



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

MIELENTERVEYSPALVELUJEN TOIMIVUUS KUOPIOSSA JA LÄHIALUEILLA

TEKIJÄT:

Laura Muona
Maria Mäntylä

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sosionomin tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Laura Muona, Maria Mäntylä	
Työn nimi Mielenterveyspalvelujen toimivuus Kuopiossa ja lähialueilla	
Päiväys	29.11.2018
Sivumäärä/Liitteet	44 + 8
Ohjaaja(t) Pirjo Turunen, Anne Waldén	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Mielenterveyden edistämisen alueellinen yhteistyöverkosto Midas	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää asiakaskokemuksia mielenterveyspalvelujen toimivuudesta ja saatavuudesta Kuopiossa ja lähialueilla. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa opinnäytetyön toimeksiantajalle, mielenterveyden edistämisen alueellinen yhteistyöverkosto Midakselle, siitä kuinka mielenterveyspalvelut koetaan.</p> <p>Opinnäytetyön toimeksiantajan eli Midaksen tavoitteena on edistää mielenterveysasiakkaiden, mielenterveyskuntoutujien, sekä heidän omaistensa ja läheisten mielenterveyttä. Tavoitteena on myös lisätä avoimuutta ja hyväksyntää, sekä vähentää mielenterveyteen liittyvää häpeäilemää, stigmaa. Verkosto koostuu mielenterveyttä edistävien järjestöjen, ja Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian eri palveluyksiköiden työntekijöistä.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Määrällinen tutkimus sisälsi avoimia kysymyksiä, joiden analysoimiseksi käytettiin laadullisen tutkimuksen menetelmiä. Tutkimuksen kohderyhmänä oli Kuopion ja lähialueiden aikuiset, jotka ovat kokeneet ongelmia mielenterveyden kanssa. Tutkimusaineisto kerättiin survey-tutkimuksella ja toteutettiin Webropol-verkkokyselyllä.</p> <p>Tutkimusvastauksia saatiin 94 kpl. Valtaosa vastaajista oli työssäkäyviä aikuisia pääosin Kuopiosta ja Siilinjärveltä. Naiset osallistuivat kyselyyn miehiä aktiivisemmin (89 %). Tutkimustulosten perusteella voitiin todeta, että mielenterveyspalvelut koettiin riittämättömiksi ja vaikeasti tavoitettaviksi ja asennoituminen mielenterveyden ongelmista kärsiviin koettiin negatiiviseksi. Parhaiksi mielenterveyspalvelujen tietolähteiksi osoittautui sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi Internet sekä läheiset ja ystävät. Parhaiksi palvelu- ja tukimuodoiksi koettiin kavereilta ja omaisilta saatu tuki. Avun ja tuen saamisen haasteet liittyivät palvelujen saatavuuteen ja tiedon sekä voimavarojen puutteeseen. Tutkimuksesta saatuja tutkimustuloksia voidaan hyödyntää mielenterveyspalveluiden ja erilaisten tukimuotojen kehitystyössä.</p> <p>Jatkotutkimusaiheena tutkimuksen laajentaminen koko Pohjois-Savon alueelle mielenterveyspalvelujen ja tukimuotojen kehittämiseksi ja hyväksi havaittujen käytäntöjen yhtenäistämiseksi. Toiminnallisena opinnäytetyönä voitaisiin tehdä mielenterveyspalvelujen palveluopas julkisen terveydenhuollon tai mielenterveysjärjestöjen ja yhdistysten kautta jaettavaksi.</p>	
Avainsanat mielenterveys, mielenterveyspalvelut, palvelun saatavuus, palvelukokemus	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Social Services			
Author(s) Laura Muona, Maria Mäntylä			
Title of Thesis Functionality of mental health services in Kuopio area			
Date	29.11.2018	Pages/Appendices	44 + 8
Supervisor(s) Pirjo Turunen, Anne Waldén			
Client Organisation /Partners Mielenterveyden edistämisen alueellinen yhteistyöverkosto Midas			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this thesis was to investigate the functionality of mental health services in Kuopio area through the experiences of the clients using these services. The aim of the thesis was to provide information to Midas, the local cooperative network working to improve mental health, which commissioned this study.</p> <p>The goal of Midas, the commissioning network of the study, is to improve the mental health of mental health clients, mental health rehabilitators and their close family and friends. They are also aiming at increasing openness and approval as well as decreasing the stigma associated with mental health. The network consists of the employees of organizations promoting mental health and those of the psychiatric department of Kuopio University Hospital.</p> <p>The thesis was conducted as a quantitative study. The quantitative study included open questions, which were analyzed with methods of a qualitative study. The target group consisted of adults living in Kuopio area who had experienced mental health problems. The study material was gathered using the survey method and carried out with Webropol online questionnaire.</p> <p>We received answers from 94 persons. The majority of the answerers were working adults mainly from Kuopio and Siilinjärvi. Women answered the questionnaire more actively than men (89%). Based on the results of the study, it can be stated that the mental health services were considered insufficient and difficult to find. The attitude towards people having mental health problems was felt to be negative. The best sources of information on mental health services were the professionals of social and health care, the internet as well as close family and friends. The best service and support was offered by friends and members of the family. The challenges of the help and support were related to the availability of the services and to the lack of information and resources. The results of the study can be used to improve mental health services and different forms of support.</p> <p>A topic for a further study could be to extend the study to the whole region of Northern Savonia in order to develop mental health services and forms of support and to standardize proven practices. A service guide of the mental health services could be made to be delivered by public health care or mental health associations and organizations.</p>			
<p>Keywords</p> <p>mental health, mental healths services, availability of services, customer experience</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTAJAN ESITTELY.....	6
3	MIELENTERVEYS	7
3.1	Mielenterveyttä määritteleviä tekijöitä	7
3.2	Mielenterveyshäiriöt	8
4	MIELENTERVEYSTYÖ	10
4.1	Arvostava kohtaaminen	11
4.2	Asenteet ja stigma	11
5	MIELENTERVEYSPALVELUT JA -PALVELUTOIMIJAT	12
5.1	Mielenterveyspalvelut Kuopion alueella	12
5.2	Mielenterveyspalveluihin hakeutuminen ja palveluohjaus	13
5.3	Mielenterveyden palvelutoimijat	16
6	MIELENTERVEYSPALVELUJEN SAATAVUUS	19
7	PERHEEN JA LÄHEISTEN MERKITYS MIELENTERVEYSONGELMISSA.....	21
8	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	22
9	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA MENETELMÄT	23
10	OPINNÄYTETYÖPROSESSI	25
11	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	27
11.1	Kyselyyn vastanneiden taustatiedot.....	27
11.2	Mielenterveyspalvelut.....	27
11.3	Vastaajien kokemukset palveluista	29
12	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	34
13	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	36
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	41
	KUVAT JA MUUT LIITTEET	44

1 JOHDANTO

Mielenterveys koostuu ajatteluun, tunne-elämään ja sosiaalisten suhteiden tasapainoon liittyvistä tekijöistä (Amiedu s.a.). Elämän kivijalka rakentuu fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden palasista, jotka vaikuttavat toisiinsa, toisiaan täydentäen. Hyvinvoinnin kokemus ja hyvän elämän perusta ovat yksilön kokema tyytyväisyyttä omaan elämään ja itseensä ja tuntemus siitä, että voi vaikuttaa oman elämän kulkuun. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri ja Schubert 2010, 12.)

Mielenterveys muodostaa ihmisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn perustan ja se nähdään prosessina, johon kuuluu altistavia, laukaisevia ja tukevia tekijöitä sekä erilaisia seurauksia ja lopputuloksia. STM:n (2004, 32.) mukaan mielenterveyttä voi lähestyä sekä positiivisesta että negatiivisesta näkökulmasta. Positiivinen mielenterveys on keskeinen ihmisen hyvinvoinnin kannalta, se auttaa ihmisiä kokemaan elämän mielekkääksi ja toimimaan yhteiskunnan jäsenenä. Negatiivisessa mielenterveydessä kyse on mielenterveyteen liittyvistä psyykkisistä häiriöistä, oireista tai ongelmista, jotka vastaavasti heikentävät kokonaisvaltaista hyvinvointia.

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat merkittävä kansanterveyden ja kansantalouden ongelma (Ylä-Savon sote s.a., 4). Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan viidennes väestöstä kärsii mielenterveys- ja päihdeongelmista. Mielenterveysongelmien yleistyminen ei ole muuttunut, mutta muun muassa työkyvyttömyys ongelmien myötä on lisääntynyt. Vuonna 2007 sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valmistelun. Suunnitelman tarkoituksena on asiakkaan aseman vahvistaminen, mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistäminen sekä haittojen ehkäiseminen ja hoitaminen. (Ylä-Savon sote s.a., 5.)

Mielenterveys- ja päihdetyön tarkoituksena on muodostaa yhteinen palvelukokonaisuus, joka toimii tiiviisti yhdessä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kanssa. Kokonaisuuden peruspilarit ovat ennalta ehkäisevä työ, häiriöiden varhainen tunnistaminen ja hoito, sekä päihde- ja mielenterveysongelmien hoito. Asiakkaan yksilölliset tarpeet, palvelut sekä toipumisen tavoitteet korostuvat hoitoprosessin aikana. Pääasiallisena hoitomuotona on avohoito, koska se tukee asiakkaan omia voimavaroja. Varhaisen vaiheen tunnistaminen ja hoidon tehostaminen avohoidossa voivat estää sairauksien pahenemista ja niiden pitkittymistä. (Ylä-Savon sote s.a., 5.)

Sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveysindeksin (THL 2017) mukaan Pohjois-Savon alueella psykiatrinen sairastavuus on keskimääräistä korkeampi ja tämän seurauksena myös mielenterveysongelmia aiheuttava sairastavuustaakka ja palveluiden tarve ovat suurempia koko maan tasoon verrattuna. Tämän vuoksi on tärkeä kartoittaa Pohjois-Savon alueen mielenterveyspalvelujen tilannetta, vastaako palvelujen ja tukimuotojen toimivuus ja saatavuus palvelutarvetta.

2 OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTAJAN ESITTELY

Mielenterveyden edistäminen on ihmisten omien voimavarojen lisäämistä ja yhteiskunnan muuttamista elämisen mahdollisuuksia parantavaksi. Työssä tarvitaan eri asiantuntijoita; asiakkaita, kuntoutujia, potilaita, omaisia, vertaishenkilöitä sekä järjestöjen ja terveydenhuollon työntekijöitä. Yhteistyöllä toimintaa pyritään kehittämään ja parantamaan eri asiakas- ja potilasryhmiä sekä heidän omaisiaan tukevia toimintamalleja sekä palvelemaan heitä parhaalla mahdollisella tavalla asiakaslähteisesti sairastumisen ja toipumisen eri vaiheissa. (Midas 2018.)

Mielenterveyden edistämisen alueellinen yhteistyöverkosto Midas on perustettu vuonna 1995. Verkosto koostuu mielenterveyttä edistävien järjestöjen ja Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian eri palveluyksiköiden työntekijöistä. Verkostoon kuuluvia järjestöjä ovat Savon mielenterveysomaiset – FinFami ry, Suomen mielenterveysseura – Mieli ry, Mielenterveyden keskusliitto – MTKL, Kuopion Mielenterveyden Tuki ry, Kuopion ensikoti ry, TURVALINKKI ry, Setlementti Puijola / Tyttöjen talo, Syömishäiriöliitto SYLI ry Kuopio, Hyvä Mieli ry / Kuopion kriisikeskus, Mieli maasta ry sekä Vamos Kuopio. (Midas 2018.)

Midaksen toiminnan tavoitteena on edistää mielenterveysasiakkaiden, mielenterveyskuntoutujien sekä heidän omaistensa ja läheisten mielenterveyttä. Toiminnan tavoitteena on myös avoimuuden, hyväksynnän ja toivon lisääminen sekä mielenterveyteen usein liittyvän häpeäleiman, stigman vähentäminen. (Midas 2018.)

Yhteistyön toiminnan painopisteitä ovat vaikuttaminen, yhteistyömuotojen kehittäminen, koordinoiminen, tiedon välittäminen sekä osallistuminen julkisten palvelujen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Midaksen toiminnan eettisiä periaatteita ovat ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus, ammattitaito, yhteistyö sekä keskinäinen avunanto ja arvostus. (Midas 2018.)

Midaksen yhteistyömuotoja ovat vuosittain järjestettävä ensitietopäivä ja järjestötyöntekijöiden vierailut eri tapahtumissa tarpeen mukaan. Muina toimintamuotoina ovat vaikuttamistyö, tiedottaminen esimerkiksi yleisötilaisuuksissa, avoimet ovet, luennot sekä tiedottaminen lehtiin ja internetiin. (Midas 2018.)

3 MIELENTERVEYS

Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen pystyy näkemään omat kykynsä ja selviytymään elämään kuuluvissa haasteissa sekä työskentelemään ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan (WHO 2013). Mielenterveys on seuraus kaikista ihmisen elämään liittyvistä tekijöistä, se on psyykkisiä toimintoja ylläpitävä voimavara ja resurssi, ikään kuin henkinen vastustuskyky. Mielenterveys on elämänilon ja kokemuksen mahdollistaja, joka kantaa vastoinikäymisissä, tukee arjessa, auttaa sietämään ajoittaista ahdistusta ja vahvistaa kykyä toimia muuttuvissa tilanteissa. (Mielenterveysseura s.a.a)

Kuhasen ym. (2010, 12) mukaan terveys kokonaisuutena on yksilön hyvinvoinnin ja toimintakyvyn perusta. Mielenterveys ja fyysinen terveys ovat kiinteässä suhteessa toisiinsa, monissa mielenterveyden häiriöissä on lisääntynyt riski sairastua fyysisiin sairauksiin, kuten sydänsairauksiin ja diabetekseen. Ihminen on kokonaisuus, jossa tunnetilat ja mielen vointi vaikuttavat koko elimistöön ja ihmiseen. Mielenterveyden ollessa kiinteässä yhteydessä fyysiseen terveyteen, voidaan todeta, että ilman mielenterveyttä ei ole hyvää terveyttä, sen merkitys on ihmiselle kuin rakennukselle perustukset ja kivijalka.

Henkiset voimavarat vaihtelevat eri elämäntilanteiden ja -kokemusten mukaan. Mielenterveys voi kuormittua siinä missä kehokin. Mielenterveyttä voidaan hoitaa ja mielen sairauksista voi parantua. Joskus mielen sairaudet eivät parane kokonaan, mutta sairauden oireita voidaan lievittää siinä määrin, että sairaudesta huolimatta ihmisellä on mahdollisuus elää hyvää elämää tarpeenmukaisen hoidon ja tukimuotojen kannattelemana. (Mielenterveyden keskusliitto s.a.)

3.1 Mielenterveyttä määritteleviä tekijöitä

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan Mielenterveystyö Euroopassa (2004) määrittää mielenterveyden neljään osa-alueeseen. Osa-alueita ovat:

1. Ihmisen yksilölliset tekijät ja kokemukset

- a. Vaikuttavat siihen, kuinka jokainen oman mielenterveytensä määrittelee.
- b. Biologiset tekijät (perimä, sukupuoli).
- c. Vuorovaikutus ympäristön kanssa.
- d. Elämäkokemus.
- e. Kielteiset elämäntapahtumat (läheisen kuolema, taloudellinen kriisi, sairastuminen, väkivallan kohteeksi joutuminen, vakava ongelma läheisen kanssa).
- f. Asenne.
- g. Arkielämän valinnat.

2. Vuorovaikutus ja sosiaalinen tuki

- a. Vauvan ja vanhemman vuorovaikutus (perusturvallisuuden ja luottamuksen syntyminen).
- b. Luo pohjaa hyvälle itsetunnolle ja minäkuvalle, kehittää empatiakykyä.

- c. Ympäristö, jossa ihminen toimii (perhe, koulu, työ, yhteisö, hallinto, palvelut).
- d. Ihmissuhteet ja vuorovaikutteinen kanssakäyminen.

3. Yhteiskunnalliset rakenteet

- a. Taloudellinen toimeentulo.
- b. Asumis- ja elinolosuhteet.
- c. Koulutukselliset resurssit.
- d. Palveluiden saatavuus ja laatu.
- e. Yhteiskuntapolitiikka.

4. Kulttuuriset arvot

- a. Mielen terveydelle annettu yhteiskunnallinen arvo.
- b. Vallitsevat yhteiskunnalliset arvot (tasa-arvo, ihmisoikeudet).
- c. Erilaisuuteen suhtautuminen.
- d. Mielen terveysongelmien leimaavuus (stigma).
- e. Mielen terveyden ja henkisen pahoinvoinnin sosiaaliset kriteerit

Mielen terveyttä suojaavat niin ulkoiset kuin sisäisetkin tekijät. Sisäisiä suojaavia tekijöitä ovat sosiaalinen tuki, fyysinen terveys ja perimä, myönteiset varhaiset ihmissuhteet, riittävä itsetunto, hyväksytyksi tulemisen tunne, vuorovaikutus- ongelmanratkaisu- ja ristiriitojen käsittelytaidot, kyky luoda ja ylläpitää ihmissuhteita sekä mahdollisuus toteuttaa itseään. Ulkoisia suojaavia tekijöitä ovat muun muassa työ, toimeentulo ja työyhteisön tuki, koulutusmahdollisuudet, kuulluksi tuleminen ja vaikuttamismahdollisuudet, turvallinen elinympäristö ja auttamisjärjestelmät. (Mielen terveysseura s.a.a.)

Mielen terveystaitoja on mahdollista vahvistaa ja kehittää. Tätä kautta voidaan saavuttaa muun muassa tunne- ja tietoisuustaitoja, elämänhallintataitoja sekä vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaitoja. (Mielen terveysseura s.a.a) Mielen terveyttä voidaan edistää tukemalla elämänhallinnan ja osallisuuden vahvistamista, lisäämällä turvallisuutta sekä tekemällä syrjintää, syrjäytymistä ja epätasa-arvoa vähentäviä yhteiskunnallisia päätöksiä. (THL 2018a.)

3.2 Mielen terveyshäiriöt

Mielen terveyshäiriöt ovat yleisnimitys erilaisille laajakirjoisille psykiatrisille häiriöille. Mielen terveyshäiriöt ovat oireyhtymiä, joissa ilmenee kliinisesti merkitseviä psyykkisiä oireita. Mielen terveydenhäiriöt ovat mielen terveyden poikkeamista tavanomaisesta. Näitä voivat olla yksilön kokema ahdistus, häätä, kärsimys tai muu haitta. Häiriöt uhkaavat yksilön henkistä hyvinvointia ja toimintakykyä. Häiriöt voivat esiintyä myös ohimenevinä tai jatkuvina, lievinä tai vaikea-asteisina vaihdellen ihmisen voimavarojen mukaan. Häiriöt määritellään tyyppillisten oireiden ja vaikeusasteiden mukaisesti. (Mielen terveysseura s.a.b.)

Keskeisiä mielenterveyden häiriöitä ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, psykoosit, syömishäiriöt sekä päihderiippuvuus. Mielenterveyden häiriöiden luonnetta kuvaa tunne-elämän, ajatustoiminnan ja käytöksen häiriöt. Tunnetilat vaikuttavat ihmiseen kokonaisvaltaisesti, tunteet saavat koko kehon reagoimaan, tämän vuoksi voimakkaat tunnetilat voivat näkyä myös fyysisinä oirein, kuten käsien vapinana, verenpaineen nousuna tai lihasten jäykistymisenä. Fyysiset ja psyykkiset sairaudet ovat luonteeltaan osin erilaisia ja sairaus-sanaa pyritäänkin välttämään mielenterveysongelmista puhuttaessa, koska ongelma ei useinkaan ole elimen tai rakenteen toiminnassa, vaan niihin ”asennetuissa ohjelmissa”. Sairaus-sana liitetään diagnoosiin vasta, kun sairauden syy on esimerkiksi aivojen rakenteessa tai tavassa reagoida. (Terveyskirjasto 2017.)

Häiriöiden laukaisevana tekijänä on usein jokin stressitekijä, muiden tekijöiden, kuten esimerkiksi perinnöllisen taipumuksen, aiemmin luodessa jo pohjaa. Tunnetilojen hallinnan vaikeus voi liittyä traumaattisiin muistoihin tai itsetuntoa alentavaan tapaan ajatella. Sietämättömien tunnetilojen kehentyminen auttaa hallitsemaan niitä paremmin ja ihmisen keinoja vapautua sietämättömistä tunnetiloista voivat olla esimerkiksi alkoholin liikkäyttö, erilaiset pakonomaiset käytökset tai impulsiivinen suuttuminen. (THL 2015.)

Mielenterveysongelmat ja -häiriöt ovat yleistyneet Suomessa, ja varsinkin itä-Suomen alueella tilanne on vakava. Vaikeita mielenterveysongelmia on Kuopiossa enemmän, jos verrataan muihin kaupunkeihin. Tämä vaikuttaa esimerkiksi siihen, että työkyvyttömyyseläkkeelle jääetään Kuopiossa useammin, kuin muualla maassa. Myös mielenterveysongelmiin määrättyjä lääkkeitä syödään enemmän, ja hoidetaan itsemurha yrityksen tehneitä useammin, kuin muualla maassa. Tutkimusprofessori Seppo Koskisen (THL 2017) mukaan tilanne on ollut sama jo toistasataa vuotta. Sairastavuuden erojen taustalla ovat muun muassa geneettiset syyt, elinolot, elintavat, perinnölliset tekijät, sekä terveydenhuoltoon liittyvät syyt.

4 MIELENTERVEYSTYÖ

Mielenterveyslain (14.12.1990/1116, § 1) mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan ihmisen psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja personaallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyön tavoitteena on vahvistaa väestön hyvää mielenterveyttä ja siihen liittyvää toimintakykyä ja turvallisuutta. Ihmisen elinolosuhteita pyritään kehittämään mielenterveyttä edistäväksi, mielenterveyshäiriöitä ehkäiseväksi ja mielenterveyspalvelujen järjestämistä tukevaksi. (STM s.a.a.)

Mielenterveystyötä tehdään yhteiskunnan kaikilla sektoreilla, perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, kouluissa, työpaikoilla, lastensuojelussa, eri potilasjärjestöissä sekä kolmannella sektorilla. Työskentelymuodot riippuvat siitä, millaista apua tai tukea tarvitaan. Mielenterveystyön kohteena ovat yksittäiset ihmiset, perheet ja yhteisöt erilaisine ryhmineen. (Kuhanen ym. 2010, 26.)

Kuhanen ym. (2010, 27-30) toteaa, että mielenterveystyö voidaan jakaa mielenterveyttä edistävään, mielenterveyshäiriöitä ehkäisevään ja korjaavaan toimintaan. Edistävä toiminta eli primaaripreventio tähtää mielenterveyttä edistävien tekijöiden tunnistamiseen ja voimistamiseen. Mielenterveyden edistäminen on positiivisen mielenterveyden vahvistamista. Edistävän toiminnan tavoitteena on pyrkiä vähentämään riskitekijöitä ja vahvistamaan suojaavia tekijöitä. Tämän lisäksi edistävän toiminnan avulla voidaan parantaa myös niiden ihmisten selviytymiskykyä, joilla ei vielä ole mielenterveysongelmaa, mutta joilla saattaa olla riski siihen. Mielenterveyshäiriöiden ehkäisemiseen tähtäävä toiminta, eli sekundaaripreventio tunnistaa mielenterveyttä uhkaavia tekijöitä ja pyrkii torjumaan niitä. Tavoitteena on tunnistaa ensioireet, lyhentää häiriön kestoa varhaisen toteamisen ja nopean hoidon avulla. Ehkäisevän mielenterveystyön tarkoituksena on ehkäistä häiriöiden syntyä ja sen kautta vaikuttaa sairastuvuuden vähenemiseen. Perusterveydenhuollon ja kouluterveydenhuollon rooli varhaisen tunnistamisen osalta on erityisen merkityksellinen. Varhaisen tunnistamisen avulla on mahdollista ehkäistä tai lieventää varsinaista sairastumista ja siitä aiheutuvaa kärsimystä. Korjaava toiminta eli tertiaaripreventio tarkoittaa mielenterveysongelmien tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta. Sen tarkoituksena on lieventää häiriöitä ja vähentää siihen liittyvää toimintakyvyn menetystä.

Mielenterveystyötä säätelevät lait ja asetukset. Mielenterveyspalvelujen perustana on Suomen perustuslaki, joka määrittää ihmisen perusoikeudet ja yhdenvertaisen kohtelun terveydentilasta riippumatta. Keskeisimmät mielenterveystyötä ohjaavia lakeja ovat Suomen perustuslaki (731/1999), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), Terveystalolaki (1386/2010), Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), Kansanterveyslaki (66/1972), Erikoissairaanhoidolaki (1062/1989) ja Mielenterveyslaki (1116/1990) (Mielenterveystalo s.a.b.) Mielenterveystyötä ohjauksessa lainsäädännössä korostuu mielenterveysongelmien ennaltaehkäisy, myös avohoidon merkitystä korostetaan mielenterveystyön painotuttua yhä enemmän mielenterveyden edistämiseen. (Vuori-Kemilä, Lindroos ja Nevala 2014, 21)

4.1 Arvostava kohtaaminen

Kun ihminen kohdataan aidosti, lyhytkestoinenkin kohtaaminen voi luoda toivoa, antaa elämänrohkeutta tai luoda uusia ajatuksia tulevaisuudesta. Kohtaaminen ei poikkea siitä, kuka on kohtaamisen toinen osapuoli. Usein ihmiset leimaavat toisen tiedostaen tai tiedostamattaan, ja tämä lisää häpeää ja riittämättömyyden tunnetta yhteiskunnassamme. (Pupita-Mattila 2013, 2.) Arvostavaan ja tulokselliseen kohtamiseen liittyy myös palveluihin ohjaaminen, joten kohtaaminen asiakkaan kanssa tulisi olla ammattimaista ja arvostavaa. Omat ennakkoluulot tai tuomitseminen tulisi jättää sivuun ja tilanne ja ihminen tulisi nähdä kokonaisuutena, asiakkaan taustojen tiedostaminen voi auttaa kokonaistilanteen ymmärryksessä. Mielen terveyshäiriöistä kärsivien läheiset tulisi ottaa huomioon. Perheen, lasten ja lähiympäristön hyvinvoinnin tukemiseen tulisi tarjota ja saada apua. (Holmberg Jan, 54.)

Kun ammattilainen ottaa asiakkaan vakavasti, hän arvostaa asiakasta ja hänen persoonallisuuttaan. Aito läsnäolo on välttämätöntä luottamuksellisen ja välittömän ilmapiirin luomiseksi. Luottamuksen ehtona on, että oma tarina halutaan jakaa toisen kanssa. Jakaminen ja läsnäolo tarkoittavat osallistua oman ihmisyyden alttiiksi laittamista, sekä opituista vuorosanoista luopumista. Avointa ja aitoa dialogia ei synny, mikäli osapuolet eivät ole valmiita jakamaan omaa ja vastaanottamaan toisen ihmisen tarinaa. (Pupita-Mattila 2013, 13-14)

4.2 Asenteet ja stigma

Asenteet mielen sairauksista kärsiviä ihmisiä kohtaan ovat muovautuneet vuosisatojen aikana, mutta edelleen on havaittavissa seikkoja, jotka vaikuttavat ihmisten suhtautumiseen. Häpeä leimaa edelleen monia sekä häiriöstä kärsiviä, että heidän omaisiaan. Pupita-Mattilan (2013, 2) mukaan häpeän juuret ulottuvat yli sukupolvien, usein pohjautuen menneiden aikojen taikauskoihin käsityksiin. Usein epätietoisuus ja pelko ovat rajoittavia tekijöitä asenteiden muutokseen. Näillä seikoilla on ollut vaikutusta mielen terveysongelmista kärsivän ihmisen kohtaamisessa ja kanssakäymisessä.

Mielen terveyden häiriöihin liittyvä häpeäleima vaikeuttaa avun hakemista ja kuntoutumista, se myös alistaa ja eristää sairastuneita. Mielen terveyden keskusliiton ja sosiaali- ja terveysministeriön julkistaman Mielen terveysbarometrin (2017) mukaan lähes viidennes pelkää jollain tavoin mielen terveyskuntoutujia, ei haluaisi heitä naapurikseen tai kokee heidän kohtaamisensa epämiellyttäväksi ja pelottavaksi. Mielen terveyden keskusliiton puheenjohtajan Tarmo Raatikaisen mielestä mielen terveysongelmien aiheuttama häpeäleimaa eli stigmaa vastaan tulisi perustaa valtakunnallinen kärkihanke. Suomi on ainoa Pohjoismaa, jossa tällaista hanketta ei vielä ole.

Mielen terveystyöllä on tärkeä tehtävä olla lievittämässä eriarvoisuutta, ennakkoluuloja ja häpeäleimaa, sekä olla lisäämässä suvaitsevaisuutta mielen sairauksista kärsiviä kohtaan (Achté 1989, 10, 13). Nämä seikat ovat huomion kohteena myös tulevassa sote-uudistuksessa, jonka yhtenä tavoitteena on muun muassa vähentää hyvinvointi- ja terveyseroja sekä lisätä ammattihenkilöstön osuutta mielen terveystyöstä.

5 MIELENTERVEYSPALVELUT JA -PALVELUTOIMIJAT

Kuhasen (2010, 26) mukaan mielenterveyspalvelut ovat mielenterveysongelmista kärsiville ihmisille suunnattuja palveluja. Mielenterveyspalveluihin kuuluvat ohjaus, neuvonta, psykososiaalinen tuki, mielenterveyden häiriöiden tutkimus, ehkäisy, hoito ja kuntoutus. (STM s.a.a.) Yleisimmin mielenterveyshäiriöiden hoito koostuu keskusteluiden ja lääkityksen yhdistelmästä, sekä erilaisista toiminnallisista hoitomuodoista, kuten esimerkiksi musiikki- tai taideterapiasta. (Mielenterveysseura s.a.c.)

Euroopan unionin jäsenvaltioiden vastuulla on järjestää asukkaidensa terveyden- ja sairaanhoito. Tämä koskee kaikkia terveyspalveluja perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon palveluihin (STM 2004, 22). Mielenterveyspalveluiden valtakunnallisesta suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Käytännön toteutuksesta vastaa kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto, avopalveluiden ja peruspalveluiden ollessa ensisijaisena toteutusmuotona. Julkisen sektorin peruspalveluihin kuuluvat kunnan perusterveydenhuolto eli terveyskeskukset, joissa toimii muun muassa mielenterveysneuvola, oppilashuoltotyö sekä työterveyshuolto. Kunnan sosiaalitoimi tarjoaa kotihoidon ja asumispalveluiden lisäksi myös esimerkiksi työ- ja päivätoimintaa mielenterveyskuntoutujille. (STM s.a.b.)

Mielenterveyslaki (14.12.1990/1116, § 4) velvoittaa eri palveluntuottajia järjestämään mielenterveyspalvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi, kun kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveystyön järjestämismääräykset on siirtynyt keskushallinnolta kunnille, ja laitospainotteisesta mallista on siirrytty monipuolisten, integroitujen avohoitopalveluiden malliin. Myös palveluntuottajien kirjo on laajentunut kattamaan sairaanhoitopiirit ja muut kuntayhtymät sekä kunnallisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat. (Harjajärvi, Pirkola, Wahlbeck 2006, 7.) Mielenterveyspalvelujen toteuttamisessa on suuria eroja kuntien välillä. Suurimmissa kunnissa, palvelurakenteen ollessa monipuolisempi ja palveluntarjoajia enemmän, myös palveluiden monipuolisuus ja saatavuus ovat parempia (Mielenterveysseura s.a.c.).

Yhdistykset ovat kolmannen sektorin pääasiallisia toimijoita. Kolmannen sektorin perustehtäviä ovat muun muassa asiantuntijuus, vaikuttaminen, eri väestöryhmien edunvalvonta ja vapaaehtoistoiminta sekä muun auttamis- ja tukityön organisointi ja toteuttaminen. Kolmas sektori tuo toiminnallaan lisäksi muun muassa terveydenhuoltojärjestelmään. Kolmannen sektorin toiminta on jatkumo ja erittäin tärkeä lisätuki julkisen terveydenhuollon palveluille. (Salmi 2014.)

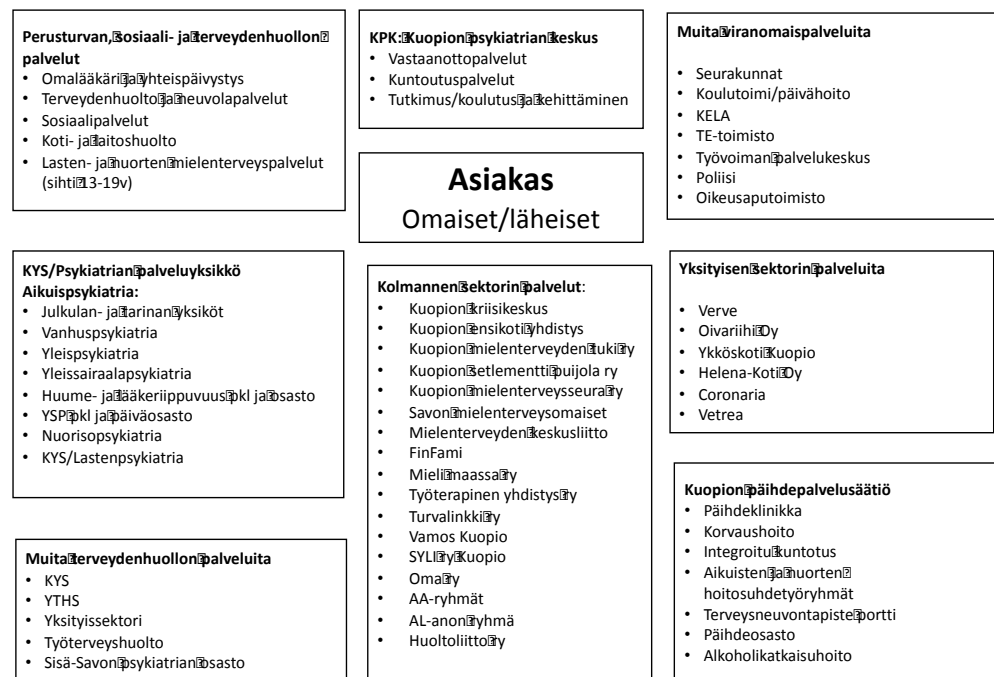
5.1 Mielenterveyspalvelut Kuopion alueella

Kuopion alueella mielenterveysongelmiin saadaan apua ensisijaisesti terveyskeskuksen terveyskeskuslääkäriltä. Mikäli asiakasta ei voida riittävästi auttaa terveyskeskuslääkärin toimesta, terveyskeskuslääkäri voi tehdä lähetteen terveyskeskuksen psykiatriselle sairaanhoitajalle, Kuopion psykiatrian keskuksen tai muille Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian poliklinikoille. (Kuopio s.a.)

Kuopion psykiatrian keskus, KPK, on Kuopion kaupungin ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin yhteinen psykiatrista avohoitoa ja -kuntoutusta tarjoava palvelukeskus, joka järjestää psykiatrisia avohoito- ja kuntoutuspalveluita 20-64 -vuotiaille kuopiolaisille kuin myös muiden sairaanhoitopiirien potilaille ja kuntoutujille. Yli 64-vuotiaiden osalta palvelut toteuttaa Kuopion yliopistollisen sairaalan vanhuspsykiatrian poliklinikka (PSSH s.a.).

13-19-vuotiaiden nuorten mielenterveyspalveluiden toteutuksesta Kuopion alueella vastaa nuorten mielenterveysyksikkö. Palveluiden piiriin pääsee vain lääkärin läheteellä, jonka saa terveykeskuslääkäriltä, koululääkäriltä tai SIHTI nuortenpalvelussa toimivalta lääkäriltä. Nuorten vastaanotto SIHTI palvelee nuoria aikuistumiseen ja mielenterveyteen liittyvissä asioissa. SIHTI:in ei tarvita lääkärin lähetettä (Kuopio s.a.).

0-12-vuotiaiden lasten mielenterveyspalvelut on keskitetty lasten mielenterveysyksikköön, jonne on mahdollista päästä vain lääkärin läheteellä. Lähetä saadaan neuvola- tai koululääkäriltä tai kasvat- ja perheneuvontaa perheille tarjoavalta perheneuvolan lääkäriltä (Kuopio s.a.). Kuvassa 1 esitetään joitakin mielenterveyspalvelutoimijoita Kuopion alueella.



KUVA 1. Mielenterveyspalvelutoimijoita Kuopiossa.

5.2 Mielenterveyspalveluihin hakeutuminen ja palveluohjaus

Pohjois-Savon alueella mielenterveyspalveluiden käyttö on runsasta. Myös avohoidon palvelut, ovat muuta maata suuremmissa käytössä. Tämä kertoo vakavien mielenterveysongelmien yleisyydestä ja siitä, että alueella on tarvetta tehokkaille mielenterveyspalveluille. (Rissanen Pekka, Jousilahti Pekka 2018, 14) Toimivista mielenterveys- ja päihdepalveluista on valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoi-

minta selvityksessä, YhdessäMielin-hankkeen avulla, tuotettu tietoa valtioneuvostolle. Tässä tutkimuksessa todettiin, että mielenterveyspalveluihin hakeutuminen tulisi olla asiakkaalle mahdollisimman helppoa. Usein päihde- ja mielenterveysongelmiin liittyvä stigma voi estää mielenterveysongelmista kärsivää asiakasta hakemaan apua ajoissa. Stigman vähentämiseksi kansalaisilla tulisi olla enemmän tietoa mielenterveydestä ja sen ongelmista, myös ammattilaisten perusosaamista tulisi lisätä ja vahvistaa. Kun mielenterveysongelmista kärsivä tavoitetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, voidaan tehokkaasti ennaltaehkäistä ongelmien pitkittymistä ja hankaloitumista. (Walhlbeck, Hietala, Kuosmanen, McDais, Mikkonen, Parkkonen, Reini, Salovuori ja Tourunen 2018, 12, 21.)

Walhlbeckin ym. (2018, 12) mukaan terveysasemilla kohdataan paljon mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä ja usein omalääkäri tai omahoitaja ohjaavat, neuvovat ja auttavat asiakasta. Hakeutumista palveluihin voitaisiin edistää ja kynnystä madaltaa esimerkiksi palvelujärjestelmän ja toimijoiden tehokkaalla yhteistyöllä, jotta mahdollisimman moni toimija kykenisi antamaan tietoa ja ohjaamaan asiakkaan oikeiden palvelujen piiriin. Kun perustason mielenterveys- ja päihdepalvelut integroidaan muuhun terveydenhuoltoon, mahdollistaisi se parhaimmillaan kokonaisvaltaisemman lähestymistavan ja lisäksi palveluiden saavutettavuutta.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden palveluohjaus on ollut keskustelun aiheena 2000-luvulla. Toivola (2014, 2) toteaa, että palveluohjaus on käsitteenä tuttu, mutta sen katsotaan olevan jäsentymätön, eikä sille ole esitetty sosiaali- ja terveyspalveluissa yhteisesti hyväksyttyä määritelmää tai toiminnan sisältöä. Palveluohjauksen tarve on kuitenkin tunnistettu ja tunnustettu. Palvelujärjestelmä on jokseenkin pirstaleinen ja asiakkaan kuntoutumisprosessi on usein hajautettu useamman toimijan vastuulle.

Palveluohjauksen tarkoituksena on lieventää hajanaisen palvelujärjestelmän haittoja ja parantaa palvelujen saatavuutta ja niiden kohdentumista. Palveluohjauksen keskeisimpiä tehtäviä ovat asiakaslähtöinen ohjaus, neuvonta ja palveluista tiedottaminen ja niiden suunnittelu sekä asiakkaan ohjaus tarpeenmukaisten palveluiden piiriin. Palveluohjauksessa korostuu asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen kartoittaminen ja asiakassuhteen luottamuksellisuus. Tärkeimpiä tavoitteita palveluohjaukselle ovat asiakkaan arjessa selviytyminen, vahvistuminen ja voimaantuminen. (Toivola 2014, 2.) Palveluohjaajilla on vastuu asiakasprosessista, mutta kuinka hyvin pitkäjänteinen palveluohjaus lopulta toteutuu mielenterveyspalveluissa. Onko asiakkaalla mahdollisuus saada mielenterveyspalveluja yhden luukun -periaatteella ja vastuutetaanko hänelle oma, yksilökohtainen palveluohjaaja, joka kulkee hänen rinnallaan kuntoutumisprosessin aikana?

Sosiaalialan ammattilaisen on tarkasteltava tilannetta aina asiakkaan näkökulmasta. Piipposen (2012, 38-39) mukaan palveluohjaus lähtee asiakkaan halusta tehdä muutoksia elämässään, saada apua ongelmaan tai asiaan. Vapaaehtoinen, prosessimainen palveluohjaus, on aina asiakkaalle vapaaehtoista. Asiakas yleensä itse tietää parhaiten, oman tilanteensa ongelmakohdat, mutta ei välttämättä löydä yksin ratkaisua omaan tilanteeseensa. Näin ollen ammattilainen on palveluohjaajana se henkilö, joka pohtii yhdessä asiakkaan kanssa mahdollisista palvelutarpeista ja tukitoimista. Hyvän

palveluohjaajan edellytyksenä ovat muun muassa tavoitteellinen työskentely, luottamuksellinen vuorovaikutus sekä yhteisymmärryksessä tehty palveluohjausprosessi.

Yksi palveluohjauksen tavoitteista on asiakkaan voimaantuminen, voimaantunut asiakas on löytänyt voimavaransa. Voimaantuminen on henkilökohtainen prosessi, mutta sitä voidaan yrittää tukea erilaisilla ratkaisuilla. Merkityksellisiä tekijöitä ovat muun muassa arvostus, turvallisuus ja ilmapiiri. Hännisen (2007, 14) raportin mukaan palveluohjaus perustuu asiakkaan todelliseen kohtaamiseen ja hänen mahdollisimman itsenäisen elämän tukemiseen. Palveluohjauksessa kysymys on juurikin tästä asiakkaan vahvistamisesta, valtaistumisesta ja voimaantumisen, jonka jälkeen on vasta mahdollista nähdä, mitä palvelut tukevat asiakasta parhaiten.

Palveluohjauksella on selkeä alku ja loppu. Kyse on prosessista, jonka aloittamisen oikealla ajoituksella on tärkeä merkitys sen onnistumiseen. Palveluohjausprosessi voidaan jakaa osiin kolmitoiseksi yhden luukun palvelumalliksi (mts.) ja näitä ovat:

- palveluohjauksesta sopiminen
- lähtötilanteen selvittäminen
- tavoitteiden asettaminen
- mahdollisuuksien ja vaihtoehtojen etsiminen
- toteutus
- koordinointi
- seuranta
- palveluohjauksen päättäminen

Palveluohjaus määritellään eri asiakasryhmien näkökulmasta. Pietiläisen ja Seppälän (2003) mallin mukaisesti voidaan puhua kolmijakoisesta palveluohjauksesta jakautuen yleiseen eli perinteiseen palveluohjaukseen, voimavarakeskeiseen palveluohjaukseen sekä intensiiviseen palveluohjaukseen.

Palveluohjausmallit		
Yleinen eli perinteinen	Voimavarakeskeinen	Intensiivinen
palvelutarpeen selvittäminen	asiakkaan itsemääräämisoikeuden korostaminen	asiakkaan tilanne haastava, intensiivinen tuki
palvelusuunnitelman laatiminen, seuranta	asiakkaan omat tavoitteet ja voimavarat keskeisiä	rajoitettu asiakasmäärä
yhteydenpito sidosryhmiin	asiakkaan ongelmat taka-alalla	asiakkaan tukeminen ja motivoiminen
palvelujärjestelmän hallinta	asiakas ja työntekijä kumppaneita	asiakkaan palvelujen järjestäminen
palvelujen yhteensovittaminen	asiakkaan oikeuksien puolustaminen	
kyse ei ole kuntouttavasta asiakassuhteesta	asiakkaan tukeminen ja neuvominen	
useita asiakkaita	asiakkaan ja työntekijän välinen luottamuksellinen suhde keskeistä	
esim. siirtymävaiheen palveluohjaus		

Kaavio 1. Kolmijakoinen palveluohjausmalli. (Pietiläinen ja Seppälä 2003.)

Intensiivisessä palveluohjausmallissa kyse on luottamuksellisesta suhteesta, määrätietoisen tukemisesta ja motivoimisesta asiakkaan tarpeen mukaisesti. Tämä toimintamalli voisi tulla kyseeseen mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaan kanssa esimerkiksi sosiaalisia taitoja harjoitellessa tai asiakkaan omaisia tukiessa. Kaikkien asiakkaiden kanssa palveluohjaus on tukemista, ohjaamista ja palvelujen koordinoimista. Palveluohjauksen tarve voi vaihdella asiakkaan elämäntilanteen mukaan ja näin ollen työ määräytyykin asiakkaan sen hetkisten voimavarojen ja tavoitteiden mukaisesti. Kaikissa malleissa tavoitteena kuitenkin on asiakkaan itsenäinen selviytyminen ilman palveluohjauksen tarvetta. (Pietiläinen ja Seppälä 2003.)

Palvelujärjestelmässä palveluohjaus sisältää koko sosiaali- ja terveydenhuollon ja muiden hyvinvointipalvelujen kokonaisuuden, palveluohjaus palvelee kaikkia asiakkaita läpi palvelujärjestelmän. Palveluohjauksen "sisään" mahtuvat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja palveluntuottajat, sosiaaliturva- ja hyvinvointipalvelut tuottajineen sekä asiakkaat erilaisine ryhmineen. (Hänninen 2007, 17) Palveluohjauskokonaisuuden tulisi muodostaa matalan kynnyksen ja yhden luukun palvelupiste, joka olisi tarkoitettu kaikkien palveluohjausta tarvitsevien asiakkaan ja toki myös sidosryhmien käyttöön. Palveluohjauksen tarve on erityisen hyödyllinen silloin, kun asiakkailla on pitkäaikainen ja monimuotoinen palvelutarve. (Kela 2017).

5.3 Mielenterveyden palvelutoimijat

Kokemusasiantuntijuustoiminta on kehittynyt 2000-luvulta alkaen ja se on vakauttanut toimintansa mielenterveys- ja päihdetyön työkentillä. Toiminnan perusta on lähtöisin joko kansalais- tai järjestötoiminnan pohjalta syntyneisiin erilaisiin ongelmiin ja ongelmista selviytymiseen. Kokemusasiantuntijaksi määritellään henkilö, joka on käynyt kokemusasiantuntijakoulutuksen omakohtaisen kokemuksensa pohjalta. Asiantuntijan oma kokemus voi olla esimerkiksi mielenterveys- tai päihdeongelma, niistä kuntoutuva, hänen läheisensä tai palveluiden käyttäjä. Kokemusasiantuntijatoiminta hyödyntää toisia kuntoutujia, asiantuntijaa itseään, ammattiauttajia sekä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää. Kokemusasiantuntijan toiminnan merkitys perustuu ruohonjuuritason tietoon ja palautteeseen ammattilaisen työstä. Tämä haastaa ammattilaisia arvioimaan omia auttamismenetelmiä ja toimintatapoja, sekä auttaa ymmärtämään asiakkaan yksilöllisiä palveluntarpeita. Kokemusasiantuntijuudella voidaan auttaa vahvistamaan asiakaslähtöisyyttä, sekä osallisuutta (THL s.a.). Usein kokemusasiantuntija itse voimaantuu prosessissa niin, että hän pystyy kääntämään omat ongelmat tai vaikeat kokemukset sekä elämäntilanteet voimavaraksi.

Erilaiset chat- ja verkkopalvelut ovat osa matalankynnyksen mielenterveyspalveluita, joiden tarkoituksena olisi tavoittaa tukea tarvitsevia yksilöllisesti, luottamuksellisesti ja nimettömästi. Nämä tukipalvelut ovat pääasiassa kolmannen sektorin ylläpitämiä, joissa koulutetut tukihenkilöt ja ammattiauttajat tarjoavat keskusteluapua, ja vastaavat viesteihin jopa reaaliaikaisesti tai ympärivuorokautisesti. (Mielenterveysseura s.a.c.)

Vertaistuen merkitys on usein suuri, kun elämää kohtaa jokin kriisi, sairaus, tai muu yllättävä asia. Vertaistuki on kokemusten vaihtoa vastavuoroisesti, jossa samassa elämäntilanteessa olevat saavat tukea toinen toisistaan. Vertaistukea saa eri järjestöjen, seurojen, kerhojen tai kuntoutusten kautta ja se voi olla esimerkiksi kahdenkeskisiä tapaamisia, vertaistukiryhmään osallistumista tai internetin keskustelupalstoille kirjoittamista. Kokemukset ja niistä keskustelu voivat helpottaa vaikeaa elämäntilannetta, tuoda jopa ratkaisuja tai apua omiin pulmatilanteisiin. Voi olla merkitsevän tärkeää esimerkiksi kuulla toisen ihmisen selviytymistarina, se voi olla lievittämässä omaa oloa yksinäisyyden hetkellä. Kun kokemuksia jaetaan vertaisten seurassa kunnioittavassa ja luottamuksellisessa ilmapiirissä, ne voivat auttaa lievittämään ahdistuneisuutta ja pelkoa. Myöskin mielenterveyskuntoutujia edelleen leimaavaan stigmaan vertaistuella on lievittäviä vaikutuksia. Ymmärrys siitä, että ei ole yksin, vaan toinenkin voi kärsiä samoista ongelmista, helpottaa mielenterveysongelmiin liittyvää häpeää. (Mielenterveystalo s.a.a)

Mielenterveystalo on kaikille avoin, Helsingin yliopistollisen sairaalan HUS:in tuottama verkkosivusto. Palvelu avattiin vuonna 2009 ja sen ylläpidosta vastaavat IT Psykiatrian ja psykososiaalisten hoitojen linja, jotka toimivat yhteistyössä muiden sairaanhoitopiirien ja kuntayhtymien kanssa. Sivuston tarkoituksena on tarjota tietoa kansalaisille ja terveysalan ammattilaisille ajantasaista ja päivitettyä tietoa mielenterveydestä, mielenterveysongelmista ja eri palvelumuodoista. Seurakunnat, yhdistykset, ja kunnat voivat halutessaan ilmoittaa mielenterveystalon sivustolla tarjolla olevista palveluistaan. Mielenterveystalon alaisuudessa toimii myös nettiterapia, johon pääsee lääkärin läheteellä kaikkialta Suomesta. Ammattilaiset saavat sivustolta vinkkejä esimerkiksi koulutuksiin, eri mittareihin sekä hyvän hoidon malleihin. Erilaiset chat- ja verkkopalvelut ovat osa matalankynnyksen mielenterveyspalveluita, joiden tarkoitus olisi tavoittaa apua tarvitsevia yksilöllisesti, luottamuksellisesti ja nimettömästi. (Mielenterveystalo s.a.c)

Suomen Mielenterveysseuran tehtävänä on muun muassa ehkäistä mielenterveyden ongelmia ja edistää mielenterveyttä. Mielenterveys voidaan nähdä sekä yksilön, että yhteiskunnan voimavarana ja työtä tehdään muun muassa ihmisten arjen tukemiseksi. Suomen mielenterveysseura on perustettu vuonna 1897 ja se on maailman vanhin kansanterveys- ja kansalaisjärjestö. Mielenterveysseuralla on jäseniä 56:lla eri paikkakunnalla ja siinä on 31 eri valtakunnallista järjestöä. Mielenterveysseura on järjestäytynyt viiteen eri yksikköön, joita ovat kansalaistoiminnot, kriisikeskustoiminnot, mielenterveyden edistäminen, viestintä ja hallinto. Mielenterveysseuran kansainvälinen toiminta kuuluu kiinteänä osana toimintaan. Mielenterveysseuran Kriisikeskusverkostoon kuuluu 22 kriisikeskusta, jotka toimivat eripuolella Suomea. (Mielenterveysseura s.a.a)

Opinnäytetyössämme tehdyn kyselyn mukaan, mielenterveysseura kuului kolmanneksi tunnetuimman järjestön joukkoon. Kriisipuhelimen arvioidaan olevan useille mielenterveysongelmista kärsiville ja heidän läheisilleen yksi tunnetuimmista tukimuodoista. Moni ei välttämättä osaa yhdistää sen kuuluvan mielenterveysseuran alaisuuteen. Mielenterveysseura koordinoi myös kirkon yhteistä Suomen kattavaa Rikosuhripäivystystä. (Mielenterveysseura s.a.a)

Mielenterveyden keskusliitto on perustettu vuonna 1971 ja se on valtakunnallinen kansalaisjärjestö. Tämän järjestön toiminnan tarkoituksena on valvoa ja ajaa mielenterveyspotilaiden, -kuntoutujien ja heidän läheisten etuja yhteiskunnassa. Mielenterveyden keskusliitto toimii asiantuntijana kansalaisille heitä koskevissa asioissa, sekä on kehittämässä tarvittavia palveluja. Järjestön punaisena lankana toiminnassa ovat tasavertaisuus, vapaaehtoisuus ja vertaistuki. Mielenterveyden keskusliiton toiminnassa yhdistyy kokemusasiantuntijuus ja ammatillisuus. Myös yhteistyö muiden järjestöjen ja yhteisöjen kanssa auttaa tuomaan mielenterveysasioita tunnetuimmiksi. Järjestöä rahoittaa pääasiallisesti Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus STEA. (Mielenterveyden keskusliitto s.a.)

Finfami on mielenterveysomaisten keskusliitto, joka on perustettu vuonna 1991. Järjestön tarkoituksena on edistää läheisten ja omaishoitajien hyvinvointia ja siihen kuuluu keskusliiton lisäksi 17 alueellista jäsenyhdistystä Suomesta. Jäsenyhdistysten kautta tarjotaan tietoa, tukea ja neuvontaa mielenterveyskuntoutujien omaisille. Tietoa saa muun muassa erilaisten luentojen ja tapahtumien kautta. Järjestön arvoihin kuuluvat luottamus, kunnioitus, kansalaislähtöisyys, lämpö, vaikuttavuus ja uskallus. Näiden arvojen kautta järjestö haluaa olla vahva asiantuntija mielenterveystyössä edistämällä mielenterveysomaisten ja perheiden hyvinvointia antamalla tukea, tietoa ja toivoa. Toiminta perustuu omaislähtöisyyteen, jossa vapaaehtoisuus ja vertaistuki ovat suurina voimavaroja. Finfami on opinnäytetyömme kyselyn mukaan melko tuntematon järjestö, vaikka on ollut toiminnassa jo usean vuosikymmenen. (FinFami s.a.) Vain 17 % vastaajista tunnisti järjestön. Toki vastauksiin voi vaikuttaa se, että suurin osa vastaajista on voinut olla mielenterveysongelmista kärsiviä, ei heidän omaisiaan.

6 MIELENTERVEYSPALVELUJEN SAATAVUUS

Mielenterveyshäiriöistä kärsii noin joka viides aikuinen. Marttusen, Kärkkäisen ja Suvisaaren (2016) mukaan mielenterveyshoidon saatavuuden ei katsota olevan riittävällä tasolla häiriöiden yleisyyteen nähden. Häiriöistä kärsivistä vain viidesosa on riittävässä ja laadultaan hyvässä psykiatrisessa hoidossa, yli puolet on vailla minkäänlaista hoitoa. Mielenterveyspalvelujen saatavuudella on myös suuria alueellisia eroja. Esimerkiksi julkisen sektorin järjestämien psykoterapiapalvelujen katsotaan olevan alimitoitettuja tarpeeseen nähden. Tulevissa sote-järjestelyissä tulisi kiinnittää erityistä huomiota perus- ja erikoistason palvelujen parempaan saatavuuteen. Tutkimuksessa käy myös esiin mielenterveyshoidon resurssoinnin epätasa-arvo somaattisten sairauksien hoitoon nähden. Mielenterveyshäiriöihin edelleen liittyvän stigman vuoksi hoitoon hakeutumisen kynnyks on korkea ja aiheuttaa osaltaan tätä resurssoinnin epätasapainoa.

Suomi ei ole Euroopan ainoa maa, jossa mielenterveyspalvelujen toimivuutta ja saatavuutta on tutkittu ja todettu niiden olevan riittämättömiä tarpeeseen nähden. Kovess-Mastefy ym. (2007) toteavat artikkelissaan, että useimmissa Euroopan maissa mielenterveyshäiriöt ovat alihoidettuja ja mielenterveyspalveluita pidetään riittämättöminä. Selittäviksi tekijöiksi artikkelissa todetaan palvelujen saatavuus, kustannukset sekä interaktio peruspalvelujen ja erikoissairaanhoidon välillä. Myös tietouden, uskomuksiin ja stigmatisaatioon liittyvät seikat katsotaan vaikuttavan palvelujen käytettävyyteen.

Jotta riittävät tukimuodot saavutettaisiin ja niistä pystyttäisiin kokoamaan yksilöllinen hoito- tai palvelusuunnitelma, on vahvalla ja monipuolisella osaamisella suuri merkitys. Peruspalveluiden vahvistaminen on tärkeää, koska palvelujen kysyntä kohdistuu ensisijaisesti peruspalvelusektorille. Mielenterveyden ongelmat ovat myös moninaistuneet ja moni asiakas on sekä terveydenhuollon, että sosiaalihuollon piirissä. Sosiaali- terveydenhuollon yhteistyön kehittäminen, palveluiden saatavuuden parantaminen ja oikea-aikaisuus takaavat asiakkaille hoito- ja palveluketjun toimivuuden. (Marttunen ym. 2016.)

Mielenterveys- ja päihdepalvelut kuuluvat osittain myös sosiaalihuolloon piiriin ja niiden tulisi muodostaa asiakkaan toimiva palvelukokonaisuus. Mielenterveystyön tavoitteena on vahvistaa mielenterveyttä suojaavia tekijöitä (THL 2018). Myös mielentervettä vaarantavia tekijöitä tulisi ehkäistä ja pyrkiä poistamaan esimerkiksi tehostetun palveluohjauksen ja neuvonnan keinoin.

Laasanen, Purhonen, Metelinen, Von Koch ja Sulku (2013, 14) ovat todenneet, että aikuisikäisten mielenterveyspalvelujen saatavuuksissa on ollut alueellisia eroja. Pienemmissä kunnissa kuten Piela- vesi, Suonenjoki, Leppävirta, Vesanto, psykiatrista hoitoa on ollut saatavilla kerran viikossa tai harvemmin. Tämän Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kuntien mielenterveys- ja päihdepalveluselvityksen perusteella, perheiden kanssa tehtävä työ on ollut vaihtelevaa ja ryhmämuotoisia palveluita ei ole ollut juurikaan tarjolla. Suuremmissa kunnissa, kuten Kuopiossa ja Siilinjärvellä, palvelut ovat monipuolisemmat. Myös kotiin tuotavia palveluita on ollut enemmän saatavilla suuremmissa kunnissa.

Pienemmissä kunnissa palveluiden valikoima on ollut pienempi ja palveluiden tuottamisesta on vastannut usein kolmas sektori. Pienemmissä kunnissa koettiin resurssien puutetta työ- ja toimintakyvyn selvityksissä, tämä myötä koettiin, että myös erikoissairaanhoidon on ollut vaikea päästä.

Useat perusterveydenhuollon palvelut, esimerkiksi vastaanottopalvelut kunnissa, palvelevat jokaista ikäryhmää. Päivystys järjestetään joko kunnan omana palveluna tai yhteistyössä toisen kunnan tai kuntien kanssa. Mikäli tilanne on ollut akuutti ja hoitoa on tarvittu pikaisesti päivystysaikaan, selvityksen mukaan toimivia mielenterveystyön päivystyksen avohoitopalveluja ei ole ollut saatavilla perusterveydenhuollossa. Tämä tarkoittaa, että akuuttitilanteissa mielenterveystyönpalvelut Pohjois-Savossa ovat päivystysvastaanoton ja vuodeosastojen palveluiden varassa. (Laasanen ym., 14-15)

Asiantuntija arvioinnin mukaan (Rissanen ym 2018, 23) sosiaali- ja terveystyöpalveluita Pohjois-Savossa, on arvioitu palvelujen saatavuuden, laadun, vaikuttavuuden, asiakaslähtöisyyden ja yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Tässä arvioinnissa on otettu huomioon myös tuleva maakunta- ja sote-uudistus. Palveluiden saatavuudessa on tässä arvioinnissa todettu olevan viivettä perusterveydenhuollon hoitoon pääsyssä, sekä sosiaalipalveluiden saavutettavuudessa. Mielenterveys ja päihdepalveluiden osalta esiin nousi lähinnä selkeä palveluiden tarve, joka nousee esiin myös muissa Pohjois-Savon alueella tehdyissä tutkimuksissa tai asiakaskyselyissä.

7 PERHEEN JA LÄHEISTEN MERKITYS MIELENTERVEYSONGELMISSA

Mielenterveysongelmat koskettavat koko perhettä. Psykiatrisen hoidon painopiste on siirtynyt entistä enemmän avohoidon puolelle ja hoidon saatavuuteen liittyvien haasteiden vuoksi omaisten vastuu sairastuneesta läheisestään saattaa kasvaa. Omaiset eivät yleensä saa riittävästi tietoa läheisensä ongelmasta tai sairaudesta ja se voi aiheuttaa ylimääräistä kuormitusta, kuten masentuneisuutta, psyykkistä tai fyysistä oireilua. (Heikkinen-Peltonen 2014, 257.) Omaisten jaksamiseen ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota ja se voi aiheuttaa lisäongelmia. Omaisilla tulisi olla riittävästi tietoa ja ohjeistusta, kuinka toimia läheisen sairastuessa.

Asikaisen, Björnin, Parviaisen, Pohjolaisen ja Purasen (2018) mukaan omaisilla voi olla suuri rooli huolehtia läheisestään ja hänen arjen sujumisesta. Läheinen voi joutua vastaamaan sairastuneen arkirutiineista; kodinhoidosta, ruokailusta, rahankäytöstä, sosiaalisista suhteista, lääkkeitä tai muusta hoidosta. Suomalaisista noin 400 000 hoitaa mielenterveysongelmista kärsivää läheistään usein ilman minkäänlaista tukea. Vain pieni osa sairastuneen läheisistä saa omaishoidon tukea, joka on kokonaisuus, sisältäen hoitopalkkion lisäksi palvelut.

Apua ja erilaisia tukimuotoja on tarjolla niin sairastuneille, kuin läheisillekin. Tukimuotoja palvelujärjestelmämme lisäksi tarjoavat muun muassa yhdistykset, seurat ja järjestöt. Palvelujärjestelmän pirstaleisuus voi kuitenkin tehdä avun saamisesta ja hakemisesta vaikeaa. (Asikainen ym. 2018) Tietoa on helposti saatavilla internetistä, mutta tietotekniset- ja tiedonhakuun liittyvät puuttuvat taidot voivat hankaloittaa tiedon hankkimista.

Asikaisen ym. (2018) mielestä katkonaiset hoitosuhteet, usein muuttuvan henkilöstön vuoksi, ovat yksi palvelujärjestelmän ongelmakohdista. Ohjeistus saattaa olla puutteellista tai suullisesti annetut ohjeet eivät jää kriisivaiheessa mieleen, sen vuoksi ohjeistusta ja neuvontaa tulisi antaa kirjallisena sekä kuntoutujalle itselleen, että tarvittaessa hänen läheiselleen. Raskas elämänvaihe vie voimavaroja ja erilaisten tarjolla olevien palvelujen ja tukimuotojen etsiminen voi olla haastavaa, myös taloudellinen tilanne voi kuormittaa aiheuttaen lisähuolta. Ammattilaisen olisi hyvä huomioida kertoa monipuolisesti myös omaisille palveluista ja tarjolla olevista tukimuodoista, sairastuneella itsellään ei välttämättä ole voimavaroja ottaa tietoa vastaan tai kykyä huolehtia omista asioistaan.

Heikkisen-Peltosen ym. (2014, 257-258) teoksessa todetaan, että psyykkisesti sairastuneiden läheiset on otettava entistä paremmin huomioon sairastuneen hoitoprosessissa. Omaisia ei tule nähdä pelkästään asiakasta koskevien tietojen lähteenä, vaan heidät tulee kohdata yksilöllisesti, heidän omia tarpeitaan kunnioittaen. Yksilökeskeinen ajattelumalli tulisi vaihtaa yhteisökeskeiseen malliin, jotta saadaan avoin ja toimiva dialogi hoitotahon, sairastuneen ja perheenjäsenten kesken. Omaiset pitävät huolen sairastuneesta läheisestä, joten heidän merkitys on suurempi, mitä vähemmän tarjolla on hoito- ja kuntoutuspalveluita. Omaisten mukaan ottaminen on välttämätöntä myös varhaisen puuttumisen ja ennaltaehkäisyn näkökulmasta. (Mts.)

8 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tutkimuskyselyllä asiakaskokemuksia mielenterveyspalvelujen ja eri tukimuotojen toimivuudesta ja saatavuudesta Kuopiossa ja lähialueilla (Kuopio, Juankoski, Karttula, Maaninka, Nilsiä, Riistavesi, Vehmersalmi, Siilinjärvi, Suonenjoki, Rautalampi, Tuusniemi, Kaavi ja Leppävirta). Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa toimeksiantajalle Midakselle siitä, kuinka mielenterveyspalvelut koetaan. Tutkimuksesta saatuja tutkimustuloksia voidaan hyödyntää mielenterveyspalvelujen ja erilaisten tukimuotojen kehitystyössä.

Opinnäytetyön tekijöiden henkilökohtaisina tavoitteina oli kasvattaa tietoa mielenterveyspalvelujärjestelmästä, alueen mielenterveyspalveluista sekä palvelutoimijoista, koska aiempaa syvällisempää tietoa tai kokemusta aiheesta ei kummallakaan tekijällä ole. Tavoitteena oli myös saada tutkimuskokemusta tiedon hankintaan ja tieteellisen tiedon kirjaamiseen ja osoittaa kykyä soveltaa aiempaa tietotaitoa tutkimusympäristössä.

Tutkimusongelmana oli, että ajantasaista tutkittua kokemustietoa mielenterveyspalvelujen ja eri tukimuotojen toimivuudesta ja saatavuudesta Kuopiossa ja lähialueilla ei ole. Tutkimuskysymykset laadittiin niin, että tutkimusongelmaan saataisiin mahdollisimman monipuolisesti tietoa. Kyselytutkimuksen avulla haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mistä on saatu tietoa kotikunnan mielenterveyspalveluista?
2. Millaiset mielenterveyspalvelut tai tukimuodot on koettu hyödyllisiksi?
3. Mitkä seikat ovat vaikuttaneet tuen/avun saamiseen?

Tutkimuskysymyksissä keskityttiin selvittämään taustatietoja, sukupuolta, ikää, koulutustaustaa ja asuinalueita. Kyselyn kokemustieto-osuudella selvitettiin vastaajien hyväksi kokemia tukimuotoja. Vastaajat saivat kuvailla omin sanoin, millainen tuki on auttanut heitä parhaiten. Mielenterveyspalvelujen toimivuutta tiedusteltiin myös haasteiden kautta. Lopuksi vastaajat saivat kuvailla vapaasti kokemuksia aiheeseen liittyen.

9 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA MENETELMÄT

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä otantatutkimuksena, jonka avulla voitiin osoittaa lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä tekijöitä tietyltä kohdennetulta ihmisjoukolta. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla on mahdollista kartoittaa olemassa oleva tilanne, mutta ei välttämättä riittävästi asioihin vaikuttavia syitä. (Tilastollinen tutkimus 2014) Kokemustiedon kokonaisnäkömyksen rakentamiseksi ja syiden selvittämiseksi tutkimuksen toteutuksessa hyödynnettiin myös kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen menetelmiä syvällisemmän käsityksen saamiseksi ja avointen kysymysten vastausten analysoimiseksi. (Kananen 2015, 42) Samassa tutkimuksessa käytettävien useampien tutkimusmenetelmien yhdistämistä kutsutaan metodologiseksi triangulaatioksi. Metodologisella triangulaatiolla voidaan parantaa ilmiön ymmärtämistä ja tutkimuksen luotettavuutta, lisäksi sillä voidaan hakea vahvistusta määrällisin menetelmin saatuihin tutkimustuloksiin. (Mts. 133.)

Tutkimusaineisto kerättiin survey-tutkimuksella, jolla tietoa kerättiin standardoidussa muodossa joukolta ihmisiä (Kananen 2015, 134). Tutkimus toteutettiin Webropol-verkkokyselyllä, joka sisälsi 11 puolistrukturoitua kysymystä valmiine vastausvaihtoehtoineen, joissa osassa kysymyksistä yhtenä vaihtoehtona oli tarkentaa vastausta omin sanoin ja 2 avointa kysymystä vastaajien omien mielipiteiden mahdollistamiseksi. Kyselystä luotiin verkkokyselyn lisäksi verkkokyselyä vastaava kyselykaavake, jotta myös vastaajille, joilla ei ollut mahdollisuutta tai voimavaroja vastata kyselyyn verkon kautta, mahdollistettiin kyselyyn vastaaminen esimerkiksi haastattelukyselynä. Kyselykaavakkeen ohkeen laadimme saateviestin, jossa korostimme kyselyn anonymiteettiä ja tulosten raportointia siten, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa. Saateviestissä arvioimme kyselyn kestoksi 5-10 minuuttia.

Kyselylomakkeen suunnittelu vaatii selkeää kuvaa työn tavoitteesta. Kyselylomakkeen suunnittelemiseen ja muotoiluun käytettiin runsaasti aikaa tutustumalla eri ohjeistuksiin. Kyselykaavakkeen rakennetta, kysymysten järjestystä ja lomakkeen ulkoasua pohdittiin yhteistyössä toimeksiantajan kanssa kevään kesän ja alkusyksyn 2018 aikana. Kyselystä luotiin eri versiota ja niitä testattiin testikyselyillä eri kohderyhmille. Palautteiden perusteella kyselystä muokattiin eri osapuolia mahdollisimman hyvin palveleva kokonaisuus.

Kyselylomakkeesta laadittiin mahdollisimman selkeä sijoittamalla kysymykset loogiseen järjestykseen ja ryhmittelemällä kysymykset kokonaisuuksiksi. Kyselystä pyrittiin tekemään toisaalta riittävän laaja, jotta saisimme riittävästi ja monipuolisesti tietoa tämänhetkisestä tilanteesta, mutta ei kuitenkaan liian laaja, jotta saataisiin enemmän vastaajia. Kyselyn visuaalisesta ilmeestä luotiin neutraali ja rauhallinen aiheen arkaluontoisuus huomioiden. Monivalintakysymykset muotoiltiin pakollisiksi. Avoimet kysymykset jätettiin vapaaehtoisiksi huomioiden vastaajat, joilla ei ole välttämättä mielenkiintoa tai jaksamista kuvailla asioita sanoin.

Kyselyn saateviesti ja kysymykset muotoiltiin siten, että vastaaja tuntisi juuri oman vastauksensa merkitykselliseksi. Avointen kysymysten tarkoituksena oli saada esiin vastaajan kuvailua seikoista, joita ei monivalintakysymyksissä pystynyt tuomaan julki. Avointen kysymysten vastausten tiedoista

voi myös toimeksiantajalle syntyä uusia näkökulmia palvelujen kehitystyöhön liittyen. Avointen kysymysten vastauksille jätettiin riittävästi vastaustilaa.

Kysely tehtiin 24.9.-14.10.2018 ja kyselyn kohteena oli Kuopion ja lähialueiden aikuiset, jotka ovat kokeneet ongelmia mielenterveyden kanssa. Tutkimuskyselyn kohdealueeksi valittiin Kuopion ja selkeästi rajatut lähikunnat ja -kaupungit toimeksiantajan toiveen mukaisesti ja se toteutettiin kunnallisen terveydenhuollon sektorille, eri järjestöille ja yhdistyksille sekä Kuopion alueen ammatillisiin oppilaitoksiin. Kyselyn esite ja linkki jaettiin sähköisesti Kuopion yliopistollisen sairaalan aikuis- ja nuorisopsykiatrian poliklinikoille ja osastoille, osastonhoitajille, apulaisosastonhoitajille ja sosiaalityöntekijöille, ja myös Kuopion kaupungin viestintäpäällikölle.

Terveydenhuollon osalta kyselyn jalkautuksesta vastasi Julkulan sairaalan vanhuspsykiatrian sosiaalityöntekijä Anni Ylönen. Järjestötoimijoiden osalta jalkautuksesta vastasi Midaksen järjestöasiantuntijat Irmeli Markkanen Mielenterveyden keskusliitosta ja Sari Mähönen Suomen Mielenterveysseurasta. Kyselyn esite ja linkki jaettiin heidän toimesta eri järjestötoimijoiden yhteyshenkilöille, eri toimijoiden verkkosivuille sekä Facebook-sivustoille. Ammatillisten oppilaitosten osalta kohteiksi valittiin Savonia-ammattikorkeakoulu ja Savon ammattiopisto, jonne kysely jaettiin opinnäytetyön tekijöiden toimesta. Opinnäytetyön tekijät myös jakoivat kyselylinkkiä myös omien Facebook-sivustojen kautta.

Tutkimuskysely toteutettiin avoimena ja vapaaehtoisena verkkokyselynä, johon varsinaisen kohderyhmän lisäksi kaikilla asiasta kiinnostuneilla oli mahdollisuus vastata, joten tarvetta tutkimuslupalta ei ollut. Toimeksiantajan valitsemat yhdyshenkilöt vastasivat tarvittaessa tutkimusluvan hankkimisesta kukin tahollaan. Koulujen osalta kyselyn esite, saateviesti ja kyselylinkki lähetettiin koulujen yhdyshenkilöille, vastuuopettajille, koulutuspäällikölle ja opinto-ohjaajalle.

10 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

Opinnäytetyö on toisiaan seuraavien toimien sarja, joka etenee vaihe vaiheelta. Näitä työvaiheita voidaan kutsua osaprosessiksi. Opinnäytetyömme aloitettiin tutkimusaiheen valinnasta, jonka meille esitteli opinnäytetyömme ohjaaja Pirjo Turunen. Tutkimus koostuu eri menetelmistä, jotka tekevät työstä kokonaisuuden (Hakala 2008, 22). Kuviossa 1 kuvaamme tätä kokonaisuutta. Opinnäytetyöhömmme haettiin aluksi teoria- ja tutkimustietoa eri lähteiden, kuten esimerkiksi tieteellisten tutkimusten, tilastojen ja artikkeleiden avulla. Opinnäytetyössämme selvitettiin myös aluksi tutkimusilmiön teoria, johon tutkimamme ilmiö liittyi. (Kananen 2015, 80,113)



Kuvio 1. Opinnäytetyön eteneminen ajallisena prosessina.

Useat palaverit toimeksiantajan yhteyshenkilöiden kanssa antoivat meille tietoa heidän toiveistaan ja kyselyn tarkoituksesta. Tarkoituksen eli tutkimusongelman kautta lähdettiin rakentamaan yhdessä Webropol-verkkokyselyä. Tutkimuskysymykset täytyi muokata kyselyyn niin, että ne tuottaisivat parhaiten tietoa itse tutkimusongelmaan (Kananen 2015, 198). Tutkimuskysymykset muokkautuivat useiden toimeksiantajan kanssa pidettyjen neuvottelujen ja testikyselyn palautteiden pohjalta.

Hakala toteaa (Hakala 2008, 176), että juuri aineistonanalyysi saa usein opinnäytetyöhön uuden opiskeluvireen. Tämä vire toteutui myös meidän kohdallamme. Tutkimustulokset kirjoitettiin eri vaiheineen tekstin muotoon ja niitä täydennettiin kuvioilla ja graafeilla. Opinnäytetyömme tulokset perustuivat kerättyyn aineistoon. Tämän aineiston avulla teimme päätelmiä ja esiin nousut tieto esitettiin tuloksina (Kananen 2015, 329).

Opinnäytetyön tulosten esittäminen on tärkeää koko prosessin kannalta. Tulosten pohjalta tehtiin myös teorian syventäminen. Tutkimustulosten esittely muodostui työssämme peruspilariksi, joka antoi tietoa toimeksiantajallemme tutkimusongelmasta. Opinnäytetyömme tulokset sivusivat aiempaa tutkittua tietoa ja uudet asiakkailta kerätyt kokemukset syvensivät aiempaa tutkimustietoa. (Hakala 2008, 212, 213)

Onnistuneen opinnäytetyön takaa löytyy koko aikajanan prosessi ja toki paljon muutakin. Prosessin alkuvaiheessa tietoa on kerättävä monipuolisesti ja työtä on hahmoteltava. Prosessin edetessä tarvittiin päättäväisyyttä työn eteenpäin viemiseksi, punaisen langan löytämiseksi ja tiedon kokoamiseksi, prosessin loppupuolella edellytettiin lopettamisen taitoa. Opinnäytetyön prosessin päätöksestä ei tule keneltäkään erillistä ilmoitusta, päätöksen lopettamisesta tekevät opiskelijat itse. (Hakala 2008, 221, 222.)

11 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Kyselyyn vastasi 94 henkilöä. Naiset osallistuivat kyselyyn selkeästi miehiä aktiivisemmin. Valtaosasta vastaajista oli työssäkäyviä aikuisia pääosin Kuopiosta ja Siilinjärveltä. Kyselyn vastausmäärälle ei ollut asetettu erillistä tavoitetta, mutta Kanasen (2015, 102) mukaan nyrkkisääntönä voidaan kuitenkin pitää, että vähintään sadalla vastauksella tutkimustiedon validiteetti toteutuu. Vaikka ennakkomainontaa kyselystä ei tehty, aineistoa saatiin riittävästi analysoitavaksi.

11.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

Kyselyn ensimmäisessä viidessä ensimmäisessä kysymyksessä tiedusteltiin vastaajien taustatietoja; sukupuolta, ikää, koulutustaustaa sekä työllisyystilannetta. Valtaosa (89 %, N = 84) kyselyyn vastanneista oli naisia. Lähes puolet (49 %, N = 46) vastaajista sijoittui ikähaarukkaan 30 - 49 vuotta, seuraavaksi suurin vastausryhmä (26 %, N = 24) koostui 18 - 29 -vuotiaista ja lähes yhtä suuri osuus (18 %, N = 17) oli 50 - 62 -vuotiaita. Eläkeikäisiä vastaajista oli 6 % (N = 6). Alle 18-vuotiaita ei ollut lainkaan ja yli 80-vuotiaita vastaajista oli vain 1 % (N = 1).

Keskiasteen koulutustausta oli 44 % (N = 46) vastaajista, seuraavaksi suurin ryhmä (28 %) oli korkeakoulutaustaisia. Perusaste- ja yliopistotaustaisia vastaajia oli molempia hieman yli 10 %.

Vastaajista (38 %, N = 40) oli työssäkäyviä aikuisia. Neljännes (25 %, N = 26) vastaajista opiskeli, eläkkeellä ilmoitti olevan 17 %. Osalla vastaajista oli koulutusta usealta eri asteelta. Työttömänä ilmoitti olevan 8 % (N = 8) vastaajista, 6 % (N = 6) ilmoitti olevansa sairauslomalla. Työllisyystilanne-kysymys sisälsi myös vaihtoehdon muu, jossa 8 % (N = 8) vastaajista ilmoitti olevansa vanhempainvapaalla, kuntoutuksessa tai työkyvyttömyyseläkkeellä. Vastaajan valitessa useamman vaihtoehdon, kuten esimerkiksi työssä oleva, mutta tällä hetkellä vanhempainvapaalla, näkyi se myös vastausprosentissa.

Vastaajien asuinaluejakaumassa käy ilmi, että pääosa (72 %, N = 68) vastaajista asuu Kuopion alueella. Siilinjärvi edusti toiseksi suurinta aluetta 13 %:n (N = 12) vahvuudella. Muista valmiiksi annetuista vastausvaihtoehdoista vastaajia oli vain Maaningalta (2 %, N = 2) ja Vehmersalmelta (2 %, N = 2). 11 % (N = 10) vastaajista ilmoitti asuinalueekseen jonkun muun kuin ennalta määritellyn paikkakunnan.

11.2 Mielenterveyspalvelut

Kaavio 1 kertoo vastaajien tietolähteet kotikunnan mielenterveyspalveluista. Kyselyyn vastanneista 31 % (N = 58) ilmoitti saaneensa tietoa palveluista oman asuinkunnan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta. Vastaajista 23 % (N = 43) löysi tietoa internetistä ja 11 % (N = 21) sai tietoa ystäviltä tai läheisiltä. 10 % (N = 18) kertoi saaneensa tietoa työterveyshuollosta, järjestöjen/yhdistysten kautta 8 % (N = 15) ja opiskelijaterveyden huollosta 6 % (N = 12). Vain harva (3 %, N = 5) totesi, ettei ole tietoa saanut mistään.

Vastaajista 4 % (N = 7) kertoi saaneensa tietoa muista lähteistä, joita olivat äitiysneuvola, lehdet, turvakoti, Mielen terveyden keskusliitto ja puhelinluettelo.



KAAVIO 2. Tietolähteet mielen terveyspalveluista.

Kyselyssä tiedusteltiin, kuinka monella vastaajalla on ollut tai on tällä hetkellä asiakkuus mielen terveyspalveluihin. Mielen terveyspalveluiden asiakkuus oli ollut 68 %:lla (N = 64) vastaajista. Vastauksissa vaihtoehtona oli myös avoin tekstikenttä, johon vastauksia tuli 59 kpl. 29:llä vastaajalla oli ollut asiakkuus Kuopion psykiatrian keskuksen. Muita asiakkuuksia oli Alavan nuorisopsykiatrialle, kaupunkien terveyskeskuksiin, mielen terveystoimistoihin, Siilinjärven psykiatrian poliklinikalle, FinFami:in, Omary:yn, kriisikeskukseen, mielen terveyshoitajalle ja työterveyshuoltoon. Vastaajista 32 % (N = 30) ei ole ollut asiakkuutta mihinkään mielen terveyspalveluihin.

Kyselyssä tiedusteltiin, onko vastaajilla ollut kontaktia johonkin mielen terveystoimijaan. Mielen terveystoimijavaihtoehdot valittiin yhteistyössä toimeksiantajan kanssa. Mukaan valikoituivat mielen terveytalo.fi verkkopalvelu, Mielen terveysseura, Mielen terveyden keskusliitto, Nyyti ry ja FinFami ry. Suurin osa vastaajista (N=49) totesi, ettei heillä ole ollut kontaktia mihinkään toimijaan.

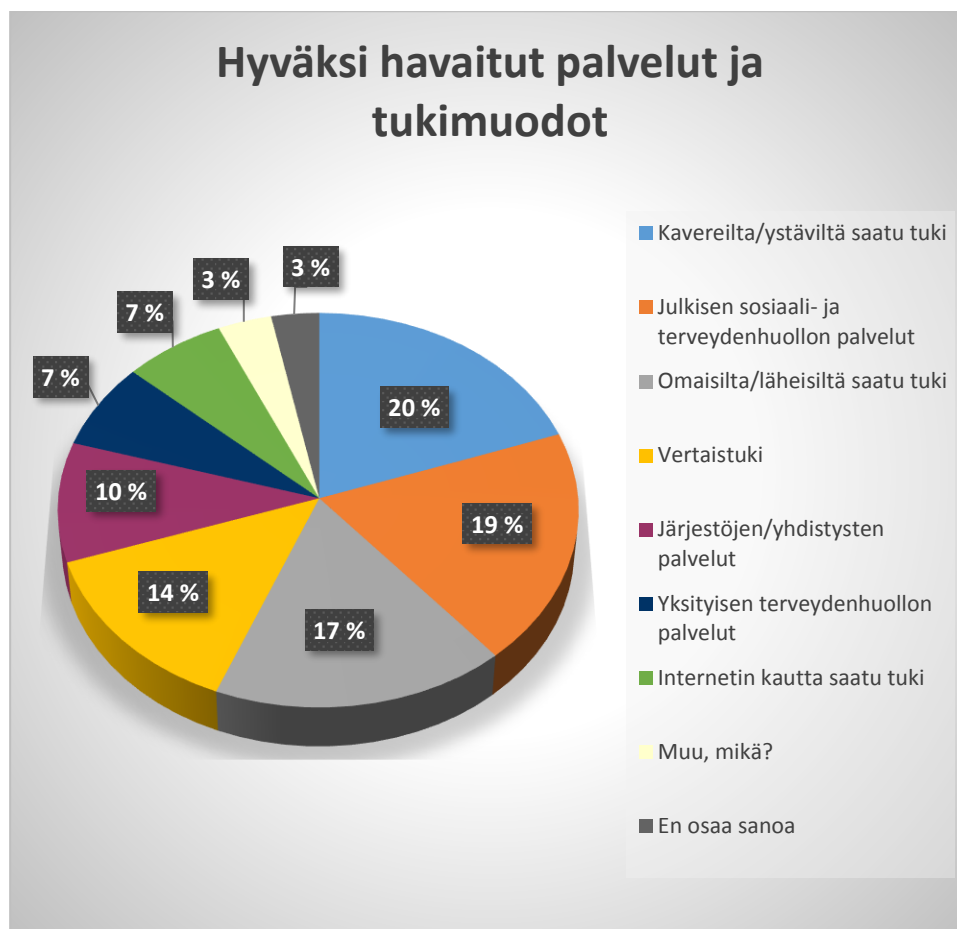
Mielen terveyden keskusliittoon oli ollut kontaktissa 23 % (N = 22) vastaajista, Mielen terveysseuraan 19 % (N = 18) ja mielen terveytalo.fi:n oli tavoittanut 18 % (N = 17) vastaajista. Omaisyhdistys FinFamiin oli ollut kontaktia 17 %:lla (N = 16) vastaajista, kun taas Nyyti ry todettiin melko tuntemattomaksi 2 % (N = 2) vastausmäärällä. Avoimiin vastauskenttiin vastaajat olivat tuoneet ilmi myös muita mielen terveystoimijoita, joihin heillä oli ollut kontakti. Vastauksista esiin nousivat Oma

ry, Kuopion mielenterveyden tuki ry, Sihti ja Syli-keskus. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kehittämä valtakunnallinen verkkopalvelua mielenterveystalo.fi oli hyödyntänyt vain 18 % (N = 17) vastaajista.

11.3 Vastaajien kokemukset palveluista

Hyväksi havaittujen palvelujen ja tukimuotojen osalta tulokset näkyvät kaaviossa 2. Ystäviltä ja kavereilta saadun tuen koki parhaaksi tukimuodoksi 20 % (N = 50) vastaajista. 19 % (N = 49) koki julkisen puolen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut hyväksi. Lähes yhtä suuri osa (17 %, N = 44) piti omaisilta ja läheisiltä saatua tukea parhaana tukimuotona. Vertaistuen puolesta puhui 7 % vastaajista ja järjestöjen ja yhdistysten 10 % (N = 25) vastaajista. Internetin kautta saadun tuen koki hyväksi vain 7 % (N = 17).

Avoimen tekstikentän vastaukset toivat esiin myös muita tärkeitä hyväksi koettuja mielenterveyspalveluja ja tukimuotoja. 4 % (N = 9) vastaajista kertoivat saaneensa tukea psykoterapiasta, lääkityksestä, seurakunnan tarjoamista palveluista tai TRE-stressinpurkumenetelmästä.



KAAVIO 3. Hyväksi havaitut palvelut ja tukimuodot.

Toinen kyselyn avoimista kysymyksistä koski parhaiten auttanut tukimuotoa. Vastaajilla oli mahdollisuus omin sanoin kuvailla parasta tukimuotoa. Avoimeen kysymykseen vastasi 64 henkilöä. Vastauksen perusteella tärkeimmiksi tuen muodoiksi nousivat keskustelu sekä terapia. 19 vastaajaa oli

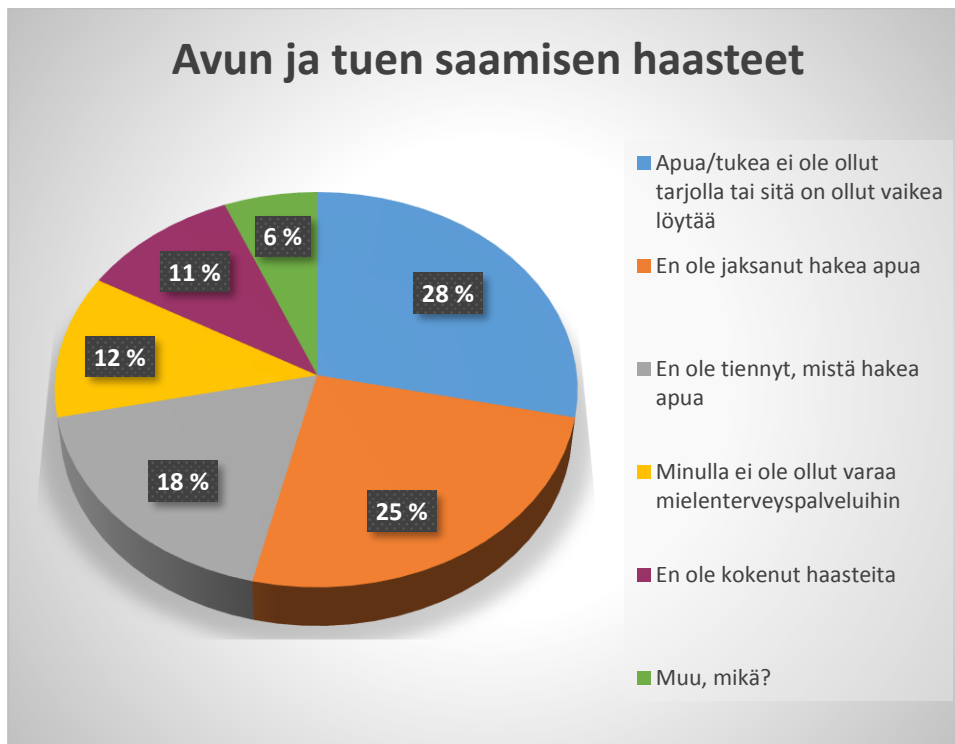
kokeneet parhaaksi tukimuodoksi keskustelun. Keskusteluapu koettiin hyväksi niin ammattilaisen, läheisten kuin hyvien ystävienkin kanssa.

16 vastaajaa oli saanut parhaan avun terapiasta. Tärkeiksi koettiin kuunteleva ja keskusteleva terapeutti, jonka luokse pääsi asioimaan säännöllisesti. Yleisin terapian muoto oli psykoterapia, mutta myös muita terapiamuotoja nousi vastauksissa esille, kuten ratkaisukeskeinen terapia ja toiminnallinen kuvataideterapia.

Vastaajista 15 piti ammattilaiselta saatua tukea tärkeimpänä. Esiin nousivat konkreettinen avun tarjoaminen, kuten eri vaihtoehtoista tiedottaminen, opastus oikeaan lääkehoitoon ja kuunteleminen. Myös hoitajan tai lääkärin vastuullinen ja ammattimainen toiminta, sekä aito kiinnostus sairastuneen tilanteeseen, nousivat esiin vastauksissa. Hyväksi koettiin myös tuttu hoitaja tai lääkäri, johon voi luottaa ja joka ottaa vastuun hoitoprosessista. Vastauksissa nousi esiin vahvasti myös vertaistuen tärkeys, 8 vastaajaa oli kokenut hyötynensä vertaistuesta. Muutama vastaaja oli löytänyt parhaan hyödyn järjestöjen tarjoamasta tuesta, osa koki saaneensa avun harrastuksista, kuten esimerkiksi lukemisesta.

Avun ja tuen saamiseen liittyen koettiin olevan useita haasteita (kaavio 3). Lähes kolmannes (28 %, N = 46) vastaajista oli sitä mieltä, ettei apua ole ollut tarjolla tai sitä on ollut vaikea löytää. Neljännes (25 %, N = 41) oli kokenut avun saamisen haasteiden johtuvan jaksamiseen liittyvistä tekijöistä. 18 % (N = 29) vastaajista ei tiennyt, mistä hakea apua ja 12 %:lla (N = 19) vastaajista ei ole ollut varaa mielenterveyspalveluihin. 10 %:lla (N = 17) vastaajista ei ole kokenut haasteita.

Muita avun tai tuen saamisen haasteisiin liittyviä tekijöitä ovat leimautumisen pelko tai ongelma ei ole tarpeeksi suuri avun hakemiselle. Moni vastaajista totesi, että monikin asia on vaikuttanut palvelukokemukseen. Avun saamisen haasteiksi mainittiin liittyvän muun muassa omaan negatiiviseen asenteeseen, pitkiin odotusaikoihin tai liian lyhyisiin hoitosuhteisiin.



KAAVIO 4. Avun ja tuen saamisen haasteet.

Kyselyn viimeisessä avoimessa kysymyksessä vastaajilla oli mahdollisuus kuvailla vapaasti kyselyyn, mielenterveyspalveluihin tai tukeen liittyviä ajatuksia. Avoimeen kysymykseen vastasi 39 vastaajaa (40 % kaikista vastaajista). Vastaukset olivat moninaisia, usein kerronnallisia, hyvinkin henkilökohtaisia tarinoita, jotka liittyivät pääsääntöisesti palvelujen saatavuuteen (palvelujen paikallisuuteen, suunnitelmallisuuteen, oikea-aikaisuuteen sekä tiedon jakamiseen, palveluiden tarpeenmukaisuuteen ja soveltavuuteen) ja palvelukokemuksiin. Kysymyksen vastausmäärän, värikkään kerronnan ja henkilökohtaisen näkökulman esille tuomisen perusteella todettiin, että asiakkaille oli tärkeää saada äänensä kuuluviin.

Palvelun saatavuuden osalta useat vastaajista kokivat, että apu oli kaukana paikallisten palvelujen katoamisen ja palvelujen keskittämisen myötä ja, että tarpeenmukaisia palveluja oli vaikea löytää. Palvelun saatavuuteen liittyviksi haasteiksi muodostuivat pitkät odotusajat, jotka vaikuttivat myös palvelukokemukseen. Vastaajat kommentoivat muun muassa palvelujen saatavuutta seuraavasti:

"Koen todella huonoksi vaihtoehdoksi siirtää kaikki palvelut Kuopioon ja keskittää kaikki sinne. Pienet kaupungit ympäriltä kuihtuvat ja osasto- ja kuntoutushoitoon on entistä vaikeampi päästä ja kulkea." (H4)

"Julkisen terveydenhuollon palvelujen piiriin pääseminen liian vaikeaa ja odotusajat kohtuuttoman pitkiä. Kriisikeskuksen palvelujen saatavuus ja tavoitettavuus riittämättömyyttä. Kun ihminen on valmis ottamaan apua vastaan pitäisi sitä olla heti saatavilla." (H18)

Hoidon suunnitelmallisuuden osalta koettiin, ettei sitä ole laisinkaan. Hoitosuhteen jälkeisille kontroleille koettiin tarvetta. Osan hoitomuodoista ei koettu soveltuvan automaattisesti kaikille ja toivottiin, että tietoa eri vaihtoehtoista tarjottaisiin enemmän. Vastauksista kävi ilmi, ettei julkisen puolen terveydenhuolto vastaa kovin hyvin vastaajien odotuksiin. Erikoissairaanhoidon ja järjestöjen vastavasti koettiin tarjoavan hyvää ja ammattitaitoista palvelua.

"Perusterveydenhuollon piiriin, kun sysättiin ihminen, niin sinne unohtuu." (H3)

"Hoito on liiaksi keskittynyt pelkästään lääkintään. Kun hoitosuhde katkeaa/lopetetaan kontroleja ei ole koskaan. Lääkkeet uusitaan, vaikka kuolemaan saakka terveyskeskuksessa!" (H19)

"Julkisen puolen osaaminen mm. traumojen hoidossa heikkoa. Hoito sattumanvaraista. Järjestöjen tuki jokseenkin hyvä mutta vähäistä. Yksityisen puolen mt-palvelut hyvää ja ammattitaitoista." (H28)

"Olen ollut onnekas, sillä olen tunnistanut oireet aina varhain ja löytänyt avun helposti." (H13)

Mielenterveyspalvelut koettiin pirstaleiseksi ja vaikeasti tavoitettaviksi. Avun saanti koettiin hitaaksi akuutissa tarpeessa. Matalan kynnyksen palveluille koettiin olevan suurta tarvetta. Toivottiin myös, ettei ihmisiä pompoteltaisi eri palveluyksiköiden välillä. Vertaistuki koettiin hyväksi ja tarpeelliseksi tukimuodoksi, tietoutta vertaistuesta tulisi kuitenkin vielä kasvattaa. Läheisen sairastuessa myös omainen voi oireilla ja sairastua psyykkisesti. Monissa vastauksia mainittiin mielenterveysomaisen suuri tarve saada apua, mutta sitä ei ole ollut tarjolla.

"Vertaistukea täytyisi olla enemmän tarjolla. Koskaan julkisella puolella sellaista ei ole tarjottu tai kerrottu, että sellaista on. Juuri vasta löytänyt vertaistuen piiriin." (H22)

"Omaisien pitää jaksaa olla itse aktiivinen ja hankkia tietoa esim. järjestöjen vertaistukiryhmistä. Näin ei pitäisi olla." (H7)

"Omaisella täytyisi huomioida voimavarana sekä tarvittaessa myös tuen kohteena. Itsellä oli kokemus siitä, että jätettiin täysin yksin." (H9)

Palvelukokemus kirvoitti vastaajia värikkääseen kerronnalliseen tarinointiin. Omat, hyvinkin henkilökohtaiset kokemukset kuvailtiin monipuolisesti ja laajasti. Palvelukokemukset voitiin luokitella eri osa-alueisiin; ammatillisuuteen, asenteeseen, kohtaamiseen, kunnioitukseen, tasa-arvoon ja vuoro-vaikutukseen.

"Tietoisuutta eri palvelumuodoista tulisi lisätä edelleenkin ja leimautumisen pelkoa jollakin tavalla vähentää, jotta mt-palvelut koettaisiin tavallisina terveyspalveluina."
(H36)

"Terveysthuollossa mt-asiakkaiden somaattisia oireita väheksytään. On vaikea päästä oireenmukaiseen hoitoon/ tutkimuksiin. Oireet laitetaan hulluuden piikkiin."
(H27)

"Koen, sairastumiseni on vienyt minulta ihmisarvoni ja älykkyyteni, ainakin hoitavien henkilöiden kohtelun ja kohtaamisten perusteella, vaikkei ne ole mihinkään kadonneet. [...] Olen saanut kuulla olevani "vain" potilas." [...] Monesti psykiatriset potilaat tarvitsisivat pitkiä hoitosuhteita ja aikaa luottamuksen rakentamiseen. Tiheä vaihtuvuus tai henkilökunnan kierrättäminen haittaa luottamuksen rakentamista." (H38)

Vastausten perusteella todettiin, että avun saannin nopeuteen, ennaltaehkäisevään työhön ja matalan kynnyksen palvelujen saatavuuteen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Tietoisuutta eri tukimuodoista tulisi kasvattaa ja leimautumisen pelkoa hälventää. Vastaajat toivoivat, että mielenterveyspalvelut koettaisiin tavallisina terveyspalveluina ja, ettei hoito olisi pelkästään lääkitsemistä, vaan enemmän aitoa läsnäoloa ja välittämistä. Hoitohenkilökunnan nopea vaihtuvuus ja lyhyet hoitosuhteet koettiin haittaavan luottamuksen rakentumista. Tarvetta olisi pitkille ja luottamuksellisille hoitosuhteille.

12 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, mikäli tutkimus on suoritettu hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Kuvio 1 selkeyttää tutkimusprosessiamme, jossa etiikka toimii tutkimuksemme punaisena lankana koko prosessin ajan. Tärkeintä oli lähteä suunnittelemaan aihetta, jonka jälkeen aiheeseen huolellinen perehtyminen lisäsi tietopohjaa ja näin ollen myös tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimusetiikan näkökulmasta hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustulosten kirjaamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Tutkimuksessa tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, avoimuutta ja vastuullista viestintää. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa, raportoida tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tutkimusta varten tarvittavat tutkimusluvut tulee olla myös hankittuna eettistä ennakoarviointia unohtamatta. Tutkimushankkeen osapuolten tulee sopia yhdessä tutkimukseen liittyvistä oikeuksista, periaatteista, velvollisuuksista ja vastuista ja näitä voidaan tarvittaessa tarkentaa tutkimuksen edetessä. Hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta vastaa ensisijaisesti jokainen tutkija itse. (TENK 2012, 6-7.)



KUVIO 2. Eettiset kysymykset tutkimusprosessin vaiheissa. (Jyväskylän Yliopisto)

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin hyvän tieteellisen tutkimuksen periaatteita. Huolehdimme, että kaikki tutkimukseen liittyvä toiminta suunniteltiin ja toteutettiin yhteistyössä tutkimuksen toimeksiantajan kanssa. Informoimme tutkittaville ja tutkimuksessa mukana oleville sidosryhmille kaikki oleellinen tieto tutkimuksesta ja siihen liittyvistä toimista. Huolehdimme rehellisyydestä, huolellisuudesta ja tarkkuudesta käsitellessämme tutkimuksesta saatuja tietoja ja arkistoidessamme tietoa. Huolehdimme vaitiolovelvoitteen toteutumisesta tutkimuksen yhteydessä saamiin tietoihin liittyen. Huolehdimme, että tutkimukseen osallistujat ovat tietoisia tutkimuksen sisällöstä ja siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, sen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa ja, että tutkimus suoritetaan anonymiteettia kunnioittaen.

Tieteellinen tutkimus on inhimillistä, eettisten arvojen mukaan ohjautuvaa toimintaa. Opinnäytetyöprosessissa edellytetään ammatti- ja tutkimuseettisten periaatteiden noudattamista. Sosiaalityön tutkimuksissa on olennaista, että sosiaalityössä tutkitaan usein haavoittuvia ihmisiä ja ilmiöitä. (Pekkarinen 2017, 54.) Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mietinnöissä (2009) tutkimuseettiset periaatteet jaetaan kolmeen osa-alueeseen ja nämä ovat tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen, yksityisyys ja tietosuojat. Kriteereiden täytyminen ei aina ole ongelmatonta ja osa-alueita joudutaankin usein pohtimaan usein eri osapuolten näkökulmasta, asiakkaiden, työntekijöiden sekä kolmansien osapuolien, kuten esimerkiksi perhe tai omaiset. Kolmansien osapuolien huomioiminen on tärkeä osa tutkimuseettikan toteutumista. (Pehkonen ja Väänänen-Fomin 2011, 239.)

Opetusministeriö on antanut tiedeyhteisöille suosituksen eettisten periaatteiden käyttöönottamisesta vuonna 2010 liittyen muun muassa siihen, millaista eettisesti kestävä sosiaalityön tutkimus tulisi olla. (Pehkonen ja Väänänen-Fomin 2011, 236). Sensitiivisiä kysymyksiä käsittelevien tieteenalojen, kuten sosiaalityön, tutkimuksissa painotetaan tutkittavien loukkaamattomuutta ja koskemattomuutta. Tutkimuksissa tuotetuilla tiedoilla voi kuitenkin olla todellisuusarvon ohella tutkittavia leimavaa, jopa loukkaavaa vaikutusta. Tutkimuseettiä voidaan pitää tutkimusalan ja aiheiden luonteen perusteella erityisen merkityksellisenä. (mts 237.)

Pehkonen ja Väänänen-Fominin (2011, 237) mukaan tutkimuseettiä voidaan lähestyä eri tavoin, painotus voi olla tutkittavien autonomiassa, tutkimuksen hyödyllisyydessä, tutkimuksen hyvälaatuisuudessa sekä oikeudenmukaisuudessa. Tutkittavat tulee aina informoida hyvin tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimus ei saa aiheuttaa tutkittavalle haittaa ja heidän yksityisyyttään tulee suojella. Tutkimuksen tulee olla vilpittöntä ja tutkijan tulee sitoutua tuottamaan empiirisesti validia ja luotettavaa tietoa. Eettisesti kestävä sosiaalityön tutkimus tulee vahingon välttämisen lisäksi pyrkiä olemaan hyödyllinen ja rakentava tutkimukseen osallistuville yksipuolista hyötysuhdetta, jossa vain tutkija saa esim. julkaisuja, mainetta tai kunniaa, välttämällä. Tutkimuksen ns. hyödyttömyys osallistujalle ei ole eettisesti kestävä.

Eettisiä ristiriitoja voi syntyä tilanteessa, jossa esimerkiksi opinnäytetyön perusteella saadut tutkimustulokset eivät ole toimeksiantajan tai palveluntarjoajan kannalta edullisia tai toivottuja. Prosessin aikana on mahdollista tehdä perusteltuja rajauksia, jotta rehellisyyden periaatteet toteutuvat ja korkeatasoisen työskentelyn edellytykset säilyvät. (Kamk s.a.)

Tutkimuksen luotettavuus on keskeinen osa tieteellistä tutkimusta ja koskee lähinnä tutkimusaineiston keräämistä. Luotettavuuskysymyksen keskeiset käsitteet ovat reliabiliteetti, joka käytännössä tarkoittaa saatujen tutkimustulosten pysyvyyttä ja luotettavuutta sekä validiteetti, joka tarkoittaa oikeiden asioiden tutkimista ja tutkimustulosten yleistettävyyttä. (Kananen 2015, 69.) Saadun aineiston tulee olla edustavaa ja raportissa tulee seikkaperäisesti kirjata suorittamisen eri vaiheet. Tutkimustulosten luotettavuuden arviointivaiheessa keskeiseksi tekijäksi nousee tutkijan kyky abstraktiin ajatteluun sekä kirjoittamisen taidot. On tärkeää pystyä selkeästi, täsmällisesti ja kokoavasti kuvaamaan merkityksellinen käsitys tutkittavasta ilmiöstä. (Hyväri ja Vuokila-Oikkonen 2018.)

13 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Kyselyyn vastasi 94 henkilöä. Kyselyssä saatiin tietoa siitä, kuinka moni vastaaja on kokenut saaneensa oikea-aikaista apua mielenterveyspalveluista, vaikkakin oikea-aikaisuus varsinaisena aiheena jäi puuttumaan vastausvaihtoehdoista. Kyselyn vastaukset olivat, suuntaa antavia tämänhetkisestä mielenterveyspalveluiden toimivuudesta. Tulosten tulkinnassa huomioitiin, että kyselyaineistot perustuvat varsin pieniin otoksiin Kuopiossa ja lähialueilla. 40 % vastaajista halusi kertoa kokemuksistaan avoimen kysymyksen kautta ja ne täydensivät strukturoitujen kysymysten vastauksia. Vastauksissa kerrottiin värikkäästi ja monipuolisesti omista kokemuksista. Avointen vastausten perusteella voitiin todeta, että vastaajia askarruttivat eniten mielenterveyspalvelujen saatavuuteen sekä palvelukokemukseen liittyvät seikat.

Tutkimustulosten perusteella voitiin todeta, että suurin osa vastaajista (89 %) oli naisia ja lähes puolet vastaajista sijoittuivat ikähaarukkaan 30-49-vuotta. Työssäkäyviä aikuisia oli vastaajista lähes puolet 43%. Vastaajista osa ilmoitti olevansa työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutuksessa. Prättälän ja Tolosen (2007, 25) tutkimuksen mukaan miehet vastaavat naisia heikommin terveystutkimuksiin. He pohtivat tutkimuksessaan, että tarkkaa syytä vastausaktiivisuuden laskemiseen ei ole, mutta vaikuttavina tekijöinä miesten vastaushalukkuuteen voivat olla muun muassa ajan ja kiinnostuksen puute sekä jatkuvat ympäristön kyselyvaateet. Miesten alhainen vastausprosentti on voinut myös johtua siitä, että kyselymme ei ole tavoittanut miehiä tai, ettei kysely ollut oikeanlainen tapa kerätä heiltä tietoa. Pohdittavaksi jäi, olisiko esimerkiksi toiminnallinen haastattelu toiminut paremmin miesten kohdalla.

Keväällä 2018 tehdyn tutkimusharjoituksen mukaan THL:n asiantuntijaryhmä on tehnyt arvioinnin Pohjois-Savon alueen sosiaali- ja terveyspalveluista. Tästä selvisi, että mielenterveysyistä työkyvyttömyyseläkettä saavia 25-64-vuotiaita on Pohjois-Savon alueella 5,1 %, kun koko maassa luku on 3,5 %. Mielenterveysperusteisen päivärahan saanti on myös muuta maata korkeampi. (THL 2018, 14.) Tämän perusteella voitiin todeta, että opinnäytetyömme kyselyyn vastanneiden työikäisyys ja ikähaitari selittyvät tämän tutkimuksen myötä.

Kyselyn perusteella suurin osa (62 %) vastaajista oli saanut tietoa kotikunnan mielenterveyspalveluista sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnalta. Valtioneuvoston tutkimuksen mukaan (Valtioneuvosto 2018, 32) perusterveydenhuollossa tulisi olla laaja tietämys paikallisista palveluista, jotta palveluiden piiriin ohjaaminen onnistuu saumattomasti. Myös kyselytutkimuksemme asiakasvastauksen perusteella selvityksessä tuli esiin, että saumattoman hoitoketjun varmistaminen, sekä tiedottaminen eri palveluntuottajista olisi tärkeää ja tarpeenmukaista. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaaminen, tiedon jakaminen ja kyky toimia palveluohjaajana oli siis kyselyn mukaan onnistunut Kuopiossa melko hyvin. Internetistä tietoa oli löytänyt 46 % vastaajista ja tämä tiedon haun helpoudesta ja matalasta kynnyksestä saada tietoa. Internetin hyödyntäminen tiedon etsimisessä voi myös kertoa siitä, että tutkimuotoja halutaan selvittää anonyymisti leimaantumista välttämällä.

Asiakkuus mielenterveyspalveluihin oli ollut 68 %:lla kyselyyn vastaajista. Kyselyssä mainitut mielen-terveystoimijat tunnistettiin, mutta kontaktia mihinkään kyseisiin tai muihin palvelutoimijoihin ei yli puolella (52 %) vastaajista ollut. Tiedustelimme erikseen mielenterveystalo.fi tukimuotojen tunnetta- vuudesta ja palvelujen hyödynnettävyydestä. Vastausten perusteella vain 27 % oli käyttänyt palve- lua eli voitiin todeta, että palvelu oli jokseenkin tuntematon suurimmalle osalta kyselyyn osallistu- neista. Yli puolella vastaajista asiakkuus oli ollut Kuopion psykiatrian keskuksella. THL:n (2018, 14) asiantuntijaryhmän selvityksen mukaan Pohjois-Savon alueen sairastavuus on maan suurimpia. Tämä näkyy muun muassa avohoidon mielenterveyspalveluiden käytössä, joka on selvästi maan keskiarvoa suurempi. Kokonaisuutena Kuopion alueella mielenterveyspalveluiden käyttö on runsasta, kertoen mielenterveyshäiriöiden yleisyydestä sekä mielenterveyspalveluiden tarpeesta.

Hyväksi koettujen mielenterveyspalvelujen tai tukimuotojen kärkipäässä olivat kavereilta ja ystäviltä saatu tuki (20 %), lähes samalle tasolle sijoittui julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kautta saatu tuki (19 %) sekä omaisilta ja läheisiltä saatu tuki (17 %). Vertaistuen koki hyväksi tuki- muodoksi 14 % vastaajista ja järjestöjen ja yhdistysten osalta 10 %. Näiden tulosten perusteella voitiin todeta, että Internetiä ei sen sijaan koettu hyväksi palvelu- tai tukimuodoksi. Internet toimi hyvänä tiedonlähteenä, mutta hyväksi tukimuodoksi sen koki vain 7 % vastaajista. Voitiin myös to- deta, ettei järjestö- ja yhdistystoimintaa tunneta vielä riittävästi. Sekä valtioneuvoston tekemässä julkaisussa (Valtioneuvosto 2018, 32-33), että meidän tutkimuksessamme kävi ilmi matalan kynnyk- sen palveluiden tarve ja vastuukontaktin tärkeys asiakkaan pallottelun välttämiseksi. Vertaistuki to- dettiin myös tärkeäksi ja kasvavaksi, joskin liian vähäiseksi tukimuodoksi. Myös hoitokontaktin jatku- vuuteen ja työntekijöiden vaihtuvuuteen liittyvät seikat puhuttivat vastaajia. Tärkeänä pidettiin hoi- tohenkilökunnan vastuullisuutta ja luotettavuutta sekä ammattimaista toimintaa, kuin myös terapian pitkäaikaisuutta ja säännöllisyyttä.

Tutkimukseen ennalta valittujen paikkakuntien osalta saimme vastauksia vain Kuopiosta, Maanin- galta, Vehmersalmelta ja Siilinjärveltä. Ulkopaikkakunnilta tutkimuskyselyyn osallistui 10 vastaajaa. Kyselyn jalkautus onnistui mielestämme hyvin ja yllättävänkin laajalle ennakkomarkkinoinnin puut- teesta huolimatta. Kysely oli avoinna kolme viikkoa. Vastausmäärän kasvattamiseksi lisäviikkoa toi- vottiin toimeksiantajan osalta, mutta harmillisesti tietotekniikka ei taipunut aikataulumuutokseen.

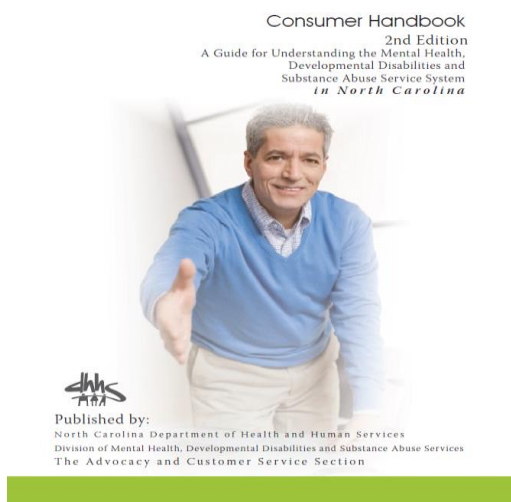
Laasanen, Purhonen, Metelinen, Von Koch ja Sulku (2013, 14) ovat todenneet, että aikuisikäisten mielenterveyspalvelujen saatavuuksissa on ollut alueellisia eroja. Pienemmissä kunnissa kuten Piela- vesi, Suonenjoki, Leppävirta, Vesanto, psykiatrista hoitoa on ollut saatavilla kerran viikossa tai har- vemmin. Selvityksen perusteella perheiden kanssa tehtävä työ on ollut vaihtelevaa ja ryhmämuotoi- sia palveluita ei ole ollut juurikaan tarjolla. Suuremmissa kunnissa, kuten Kuopiossa ja Siilinjärvellä, palvelut ovat monipuolisemmat. Myös kotiin tuotavia palveluita on ollut enemmän saatavilla suurem- missa kunnissa. Pienemmissä kunnissa palveluiden valikoima on ollut pienempi ja palveluiden tuotta- misesta on vastannut usein kolmas sektori. Pienemmissä kunnissa koettiin resurssien puutetta työ- ja toimintakyvyn selvityksissä, tämä myötä tehtiin havainnot, että erikoissairaanhoidon on ollut vai- kea päästä. Tämä kävi esiin myös meidän tutkimuksessamme.

Vuosina 2006 ja 2010 tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin taloudellisen taantumän vaikutuksia mielenterveysongelmiin ja näitä tutkimustuloksia vertailtiin keskenään. Tutkimus toteutettiin eurobarometri-tutkimuksella 27 Euroopan maasta. Tutkimuksesta nousivat esiin esimerkiksi taantumän vaikutus mielenterveysongelmien yleistymiseen ja samaan aikaan mielenterveyspalvelujen leikkauksiin kaikkialla Euroopassa. Taantuma on osakseen ruuhkauttanut mielenterveyspalveluita, ja samaan aikaan on tehty leikkauksia palveluissa. Kyselyssä nousi myös esille, että eniten taantuma vaikutti ihmisiin, erityisesti miehiin, jolla jo oli mielenterveysongelmia ja alhainen koulutustaso. (Evans-Lacko, Knapp, McCrone, Thornicroft ja Thornicroft 2013.) Pystyimme vertamaan opinnäytetyömme tuloksia tehtyyn eurobarometria-tutkimukseen, juurikin palvelujen saatavuuden näkökulmasta.

Tutkimus etiikan toteutumisessa pyrittiin erityisesti huomioimaan sosiaalityön näkökulma. Tutkimusetiikan toteutuminen ei ole aina ongelmaton, vaikka asiaan kiinnittäisi erityistä huomiota. Tutkimuksemme asiakaskysely oli avoin verkkokysely, joskin kyselyyn oli mahdollista osallistua myös haastattelukyselynä, jonka suoritukselta vastasi hoitohenkilökunta. Kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuutta painotettiin, mutta toki pohdittiin sitä, kuinka haastateltavien vapaaehtoisuus varmistettiin. On huolehdittava, että vastaaja ymmärtää tarkoin ja selkeästi vapaaehtoisuuden määritelmän ja että vastaamatta jättäminen ei missään tapauksessa vaikuta vastaajan palvelujen saantiin tai hoitoon, lupapyyntö tulee muotoilla mahdollisimman selkeästi. Toki on huomioitava sekin, että pelkkä luvan pyytäminen voi aiheuttaa tutkittavalle haittaa, tutkittava ei välttämättä ole vapaa paineista, koska esimerkiksi tutkimuksesta kieltäytyminen voi näyttäytyä muun yhteisön, esimerkiksi hoitohenkilökunnan, silmissä epäsuotuisalle, mikä voi osaltaan johtaa ”pakko osallistumiseen” eli vastentahotoiseen osallistumiseen. On siis tärkeää pohtia, kuinka pyyntö osallistumiseen esitetään ja kuinka hoitohenkilökunta valitsee kyselyyn osallistujat. On kuitenkin helpompaa ja luotettavampaa, että hoitohenkilökunta vastaa haastattelukyselyn tekemisestä, koska he tuntevat tutkittavat paremmin kuin opinnäytetyön tekijät. Tutkittavat mieltävät todennäköisesti haastattelijan tutummaksi ja turvallisemmaksi kuin tuntemattomat opinnäytetyön tekijät. En erityisen tärkeää, ettei tutkittava koe haastattelutilannetta ahdistavaksi. Tämän vuoksi totesimme, että tutkimuksen teettäminen hoitohenkilökunnalla vastaa tarkoitustaan ja toteuttaa tutkittavien itsemääräämisoikeutta paremmin kuin vieraiden opinnäytetyön tekijöiden tekemänä. Näin toteutuu myös tietosuojaseikat ja tutkittavien koskemattomuus.

Tutkittavalla tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa siihen, mitä ja miten hänestä kirjoitetaan. Tämän vuoksi valitsimme avointen vastausten kirjaamisen työhön niin, ettei vastaaja ole tunnistettavissa esimerkiksi paikkakunnan ja vähemmistöryhmään kuulumisen perusteella. Tutkittavat eivät yleensä tule kuulemaan tutkimuksesta tai sen tuloksista sen jälkeen, kun he ovat osallistuneet tutkimukseen. Esitimme toivomuksen toimeksiantajalle, että haastattelukyselyyn osallistuneille raportoitaisiin tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tulokset ja niitä mahdollisesti pohdittaisiin yhdessä tutkittavan kanssa. Näin tutkittavalle syntyisi mielikuva, että juuri hänen vastauksellaan olisi merkitystä mielenterveyspalvelujen ja eri tukimuotojen kehitystyössä.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla vastaavan tutkimuksen laajentaminen koskemaan koko Pohjois-Savon aluetta. Tutkimuksessa saadun tiedon kautta mielenterveyspalveluita ja tukimuotoja voisi kehittää ja yhtenäistää Pohjois-Savon alueella. Toiminnallisena opinnäytetyönä voitaisiin tehdä mielenterveyspalvelujen palveluopas julkisen terveydenhuollon tai mielenterveysjärjestöjen ja -yhdistysten kautta jaettavaksi. Oppaan tarkoituksena olisi lisätä tietoa kansalaisille mielenterveysongelmista, sekä sitä kautta vähentää stigmaa. Palveluoppassa olisi selkeästi esillä yhteystiedot kriisin kohdassa. Palveluoppaaseen koottaisiin palveluverkoston eri toimijat Pohjois-Savon alueelta. Oppaassa myös annettaisiin tärkeää tietoa mielenterveyteen liittyvistä asioista niin kuntoutujalle, kuin läheisellekin. Pohjois-Carolinassa, Yhdysvalloissa (Costumer handbook, 2011) on koottu asiakkaita varten palveluopas (kuva 2.), joka antaa arvokasta tietoa hoidosta ja palveluista mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiville ihmisille. Palveluopas neuvoo muun muassa asiakkaan oikeuksista, mihin voi ottaa tarvittaessa yhteyttä ja kuinka palvelujen piiriin päästään. Oppaassa kerrotaan myös, kuinka palvelusuunnitelma laaditaan yksilöllisesti yhteistyössä palveluohjaajan ja kuntoutujan kanssa, asiakkaan toiveet huomioiden. Palveluoppaan loppuun on koottu tärkeät yhteystiedot, oppaan haltijalla on mahdollista myös itse kirjata omia tärkeitä yhteystietojaan oppaaseen.



Kuva 2. Consumer handbook 2011.

Opinnäytetyöprosessi syvensi osaamista laajasti koko mielenterveystyökentältä. Työtä tehdessä opittiin ymmärtämään laajemmin keskeisimmät mielenterveyshäiriöt sekä tutustuttiin mielenterveyspalveluihin, palvelujärjestelmään ja paikallisiin mielenterveystoimijoihin. Palveluohjauksen merkitys asiakaslähtöisenä ja vuorovaikutuksellisenä työnä selkiytyi työn edetessä. Tulevaisuudessa mielenterveysongelmat ovat todennäköisesti edelleen lisääntyvä haaste yhteiskunnassamme. Tämän vuoksi sosiaalialan ammattilaisina on tärkeää tiedostaa palveluohjauksen tarve ja vankan perustietouden ylläpito mielenterveydestä, sen häiriöistä, mielenterveyspalvelujärjestelmästä ja palvelutoimijoista. Tiedonhallinta takaa meille riittävän osaamisen asiakkaan ohjaamiselle oikeiden ja tarpeenmukaisten palveluiden piiriin. Mielenterveyspalveluissa palveluohjaus on vielä melko tuntematon käsite, vaikkakin se on ollut mielenterveystyössä käytössä yli kymmenen vuoden ajan. Valtakunnallisesti ja kansainvälisesti suomi on hyvinvointivaltio, jolla on toimiva palvelujärjestelmä. Palvelujärjestelmän tarkoituksena on taata palveluja kaikille niitä tarvitseville. Kehittämistarvetta palveluissa on,

varsinkin mielenterveyspalveluiden osalta. Kehittäminen olisi tarpeellista niin, että ne vastaisivat asiakkaiden tarpeita. Kuopion alueella mielenterveystyön palveluohjaajille olisi tulevaisuudessa varmasti tarvetta ja sen tuomat hyödyt näkyisivät tulevaisuudessa kuntien, ja jopa valtakunnan tasolla.

Opinnäytetyö oli pitkä prosessi, jossa tarvittiin kiinnostusta ja syvällistä tutustumista aiheeseen, tavoitteellista työtettä, joustavuutta, kärsivällisyyttä ja keskeneräisyyden sietokykyä. Opinnäytetyön tekemisen aikana opittiin toimimaan yhteistyössä eri sidosryhmien kanssa, hyödyntämään luotettavaa tutkittua tietoa ja hyödyntämään tietopohjaa laajasti niin sähköisistä kuin painetuistakin tutkimuksista ja artikkeleista. Hyödynsimme myös kansainvälisiä lähteitä, koska englannin kieltä ei koettu haasteeksi. Työskentelymme aikana tiedon kriittinen arviointi kehittyi. Oli tärkeää tiedostaa, että luotettavat tietolähteet antavat luotettavuutta myös opinnäytetyöllemme ja näin ollen pystymme ylipäänä jakamaan saamaamme tietoa myös muille. Osallistuminen päihdepäiville Helsinkiin kulttuuritalolla 16-17.5.2018 koettiin hienoksi ja hyödylliseksi kokemukseksi, kuin myös hyväksi ja luotettavaksi tietolähteeksi. Opinnäytetyön prosessin aikana opittiin toimimaan yhteistyössä eri toimeksiantajien ja sidosryhmien kanssa. Työn aikana pidettiin useita palavereja ja käytiin sähköpostikeskusteluja ja yhteistyön tuloksena saatiin aikaiseksi hyvä tutkimuskysely ja tutkimus. Tämä lisäsi yhteistyötaitoja ja toi varmuutta omaan osaamiseen tulevaa työelämääkin silmällä pitäen. Opinnäytetyön aikatauluttaminen on tärkeää, todettiin kuitenkin, että aina sovitut aikataulut eivät pidä ja työskentelyssä on oltava liikkumavaraa.

Opinnäytetyömme aihe oli ajankohtainen ja tutkimukselle oli selkeä tarve varsinkin Itä-Suomessa, jossa mielenterveysongelmat ovat selvästi muuta maata yleisempiä. Mielenterveyspalvelujen saataavuus ei ole läheskään riittävää mielenterveyshäiriöiden yleisyyteen ja tarpeeseen nähden. Opinnäytetyömme kautta halusimme osaltamme auttaa toimeksiantajaa eri sidosryhmiä tiedostamaan vastaajien mielipiteet palvelujen tämänhetkisestä toimivuudesta, tarpeesta, oikea-aikaisuudesta ja lähestyttävyydestä. Opinnäytetyömme lopputulos sai hyvää palautetta ja yllättävän laajaa huomiota sekä toimeksiantajalta että muilta mielenterveyspalvelutoimijoilta. Esittelimme työmme toimeksiantajalle 12.11.2018, tämän lisäksi työ esitettiin Kuopion yliopistollisen sairaalan kaksisuuntaisen mielialahäiriön tietopäivässä 16.11.2018. Pienillä teoilla pystytään auttamaan lähimmäisiämme, tämä työ toimikoon osaltamme juurikin tällaisena pienenä tärkeänä tekona.

“Haluan tehdä suuria ja jaloja tehtäviä, mutta tärkein tehtäväni on tehdä pieniä tehtäviä suuresti ja jalosti.”

– Helen Kelle

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- Achté, Kalle, KIVIVALO, Erkki, KAUTTU, Kyllikki, LAHTI, Pirkko & VUORIPALO, Tytti. 1989. Yhdeksän vuosikymmentä mielenterveystyötä. Gummerus. Jyväskylä.
- Amiedu s.a. Mitä on mielenterveys. [Viitattu 2018-05-04.] Saatavissa: <http://www.amiedu.net/jokeri/oppiminen/mielenterveys.htm>
- ASIKAINEN, Anna-Kaisa, BJÖRN, Johanna, PARVIAINEN, Ritva, POHJOLAINEN, Sari, PURANEN, Tiina 2018. Kun yksi sairastuu, niin moni tarvitsee apua. Savon Sanomat 9.10.2018
- Consumer Handbook 2011. A Guide for Understanding the Mental Health, Developmental Disabilities and Substance Abuse Service System in North Carolina. [Viitattu 2018-11-14.] Saatavissa: <https://files.nc.gov/ncdhhs/documents/files/consumerhandbookv2.pdf>
- EVANS-LACKO, Sara, KNAPP, Martin, MCCRONE, Paul, THORNICROFT, Graham ja THORNICROFT, Mojtabai 2013. The Mental Health Consequences of the Recession: Economic Hardship and Employment of People with Mental Health Problems in 27 European Countries. [Viitattu 2018-11-14.] Saatavissa: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0069792>
- FinFami s.a. FinFamin strategia [verkkójulkaisu]. [Viitattu 2018-05-04.] Saatavissa: <https://finfami.fi/tietoa-meista/strategia>
- HAKALA, Juha T 2008. Uusi graduopas. Yliopistopaino. Helsinki.
- HARJAJÄRVI, Minna, PIRKOLA, Sami, WAHLBECK, Kristian 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa [Verkkójulkaisu]. [Viitattu 2018-05-12] Saatavissa: <file:///C:/Users/Minun/Downloads/p080729095327B.pdf>
- HEIKKINEN-PELTONEN, Riitta, INNANMAA, Marja, VIRTA, Marjut 2014. Mieli ja terveys. Helsinki.
- HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula, 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.
- HOLMBERG, Jan 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Otavan kirjapaino. Keuruu.
- HYVÄRI, Susanna ja VUOKILA-OIKKONEN, Päivi 2018. Osallistavan ja tutkittavan kehittämisen opas: Tutkimus- ja kehittämistyön luotettavuus. [Viitattu 2018-03-08.] Saatavissa: <http://libguides.diak.fi/c.php?g=389856&p=3530138>
- HÄNNINEN, Kaija. Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin [verkkójulkaisu]. [Viitattu 2018-11-28.] Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75697/R20-2007-VERKKO.pdf?sequence=1>
- Kamk s.a. Opinnäytetyöpakki. Opinnäytetyön eettiset suositukset. [Viitattu 2018-03-08.] Saatavissa: <http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/SoTeLi/Opinnaytetyoprosessi/Eettiset-suositukset>
- KANANEN, Jorma 2015. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Juvenes Print.
- Kela 2017. Palveluohjaus. [Viitattu 2018-11-2.] Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/talous-ja-politiikka/sosiaalipolitiikka/sosiaalityo/palveluohjaus>
- KOVES-MASTEFY, Viviane, ALONSO, Jordi, BRUGHA, Traolach S, ANGERMEYER, Matthias C., HARO, Josep Maria ja SEVILLA-DEDIEU, Christine 2007. Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries [verkkójulkaisu]. [Viitattu 2018-11-20.]. Saatavissa: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2007.58.2.213>
- KUHANEN, Carita, OITTINEN, Pirkko, KANERVA, Anne, SEURI Tarja ja SCHUBERT, Carla 2010. Mielenterveyshoitotyö. WSOYpro. Helsinki.
- Kuopio s.a. Mielenterveys. [Viitattu 2018-05-12]. Saatavissa: <https://www.kuopio.fi/mielenterveys>

LAASANEN, Annikka, PURHONEN, Maija, METELINEN, Juha, VON KOCH, Ritva ja SULKU, Riitta. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kuntien mielenterveys- ja päihdeselvityksen tuloksia ja pohdintaa. Kuopio 2013. [Viitattu 2018-10-10]. Saatavissa: <https://docplayer.fi/5935806-Pohjois-savon-sairaanhoitopiirin-kuntien-mielenterveys-ja-paihdepalveluselvityksen-tuloksia-ja-pohdintaa.html>

MARTTUNEN, Mauri, KÄRKKÄINEN, Jukka ja SUVISAARI, Jaana 2016. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Mielenterveyspalvelut. Taustatietoa mielenterveyshäiriöistä. [Viitattu 05-06-2018]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/documents/974282/1449788/Mielenterveyspalvelut.pdf/182ce61a-be12-426b-b6ca-1c65245b186f>

Mielenterveyden keskusliitto s.a. Mitä teemme? [Viitattu 2018-11-04.] Saatavissa: <http://mtkl.fi/liitto/>

Mielenterveysbarometri 2017. [Viitattu 2018-11-20.] Saatavissa: <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2017/11/Mielenterveysbarometri-2017-11-20.pdf>

Mielenterveyslaki. L 14.12.1990/1116. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-05-12]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mielenterveysseura s.a.a. Mitä mielenterveys on. [Viitattu 2018-05-04]. Saatavissa: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveysseura/organisaatio-ja-toiminta/strategia/mit%C3%A4-mielenterveys>

Mielenterveysseura s.a.b. Mielenterveyden häiriöt. [Viitattu 2018-05-04.] Saatavissa: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6t>

Mielenterveysseura s.a.c. Tukea verkosta. [Viitattu 2018-06-04]. Saatavissa: <http://www.mielenterveysseurat.fi/kuopio/tukea-verkossa/>

Mielenterveystalo. s.a.a. Vertaistuki. [Viitattu 2018-05-12]. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/vertaistuki.aspx>

Mielenterveystalo s.a.b. Lakitietoutta. [Viitattu 2018-05-12]. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Mielenterveyspalvelut/Pages/Lakitietoutta.aspx>

Mielenterveystalo s.a.c. Tietoa palveluista. [Viitattu 2018-10-30]. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/tietoa%20palvelusta/Pages/default.aspx>

PEHKONEN, Aini ja VÄÄNÄNEN-FOMIN, Marja 2011. Sosiaalityön arvot ja etiikka. PS-kustannus. Juva.

PEKKARINEN, Anna 2017. Tutkimusetiikka ja eettisyys sosiaalityön tutkimuksessa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. [Viitattu 2018-11-27]. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96237/GRADU-1414488474.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

PIETILÄINEN, Erja ja SEPPÄLÄ, Heikki 2003. Palveluohjaus. Asiakastyössä ja organisaatiossa. Kehitysvammaliitto. Painopörssi Oy.

PIIPPONEN, Marita 2012. Palveluohjaus mielenterveystyössä. Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia palveluohjauksesta. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Pro Gradu -tutkielma. [Viitattu 2018-11-21.] Saatavissa: <https://core.ac.uk/download/pdf/15169858.pdf>

PUPITA-MATTILA, Kati. Arvostava kohtaaminen auttamistyössä ja työyhteisössä 2007. PS-kustannus Jyväskylä.

PRÄTTÄLÄ, Ritva ja TOLONEN, Hanna 2007. Ketkä todellisuudessa vastaavat terveystieteisiin. [Viitattu 2018-11-14]. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101969/kansanterveys307final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

PSSHP s.a. Kuopion psykiatrian keskus. [Viitattu 2018-05-12]. Saatavissa: <https://www.pssh.fi/po-tilaat-ja-vierailijat/sairaalat/kuopion-psykiatrian-keskus>

- RISSANEN Pekka, Jousilahti Pekka. Sosiaali- ja terveystalvet Pohjois-Savo. THL:n asiantuntija-ryhmä. Asiantuntijapalvelu 2018. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-10-31]. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136039/URN_ISBN_978-952-343-060-0.pdf?sequence=1&isAlloved=y
- Salmi, Toivo T. 2014. Kolmannen sektorin toiminta-ajatus laajenee. Potilaan lääkärilehti 9.9.2014. [Viitattu 2018-11-18.] Saatavissa: <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/kolmannen-sektorin-toiminta-alue-laajenee/>
- STM 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. [Viitattu 2018-05-12]. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74011/Selv200417.pdf?sequence=1>
- STM s.a.a. Mielenterveyspalvelut. [Viitattu 2018-05-12]. Saatavissa: <http://stm.fi/mielenterveyspalvelut>
- STM s.a.b. Palvelujärjestelmä. [Viitattu 2018-05-12]. Saatavissa: <http://stm.fi/mielenterveyspalvelut>
- TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Viitattu 2018-05-15]. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Terveyskirjasto 2017. Mielenteiden häiriöt. [Viitattu 2018-05-12]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002
- THL 2015. Mielenterveyshäiriöt. [Viitattu 2018-05-12]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>
- THL 2017. Sairastavuusindeksi. Kaupunkilaisten terveys paranee, paitsi Kuopiossa. [Viitattu 2018-05-12]. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/-/sairastavuusindeksi-kaupunkilaisten-terveys-paranee-paitsi-kuopiossa>
- THL 2018. Päihde- ja mielenterveystyö sosiaalipalveluina. [Viitattu 2018-11-18.] Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/sosiaalipalvelut/paihde-ja-mielenterveystyo-sosiaalipalveluina>
- THL 2018a. Mielenterveyden edistäminen. [Viitattu 2018-05-04.] Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>
- THL s.a. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Kokemusasiantuntijuus. Julkari. [Viitattu 2018-05-30]. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130239/Kokemusasiantuntijuus.pdf>
- Tilastollinen tutkimus 2014. Määrällinen tutkimus. [Viitattu 2018-05-22]. Saatavissa: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>
- TOIVOLA, Mikaela 2014. Palveluohjaus päihdetyössä. Kyselytutkimus palveluohjauksen sisällöstä, tavoitteista ja toteutumisesta. Helsingin yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. [Viitattu 2018-06-06]. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/95638/GRADU-1402393458.pdf?sequence=1>
- VUORI-KEMILÄ, Anne, LINDROOS, Sirpa, NEVALA, Soili 2014. Ihmisen hyvä. Sanoma Pro. Helsinki.
- WAHLBECK, Kristian, HIETALA, Outi, KUOSMANEN, Lauri, MCDAID, David, MIKKONEN, Juha, PARKKONEN, Johannes, REINI, Kaarina, SALOVUORI, Samuel, TOURUNEN, Jouni 2018. Toimivat mielen-terveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys ja tutkimustoiminnan julkaisusarja. Helmikuu 2018. [Viitattu 2018-05-18.] Saatavissa: <http://www.julkari.fi/handle/10024/136063>
- YLÄ-SAVON sote s.a. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2016-2020. [Viitattu 2018-10-30.] Saatavissa: <http://www.ylasavonsote.fi/documents/10192/15830/Mielenterveys-+ja+paihdesuunnitelma2016-2020.pdf/bd622254-96f9-49dd-b6db-75816562dad6>
- YLÖNEN, Anni 2018-06-15. Midas. Midaksen esittely [sähköpostiviesti]. Vastaanottajat Muona, Laura, Markkanen, Irmeli, Mähönen, Sari, Mäntylä, Maria ja Turunen, Pirjo. [Tulostettu 2018-06-20]

KUVAT JA MUUT LIITTEET

KAAVIO 1. Kolmijakoinen palveluohjausmalli.

KAAVIO 2. Tietolähteet mielenterveyspalveluista.

KAAVIO 3. Hyväksi havaitut palvelut ja tukimuodot.

KAAVIO 4. Avun ja tuen saamisen haasteet.

KUVA 1. Palvelujärjestelmän toimijoita Kuopiossa

KUVA 2. Consumer handbook 2011.

KUVIO 1. Opinnäytetyön eteneminen ajallisena prosessina.

KUVIO 2. Jyväskylän yliopisto s.a. Etiikka. [Viitattu 2018-08-17.] Saatavissa:
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/etiikka>

LIITE 1. Kyselyn saateviesti.

LIITE 2. Kyselyn esite.

LIITE 3. Mielenterveyspalvelujen toimivuus Kuopiossa ja lähialueilla -kysely.

LIITE 1. KYSELYN SAATEVIESTI

Hei!

Oletko kokenut tai koetko ongelmia mielenterveyden kanssa?
Haluatko kertoa kokemuksistasi mielenterveyspalveluista ja -järjestöistä,
avun toimivuudesta ja palvelujen saatavuudesta?



Midas eli Mielenterveystyön edistämisen alueellinen yhteistyöverkosto kartoittaa mielenterveyspalvelujen toimivuutta Kuopiossa ja lähialueilla. Kyselyn tavoitteena on selvittää, miten mielenterveyspalvelut ja -järjestöt onnistuvat työssään ja missä on parannettavaa.

Voit osallistua kyselyyn riippumatta siitä, oletko koskaan saanut apua tai tukea mielenterveyspulmiisi. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista, voit halutessasi keskeyttää vastaamisen milloin tahansa. Kyselyssä ei tiedustella henkilötietoja, ja lopulliset tulokset raportoidaan siten, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 5-10 minuuttia.

Kyselyn toteuttavat opinnäytetyönään sosionomiopiskelijat Laura Muona ja Maria Mäntylä.

Lisätietoja: Laura Muona p. 050-595 9249, email: laura.muona@edu.savonia.fi

Maria Mäntylä p. 040-352 2010, email: maria.mantyla@edu.savonia.fi

Anni Ylönen, sosiaalityöntekijä KYS, Midaksen jäsen: anni.ylonen@kuh.fi

Midas on perustettu vuonna 1995. Verkoston toiminnan tavoitteena on edistää mielenterveysasiakkaiden ja kuntoutujien, heidän omaistensa sekä läheistensä mielenterveyttä.

Kiitos arvokkaasta tiedostasi!

Kyselyn linkki: <https://link.webpolsurveys.com/S/61A464155A106C0F>

Kyselyn esite (tulostettavaksi tai sähköisesti jaettavaksi):



Esite_Midas_kysely_26
.9.2018.pptx

LIITE 2. KYSELYN ESITE

Onko sinulla kokemuksia mielenterveyspalveluista?



Haluatko kertoa kokemuksistasi

mielenterveyspalveluista, -järjestöistä, avun toimivuudesta ja palvelujen saatavuudesta Kuopiossa ja lähialueilla?

Kyselyyn pääset:

www.omary.fi

-> Etusivu

-> Kysely mielenterveyspalveluista

Auta meitä kartoittamaan

tämänhetkistä tilannetta ja kehittämään mielenterveyspalveluja ja tukimuotoja!

Kyselyyn vastaaminen kestää noin **5-10** minuuttia.

Kyselyssä ei tiedustella henkilötietoja.

Kyselyn toteuttavat opinnäytetyönään Savonian sosionomiopiskelijat Laura Muona ja Maria Mäntylä yhteistyössä Mielenterveyden edistämisen alueellinen yhteistyöverkosto Midaksen kanssa.

Lisätietoja kyselystä: Laura Muona: laura.muona@edu.savonia.fi
Maria Mäntylä: maria.mantyla@edu.savonia.fi

LIITE 3. MIELENTERVEYSPALVELUJEN TOIMIVUUS KUOPIOSSA JA LÄHIALUEILLA -KYSELY

**Mielenterveyspalveluiden toimivuus Kuopiossa ja lähialueilla**

Vastaamalla kyselyyn autat kartoittamaan tämänhetkistä tilannetta mielenterveyspalveluiden ja eri tukimuotojen toimivuudesta Kuopiossa ja lähialueilla, sekä kehittämään niitä.

Vastauksesi on meille arvokas!

1. Sukupuoli * Mies Nainen Muu/en halua sanoa**2. Ikä *** Alle 18 18-29 30-49 50-62 63-79 yli 80**3. Koulutustausta *** Perusaste Toinen aste (lukio, ammattikoulu) Korkeakoulu (opistoaste, ammattikorkeakoulu) Yliopisto

4. Olen * Opiskelija Työssä Sairauslomalla Työtön Eläkkeellä Muu, mikä? _____**5. Asuinalue *** Kuopio Juankoski Karttula Maaninka Nilsia Riistavesi Vehmersalmi Siilinjärvi Suonenjoki Rautalampi Tuusniemi Kaavi Leppävirta Muu, mikä? _____

6. Mistä olet saanut tietoa kotikuntasi mielenterveyspalveluista? (voit valita useita vaihtoehtoja)

- Sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaiselta
- Opiskelijaterveydenhuollosta
- Työterveyshuollosta
- Järjestön/yhdistyksen työntekijältä
- Lehdessä
- Internetistä
- Ilmoitustaululta
- Läheiseltä, ystävältä, tuttavalta
- Muualta, mistä? _____
- En mistään

7. Onko sinulla ollut asiakkuutta mielenterveyspalveluissa? *

- Ei
- Kyllä, minne? _____

8. Onko sinulla ollut kontaktia joihinkin seuraavista mielenterveystoimijoista? (voit valita useita vaihtoehtoja) *

- Mielenterveysseura (Kansalaisjärjestö, joka edistää mielenterveyttä, Kuopion alueella esim. kriisikeskus)
- Mielenterveystalo (Nettiportaali, joka tarjoaa tietoa ja tukea, esim. lääkärin läheteellä nettiterapiaa.)
- Mielenterveyden keskusliitto (Kansalaisjärjestö, joka valvoo ja ajaa mielenterveyskuntoutujien ja heidän läheistensä etuja.)
- Nyyti ry (Valtakunnallinen yhdistys, joka edistää opiskelijoiden mielen hyvinvointia ja opiskelukykyä.)
- FinFami ry (Omaisyyhdistys, joka edistää omaisten hyvinvointia, kun perheessä tai lähipiirissä

ilmenee

mielenterveyden häiriöitä.)

Muu, mikä? _____

En osaa sanoa / ei mihinkään

9. Oletko hyödyntänyt mielenterveystalo.fi palveluja/tukimuotoja? *

En

Kyllä

10. Millaiset mielenterveyspalvelut tai tukimuodot olet kokenut hyväksi? (voit valita useita vaihtoehtoja) *

Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (esim. terveyskeskus, sairaala)

Yksityisen terveydenhuollon palvelut (esim. työterveyshuolto, lääkäriasemat)

Järjestöjen/yhdistysten palvelut (esim. yksilö- tai ryhmätapaamiset, puhelintuki)

Vertaistuki

Internetin kautta saatu tuki (esim. mielenterveystalo.fi, chat, oma-apu-ohjelmat)

Omaisilta/läheisiltä saatu tuki

Kavereilta/ystäviltä saatu tuki

Muu, mikä? _____

En osaa sanoa

11. Kuvaile, millainen tuki on auttanut sinua parhaiten? *

12. Ovatko jotkin seuraavista tekijöistä tehneet avun/tuen saamisen haasteelliseksi? (voit valita useita vaihtoehtoja) *

- Apua/tukea ei ole ollut tarjolla tai sitä on ollut vaikea löytää
- Minulla ei ole ollut varaa mielenterveyspalveluihin
- En ole tiennyt, mistä hakea apua
- En ole jaksanut hakea apua
- En ole kokenut haasteita
- Muu, mikä? _____

13. Mitä muuta haluaisit kertoa? (esim. kyselyyn, mielenterveyspalveluihin tai tukeen liittyen)

Kiitos vastauksestasi!