Saatujen kokemusten valossa vertaistuki on osoittautunut tulokselliseksi, jos osallistujien traumaattinen kokemus on sama ja jos pienryhmät ovat homogeenisia osallistujien kokeman menetyksen, perheaseman ja iän suhteen. Onnistuakseen vertaistuki edellyttää hyvää, ammatillisesti toteutettua suunnittelua ja ryhmien vetämistä, korkeaa ammattitaitoa ja psyykkistä kestävyyttä ryhmien vetäjiltä ja hyvää ja miellyttävää ympäristöä ja olosuhteita sekä osallistujille että vetäjille.

5.4 Kirkon toiminta

Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kriisinhallintaa koordinoi kirkkohallituksen johtoryhmä. Kirkkohallituksen eri osastot, Kirkon Tiedotuskeskus sekä Kirkon Ulkomaanapu huolehtivat kriisinhallinnasta. Suomen Lähetysseura on läheinen yhteistyökumppani.

Kirkkohallituksen edustajat osallistuivat ministeriöiden valmiuspäälliköiden vahvennettuun työryhmään 29.12.2004–3.1.2005. Siellä sovittujen periaatteiden mukaan kirkkohallitus ohjeisti seurakuntia, järjesti pappistyövoimaa kriisialueelle ja nimesi edustajia toimeenpaneviin työryhmiin. Lisäksi kirkkohallitus huolehti valtakunnallisesta viestinnästä ja tuotti katastrofin käsittelyyn liittyvää materiaalia. Tilanteen jatkohoidon osalta kirkko teki yhteistyötä opetusministeriön, sosi-aali- ja terveystieteiden ministeriön ja eri järjestöjen kanssa. Kirkon edustajat olivat mukana sisäasiainministeriön poliisiosaston työryhmässä, joka valmisteli ja vastasi vainajien vastaanottoseremonioista kotimaassa. Uhrintunnistustyöryhmän mukana Thaimaassa on ollut osan aikaa kaksi pappia.

Kirkon Henkinen Huolto (HeHu) on hiippakuntiin ja seurakuntiin luotu organisaatio, joka huolehtii käytännön toimenpiteistä kriisitilanteissa. Helsingin, Espoon ja Vantaan seurakuntayhtymillä on erittäin lyhyellä varoitusaikalla toimintavalmiit HeHu-ryhmät, joihin kuuluu useita kymmeniä koulutettuja työntekijöitä.

Vantaan alueella Vantaan kriisikeskus vastaa henkisen ensiavun koordinoinnista. Se hälyytti kirkon Vantaan seurakuntien henkisen huollon, joka pyysi edelleen virka-apua Helsingin ja Espoon seurakuntien henkiseltä huolloilta. Seurakuntien henkisen huollon edustajat toimivat lentokentällä yhteistyössä poliisin, SPR:n ja Vantaan kriisikeskuksen kanssa. He olivat vastaanottamassa katastrofialueelta tulevia ihmisiä ja tukemassa odottavia omaisia lentoasemalla evakuointilentojen tullessa. HeHu:n edustajia oli lentokentällä 16–20 henkilöä kerralla, yhteensä noin 80 henkilöä.

Kirkon perheasiain neuvottelukeskukset priorisoivat toiminnassaan Aasian katastrofin vuoksi apua tarvitsevia. Sairaalasielunhoidossa ja Palvelevassa puhelimesta oli tehostettu valmius antaa

tukea. Eri seurakuntien työntekijät antoivat omalta osaltaan henkistä tukea.

Katastrofin laajuuden selvittyä *Suomen Lähetysseura* (SLS) otti yhteyttä ulkoministeriöön ja matkatoimistoihin ja tarjosi Thaimaassa olevaa henkilöstöä kriisiapuun. Lähetysseuran henkilöstö otti yhteyttä myös paikalliseen suurlähetystöön. Kaksi SLS:n pappia työskenteli Phuketin lentokentällä ja sairaaloissa yhdessä SPR:n ja EMA:n lääkiriryhmien kanssa viimeisen suomalaisen evakuoitilennon lähtöön saakka. Kolme SLS:n henkilökuntaan kuuluvaa päivysti Bangkokin sairaaloissa. Yksi työntekijä organisoi kriisikeskuksen ja hoiti tiedottamista. Lähetysseuran henkilöstö toimi yhteyshenkilöinä, tulkkeina, sairaala- ja lähetystöhenkilökunnan avustajina sekä avusti suomalaisten potilaiden etsimisessä ja sairaaloiden nimilistojen tarkistamisessa.

Kirkon eri organisaatioista ja järjestöistä oli Kaakkois-Aasian kriisitoiminnassa yhteensä noin 170 henkilöä. Tässä luvussa eivät ole mukana hiippakuntien ja seurakuntien työntekijät.

Kirkon ulkomaanapu sai kansainvälisten yhteyksiensä ja paikallisten yhteistyökumppaneiden kautta ensimmäiset tiedot siitä, mitä apua tarvitaan. Kirkon Ulkomaanapu osallistui välittömän ai-neellisen hätäavun antamiseen ja järjestämiseen ulkoministeriön sekä kotimaisten ja ulkomaisten järjestöjen kanssa. Se käynnisti myös rahankeräyskampanjan ja osallistuu pitkäaikaiseen jälleerakennukseen katastrofialueella.

Rituaalit ovat tärkeä osa kirkon toimintaa yleensä ja onnettomuus- ja kriisitilanteissa erityises-ti. Kaakkois-Aasian katastrofin yhteydessä kirkko on muun muassa ollut mukana vastaanottamas-sa jokaista vainajaa Helsinki-Vantaan lentoasemalla. Lentokentällä on pidetty lyhyt ekumeeninen messu.

5.5 Suomen Mielenterveysseuran vertaistuki

Suomen Mielenterveysseura on järjestänyt vertaisryhmiä traumaattisen tapahtuman kokeneille suuronnettomuustilanteissa. Myös tsunamista pelastuneille ja tsunamissa omaisensa menettäneille järjestettiin ammatillisesti ohjattuja vertaisryhmiä aikaisemmin mainituin periaattein.

Tsunamissa läheisensä menettäneiden ryhmiä oli yksi. Ryhmä kokoontui aikavälillä loka-jou-lukuu 2005 yhdeksän kertaa puolitoista tuntia kerrallaan. Viimeinen tapaaminen oli seurantata-paaminen helmikuussa 2006. Osallistujia ryhmässä oli kuusi, joista kaksi miestä ja neljä naista. Osallistujista neljä oli menettänyt aikuisen lapsen perheineen, yksi aikuisen lapsen ja yksi aikui-sen sisaruksen. Ryhmän ohjaajina toimivat Suomen Mielenterveysseuran SOS-keskuksen johtaja ja kuntoutussuunnittelija.

Osallistujien yleisarvio ryhmästä oli palautteissa hyvä. He olisivat kuitenkin toivoneet suurem-paa ryhmää. Kohtalotovereiden tapaaminen oli lohduttavaa. Odotukset täyttyivät melko hyvin ja hyvin ja ryhmän kesto koettiin sopivaksi.

Tsunamista pelastuneiden ryhmiä oli kaksi. Ensimmäinen kokoontui 10 kertaa puolitoista tun-tia kerrallaan aikavälillä 14.4.–8.9.2005. Lisäksi oli yksi seurantatapaaminen. Osallistujina oli yk-si mies ja viisi naista, joiden joukossa yksi pariskunta. Ohjaajina toimi kaksi Suomen Mielenter-veysseuran SOS-keskuksen kriisityöntekijää.

Toinen ryhmä kokoontui 10 kertaa puolitoista tuntia kerrallaan aikavälillä 13.10.–14.12.2005. Lisäksi oli yksi seurantatapaaminen. Osallistujina oli neljä miestä ja neljä naista, joiden joukossa kolme pariskuntaa. Ryhmän ohjaajina toimi psykoterapeutti ja SOS-keskuksen kriisityöntekijä.

Ryhmien palautteissa vertaistuki koettiin hyvänä, kokemus oli ainutlaatuinen. Ryhmässä oli voinut käsitellä outoa oireilua ja saanut luvan siihen. Oli saanut käsitellä tunteita, pelkoja ja huolta lapsista. Ryhmässä oli saanut itselleen tukea kasvattajana yhteisessä kriisissä.

Tsunamin kokeneiden lasten kuntoutusryhmä toteutettiin aikavälillä 28.9.05–1.2.06. Kokoon-tumisia oli noin kahden viikon välein yhteensä 11, joista seitsemän vuonna 2005 ja neljä vuonna 2006. Viimeinen tapaaminen oli seurantatapaaminen loppukeväästä 2006. Lisäksi ohjaajat tapasi-vat lasten vanhemmat kaksi kertaa ryhmänä ja kerran perheinä erikseen.

Ryhmään osallistui viisi lasta: kaksi tyttöä ja kolme poikaa, iältään 10–14- vuotiaita. Ryhmän ohjaajina toimi taideterapeutti ja sosiaalikasvattaja.

Ohjaajien arvion mukaan ryhmäytyminen tapahtui hyvin. Lapset hyötyivät ryhmässä olost muun muassa siten, että he kykenivät puhumaan peloistaan ja sitä kautta pelot lieventyivät. Van-hemmat saivat tietoa ja opastusta siitä, miten auttaa lasta puhumaan peloistaan ja käsittelemään niitä.

5.6 Psykososiaalinen tuki ja palvelut onnettomuustutkintakeskuksen tutkintaselostuksen mukaan

Aasian katastrofin uhreja olivat orvoiksi jääneet lapset ja nuoret, katastrofialueella loukkaantu-neet ja vammautuneet henkilöt, kuolleiden ja kadonneiden, loukkaantuneiden ja vammautuneiden lähiomaiset ja muut läheiset sekä katastrofialueella olleet henkilöt. Tuen piiriin kuuluivat myös akuutissa pelastus- ja kriisityössä olleet ja vapaaehtoisesti auttamistyöhön osallistuneet.

Aasian katastrofin uhreille on järjestetty psykososiaalista tukea ja palveluita pelastus- ja avus-tustyön yhteydessä Thaimaassa, evakuoitilennon aikana, Helsinki-Vantaan lentokentällä, sairaa-loissa ja kotipaikkakunnilla.

Tuki Thaimaassa

Ensivaiheen apua antoivat spontaanisti, ilman johtamista tai keskitettyä koordinoitua, paikalla ol-leet matkailijat, oppaat, sukeltajat, paikalliset asukkaat ja viranomaiset. Välitön tuki oli myötäelä-mistä, huolenpitoa ja konkreettisissa asioissa auttamista. Paikan päällä tulleita suomalaisia järjes-töjä olivat Suomen Punainen Risti, Suomen Lähetysseura ja Fida. Apua tuli myös muilta tahoilta, mm. Finpron kautta alueella vientiä harjoittavien yritysten edustajilta.

Bangkokissa toimivat *Suomen Lähetysseuran* (SLS) työntekijät ottivat yhteyttä paikalliseen suurlähetystöön ja tarjoutuivat auttamaan. Kaksi pastoria matkusti 28.12. Bangkokista Phuketiin. Heidän tehtävänä oli antaa henkistä apua ja toimia tulkkeina. He työskentelivät Phuketin len-tokentällä ja tuhoalueen sairaaloissa ja osallistuivat mm. hotellien tiedotustilaisuuksiin. Työ oli luonteeltaan läsnäoloa, lähellä oloa, kuuntelemista ja pienissä käytännön asioissa auttamista. Käy-tännössä SLS teki eniten yhteistyötä Finnmatkojen, suurlähetystön ja Suomen Punaisen Ristin kanssa. Helsingin hiippakunnan piispan ja hänen seurueensa läsnäolo ja tuki Phuketissa koettiin myös arvokkaaksi. Kolme SLS:n työntekijää alkoi päivystää Bangkokin sairaaloissa 28.12.2005. He tukivat myös yksin jääneitä lapsia ja hankkivat vaatteita ja huopia kotimatkaa varten. SLS:n työntekijöiden kautta välitettiin myös omaiskyselyjä.

Fida International on helluntaiherätyspohjainen lähetys- ja kehitysyhteistyöjärjestö, jonka avuntarjouksen Suomen lähetystö ensin torjui. Fida lähti Phuketiin avustustyöhön, kun Thaimaan televisiossa pyydettiin eri kielten tulkkeja paikalle ja suomen kielikin mainittiin. Sen jälkeen Suo-men suurlähetystöstä tuli pyyntö saada apua suomalaispotilaiden kartoittamiseen Bangkokin sai-raaloissa. Fidalla oli Phuketissa 29.12.2004–1.1.2005 kaksi neljän hengen avustustiimiä, jotka kiersivät sairaaloissa etsien suomalaisia. He tukivat suomalaisia henkisesti ja hengellisesti, antoi-

vat käytännön apua, toimivat tulkkeina ja hankkivat tietoja. Bangkokin viisihenkinen avustustiimi teki 29.12.–31.12.2004 puhelintiedusteluja Bangkokin alueen sairaaloihin ja kiersi sairaaloita. Toinen viisihenkinen avustustiimi etsi vielä uudelleen 4.–5.1.2005 suomalaisia ja ulkomaalaisia potilaita Suomen suurlähetystön edustajan pyynnöstä.

Suomen Punaisen Ristin avustusryhmässä työskenteli kaksi psykologia SPR:n psykologien valmiusryhmästä 28.12.2004–2.1.2005 (viisi päivää). Heidän tehtävänä oli antaa psyykkistä tukea ja apua ihmisille lentokentällä, sairaaloissa ja myös hotelleissa. Monet onnettomuuden uhreista olivat sokkitilassa ja tarvitsivat tukea. Psykologien työ oli ympärivuorokautista. Matkatoimistojen työntekijät olivat vaikeassa tilanteessa ja tarvitsivat myös tukea. Loppuviikosta (30.12.2004) paikalle tuli kolmas SPR:n valmiusryhmän psykologi, joka viipyi Thaimaassa kaksi viikkoa ja työskenteli Phuketissa ja Bangkokissa. Hänen tehtävänä oli myös purkutilaisuuksien järjestäminen pelastus- ja evakuointityössä mukana olleille.

Tuki evakuointilennoilla

Matkustamohenkilökunnan kertoman mukaan osalla matkustajista olisi ollut tarvetta puhua kokemuksistaan. Henkilökunnan vähyyden vuoksi siihen ei ollut kuitenkaan riittävästi mahdollisuuksia. Koneen henkilökunnan ja avustushenkilökunnan matkustajille osoittama myötätunto koettiin tärkeäksi.

Evakuointilennoista neljällä oli mukana 1-2 psykologia SPR:n psykologien valmiusryhmästä. Psykologit työskentelivät yhteistyössä lääkintähenkilöstön ja miehistön kanssa. Matkustajille siirtyminen Finnairin koneeseen merkitsi askelta kohti turvallisuutta ja kotia. Osa matkustajista pysyi jo pitkän lentomatkan aikana tunteen sellaista turvallisuutta, joka mahdollisti todellisuuden kohtaamisen sekä ajatusten sekä ajatusten ja tunteiden prosessoinnin. Psykologeilla oli mahdollisuus jakaa SPR:n tiedote, keskustella sen sisällöstä ja pysähtyä kuuntelemaan, jos joku halusi kertoa enemmän. Samalla oli mahdollisuus kysyä, halusiko matkustaja antaa yhteystietonsa kunnan kriisiryhmän yhteydenottoa varten. Esimerkiksi yhdessä koneessa noin kolmasosa toivoi yhteydenottoa. Joillakin lennoilla kerrottiin sisäisen kuulutuksen kautta, mitä lentokentällä on odotettavissa. Median kohtaamista myös valmisteltiin. Oli hyvä miettiä etukäteen, haluaako antaa haastatteluja jos sitä kysytään.

Kokemusten perusteella jokaisella lennolla olisi pitänyt olla mukana kriisityöhön perehtynyt henkilöstöä. Tehtäväjaosta matkustamohenkilökunnan ja lääkintähenkilöstön kesken on tarpeen sopia ennakkoon. Kriisiavun tarpeen arviointi ja henkilötietojen kirjaaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (esimerkiksi juuri evakuointilennon aikana) myöhempää kriisiryhmän yhteydenottoa varten helpottaisi kriisiavun järjestämistä.

Psykososiaalinen tuki Helsinki-Vantaan lentoasemalla

Suomeen evakuoitujen vastaanottaminen Helsinki-Vantaan lentoasemalla toteutettiin suunnitellusti. Toiminta käynnistyi lentoasemalla 27.12. ennen ensimmäisen evakuointilennon tuloa ja tilat purettiin maanantaina 3.1.2005. Vantaan kriisikeskus oli viranomaisvastuussa toiminnasta. Evakuoituja vastassa ja odottavia omaisia varten Helsinki-Vantaan lentoasemalla oli psykososiaalisen tuen ammattilaisia. Vantaan kriisikeskus teki sosiaalista ja psyykkistä tilannekartoitusta, antoi keskusteluapua ja auttoi käytännön asioissa. Yhteistyötä tehtiin vapaaehtoisen pelastuspalvelun, kirkon henkisen huollon ja SPR:n psykologien valmiusryhmän kanssa. Vantaan kriisikeskus toimi

viranomaisvastuulla, ja lastensuojelullisena tehtävänä oli vastaanottaa ilman vanhempia katastrofialueelta Suomeen palaavat lapset. Kaikilla lapsilla oli omaisia vastaanottamassa heitä.

Psykososiaalisen tuen resursointi lentoasemalla oli kohdallaan. Auttamisen kannalta pulmalista oli tuhoalueelta saapuvista matkailijoista olevien tietojen puutteellisuus, jonka vuoksi yhteistyössä lääkintähenkilöstön kanssa tehty tilannekarttoitus heti lentokoneen laskeuduttua oli erittäin tärkeä. Alun kangertelun ja tilaongelmien korjaamisen jälkeen yhteistyö sujui erittäin joustavasti. Opittiin tietämään, missä asioissa eri toimijoita ja heidän erityisosaamistaan tarvitaan. Kaikki tulijat saivat SPR:n tiedotteen, jossa oli perustietoa järkyttävän kokemuksen aiheuttamista reaktioista ja niihin suhtautumisesta sekä kriisiapua antavien palvelujen puhelinnumerot.

Omaispiteessä työskentely oli vaativaa ja sitä kehitettiin koko ajan. Omaisilla oli suuri huoli ja paljon epätietoisuutta. Järjestelyt lentokentällä on koettu asiallisiksi ja ne on otettu vastaan myönteisesti. Katastrofialueelta palaavien ja heidän omaistensa yksityisyyden suojaamiseen tulisi jatkossa kiinnittää vielä enemmän huomiota.

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet kunnille ja valmistautuminen kriisityöhön

Varmistaakseen sen, että Kaakkois-Aasian luonnononnettomuuden suomalaisuhreille ja heidän omaisilleen voidaan turvata heidän tarvitsemansa psykososiaalisen tuki ja palvelut, sosiaali- ja terveysministeriön asetti 11.1.2005 Suuronnettomuuden psykososiaalisen tuen ja palvelun asiantuntijatyöryhmän ohjaamaan ja seuraamaan psykososiaalisen tuen ja palveluiden toteuttamista kunnissa.

Kuntatiedotteella n:o 2 (17.1.2005) sosiaali- ja terveysministeriö ohjeisti kuntia sopimaan psykososiaalisten palveluiden tarjoamisesta kaikkien toimijatahojen kanssa mukaan lukien kansaneläkelaitos ja vapaaehtoisjärjestöt, informoimaan alueellaan julkisesti onnettomuuden uhreille käytössä olevista palveluista ja ottamaan henkilökohtainen yhteys asianomaisiin henkilöihin heidän mahdollisen avun tarpeensa toteutukseksi elleivät he itse olleet ottaneet yhteyttä viranomaisiin kahden viikon sisällä palveluiden ilmoittamisesta.

Psykososiaalisen tuen ja palveluiden tarjoamiseksi, sosiaali- ja terveysministeriö kokosi tiedot katastrofialueelta evakuoituista ja lähetti heistä nimilistat kuntien sosiaali- ja terveysviranomaisien käyttöön 2.2.2005. Listat lähetettiin kuntakohtaisesti siten, että vain kunkin kunnan evakuoidut tulivat kunnan tietoon.

Valtakunnalliset kriisipuhelimet

Suomen Punaisen Ristin auttava puhelin avattiin 27.12.2004. Puhelin oli auki 24 tuntia vuorokaudessa, ja se suljettiin 5.1.2005. Päivystyksessä oli 3–4 vapaaehtoista sekä 1–2 psykologia joka vuorossa. Vapaaehtoisia oli yhteensä 60. Puheluita tuli yhteensä noin 800. Aluksi puhelut olivat huolestuneiden omaisten kyselyjä. Keskiviikosta 28.12. alkaen puhelujen luonne muuttui, niin että sen jälkeen puhelut olivat lähinnä uhrien soittoja.

Suomen Mielenterveysseuran valtakunnallinen kriisipuhelin on tavallisesti avoinna tiistaista lauantaihin klo 15–06 ja sunnuntaina ja maanantaina klo 15–22. Valtakunnallisen kriisipuhelimen päivystyksessä on mukana 15 paikallista Mielenterveysseuraa eri puolilta maata ja toimintaa koordinoiva SOS - keskus Helsingissä. Kriisipuhelimen päivystäjien määrää lisättiin katastrofin jälkeen ensimmäisellä viikolla.

Psykososiaalinen tuki kotipaikkakunnilla: kuntien kriisiryhmät

Aasian katastrofin kaltaiseen kriisiin ei ollut varauduttu. Katastrofi herätti kuitenkin välittömästi laajamittaisen halun auttaa ja antaa tukea. Poikkeuksellisessa tilanteessa kotipaikkakunnilla nostettiin kriisivalmiutta nopeasti ja valmistauduttiin ottamaan vastaan tuhoalueelta palaavia ja antamaan tukea niille, joiden omaisia ja läheisiä oli kadonnut.

Vantaalla kriisikeskuksen työntekijät ottivat yhteyttä kuntiin ja ilmoittivat kotipaikkakunnille palaavien matkustajien määriä. Kriisityön organisoinnin kannalta alustavien lukumäärien tietäminen antoi suuntaa sille, kuinka laajaa kriisiavun tarve voisi olla. Tietosuojasäännösten vuoksi ei ollut mahdollista kertoa henkilöiden nimiä, joten mahdollinen kriisiavun tarve ei tässä vaiheessa henkilöitynyt.

Kuntien sosiaali-, terveys- ja opetustoimissa tarkistettiin toimintamalleja. Kuntien kriisiryhmät päivittivät yhteystietoja ja sopivat yhteistyöstä muiden toimijoiden kuten seurakuntien ja järjestöjen kanssa. Kriisiryhmien yhteystiedot päivitettiin myös STM:n verkkosivuille. Kriisipalveluista tiedotettiin laajasti mm. verkkosivuilla, paikallisradioissa, paikallislehdissä ja järjestämällä yleisötilaisuuksia. Kuntien omissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa ja yhteistyötahoilla ohjeistettiin kriisipalveluihin ohjaamisesta. Kun palvelujärjestelmissä kohdattiin Aasian katastrofin koskettamia henkilöitä, heille kerrottiin kriisipalveluista ja heitä ohjattiin kriisiavun piiriin. Avun tarjoamisessa lähtökohdana oli kunnioittaa jokaisen yksilöllisiä tarpeita. Osa ei halunnut ulkopuolisia palveluita. Aina annettiin tieto siitä, mihin voi myöhemmin ottaa yhteyttä tarvittaessa.

Paikallisten kriisiryhmien työmäärä ja toiminta vaihtelivat. Parhaimmillaan kriisiryhmien työ oli suunnitelmien mukaista, aktiivista ja koordinoitua toimintaa yhteistyössä paikallisten eri toimijoiden kanssa. Toiminta kunnissa oli monipuolista ja siinä käytettiin erilaisia toimintatapoja yksilöllisten ja yhteisöllisten tarpeiden mukaan. Psykososiaalisen tuen avulla pyrittiin vahvistamaan sosiaalista verkostoa ja selviytymistä järjestämällä mm. jälkipuinti-istuntoja ja keskustelutilaisuuksia kouluissa ja päiväkodeissa. Joissakin kunnissa päätettiin jäädä odottamaan mahdollisia yhteydenottoja ja reagoida tilanteen mukaan.

Kuntien kriisiryhmien arvioiden mukaan resurssit pääsääntöisesti riittivät. Jotkut kriisiryhmät antoivat vain akuuttivaiheen välitöntä tukea, kun taas joissakin kunnissa tehdään pitempiaikaista, jopa vuoden seurantaa.

Aasian katastrofin menetykset koskettivat laajasti lapsia ja nuoria ja heidän toimintaympäristöjään, päiväkoteja, kouluja ja harrastuspiirejä. Kuolleiden ja kadonneiden joukossa oli yhteensä 46 alle 12 -vuotiasta. Lasten ja nuorten yhteisöllä on ollut mahdollisuus saada muun muassa kriisiryhmiltä ja seurakunnilta tukea ja apua kriisien käsittelyyn. Seurakunnat ja järjestöt ovat täydentäneet merkittäväällä tavalla kuntien palveluita. Monissa kunnissa tämä yhteistyö on koettu ensiarvoisen tärkeäksi.

Kriisityön koordinointi paikallistasolla ja sairaanhoitopiireissä

Kriisityön onnistumisen edellytyksenä on psykososiaalisen tuen tarkoituksenmukainen paikallinen ja alueellinen koordinointi. Onnettomuustutkintakeskuksen raportissa kuvataan esimerkein toimivaa koordinointia paikallisella tasolla. Esimerkiksi Lahdessa kriisityön kokonaisuutta organisoivat sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalla psykososiaalisten palvelujen päällikkö, ja varsinaisen auttamistyön toteuttivat sosiaali- ja terveystoimen työntekijät ja yhteistyökumppanit. Toimijoina olivat keskussairaala, terveysasemien psykologit ja psykiatriset sairaanhoitajat, kaupungin työterveyshuolto, sairaalateologi, sosiaalitoimi, seurakuntayhtymän työntekijät, koulupastorit,

kriisityöntekijät, papit ja diakonit, Tukipiste SOS- kriisikeskus. Toimintaa organisoinut työryhmä mahdollisti tiiviin yhteydenpidon, tiedottamisen ja raportoinnin kaupungin johdolle sekä tiedottamisen kaupunkilaisille.

Joissakin sairaanhoitopiireissä Aasian katastrofin kriisityöhön liittyvää toimintaa koordinoitiin keskitetysti. Esimerkiksi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä Seinäjoen keskussairaalan henkisen ensiavun kriisi- ja traumapsykoterapeuttisesta ryhmästä ja päivystysrenkaasta muodostettiin kuntien kriisiryhmien tueksi takapäivystys ajalle 31.12.2004–7.1.2005.

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueella psykososiaalisen tuen järjestämisestä päävastuun kantoi Pohjois-Karjalan keskussairaalan yleissairaалapsykiatrian yksikkö. Sairaanhoitopiirin jokaisessa kunnassa on kriisiryhmä terveyskeskuksen yhteydessä. Keskussairaалassa psykososiaalisen kriisityön hoitaa yleissairaалapsykiatrian poliklinikka ja henkilökunnan tuesta vastaa työterveyshuolto. Erityistilanteissa ja suuronnettomuuksissa psykososiaalista tukea koordinoi katastrofipsykiatrinen työryhmä yleissairaалapsykiatrian ylilääkärin johdolla. Aasian katastrofin yhteydessä tilannetta kartoitettiin ja siitä tiedotettiin keskitetysti.

Avustustyöhön osallistuneiden psykososiaalinen tuki

Aasian katastrofin akuuttiin pelastus- ja kriisityöhön osallistuneet ammattilaiset ja vapaaehtoiset altistuivat suurelle psyykkiselle ja fyysiselle rasitukselle. Monet heistä ovat pelastamisen, kriisityön tai henkisen tuen ammattilaisia, ja heidän edustamansa organisaation toimintatapoihin on luotu toimintamallit työntekijöiden psykososiaalisesta tuesta huolehtimiseksi.

SPR:n toiminnan organisaatorakenteeseen kuuluu, että työntekijöille järjestetään purkutilaisuuksia. Kirkon henkisen tuen järjestelmään kuuluu työntekijöistä huolen pitäminen. Esimerkiksi Suomen Lähetysseura lähetti varta vasten kriisiterapeutin Thaimaahan huolehtimaan työntekijöistä. Helsinki-Vantaan lentoasemalla pääkaupunkiseudun seurakuntien henkinen huolto oli organisoinut hyvin työvuorot ja purkupalaverit. HUS:n työntekijöiden jälkipuinneista huolehti työterveysorganisaatio. Poliisin tunnistusryhmän mukana oli kaksi pappia. Finnairin terveystalot huolehtivat henkilökunnan psykososiaalisesta tuesta. Miehistölle järjestettiin purkutilaisuuksia heti lentojen jälkeen ja myöhemmin järjestettiin useita debriefing-tilaisuuksia, joihin kaikki miehistöt saivat kutsun.

Työntekijöille järjestettiin myös etukäteen informaatiota edessä olevaa tehtävää varten. Esimerkiksi Finnair valmisteli lähtevät miehistöt näille poikkeuksellisille lennoille maanantai-illasta 27.12.2004 lähtien.

Aasian katastrofin yhteydessä matkatoimistojen työntekijät olivat poikkeuksellisen vaativassa tilanteessa. He olivat itse katastrofin uhreja, mutta samalla heiltä odotettiin palveluja. Matkatoimistot järjestivät työntekijöilleen tukea sekä kohteessa että Suomessa. Suomessa työterveyshuolto on järjestänyt purkutilaisuuksia ja tarpeen mukaan yksilöllistä psykologista apua.

Vapaaehtoiset auttajat olivat tilanteissa, jotka olivat ammattilaisillekin erittäin vaativia. Vapaaehtoisilla oli erittäin merkittävä rooli psykososiaalisen tuen järjestämisessä katastrofin uhreille. Samalla heistä itsestään tuli psykososiaalisen tuen tarvitsijoita. Kaikki erilaisissa tehtävissä kriisi-alueella työskentelevät joutuvat osaksi kriisiä, ja se vaikuttaa heidän työskentelyynsä.

Ulkoministeriön työntekijät sekä kotimaassa että edustustoissa joutuivat työskentelemään uupumukseen asti. Myös heille järjestettiin tukea.

Pelastustoimiasetuksen (787/2003) mukaan myös onnettomuuteen osallisiksi joutuneille pe-

lastajille on järjestettävä psykososiaalinen tuki ja palvelut. Kun työtehtävät pitkittyvät ja kestävät useita vuorokausia, olisi työtehtävän organisoimisessa kiinnitettävä erityistä huomiota työntekijöiden lepoon ja tukeen mm. työvuoroja järjestämällä. Purkukokous (defusing) soveltuu ammatti-ihmisten välittömien reaktioiden purkuun. Kokous on hyvä pitää mahdollisimman pian vaativan työtehtävän jälkeen. Tavoitteena on välittömien reaktioiden purku ja työkyvyn nopea palautuminen. Pelastajien ja auttajien psykososiaalisen tuen järjestäminen on luontevasti osa työterveyshuoltoa.

Lasten saama apu ja tuki evakuointivaiheessa ja kunnissa

Evakuointivaiheen apu

Vantaan kriisikeskuksen toiminta perustuu Vantaan kaupungin valmiussuunnitelmaan, ja keskus hälytetään onnettomuustilanteessa heti. Kriisikeskuksen työntekijät menivät Helsinki-Vantaan lentoasemalle maanantaina 27.12.2004 varautuneina lastensuojelutehtävään ja kriisityöhön. Lääkintää kriisikeskus ei tee. Toiminta perustuu aina ensin tehtävään tilannearvioon.

Lentokentällä oli lisäresursseja Suomen Punaisesta Rististä, Vapaaehtoisesta Pelastuspalvelusta, ensihoidon pelastusryhmä, SPR:n psykologien valmiusryhmä ja kirkon henkisen huollon työntekijöitä. Viranomaisina Vantaan kriisikeskuksen työntekijät koordinoivat myös vapaaehtoisjärjestöjen toimintaa.

Evakuoitujen joukossa Thaimaasta tuli 24 lasta ilman omaista. Lapsista neljä oli ruotsalaisia. Lastensuojelutoimenpiteet aloitettiin lentokoneen ovelta siten, että kriisikeskuksen johtaja ja HUS:n lääkäri menivät ensimmäisinä koneeseen. Toiminta sujui hyvin, koska Vantaan kriisikeskus toteuttaa tätä toimintaa muutenkin. Majoituksesta, ruoasta, matkalipuista, vaatetuksesta ja muista sosiaalihuollon perustoiminnoista huolehtiminen kuului tehtäviin. Tarpeista ja asioista, joita nousi esiin, huolehdittiin ja ihmisiä ohjattiin eteenpäin.

Lasten saama apu kunnissa

Sosiaali- ja terveysministeriö vetosi 30.12.2004 tiedotteellaan kuntiin, kuntayhtymiin ja sairaanhoitopiireihin, että ne huolehtisivat riittävän ja tarpeeksi pitkäkestoisen psykososiaalisen avun turvaamisesta katastrofin uhreille ja heidän omaisilleen. Ministeriö julkaisi tammi-helmikuussa 2005 useita kuntatiedotteita koskien katastrofin uhrien auttamista.

Lasten ja nuorten osalta sosiaaliviranomaisia kehoitettiin tarjoamaan aktiivisesti tukea kaikille ilman vanhempia jääneille lapsille ja nuorille ja heistä huolehtiville henkilöille. Päivähoidossa kehoitettiin varmistamaan se, että lapset saavat tarvitsemansa tuen. Aineistoa asian käsittelyn tueksi löytyi osoitteesta www.stakes.fi/varttua.

Katastrofialueella Thaimaassa oli paljon lapsiperheitä. Onnettomuudessa menehtyi lapsia ja joukko lapsia menetti perheenjäseniään. Kaikki nämä menetykset koskettivat myös laajasti päiväkoteja, kouluja sekä ystävä- että harrastuspiirejä. Lapset ja nuoret ovat haavoittuvia, ja on erityisen tärkeää antaa heille heidän tarvitsemansa tuki. Psykososiaalisia palveluja lapsille ja nuorille tarjoavat mm. terveydenhuolto- ja sosiaalitoimi sekä koulujen oppilas- ja opiskelijahuolto.

Onnettomuustutkintakeskuksen tutkijalautakunta selvitti kyselyllä perheneuvoloiden Aasian katastrofin johdosta antamaa tukea ja palveluita. Kyselyyn vastasi 78 Suomen 136 perheneuvolasta (57 %). Kolmasosalla vastanneista oli ollut asiakkaita Aasian katastrofin johdosta. Yhteensä näissä perheneuvoloissa oli asiakkaina 45 lasta ja 68 aikuista. Asiakkaat olivat pääosin sellaisia, jotka olivat olleet tuhoalueella.

Monet perheneuvolat olivat varautuneet antamaan apua välittömästi katastrofin jälkeen ja sopineet työnjaosta muiden psykososiaalista tukea antavien tahojen kanssa. Perheneuvoloista oli annettu apua ja neuvontaa kouluihin ja päiväkoteihin, erityisesti tilanteissa, joissa koulun oppilas oli kadonnut tai menettänyt lähiomaisia. Aasian katastrofia käsiteltiin myös meneillään olevissa asiakassuhteissa. Perheneuvoloiden työntekijät osallistuivat kriisiryhmien jäseninä myös debriefingistuntojen järjestämiseen.

Sairaaloissa annettu apu lapsille

Yliopistollisissa keskussairaaloissa hoidettiin fyysisesti loukkaantuneita lapsia ja nuoria osastopotilaina (yhteensä 17 – tieto lastenpsykiatrian kautta) ja kaikille järjestettiin psyykinen ensiapu sairaalan sisältä lastenpsykiatrisen konsultaation kautta. Näistä kaksi lasta oli Turussa, kaksi Tampereella ja 13 lasta tai nuorta Helsingissä. Näihin kolmeen sairaanhoitopiiriin ohjautui myös joi-takin lapsia polikliiniseen lastenpsykiatriseen hoitoon. Tays otti käyttöön lastenpsykiatrisen kriisipuhelimen.

Hyks Lasten ja nuorten sairaala järjesti psykososiaalisen kriisiavun käyttäen normaaliolojen organisaatiota vahvistettuna valmiussuunnitelman osana toimivalla kriisiryhmällä. Sairaalahoidon aikana lasten- tai nuorisopsykiatrisen työntekijä tapasi lasta alkuvaiheessa päivittäin ja vanhempia tai omaisia tilanteen mukaan. Osastohoitovaiheessa lasten turvallisuuden tarpeeseen pyrittiin vastaamaan siten, että lasta ei jätettäisi lainkaan yksin, vaan hänen kanssaan olisi vanhempi, omainen tai hoitaja. Kotiutumisen jälkeen seuranta ja tuki toteutettiin osalle kotikäynteinä, osalle polikliinisesti ja kolmelle lapselle järjestettiin intensiivinen yksilöpsykoterapeuttinen jatkohoito.

Sairaala avasi ensivaiheessa lastenpsykiatrisen kriisiosaston mahdollisesti psykososiaalista sairaalahoitoa tarvitsevia Aasiasta tulevia lapsiperheitä tai lapsia ja omaista varten, mutta tämän-tyyppistä sairaalahoitoa ei tarvittu. Sairaalan sosiaalityöntekijät ja sairaalapappi toimivat alkuvaiheessa myös päivystyksellisesti.

Yhteinen kokemus yliopistosairaaloissa oli epätietoinen odottelu ja huono tiedonsaanti tulevis-ta potilaista. Lasten ja nuorten hoitoon osallistuvan henkilökunnan jaksamisesta huoli oli myös yhteinen ja esim. Hyks Lasten ja nuorten sairaalan somaattisten osastojen henkilökunnalle järjes-tettiin yhteensä kuusi työnohjaustilaisuutta. Joissakin sairaaloissa koettiin psykososiaalinen valmiussuunnitelma puutteelliseksi. Yhteistyö aikuisia/vanhempia hoitavan yleissairaalapsykiatrisen yksikön kanssa oli tiivistä yhdessä yliopistosairaalassa ja toisaalla se saattoi puuttua lähes koko-naan.

6 ASiantuntijatyöryhmän PÄÄTELMÄT JA ESITYKSET

6.1 Valmiusjärjestelmä

6.1.1 Valtakunnalliset ohjeet

Psykososiaalisen tuen ja palveluiden valtakunnallista ohjausjärjestelmää on kehitettävä. Suuronnettomuustilanteissa ministeriötasolla tarvitaan useiden eri ministeriöiden yhteistoimintaa psykososiaalisen tuen ja palveluiden ohjaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön psykososiaalista tukea ja palveluita koskeva ohjeistus (STM:n monisteita 1998:1) on osin vanhentunut.

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

Työryhmä esittää seuraavaan poikkeusolojen terveydenhuollon neuvottelukuntaan perustettavaksi psykososiaalisen tuen ja palveluiden jaoston/työryhmän. Jaosto/työryhmä voi osallistua ministeriön neuvottelukunnan toimeksiannosta muun muassa valtakunnallisen toiminnan koordinoimiseen, kehittämiseen ja seurantaan ja tekee esityksiä neuvottelukunnalle ja sitä kautta ministeriölle psykososiaalisen tuen ja palveluiden ohjeiksi ja suosituksiksi sekä osallistuu neuvottelukunnan toimeksiannosta niiden päivittämiseen. Suositusten ja ohjeiden antaminen kunnille, sairaanhoitopiireille ja lääninhallituksille on sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla.

6.1.2 Sosiaali- ja terveysministeriön alaisten laitosten tehtävät

Mielenterveyden alueella Kansanterveyslaitos (KTL) edistää väestön mielenterveyttä sekä toimii mielenterveyden häiriöiden ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi. Stakesin mielenterveystoiminnan keskeisenä tehtävänä on edistää mielenterveystyön kehittymistä palvelujärjestelmissä yhteistyössä kuntien erilaisten toimijoiden kanssa. Työterveyslaitoksen (TTL) mielenterveystoiminta kohdistuu työikäiseen väestöön ja erityisesti työssä käyvien henkilöiden työhyvinvoinnin ja mielenterveyden edistämiseen työpaikoilla ja työelämän organisaatioissa. Palvelujärjestelmän osalta TTL:n toiminta kohdistuu työterveyshuolto- ja työsuojelutoiminnan kehittämiseen.

Lisäksi toimii WHO Collaborating Centre for Mental Health Promotion, Prevention and Policy, joka on Suomeen sijoitettu WHO:n mielenterveysalan yhteistyökeskus. Se välittää ja tuottaa tutkimukseen perustuvaa tietoa kansalliseen ja kansainväliseen käyttöön. Keskus toimii erityisesti mielenterveyden edistämisen, mielenterveyshäiriöiden ehkäisyn ja mielenterveyspolitiikan alueilla ja se luo hyvät mahdollisuudet myös sektorilaitosten välisen mielenterveysyhteistyön kehittämiseen.

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

Sosiaali- ja terveysministeriö sopii tehtävistä psykososiaalisen tuen ja palveluiden kehittämisessä, ohjaamisessa ja tutkimisessa tulosohjausmenettelyllä alaiensa laitosten kanssa.

6.1.3 Läänien, sairaanhoitopiirien ja kuntien tehtävät

Kaikkien eri tason vastuutahojen valmiussuunnitelmissa ja suunnitelmissa suuronnettomuuksi- en varalle tulee olla psykososiaalisen tuen suunnitelmat. Kunnat ja terveyskeskukset sisällyttävät omiin valmiussuunnitelmiinsa psykososiaalisen tuen ja palveluiden suunnitelmat, samoin sairaan- hoitopiirit omiin suunnitelmiinsa. Sairaanhoitopiirin valmius perustuu normaaliajan järjestelmään ja erikoissairaanhoitolaissa olevaan vastuuseen. Erikoissairaanhoitolain 10 §:n mukaan sairaan- hoitopiirin tulee suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikois- sairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Lakiin sisältyy myös yhteistoimintavel- voite sosiaalitoimen kanssa. Jokaisen sairaanhoitopiirin tulee valmiuslainsäädännön mukaan laatia alueellinen suunnitelma suuronnettomuustilanteita varten. Lääninhallitusten tehtävänä on yhteen sovittaa kuntien ja sairaanhoitopiirien suunnitelmat. Tällä hetkellä valmiudet eri tasoilla vaihtele- vat.

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

- 1. Sairaanhoitopiirien tehtävänä on yhteen sovittaa alueellaan psykososiaalista tukea ja palveluja. Sairaanhoitopiirien koordinoituvastuu edellyttää sen varmistamista, että kuntien valmiussuunnitelmiin sisältyvät psykososiaalisen tuen suunnitelmat. Sairaan- hoitopiiri yhteen sovittaa kuntien psykososiaalisen tuen suunnitelmat sairaanhoitopiirin suunnitelmaksi. Sairaanhoitopiirit huolehtivat siitä, että niiden valmiuteen sisältyy riit- tävä psykososiaalisen tuen asiantuntemus.*
- 2. Lääninhallitusten tehtävänä on yhteen sovittaa kuntien ja sairaanhoitopiirien suunnitel- mat alueellisiksi suunnitelmiksi, joissa on sovittu terveyskeskusten, erikoissairaaloiden ja sairaanhoitopiirien kriisiryhmien välisestä työnjaosta psykososiaalisen tuen ja palve- lujen järjestämisessä. Suunnitelmista on käytävä ilmi, mikä taho kulloinkin johtaa ja or- ganisoi psykososiaalista tuki- ja palvelutoimintaa, toiminnan käytännön järjestelyt sekä se, mistä toimintaan hankitaan tarvittavat lisäresurssit, jos alueen omat voimavarat ei- vät riitä. Jokaisessa kunnassa ja sairaanhoitopiirissä tulee olla nimettynä psykososiaa- lisen tuen vastuhenkilö.*
- 3. Kuntien tehtävänä on järjestää valmiuslainsäädännön perusteella psykososiaalinen tu- ki ja palvelut. Kuntien valmiussuunnitelmien tulee sisältää psykososiaalisen tuen suun- nitelmat. Keskeinen instrumentti psykososiaalisen tuen toteuttamisessa ovat paikalliset kriisiryhmät.*
- 4. Suuronnettomuustilanteessa sairaanhoitopiirien tehtävänä on tukea paikallisia (kunti- en) kriisiryhmiä oman valmiussuunnitelmansa mukaisesti muun muassa jakamalla re- surssseja. Sairaanhoitopiirillä on alueellaan myös koulutusvastuu suhteessa kuntien ter- veydenhuoltoon.*
- 5. Suunnitelmia tulee pitää yllä ja päivittää. Suunnitelman toteuttamista on myös harjoi- teltava käytännössä. Psykososiaalisen tuen valmius on otettava huomioon onnettomuus- harjoituksissa.*

6.1.4 Kriisiryhmien asema ja tehtävät

Psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestämisvastuu niin arkielämän äkillisissä järkyttävissä ta-

pahtumissa kuin suuronnettomuustilanteissa on kunnilla, terveyskeskuksilla ja kirkolla kirkkolain mukaisesti. Kriisiavun käytännön toteutuksesta huolehtivat paikalliset kriisiryhmät. Kriisiryhmillä on omat tehtävänsä ja vastuunsa sekä suuronnettomuustilanteissa että arkielämän traumaattisissa tapahtumissa.

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

1. Kriisiryhmien asema

Kriisiryhmien asema tulee turvata ja vakiinnuttaa lainsäädännöllä. Kansanterveyslain mukaan kuntien on järjestettävä lääkinällinen pelastustoiminta. Kansanterveyslakiin tulee lisätä maininta psykososiaalisen tuen järjestämisestä (kriisiryhmistä) osana lääkinällistä pelastustoimintaa.

Kriisiryhmien hallinnollinen asema terveyskeskuksissa tulee myös vahvistaa, ja jäsenet kriisiryhmiin tulee nimetä virallisesti.

2. Kriisiryhmien tehtävät

Suuronnettomuustilanteessa paikallisten kriisiryhmien tehtävänä on

- Kriisiavun tarpeen ja kriisiryhmän omien resurssien riittävyyden arviointi (sekä määrälliset että osaamisresurssit)*
- Välittömästä psyykkisestä ensiavusta huolehtiminen niin, että sitä on tarjolla riittävästi ja että se on kattavaa*
- Selviytymistä tukevien varhaisten kriisi-interventioiden toteuttaminen kohdistuen perheisiin, laajennettuihin perheisiin sekä koulu-, työ- ja muihin yhteisöihin*
- Jatkoavun tarpeessa olevien tunnistaminen ja heidän ohjaamisensa palveluihin*
- Tiedon välittäminen kriisiavun tarpeesta onnettomuuden uhrien kotipaikkakuntien terveyskeskuksiin ja kriisiryhmille.*

3. Hälytysjärjestelmän toimivuudesta huolehtiminen

Kriisiryhmän toiminta edellyttää tehokasta ja kattavaa hälytysjärjestelmää. Ensi linjan auttajien (poliisi, pelastushenkilöstö, sairaaloiden poliklinikkahenkilöstö) tehtävänä on tunnistaa äkillisten järkyttävien tapahtumien uhrit ja tarjota heille kriisiapua ottamalla yhteys kriisiryhmään. Tämän järjestelmän toimivuus edellyttää jatkuvaa yhteydenpitoa ja koulutusta kriisiryhmien ja ensilinjan auttajien välillä. Hälytysjärjestelmän toimivuudesta huolehtiminen on kriisiryhmän tehtävä.

4. Kriisiryhmien toimintaedellytykset

Kriisityön resurssien riittävyydestä tulee huolehtia, niin että kriisiryhmissä on riittävä mielenterveyshuollon asiantuntemus, riittävästi jäseniä, kriisityöhön on käytettävissä riittävästi työaika ja virka-ajan ylittävän työn palkkioista ja korvauksista on sovittu. Kriisityö vaatii erityisosaamista, ja siihen vaadittava koulutus tulee järjestää ryhmän jäsenille samoin kuin

työnohjaus- ja purkumahdollisuudet. Kriisiryhmien jäsenten psyykkisestä jaksamisesta ja voinnista tulee huolehtia työturvallisuuslain ja työterveyshuoltolain edellyttämällä tavalla.

Terveystieteiden henkilöstön toimintakyvyn vaarantuessa poikkeuksellisen suurissa ja pitkäkestoisissa onnettomuuksissa ja kriisitilanteissa (esim. Pandemia) kriisiryhmien tehtävänä on ensisijaisesti huolehtia terveydenhuollon henkilöstön toimintakyvyn turvaamisesta.

5. Kriisiryhmien yhteystiedot

Kriisiryhmien yhteystietojen tulee olla ajantasaisina saatavilla valtakunnan tasolla, aluetasolla ja paikallisella tasolla. Sosiaali- ja terveysministeriöön luotiin kuntien kriisiryhmien yhteystiedosto tammikuun alussa 2005.

Aluetasolla lääninhallitusten tehtävänä on ylläpitää yhteystiedostoa alueensa kriisiryhmittä. Lääninhallitukset selvittävät vuosittain alueensa kriisiryhmien tiedot ja ilmoittavat tiedot Stakeisiin, joka päivittää tiedoston vuosittain sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta. Paikallisella tasolla kriisiryhmän yhteystietoja ylläpitää kriisityöstä vastaava taho (terveyskeskus tai sosiaalitoimi).

6.1.5 Lainsäädäntötarpeet

Työryhmä kävi läpi nykyisen lainsäädännön sosiaali- ja terveysministeriön, lääninhallitusten, sairaanhoitopiirien, kuntien sekä muiden toimijoiden vastuunjaon ja tehtävien kannalta psykososiaalisen tuen ja palveluiden turvaamiseksi väestölle suuronnettomuustilanteissa.

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

Sosiaali- ja terveysministeriön, lääninhallitusten, sairaanhoitopiirien, kuntien ja kuntayhtymien psykososiaalinen tuki ja palvelut tukeutuvat poikkeusoloissakin normaaliin palvelujärjestelmään. Niiden tehtävät ja työnjako on määritelty nykyisessä lainsäädännössä riittävästi eikä siinä tarvita säädösmuutoksia. Psykososiaalisen tuen asiantuntijat tulee nimetä eri tahojen organisaatioihin ja sen tulee näkyä valmiussuunnitelmissa.

6.2 Viestintä

6.2.1 Lähtökohdat

Epätietoisuus tapahtumista ja epävarmuus tulevaisuudesta lisäävät ahdistuneisuutta. Tiedon tarve kasvaa voimakkaasti onnettomuus-, uhka- ja erityistilanteissa. Viestinnällä voidaan vaikuttaa ihmisten psyykkiseen vointiin lisäämällä tilanteen hallintaa ja turvallisuudentunnetta. Suuronnettomuustilanteessa niiden ihmisten joukko, jotka tarvitsevat tarkkaa ja yksityiskohtaista tietoa on varsin laaja. Viestintää on sen tähden lisättävä ja nopeutettava ja siihen on varattava riittävät toimintaedellytykset ja -resurssit.

Onnettomuuden tai traumaattisen tapahtuman yhteydessä on välittömästi järjestettävä tiedotus- ja puhelin- ja neuvontapalvelut. Viestinnän tavoitteena on kertoa tilanteesta ja viranomaisten toimenpiteistä, antaa ohjeita väestölle, luoda luottamusta tilanteen hoitamiseen, ehkäistä paniikkire-

aktioita ja pitää yllä väestön mielialaa. Väestön on saatava tietää, ketä tapahtuma koskettaa, kuinka auttamistoimet on järjestetty ja turvallisuus taattu, mihin loukkaantuneet ja kuolleet on viety, mistä saa apua ja palveluja ja kuka vastaa tilanteen hoidosta. Kriisiviestinnän on oltava nopeaa ja jatkuvaa, luotettavaa, avointa, selkeää ja yksiselitteistä ja sitä on annettava eri kielillä (suomi, ruotsi, englanti ja venäjä). Jatkuva, hyvin hoidettu viestintä onnettomuustilanteissa luo väestölle turvallisuudentunnetta ja uskoa siihen, että tilanne on viranomaisten hallinnassa.

Onnettomuustilanteessa psykososiaalisen tuen asiantuntija tulee saada viestintään mukaan antamaan onnettomuuden hoitamiseksi "kasvot".

Valtioneuvoston kansliaan ollaan perustamassa ja rakentamassa pysyvää teknistä ympäristöä, jossa kansalaisten neuvontaa voidaan tehostaa erityistilanteissa. Kansalaisten neuvonta edellä mainituissa tilanteissa on määrää toteuttaa puhelinpalveluna ja verkkopalveluna. Puhelinpalvelusta vastaisivat kulloisenkin erityistilanteen asiantuntijat. Puhelinvastaajina toimivat henkilöt edustaisivat niitä hallinnonaloja, joiden vastuulle erityistilanteen hoito kuuluu. Verkkopalvelun osalta palvelun tuottaminen on suunnitteluvaiheessa eikä palvelun lopullisesta toteuttamisesta tai siihen liittyvistä menettelytavoista ole vielä päätöksiä.

6.2.2 Viestinnän periaatteet suuronnettomuuksissa

Viranomaisten tehtävänä on suojata onnettomuuteen joutuneita ja heidän omaisiaan siten, että heidän yksityisyytään aina kunnioitetaan (vrt. mm. Suomen Lääkäriliiton suositus).

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

- 1. Asiantuntijatyöryhmä yhtyy katastrofirahaston tarvetta selvittäneen työryhmän kantaan (mietintö 22.11.2006) ja pitää tärkeänä, että kaikki viranomaiset edelleen kehittävät valmiuksiaan tehostettuun neuvontaan kriisi- ja erityistilanteissa. Tehostettuun neuvontaan on syytä ryhtyä, kun kyse on erityistilanteesta, joka koskettaa suurta määrää kansalaisia. Tehostettu neuvonta koskee niin puhelinneuvontaa kuin internetin ja muun joukkoviestinnän kautta tapahtuvaa neuvontaa.*
- 2. Asiantuntijatyöryhmä näkee tärkeänä valtakunnan tason neuvonnan tehostamisen.*
- 3. Kaikilla tasoilla (valtakunnallinen, alueellinen, paikallinen) on oltava hyväksi todettuihin viestintäkäytäntöihin perustuvat viestintäsuunnitelmat, joihin sisältyy psykososiaalisesta tuesta ja palveluista tiedottaminen. Viestinnän vastuut ja toimijat tulee määritellä ja kirjata valmiussuunnitelmiin kaikilla tasoilla. Viestinnälle tulee määritellä myös asiantuntijatuki.*
- 4. Kriisitilanteen hoitoon osallistuvan henkilöstön on kokonaisuudessaan saatava valmennusta viestinnästä ja asiakasneuvonnasta kriisitilanteissa.*
- 5. Sosiaali- ja terveysministeriön sivuilla tulee olla aineistoa ja ohjeita psykososiaalisesta tuesta suuronnettomuustilanteita varten.*

6.3 Tietosuoja

Kaakkois-Aasian katastrofin jälkeen sosiaali- ja terveysministeriö luovutti tiedot katastrofialueelta kotiutetuista kuntien sosiaalitoimen johtajille, ja kehotti kuntia ottamaan aktiivisesti yhteyttä

kotiutettuihin avun tarpeen selvittämiseksi. Tietojen luovuttaminen kuitenkin viivästy, koska oli epäselvyyttä siitä, kenellä on oikeus tietojen keräämiseen, rekisterin ylläpitämiseen, kenelle tietoja saa luovuttaa ja mihin tarkoitukseen. Tiedot eivät aina myöskään välittyneet sosiaalitoimesta muille psykososiaalisesta tuesta ja palveluista vastaaville tahoille (terveydenhuoltoon). Kotiutettujen kokemukset viranomaisten yhteydenotoista ovat olleet myönteisiä.

Kaakkois-Aasian katastrofissa nimilistoja käytettiin hienovaraisella tavalla ohjeistamalla kuntia ensin informoimaan palveluistaan hyvin ja antamalla sen jälkeen uhreille mahdollisuus tietyn aikarajan (2 viikkoa) sisällä ottaa itse tarpeensa mukaan yhteyttä palveluihin. Aikarajan umpeuttua viranomaisia kehoitettiin olemaan yhteydessä palvelujen tarpeen selvittämiseksi niihin uhreista, joihin ei ole uhrin oman yhteydenoton perusteella saatu kontaktia

Suuronnettomuustilanteissa tulee koota tiedot (nimilistat) onnettomuuden uhreista, jotta heidän psykososiaalisen tuen ja psyykkisen jälkihoidon tarpeensa voitaisiin selvittää ja tarjota apua. Nimilistat toimitetaan mahdollisimman nopeasti terveyskeskuksiin yhteydenottoa ja jatkotoimenpiteitä varten. Henkilöllä, joka ei halua tai katso tarvitsevansa palveluja, on oikeus ja mahdollisuus niistä kieltäytyä.

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

Jotta tietojen keruu ja luovuttaminen katastrofi- ja suuronnettomuustilanteessa olisi mahdollista ja se toteutuisi käytännössä kuten Kaakkois-Aasian katastrofin jälkeen, mutta ilman viivettä, asiantuntijatyöryhmä esittää, että oikeusministeriön koordinoimana selvitetään tietojen keräämiseen, rekisterin pitoon ja tietojen luovuttamiseen sekä sen ehtoihin liittyvät kysymykset eri hallinnonalojen kesken tarkoituksenmukaisen lainsäädäntökokonaisuuden synnyttämiseksi yhteistyössä kriisityön asiantuntijoiden kanssa.

6.4 Psykososiaalinen tuki ja palvelut

6.4.1 Yleisperiaatteet

Kaikilla on oikeus saada psykososiaalista tukea suuronnettomuustilanteissa. Suuronnettomuustilanteissa terveysviranomaiset ovat ensisijaisessa vastuussa psykososiaalisesta tuesta ja palveluista, mutta yhtä lailla muiden vastuutahojen tulee osallistua avunantoon. Suuronnettomuustilanteiden ylimääräisten kustannusten korvaamiseen tulee valtiolla olla varautumisjärjestelmä.

Suuronnettomuustilanteiden psykososiaalisen tuen ja palveluiden organisoinnissa tarvitaan myös pitkän aikavälin näkökulmaa suuronnettomuuden psykososiaalisista vaikutuksista, niiden lievittämisestä, interventioista, häiriökehityksestä ja hoidosta.

Suuronnettomuudessa psykososiaalinen tuki ja palvelut noudattavat suuronnettomuuden ja sen jälkeisen psyykkisen sopeutumisprosessin vaiheistusta. Toimenpiteet suunnitellaan ja toteutetaan näiden mukaan. Suuronnettomuuden vaiheet ovat valmisteluvaihe, pelastus- ja tointumisvaihe, korjausvaihe ja jälleenrakennusvaihe. Valmisteluvaiheen toimenpiteitä ovat toimintasuunnitelmiin laatiminen ja yhteensovittaminen sekä koulutukset. Pelastus- ja tointumisvaiheeseen kuuluu sokkivaiheen tuki eli välitön psyykkinen ensiapu. Korjausvaiheeseen kuuluvat tiedotus- ja neuvontapalvelut, kriisi-interventiot ja rituaalit. Jälleenrakennusvaiheeseen kuuluu seuranta ja tarvittaessa pitempiaikainen psykososiaalinen tuki ja hoito.

Traumaattisen tapahtuman jälkeisen psyykkisen sopeutumisen vaiheet ovat sokkivaihe (suojaa mieltä tapahtuneen yhtäkkiseltä ja liian voimakkaalta tiedostamiselta), reaktiovaihe (tuleminen tietoiseksi siitä, mitä tapahtui ja mitä se merkitsee), työstämis- ja käsittelyvaihe (traumaattisen tapahtuman psyykkinen käsittely ja etäisyyden saaminen siihen) ja uudelleen suuntautumisen vaihe (orientoituminen tulevaan). Psyykkisessä sopeutumisessa on kuitenkin yksilöllistä vaihtelua ja myös traumaattisen tapahtuman piirteet vaikuttavat sopeutumisprosessin etenemiseen. Tästä syystä sopeutumiseen vaikuttavat tekijät tulee tuntea eikä vaiheistukseen pidä suhtautua mekaniestisesti.

Katastrofeista ja onnettomuuksista selviytyneet ja menehtyneiden omaiset hakeutuvat huonosti palveluihin, vaikka heillä olisi oireita ja vaikka palvelut olisivat helposti saatavilla (Boscarino ym., 2005; Smith ym., 1999; North, 1999; Carr ym. 1992; Centers for Disease Control and Prevention, 2004). Systemoidun kirjallisuuskatsauksen mukaan (Gavrilovic, 2005) eniten hoitoa tarvitsevat eli voimakkaimmin oireilevat ja pahemmin traumalle altistuneet hakeutuvat kuitenkin parhaiten mielenterveyspalveluihin. Kokemukset Suomessa tsunamin jälkeen osoittavat yksiselitteisesti, että katastrofista selviytyneet ja omaiset toivovat yhteydenottoa viranomaisten taholta ja palvelujen aktiivista tarjoamista (Asikainen, 2004; Harjajärvi ym., 2005; Harjajärvi ym., 2007).

Asiantuntijatyöryhmä lähtee siitä, että suuronnettomuustilanteissa psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestämisessä noudatetaan normaalioloissa käytössä olevaa vastuunjakoja. Järjestämisvastuu psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestämisestä kuuluu myös suuronnettomuustilanteessa kunnille, terveyskeskuksille ja kirkolle kirkkolain mukaisesti. Kuntien kriisiryhmät ovat työkalu kriisiavun käytännön toteutuksessa, ja velvoite niiden ylläpitämiseen tulisi vahvistaa lainsäädännöllä.

Tarjoamalla psykososiaalinen tuki ja palvelut ensisijaisesti peruspalveluissa mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen mukaisesti voidaan todennäköisesti madaltaa avun hakemisen kynnystä. Jos suuronnettomuustilanteessa terveyskeskuksen psykososiaalisen tuen ja palveluiden resurssit ovat riittämättömät, terveyskeskuksen tulee aktiivisesti tukeutua saatavilla oleviin lisäresursseihin kuten seurakuntiin, järjestöihin ja paikallisyhteisöön.

6.4.2 Psyykkinen ensiapu (viikoilla 0–1)

Psyykkinen ensiapu on aktiivista kuuntelua, läsnäoloa, käytettävissä olemista, elämän hallinnan tunteen palauttamista, käytännön apua ja rauhoittamista. Onnettomuudesta selviytynyttä ei tule jättää yksin ja psyykkiseen ensiapuun kuuluu yhteyden järjestäminen perheenjäseniin ja muihin läheisiin. Tässä vaiheessa ei tule aktiivisesti avata traumaattisen kriisin käsittelyprosessia auttajien toimesta.

Mielenterveyshoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi

Suurin osa onnettomuudesta selvinneistä kokee normaaleja stressireaktioita, jotka laantuvat normaalin toipumisprosessin edetessä. Jo välittömän psyykkisen ensiavun vaiheessa tulisi pyrkiä tunnistamaan ne, jotka tarvitsevat apua enemmän tai varsinaista psyykkistä hoitoa. Käytännössä tämä voi kuitenkin olla vaikeaa uhreilla usein esiintyvän terveen kieltämisreaktion vuoksi.

Kriisityöntekijöiden tulee kuitenkin aina varmistaa, että kaikki uhrin saavat riittävän tuen alkuvaiheessa ja aina tarvittaessa ohjauksen mielenterveyspalveluihin.

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

- 1. Välittömästi onnettomuuden tai traumaattisen tapahtuman jälkeen tulee huolehtia henkiin jäämisen, fyysisen ensiavun, turvan ja psyykkisen turvallisuuden tarpeista, varmistaa ravinnon saanti ja fyysinen suoja, orientoiminen tilanteeseen ja kommunikaatio perheen, ystävien ja yhteisön kanssa. Edellä mainitun ohella tarvitaan välitöntä psyykkistä ensiapua. Suuronnettomuustilanteessa ensimmäisten päivien ja ensimmäisen viikon aikana kaikkien suuronnettomuudesta selvinneiden tulee saada psyykkistä ensiapua tarpeensa mukaan.*
- 2. Psyykkisen ensiavun toteuttaminen on pelastustoimiasetuksen mukaisesti kuntien ja kuntayhtymien vastuulla ja sitä toteuttavat ensisijaisesti paikalliset kriisiryhmät. Sairaalas-
sa hoidettavana olevien uhrien ja heidän omaistensa välitön psyykinen ensiapu toteutetaan alkuvaiheessa sairaalan yleissairaalapsykiatrisen yksikön/katastrofipsykiatrisen työryhmän toimesta. Suuronnettomuustilanteissa voidaan tarvita lisäresursseja seurakunnilta, Suomen Punaiselta Ristiltä ja Suomen Mielensterveysseuralta. Kaikkien pelastustoimiin osallistuvien tulee tuntea psyykkisen ensiavun periaatteet.*
- 3. Hoidon tarpeen arvioinnissa tulee ottaa huomioon erityisryhmät, kuten lapset ja nuoret, mielensterveysongelmista kärsineet sekä vammaiset ja muut riskiryhmät, jotka voivat olla haavoittuvia ja joilla voi olla selviytymisvaikeuksia.*

6.4.3 Varhainen interventio (viikoilla 2–4)

Varhainen interventio ajoittuu psyykkiseen reaktiovaiheeseen, joka alkaa sokkivaiheen jälkeen, suuronnettomuustilanteessa yleensä muutaman päivän päästä tapahtumasta, ja voi jatkua muutamia viikkoja (rajana yleensä 1 kk). Suuronnettomuustilanteessa psyykinen sopeutumisprosessi on hitaampi kuin yksittäisissä arkielämän traumaattisissa tapahtumissa johtuen siitä, että tiedonkulku on hitaampaa, pelastustoimet jatkuvat kauemmin ja tapahtunut on runsaasti esillä tiedotusvälineissä.

Varhaisten interventioiden tavoitteena on auttaa kohtaamaan tapahtunut ja sen herättämät tunteet ja reaktiot, normalisoida ne ja tarjota ohjausta ja neuvontaa selviytymiseen ja stressinhallintaan. Selviytymistä tukevat varhaiset interventiot ovat yhteisö-, ryhmä- ja yksilöinterventioita ja kohdistuvat perheisiin, laajennettuihin perheisiin sekä koulu-, työ- ja muihin yhteisöihin.

Kliiniset kokemukset Suomessa vuosi Kaakkois-Aasian katastrofin jälkeen ovat osoittaneet, että ne, jotka ovat saaneet apua varhaisen intervention muodossa voivat paremmin kuin ne, jotka eivät ole saaneet varhaista kriisiapua. Myös Boscarinon tutkimustulokset WTC:n terrori-iskun jälkeen työpaikoilla toteutetusta kriisiavusta tukevat näitä kokemuksia (Boscarino ym., 2005).

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

Varhaista interventiota tulee aktiivisesti tarjota suuronnettomuuden jälkeen. Ne, jotka eivät halua apua, voivat siitä kieltäytyä. Avun tarjoaminen henkilökohtaisesti on käytännössä mahdollista suuronnettomuudesta selvinneiden nimilistojen avulla, jotka tulee saada psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestämisestä vastaaville terveyskeskuksille mahdollisimman pian suuronnettomuuden jälkeen. Terveyskeskusten tulee yhteistyössä sosiaalipalveluiden kanssa ottaa yhteyttä uhreihin ja selvittää mahdollinen avun tarve. Kaakkois-Aasian

katastrofin jälkeen viranomaisten yhteydenotot koettiin poikkeuksetta myönteisiksi. Yhteydenotot ja varhaisen kriisi-intervention toteuttaminen voidaan terveyskeskuksen toimesta antaa kriisiryhmien tehtäväksi.

6.4.4 Myöhempi seulonta ja hoitoon ohjaus

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

Suuronnettomuustilanteissa varhaiseen kriisi-interventioon osallistuneiden onnettomuuden uhrien jatkohoidon tarpeen arviointi ja hoitoon ohjaus toteutetaan osana varhaista interventiota. Vastuutahona tässä ovat terveyskeskukset.

Muille onnettomuudesta selvinneille tulisi toteuttaa seulonta hoidon tarpeen arvioimiseksi 1 kk:n kuluttua tapahtumasta. Hoidon tarpeen arviointi tulisi toteuttaa haastattelemalla ja käyttämällä luotettavia kansainvälisiä mittareita. Seulonnan vastuutahoina ovat terveyskeskukset.

6.4.5 Kriisi- ja traumahoito

Jos traumaattisen tapahtuman kokenut oireilee vielä kolme kuukautta tapahtuman jälkeen tai traumaattisen menetyksen kokenut vielä kuuden kuukauden kuluttua tapahtumasta, kroonistumisen vaara on olemassa. Kroonistuttuaan traumaperäinen stressireaktio on vaikea hoidettava. Tällä hetkellä mielenterveysyksiköissä ei ole riittävä osaamista eikä resursseja tarvittavan kriisi- ja traumahoidon toteuttamiseksi. Traumaperäisten häiriöiden riittävä ja asianmukainen hoito edellyttää, että kriisi- ja traumahoito saa nykyistä suuremman painoarvon mielenterveyspalveluissa ja että tämän alueen osaamiseen panostetaan.

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

Traumaattisen tapahtuman tai menetyksen kokeneella henkilöllä tulee aina tarvittaessa olla mahdollisuus asianmukaiseen jatkohoitoon välittömästi akuutin kriisiavun jälkeen. Jatkohoidon tarpeen arvioimiseksi tulee selviytyneiden vointia seurata peruspalveluiden toimesta käyttäen hyväksi nimilistoja. Hoidon tarpeen arvioinnissa voidaan käyttää myös eri seulontamenetelmiä soveltuvin osin. Vastuu jatkohoidon toteuttamisesta kuuluu viralliselle terveydenhuoltojärjestelmälle porrastuksen puitteissa. Vastuutahoina kriisi- ja traumahoidossa ovat erikoislääkärijohtoiset mielenterveysyksiköt.

6.4.6 Ammatillisesti johdettu vertaistuki

Ammatillisesti johdettu vertaistuki on konkreettinen interventio, joka Kaakkois-Aasian katastrofin yhteydessä on kohdistunut katastrofissa omaisensa menettäneisiin. Se on ammatillisesti johdettua ja ammattihenkilöiden vetämää toimintaa. Vertaistuen tavoitteena on terveen selviytymisprosessin tukeminen.

Ammatillisesti johdettu vertaistuki sijoittuu kriisiprosessin työstämisvaiheeseen (suuronnettomuuden korjausvaiheeseen), Kaakkois-Aasian katastrofissa ajanjaksoon 5 kk–15 kk ja 24 kk tapahtumasta. Ajatus vertaistuen toteuttamisesta pohjautui Myyrmannin raporttiin (Poiijula, 2004), jossa todettiin, että suuronnettomuuden jälkeinen apu on liian yksilökeskeistä ja uhrin ja omaiset

jäävät liian varhain yksin, vaille tukea. Vertaistuki suunniteltiin Konginkankaan onnettomuudessa menehtyneiden omaisille toteutetun ammatillisesti johdetun psykologisen vertaistukimallin pohjalta. Työmuoto on lähtöisin Norjasta, mutta Suomessa SPR on kehittänyt siitä aivan uudenlaisen mallin.

Saatujen kokemusten valossa vertaistuki on osoittautunut tulokselliseksi, jos osallistujien traumaattinen kokemus on sama ja jos pienryhmät ovat homogeenisia osallistujien kokeman menetyksen, perheaseman ja iän suhteen. Onnistuakseen vertaistuki edellyttää hyvää, ammatillisesti toteutettua suunnittelua ja ryhmien vetämistä, korkeaa ammattitaitoa ja psyykkistä kestävyyttä vetäjiltä ja hyvää ja miellyttävää ympäristöä ja olosuhteita sekä osallistujille että vetäjille. Vertaistuen organisoimisessa tulee olla turvallisuutta luova ja psyykkistä käsittelyä tukeva rakenne. Vertaistuki ei sulje pois muita interventioita ja tukimuotoja kuten psykoterapiaa. Tällä hetkellä ei ole selkeää valtakunnallista vastuutahoa, joka vastaisi vertaistuen toteuttamisesta. Tähän asti ammatillisesti johdettua vertaistukea on toteutettu SPR:n ja Suomen Mielenterveysseuran toimesta.

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

- 1. Asiantuntijatyöryhmä pitää sekä aikuisten että lasten vertaistukea tarpeellisena pitempiaikaisen psykososiaalisen tuen muotona sellaisten suuronnettomuuksien jälkeen, jotka mahdollistavat tuen käytön.*
- 2. Asiantuntijatyöryhmän arvion mukaan vertaistuen malli soveltuisi järjestöjen lisäksi esimerkiksi osaksi Kelan harkinnanvaraista kuntoutusta samoin periaattein kuin nykyisin kuntoutuskurssit. Kela voisi ostaa moniammatillisesti toteutettua kuntoutusta ammatillisesti päteviltä tahoilta samoin periaattein kuin kuntoutuskursseja. Tämä edellyttäisi olemassa olevia kuntoutuksen toteuttajatahoja ja mallin vahvistamista kuntoutusmuotona Kelan kuntoutukseen. Kuntoutusmuotoa ja mallia tulisi olla mahdollista toteuttaa siten, että osallistujia tulee eri paikkakunnilta ympäri Suomen.*

6.4.7 Sosiaalitoimen palvelut

Pelastus-, suojaamis- ja hoitotoimet ovat onnettomuuksissa ja traumaattisissa tapahtumissa ensimmäisellä sijalla. Elämisen fyysiset ja materiaaliset edellytykset on turvattava välittömästi. Jotta ihminen toipuisi onnettomuudesta psyykkisesti, on hänen materiaallinen toimeentulonsa turvattava, sillä useat psykologiset stressitekijät liittyvät aineellisiin menetyksiin, elämisen muutoksiin ja epävarmuuteen.

Sosiaalitoimen toiminta ja valmius onnettomuuksissa ja traumaattisissa tapahtumissa tulee olla kirjattuna sosiaalitoimen valmiussuunnitelmaan. Yhteydenotto sosiaalitoimeen tulee onnettomuustilanteissa usein sosiaalipäivystyksen kautta. Sosiaalihuollon kehittämishankkeen tavoitteena on, että vuoden 2007 alusta kunnat järjestävät sosiaalipäivystyksen, niin että kansalaiset saavat kiireelliseen tarpeeseen perustuvan sosiaalihuollon palvelut ja viimesijaisen toimeentuloturvan kaikkina vuorokauden aikoina. Sosiaalipäivystys on nivottava saumattomaksi osaksi palvelukonaisuutta, jotta asiakkaat joustavasti siirtyvät päivystyksestä muihin tarvitsemiinsa palveluihin.

Onnettomuustilanteiden varalta kuntien on syytä valmiussuunnitelmissaan varautua tarvittavien sosiaalipalveluiden järjestämiseen. On tärkeää turvata katastrofiin joutuneiden ihmisten arjen

toimintojen jatkuvuus. Kyseeseen voivat tulla kotipalveluihin, asumiseen ja lastenhoitoon liittyvät tehtävät. Näiden palveluiden samoin kuin psykososiaalisen tuen järjestämisessä tarvitaan moniammatillista osaamista ja saumatonta yhteistyötä kunnan eri toimijoiden kesken ja myös paikkakunnalla toimivien sidosryhmien kanssa.

Sosiaalitoimen tehtävänä onnettomuuksissa ja muissa traumaattisissa tapahtumissa on

- järjestää välittömästi tilapäinen majoitus ja laitoshoido sitä tarvitseville
- järjestää muonitus evakuoituille ja pelastustoimiin osallistuville
- järjestää kiireellisesti vaateapua sitä tarvitseville
- avustaa kadonneiden löytämisessä ja perheiden yhdistämisessä
- huolehtia lastensuojelullisista tehtävistä
- antaa toimeentulotukea sitä tarvitseville
- huolehtia pelastusorganisaation huollosta
- koordinoida toimintaa muiden sosiaalipalveluja järjestävien tahojen kanssa
- tiedottaa väestölle sosiaalipalveluista ja siitä, mistä niitä saa
- antaa henkilökohtaista ohjausta ja neuvontaa.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama katastrofirahaston tarvetta selvittänyt työryhmä (STM:n selvityksiä 2006: 63) on selvittänyt menettelytapoja ja rakenteita, joilla turvataan onnettomuuden uhreille taloudellinen tuki välittömästä kriisitilanteesta aina psyykkisten traumojen hoitoon asti. Työryhmä selvitti toimeentulotuen käytön mahdollisuudet ja ongelmat katastrofista aiheutuvien toimeentulovaikeuksien helpottamiseksi, katastrofirahaston perustamisen tarpeen, vaihtoehtoiset toteuttamismuodot ja niiden kustannusvaikutukset sekä rahastoa koskevia lainsäädäntö- ja rahoitustarpeita. Työryhmän jätti mietintönsä 22.11.2006.

Työryhmä ei nähnyt perusteita katastrofirahaston perustamiselle. Se totesi, että Suomen sosiaali- ja terveydenhuolto sekä pelastustoimi ovat toimineet suhteellisen hyvin. Työryhmä laati joukon ehdotuksia, mm. viranomaisten välisestä yhteistyöstä katastrofeissa. Myös viranomaisten suorittama neuvontaa halutaan tehostaa sellaisissa kriisi- ja erityistilanteissa, jotka koskevat suurta määrää kansalaisia. Tavoitteena on ohjata asiakas mahdollisimman nopeasti oikealle viranomaiselle tai vakuutuslaitokselle ja siten nopeuttaa korvausten maksamista tai palveluiden saamista. Samoin huomiota tulisi kiinnittää riittävien sosiaalipalveluiden järjestämiseen katastrofien uhreille.

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

1. *Onnettomuustilanteissa on tärkeää, että apu pystytään tarjoamaan välittömästi. Työryhmä pitää tärkeänä, että kunnissa olisi mahdollisimman yhdenmukainen käytäntö sosiaalipalveluiden saatavuuden suhteen, ja sosiaalipalvelujärjestelmää ja lainsäädäntöä tulee kehittää tämän tavoitteen suuntaisesti. Esimerkiksi kotipalvelujen tarve saattaa aktualisoitua onnettomuustilanteiden seurauksena. Kunnilla tulisi olla valmius järjestää palvelua joko omana toimintana, ostopalveluna tai palvelusetelin kautta järjestettynä.*
2. *Sosiaalihuollon päivystysjärjestelmien tulee olla sellaiset, että kiireelliset toimenpiteet ja viranomaispäätökset voidaan tarvittaessa hoitaa välittömästi.*
3. *Sosiaalihuollon tulee kehittää yhteistyötä muiden päivystävien tahojen kanssa, ja työtä tulee yhteen sovittaa erityisesti kriisiryhmien kanssa.*

4. *Niin kirkolla kuin useilla järjestöilläkin on valmiuksia toimia onnettomuustilanteissa uhrien ja heidän omaistensa auttamiseksi. Kirkon diakoniatyö tekee monipuolista ja laajaa yhteistyötä kuntien ja järjestöjen kanssa. Sosiaalihuollon valmiussuunnitelmia laadittaessa tulee ottaa huomioon yhteistyö järjestöjen ja kirkon diakoniatyön kanssa.*

6.4.8 Kirkon palvelut

Poikkeusoloissa ja kriisitilanteissa kirkon keskeiset tehtävät ovat:

- hengellinen toiminta
- henkinen huolto
- vainajien huolto
- jälkihoito onnettomuuden jälkeen.

Paikallisseurakuntien työntekijöiden valmiudet suuronnettomuuksien ja kriisitilanteiden osalta ovat ensiarvoisia koko kirkon kriisityölle. Useimpiin paikallisiin kriisiryhmiin kuuluu luontevasti myös seurakunnan edustaja, diakonian viranhaltija tai pappi.

Poikkeusoloissa ja kriisitilanteissa henkilökohtaisen sielunhoitotyön tarve lisääntyy. Sielunhoidon erityistyömuodoissa, perheneuvonnassa, sairaalasielunhoidossa, palvelevassa puhelimesta ja palvelevassa netissä toimivien työ nousee keskeiseen asemaan. Suuronnettomuus- ja kriisitilanteissa perheneuvonnan työpanos kohdennetaan erityisesti kriisiapua tarvitseviin. Palvelevan puhelimen ja nettiauttamisen päivityskapasiteettia lisätään. Myös koulutettuja vapaaehtoisryhmiä voidaan ottaa mukaan sielunhoitotehtäviin. Sekä perheasiain neuvottelukeskukset että palvelevan puhelimen ja nettiauttamisen toimipisteet voidaan esimerkiksi pandemian uhan johdosta muuttaa puhelimitse tai sähköpostitse toimiviksi auttamisverkostoiksi.

Sairaalapapeilla on perusvalmius työskennellä poikkeustilanteissa, kriiseissä ja suuronnettomuuksissa, joissa sairastuneitten ja vainajien määrä on poikkeuksellisen suuri. Sielunhoidon näkökulmasta on tärkeää, että koko väestö saa asiallista tietoa, ja että pelkoa tai paniikkia ei ruokita. On myös tärkeää, että tilannetta seurataan kansallisesti ja kansainvälisesti. Sairaalapapin keskeiset tehtävät poikkeusoloissa ovat hengellinen toiminta, henkinen huolto, vainajien huolto sekä jälkihoito onnettomuuden jälkeen.

Kirkon henkinen huolto (HeHu), joka toimii lähinnä pääkaupunkiseudulla, huolehtii hälytysjärjestelmästä ja muista käytännön toimenpiteistä omalla rajatulla sektorillaan.

Henkisen huollon tehtävänä on antaa onnettomuuden uhreille ja omaisille henkistä tukea. Tuki on luonteeltaan palvelua, lähellä oloa ja ahdistuksen jakamista. Tukea annetaan myös tarpeen vaatiessa pelastustyöhön osallistuvalla henkilöstöllä.

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

Kollektiivisessa surussa kirkon toiminnalla ja rituaaleilla on erittäin tärkeä rooli.

Kirkon palvelut huomioidaan kuntien valmiussuunnitelmissa ja varautumissuunnitelmissa suuronnettomuuksien varalle.

6.5 Psykososiaalinen tuki ja palvelut lapsille ja nuorille

6.5.1 Lähtökohdat

Lapset ja nuoret ovat erityisen haavoittuvia traumaattisille kokemuksille ja heillä traumaperäisen häiriökehityksen riski on suurempi kuin aikuisilla. Mitä pienemmästä lapsesta on kyse, sitä voimakkaammin traumaattinen kokemus häneen vaikuttaa. Vauvakin pystyy aistimaan ja reagoimaan siihen, mikä häntä ja perhettä on kohdannut. Lapsen kasvun ja kehityksen keskeneräisyys ja riippuvuus vanhempien hoivasta asettavat erityisvaatimuksia myös lasta auttavalle hoitojärjestelmälle sekä auttavien tahojen yhteistyölle.

Useimmat lapset ja nuoret toipuvat onnettomuuksista turvallisten läheisten tuella eivätkä tarvitse psykologista tai psykiatrista hoitoa ensivaiheen psyykkisen kriisiavun jälkeen. Suuronnettomuustilanteessa häiriön riskissä ja psyykkisen avun tarpeessa voi kuitenkin olla 30–50 % lapsista. Lapsen perhe ja omat verkostot sekä paluu normaaliarkeen lisäävät turvallisuuden tunnetta.

Lasten ja nuorten selviytymisen tukemisen ja psykologisen hoidon tulee olla lapsi- ja perhekeskeistä ja koskea myös lähiverkostoa. Päivähoidon ja koulun kriisitoiminta on oleellinen osa lasten ja nuorten selviytymistä tukevaa hoivaympäristöä. Yhteisön, koulun ja päivähoidon toipuminen ja selviytyminen saa tukea yhteisö-, koulu-, päivähoito- ja ryhmämuotoisesta psykososiaalisesta tuesta ja palveluista, jonka toteutukseen osallistuvat laajimmillaan valtakunnan, alueitten ja paikallistason viranomaiset, kirkko ja vapaaehtoisjärjestöt. Medialla on tärkeä rooli selviytymistä tukevan tiedon välittämisessä.

Lapsen turva on vanhemmissa, perheessä ja kodissa, ja tätä hoivaa tarjoavaa turvaa suuronnettomuustilanne voi monella tavalla järkyttää. Vanhemmat reagoivat myös traumaattiseen tilanteeseen ja heidän kykynsä nähdä ja kuulla lapsen tarpeita saattaa heikentyä. Lapsen ja nuoren selviytymisen tukeminen ja psyykinen hoito tapahtuu aina yhteistyössä vanhempien kanssa ja on usein perhekeskeistä. Lapsen vanhempien tai hänestä ensisijaisesti huolehtivan aikuisen riittävän avun turvaaminen on myös olennainen osa lapsen auttamista. Sisarusten psyykkiset reaktiot saattavat olla varsin voimakkaita ja heidän avun tarpeensa on myös huomioitava.

Lapsen, nuoren ja perheen toipumista tulee seurata, vasta pidemmässä seurannassa ehtii havaita ilmiöiden aaltoilua. Riskilapset ja heidän perheensä sekä oireilevat lapset ja nuoret on tunnistettava ja ohjattava psyykkisen ensiavun/kriisihoidon jälkeen jatkohoitoon perheneuvolaan tai erikoissairaanhoidon.

6.5.2 Psykososiaalinen tuki ja palvelut lapsille ja nuorille

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

- 1. Lasten ja nuorten asianmukainen auttaminen edellyttää, että paikallisiin ja alueellisiin valmiussuunnitelmiin sisällytetään lasten ja nuorten psykososiaalista tukea ja palveluita koskeva osa, jossa määritellään lasten ja nuorten auttaminen eri vaiheissa, auttajat ja auttajien välinen työnjako. Suunnitelmissa on huomioitava perustason ja erityistason yhteistyö ja konsultaatiomahdollisuudet sekä asiantuntijapalveluiden tarve.*
- 2. Vastaavasti koulujen, päiväkotien ja muiden vastaavien laitosten valmiussuunnitelmien tulee sisältää yksikkökohtaiset kriisitoimintamallit, jotka on valmisteltu yhteistyössä kunnan muiden psykososiaaliseen tukeen ja palveluihin osallistuvien viranomaisten kanssa. Yksikkökohtaiset suunnitelmat ovat osa kunnan valmiussuunnitelmaa.*

3. Paikallisissa kriisiryhmissä tulee olla jäseniä, joilla on mielenterveysalan asiantuntemus lasten ja nuorten kanssa työskentelyssä ja jotka tuntevat lasten ja nuorten kehityspsykologiset tarpeet ja auttamismenetelmät.

Perustason tehtävät

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

1. Heti suuronnettomuuden tapahduttua on suositeltavaa koota lasten, nuorten ja perheiden psykososiaalisen tuen ja palveluiden yhteistyöryhmä paikallisen kriisiryhmän yhteyteen. Tämä ryhmä suunnittelee, käynnistää, toteuttaa ja seuraa lapsille ja nuorille annettavaa psykososiaalista tukea ja palveluita lyhyellä ja pitkällä aikavälillä.
2. Perustasolla psykososiaalista tukea lapsille, nuorille ja perheille tarjoavat paikallisen kriisiryhmän lisäksi perusterveydenhuolto, siellä erityisesti psykologit, sosiaalitoimi ja perheneuvolat sekä kirkko ja vapaaehtoisjärjestöt. Nämä toimivat yhteistyössä päiväkotien, koulujen, oppilaitosten ja lastensuojelulaitosten sekä erityistason kanssa.
3. Sosiaalisen ja psykologisen tuen tulisi olla lapsi- ja perhekeskeistä ja keskittyä auttamisen varhaisvaiheessa turvaan ja hyvään hoivaan. Lapsen ja nuoren tarpeista huolehtiminen on perheyhteyden, kodin, ruumiillisten tarpeiden ja turvallisen arjen ohella lämmitä, kuuntelevaa ja kunnioittavaa huolenpitämistä. Se on myös riittävää tiedonvälitystä, jossa medialla on tärkeä rooli selviytymistä tukevan tiedon välittämisessä.
4. Suuronnettomuustilanteessa tapahtumaan liittyvän tiedon määrää lisätään. Lasten kannalta on tärkeää, että he saavat tapahtumasta (vanhempien kautta) oikeaa ja turvallista tietoa ja että vanhemmat ovat siinä tukena. Vanhemmat tarvitsevat tähän tukea ja neuvoja. Vanhemmat ja muut kasvatusvastuussa olevat aikuiset seuraavat lasten tiedon saantia ja tarvittaessa rajoittavat ja suojaavat lapsia liian kuormittavalta ja haavoittavalta tiedolta. On myös tärkeää, että vanhemmat ja muut kasvatusvastuussa olevat aikuiset keskustelevat lasten ja nuorten kanssa tapahtumaan liittyvistä tiedoista lasten ja nuorten ikä ja kehitystaso huomioon ottaen.
5. Lasten ja nuorten ensivaiheen psyykinen ensiapu ja kriisihoito aloitetaan välittömästi tapahtuman jälkeen. Jos lapsi/nuori tai perheenjäsen on ruumiillisesti loukkaantunut, sen vaatima hoito on tietysti ensisijainen. Hoidossa on kuitenkin otettava huomioon myös tapahtuman tunnevaikutukset ja annettava psyykkistä ensiapua koko perheelle.
6. Lasten ja nuorten psykososiaalisen tuen ja palveluiden antamisen yleisperiaatteet ovat samat kuin aikuisia autettaessa, ja se tapahtuu rinnan, samanaikaisesti aikuisten auttamisen kanssa. Aloitetaan välitön aktiivisesti tarjottava apu, etsitään avun tarvitsijat, kartoitetaan tarpeet ja toimitaan perhekeskeisesti hyväksytyjä tapoja noudattaen. Avun tulee olla helposti ja nopeasti saatavilla ja tukea perheen ja läheisten selviytymistä.
7. Oireilevat lapset ja nuoret sekä riskilapset ja heidän perheensä on mahdollisimman nopeasti tunnistettava ja ohjattava psyykkisen ensiavun tai kriisihoidon jälkeen arviointiin ja jatkohoitoon peruspalveluiden psykologeille, perheneuvolaan tai lasten – ja nuorisopsykiatriseen erikoissairaanhoidon. Nopeasti järjestetty arviointiprosessi tukee hoitomotivaatiota ja tarjotun hoidon vastaanottamista ja siihen sitoutumista.

8. *Ensivaiheen psyykkisen ensiavun ja kriisihoidon aikana lasten ja nuorten tulee saada olla yhdessä vanhempiensa tai huoltajiensa kanssa. Jos lapsi joutuu onnettomuuteen kaukana kotoa, hänelle tulee järjestää mahdollisimman nopeasti mahdollisuus olla puhelin-yhteydessä kotiinsa, kuljetus kotiin tai vanhempien kuljetus lapsen olinpaikkaan.*
9. *Vanhempien reaktiot ja jaksaminen vaikuttavat lasten selviytymiseen ja traumareaktioihin. Vanhemmat tarvitsevat usein konkreettista apua arkeen ja psyykkistä tukea myös itselleen voidakseen toimia riittävän turvallisina vanhempina. Heille tulee antaa traumatisoituneiden ja surevien lasten reaktioita, selviytymiskeinoja ja avun tarpeen tunnistamista sekä selviytymistä tukevasta vanhemmuudesta auttavaa tietoa ja neuvontaa. Tarvittaessa vanhemmat ohjataan omaan kriisihoitoon.*
10. *Käytännön avusta, myös riittävästä kotipalvelusta ja lastensuojelun toimenpiteistä vastaa sosiaalitoimi. Erimuotoista aktiivista tukea ja apua tarvitaan heti selviytymisen alusta lähtien, mutta myös pitkällä aikavälillä.*
11. *Avun nopea ja joustava tarjoaminen saattaa edellyttää perinteisen, usein hitaasti ja jäykästi toimivan palvelurakenteen ja -mallin täydentämistä räätälöidyillä toimintamalleilla kussakin suuronnettomuustilanteessa.*

Sairaanhoitopiirien tehtävät

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

1. *Sairaanhoitopiireillä tulee olla psykososiaalisen tuen valmiussuunnitelma, jossa on huomioitu lasten ja nuorten erityistarpeet. Erikoissairaanhoidossa tämä voi rakentua lastenpsykiatrian, nuorisopsykiatrian ja aikuispsykiatrian yhteistyönä, jolloin kaikkien erikoisalojen osaamista ja henkilökuntaa voidaan hyödyntää. Sairaalapapilla ja sosiaalityöntekijöillä on tärkeä rooli myös yhteistyössä kirkon ja sosiaalitoimen kanssa.*
2. *Valmiussuunnitelman tulee sisältää suunnitelma potilaan ja hänen perheensä auttamiseksi, suunnitelma yhteistyöstä muiden psykososiaalista tukea antavien tahojen (perusterveydenhuolto, sosiaalitoimi mukaan lukien perheneuvola, kirkko, SPR) kanssa sekä suunnitelma sairaalan henkilökunnan työnohjaustarpeisiin vastaamisesta. Normaalioloissa käytössä oleva vastuunjako on hyvä toiminnan pohja.*
3. *Suuronnettomuustilanteessa sekä ensivaiheessa että myöhemmin jatkohoidossa psykoterapeuttinen kouluttautuminen ja kokemus antavat valmiuksia hyvään hoitoon. Traumaattisten kokemusten vaikutuksiin lapsen ja nuoren kehityksessä sekä kriisi- ja trauma-hoitojen osaamiseen ja kehittämiseen on myös lasten ja nuorten kohdalla kiinnitettävä erityistä huomiota.*
4. *Fyysisesti loukkaantuneiden lasten ja nuorten psyykkisen ensiavun ja hoidon tulee tapahtua tiiviissä yhteistyössä somaattisten yksiköiden henkilökunnan ja vastuulääkärin kanssa. Yhdessä tulee varmistua mm. lapsen kivun hoidosta ja riittävästä aikuisen tuesta. Psykososiaalinen auttaminen edellyttää tietoa lapsen somaattisesta tilanteesta ja suunnitelmista. Sairaalalla on hoitovastuu omista potilaistaan ja sairaalalla tulee olla valmiudet hoitaa akuuttivaihe omin voimin myös psyykkisen avun osalta.*

5. *Normaalin käytännön mukaan perusterveydenhuolto (koululääkäri, perusterveydenhuollon lääkäri jne.) ja perheneuvolat voivat ohjata lapsia ja nuoria tarvittaessa erikoissairaanhoidon tutkimuksiin ja hoitoon. Näin mahdollistuu esimerkiksi pitkäkestoisempi psykoterapeuttinen kuntoutus (joko sairaalan omana toimintana, ostettuna tai Kelan tuella) sekä tarvittaessa muiden lääketieteen erikoisalojen konsultointi.*
6. *Tarvittaessa vanhemman psyykkisen avun tarve tulee arvioida aikuispsykiatrian keinoin ja resurssein. Tässä hyvä yhteistyö lasten- ja aikuispsykiatrian kesken on hyvin tärkeä. Vanhempien kuoltua tai vanhemmuuden ollessa riittämätöntä toimitaan yhteistyössä lastensuojelun kanssa, jonka tehtävänä on turvata lapsen ja nuoren kasvuolosuhteet.*

6.6 Ensilinjan auttajien ja sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden työsuojelu

Ensilinjan auttajat ja sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät altistuvat onnettomuuksissa ja kriisitilanteissa poikkeuksellisen suurelle psyykkiselle rasitukselle.

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

Ensilinjan auttajien ja sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden psyykkisestä jaksamisesta ja voinnista tulee huolehtia työturvallisuuslain ja työterveyshuoltolain edellyttämällä tavalla.

6.7 Kriisityön koulutus ja työnohjaus

6.7.1 Kriisityön koulutus

Psykososiaalisen tuen/kriisityön koulutusjärjestelmästä ei ole selkeää mallia. Ammatillinen koulutus (niin perus-, täydennys- kuin erikoistumiskoulutuskin) on hajanaista eikä kokonaisvaltaista kriisityön koulutusta anneta missään julkisen alan oppilaitoksessa tällä hetkellä. Ammattitutkinnon tai ammattitaidon hankkiminen edellyttää kohtalaisen pitkää ajallista sitoutumista sekä suurta taloudellista ja usein henkilökohtaista panosta.

Akuutin kriisityön osaaminen tulee olla perusterveydenhuollon joka yksikössä, ja sosiaalitoimen toimintayksiköissä tulee olla hyvä kriisityön tietämys. Kriisityön perusteiden opetuksen tulee sisältyä kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattien, poliisien, hätäkeskuspäivystäjien ja pelastustyöntekijöiden peruskoulutukseen.

Kunnilla ja sairaanhoitopiireillä on työnantajina vastuu järjestää henkilöstölleen palveluiden toteuttamiseksi tarvittava ammatillinen täydennyskoulutus. Sairaanhoitopiireillä on erikoissairaanhoidolain nojalla myös alueellinen koulutusvastuu.

Kriisien ja traumojen hoitamiseksi tarvittavan psykoterapian valmiuksia on parannettava. Opetusministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön psykoterapiatoimikunta on esittänyt vuonna 2004, että psykoterapiakoulutusta tulee lisätä ja että yliopistot ja ammattikorkeakoulut olisivat koulutuksen merkittäviä järjestäjätahoja.

Koulutustilanteesta puuttuu tietoa ja se kaipaa selvittämistä.

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

Asiantuntijatyöryhmä esittää, että yliopistot ja ammattikorkeakoulut ottavat vastuun kriisi-työn perusteiden sisällyttämisestä sosiaali- ja terveysalan peruskoulutukseen ottaen huomioon käytettävissä oleva tutkimustieto.

Yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen tulevaisuudessa mahdollisesti järjestämään psykoterapiakoulutukseen tulee sisällyttää myös kriisi- ja traumaterapiakoulutusta, ja yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen tulee ottaa vastuu kriisityön erikoistumiskoulutuksesta, niin että syvempi perehtyminen sekä erikoistuminen kriisi- ja traumatyöhön on mahdollista osana eri alojen erikoistumiskoulutuksia (mm. erikoislääkäri- ja erikoispsykologikoulutusta).

Koko väestöllä tulisi olla kriisitietämyksen perusvalmius. Sitä koskeva opetus tulisi sisällyttää peruskoulun terveystieteiden opetussuunnitelmaan ja sisällyttää se integroidusti opetukseen.

6.7.2 Kriisityön työnohjaus

Muun muassa riittävällä koulutuksella ja työnohjauksella varmistetaan kriisipalvelujen riittävän korkea laatu kunnissa. Koulutuksella ja työnohjauksella voidaan myös tukea kriisityöntekijöitä vaativassa työssä ja estää uupuminen ja sijaistraumatisoituminen. Stakesin vuonna 2002 tekemän kyselyn perusteella vain kolmasosassa kunnista kriisiryhmillä oli mahdollisuus säännölliseen työnohjaukseen (Hynninen & Upanne, 2006). Vuoden 2005 selvityksen perusteella 20 % kunnista arvioi osaamisensa olevan riittämätöntä tarvittavan tuen ja jatkohoidon järjestämiseksi katastrofin uhreille ja omaisille.

Kunnat ja kuntayhtymät ovat pelastuslain ja asetuksen sekä kuntia koskevan muun lainsäädännön nojalla velvollisia järjestämään väestölleen psykososiaalisen tuen ja palvelut. Kunnat ovat työnantajina velvollisia järjestämään työntekijöilleen myös sellaisen koulutuksen ja työnohjauksen, joka on tarpeen palveluiden järjestämiseksi.

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

Kriisityöntekijöiden mahdollisuuksia työnohjaukseen on kunnissa parannettava ja työnohjauksen resursseja kehitettävä. Koulutettujen kriisi- ja traumaterapeuttien työpanosta tulisi suuronnettomuustilanteissa suunnata ensisijaisesti tukemaan akuuttia kriisityötä tekevän henkilöstön työtä.

6.7.3 Käypä hoito -suositus

Kun havaitaan kansanterveyden kannalta merkittävä ongelma ja sen ratkaisemiseksi on olemassa riittävä määrä tutkittua tietoa, voidaan ryhtyä laatimaan valtakunnallista käypä hoito -suositusta asianomaisen erikoislääkäriyhdistyksen aloitteesta. Käypä hoito -suositus "Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt" on parhaillaan valmistella (Duodecim). Suositus tulee sisältämään palvelu- ja hoitosuosituksia myös lasten ja nuorten auttamiseksi.

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

Traumaperäisten stressireaktioiden ja -häiriöiden käypä hoito -suositusta tarvitaan ohjaamaan potilaan hoidon sisältöä. Työryhmä esittää, että suosituksen valmistuttua sitä levitetään kattavasti ja otetaan käyttöön.

6.8 Kriisityön tutkimus- ja kehittämistoiminta

Kriisi- ja traumatilanteiden tutkimukseen pitää olla jatkuva valmius, jotta tutkimusta voitaisiin hyödyntää kriisitilanteiden alusta alkaen. Hyvän kriisi- ja traumatutkimuksen tulee toimia korkealla kansainvälisellä tasolla ja sillä tulee olla riittävä kriittinen massa. Sen tulee olla pitkäjänteistä ja hankkia erityistä kilpailuetua, esimerkiksi ainutlaatuisen aineiston tai menetelmän muodossa. Kriisi- ja traumatutkimuksen kehittäminen maassamme vaatii nykyistä keskitetympää vastuuta ja eri alojen tutkijoiden ja tutkimuslaitosten, yliopistojen, sairaanhoitopiirien ja puolustusvoimien nykyistä tiiviimpää yhteistyötä.

Asiantuntijatyöryhmän esitys:

Ensi askeleena kohti kriisi- ja traumatutkimuksen keskitettyä tutkimusrakennetta asiantuntijaryhmä esittää kumppanuussopimusta, jonka osapuolina ovat sairaanhoitopiirit (Päijät-Häme ja HUS), sotilaslääketieteen keskus Lahdessa, Kansanterveyslaitos, Stakes ja yliopistot (lääketieteen ja psykologian laitokset). Yhteistoiminnassa sopimusosapuolten kesken on tavoitteena kehittää maahan vähitellen kriisi- ja traumatutkimuksen osaamiskeskus.

KIRJALLISUUS

- Aalto, K., Hautala, J., Rantsi, N. Poliisit ja papit tsunamityössä, Kirkkohallitus 2006:5.
- Asikainen, M. (2005). Selvitys Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin uhrien psykososiaalisen jälkihoidon tilanteesta kunnissa. Mielenterveysryhmä, Stakes, 2005.
- 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*, 2005; 7 (1): 9–22.
- Boscarino JA, Adams RE, Stuber J, Galea S. Disparities in mental health treatment following the World Trade Center disaster: Implications for mental health care and health services research. *J Traum Stress* 2005;18:287–297.
- Carr, V.J., Lewin, T.J., Carter, G.L., Webster, R.A. Patterns of service utilization following the 1989 Newcastle earthquake: findings from phase 1 of the quake impact. *Australian Journal of Public Health*, 1992; 16: 360–369.
- Castren, M., Ekman, S., Martikainen, M., Sahi, T., Söder, J. (toim.). (2006). Suuronnettomuus-
opas. Duodecim: Jyväskylä.
- Dyregrov, A. & Straume, M. (2003). Kollektiv ivaretakelse etter katastrofer; Erfaringar fra "Sleipnerulykken". *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, 40: 92–101.
- Gavrilovic JJ, Schützwohl M, Fazel M, Priebe S: Who seeks treatment after a traumatic event and who does not? A review of findings on mental health service utilization. *J Traum Stress* 2005;18:595–605.
- Erikoissairaanhoitolaki n:o 1092/1989.
- Harjajärvi, M., Pirkola, S., Hynninen, T., Ekqvist, M. (2005). Selvitys Aasian luonnonkatastrofi-alueelta kotiutettujen ohjautumisesta psykososiaalisiin palveluihin. Työpapereita, Stakes 2005, num. 14.
- Harjajärvi, M., Pirkola, S., Kiiikkala, I. (2007). Tsunamin seuraamusten psykososiaalinen hoito Suomessa. Työpapereita, Stakes 2007 (painossa).
- Henkisen huollon toimintaohje seurakunnille, Kirkkohallitus 2005.
- Hynninen, T. (2005). Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin uhrien psykososiaalinen tuki kunnissa. *Suomen Lääkärilehti*, 60 (21): 2369–2372.
- Hynninen, T. & Upanne, M. (2006). Akuutti kriisityö kunnissa. Nykytila ja kehittämishaasteet. Raportteja, Stakes 2006, num 2.
- Janoff-Bulman, R. & Frieze, I.H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39: 1–17.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: applications of schema construct. *Social Cognition*, 7: 113–136.
- Kansanterveyslaki n:o 66/1972.
- Kemppainen, P. (2004). Koulutoverin itsemurha – ala-asteikäisten lasten traumaattinen suru ja sururyhmä interventiona. Pro gradu-tutkielma. Psykologian laitos, Jyväskylän yliopisto.
- Kirkkolaki ja kirkkojärjestys, Kirkkohallitus 2005.

- Kirkon Henkinen Huolto Suuronnettomuuksissa, Henkisen Huollon toimintaohje 2004.
- Kumpulainen, R. (2006). Konginkankaan suuronnettomuus. Tapaustutkimus psykososiaalisten tukipalvelujen toimivuudesta. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 50, 2006.
- Kuntoutuspalvelut Aasian katastrofin uhreille ja omaisille. Kela, 2005.
www.kela.fi (kuntoutus/harkinnanvaraisen kuntoutuksen erillisohjeet).
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta n:o 855/2004.
- Laki erikoissairaanhoidollain muuttamisesta n:o 856/2004.
- Laki onnettomuuksien tutkinnasta n:o 282/1995.
- Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta n:o 125/2006.
- Merttu -tutkimus suomalaisten mielenterveyspalveluiden vaikuttavuudesta 2004–2006.
<http://www.stakes.fi/merttu>
- Morbidity and Mortality Weekly Report Centers for Disease Control and Prevention, Mental Health Status of World Trade Center Rescue and Recovery Workers and Volunteers - New York City, July 2002 - August 2004, 2004; 53 (35): 812-815.
- 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.
- North, C.S., Nixon, S.J., Shariat, S. et al. Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. JAMA, 1999; 282:755-762.
- Onnettomuustutkintakeskus. Aasian luonnonkatastrofi 26.12.2004. Tutkintaselostus A 2/2004 Y. Helsinki, 2005. <http://www.valtioneuvosto.fi/tiedostot/pdf/fi/95000.pdf>.
- Pelastuslaki n:o 468/2003.
- Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet, Opetushallitus, 2004.
- Pojjula, S. (2003). Traumaterapiat. Teoksessa Moilanen, I. ym. (toim.). Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim: Jyväskylä.
- Pojjula, S. (2004). Myyrmannin räjähdysuhrien ja omaisten psyykinen 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.
- Post-traumatic stress disorder (PTSD). The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Clinical Guideline 26, March 2005. www.nice.org.uk
- Terveydenhuollon valmiussuunnitteluopas. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:5
- Samulin, H.(puh.joht.) & tr., Onnettomuuden tapahduttua, Kirkkohallitus 2004:1.
- Saari, S. (2003). Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Otava. Keuruu.

- Saari, S. (toim.). (2006). Ammatillisesti johdettu vertaistuki ja tsunamin psyykkisistä seurauksista selviäminen. Suomen Punaisen Ristin psykologinen vertaistukitoiminta menehtyneiden omaisille. Väliraportti. Helsinki: Punainen Risti.
- Smith, D.W., Christiansen, E.H., Vincent, R., Hann, N.E. Population effects of the bombing of Oklahoma City. *Journal of the Oklahoma State Medical Association*, 1999; 92: 193-198.
- Sosiaalihuoltolaki n:o 710/1982.
- Sosiaalitoimen valmiusohje. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1998:22.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon varautuminen erityistilanteisiin.
Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2003:3.
- Sosiaalipäivystyksen järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:8
- Sosiaalipäivystyksen kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:64
- STM:n asettamiskirje 11.1.2005.
- Tuomi-Nikula, A., Sohlman, B., Hynninen, T. (2005). Kriisityö kunnissa Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin jälkeen. *Aiheita, Stakes* 2005, num. 14.
- Työterveyshuoltolaki n:o 1383/2001.
- Työturvallisuuslaki n:o 738/2002.
- Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta n:o 787/2003.
- Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä n:o 1019/2004.
- WHO: Mental health in emergencies. Mental and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors. WHO/MSD/MER/03.01. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization, 2003.