



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Ida Vahertimo & Fia Yli-Mannila

Mielenterveyskuntoutujien kokemukset mielenterveyspalveluista ja niiden merkitys asiakkaan kuntoutumiselle

Opinnäytetyö

Kevät 2023

SeAMK Sosiaali- ja terveysala
Sosionomi (AMK), Sairaanhoidaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Tekijät: Ida Vahertimo (Sairaanhoitaja (AMK)) ja Fiia Yli-Mannila (Sosionomi (AMK))

Työn nimi: Mielenterveyskuntoutujien kokemukset mielenterveyspalveluista ja niiden merkitys asiakkaan kuntoutumiselle

Ohjaajat: Virpi Rantanen ja Mirva Siltakorpi

Vuosi: 2023

Sivumäärä: 91

Liitteiden lukumäärä: 2

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, millaisia kokemuksia mielenterveyskuntoutujilla oli mielenterveyspalveluiden toimivuudesta, asiakassuhteiden ja vuorovaikutuksen toteutumisesta sekä asiakkaan motivaatioon ja sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyön tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena ja aineiston keräämiseen käytettiin mielenterveyskuntoutujien haastatteluja. Teemahaastattelurunko muodostettiin opinnäytetyön teorian pohjalta. Haastatteluihin osallistui kahdeksan mielenterveyskuntoutujaa, joista osa on myös kokemusasiantuntijoita. Analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, jossa aineisto jaettiin teemoihin.

Tutkimuksessa todettiin, että mielenterveyskuntoutajat saavat pääosin tarpeidensa mukaista hoitoa mielenterveyspalveluissa. Heille oli annettu riittävästi tietoa heidän sairauksistaan, lääkähoidosta sekä eri toimenpidevaihtoehdoista. Enemmistö haastateltavista ei kokenut syrjintää tai ennakkoluuloisuutta ammattihenkilöiltä palveluissa. Pieni osa oli kuitenkin kokenut päihderiippuvuutensa vaikuttavan negatiivisesti palveluihin. Kuitenkin asiakkaiden oikeudet toteutuivat palveluissa hyvin. Pitkäaikaisissa hoitosuhteissa koettiin tärkeäksi luottamuksellisuus, avoimuus ja rehellisyys. Mielenterveyskuntoutujien kokemuksena oli, että ammattihenkilöt olivat ymmärtäneet ja kuunnelleet heitä. Haastateltavat kuvasivat, että heidän haasteitaan oli kartoitettu monipuolisesti, mutta voimavarojen kartoitus oli jäänyt vähäiseksi. Haastatteluista selvisi myös, että mielenterveyskuntoutajat olivat sitoutuneita hoitoonsa ja hoito lisäsi heidän toivon tunnettaan.

Johtopäätöksissä todettiin, että vaikka haastateltavilla oli negatiivisia kokemuksia mielenterveyspalveluista, kokonaisuus on se, mikä palveluissa vaikuttaa toipumiseen. Hoitosuhteissa haastateltavien toipumiseen vaikutti positiivisesti arvojen ja kemioiden kohtaaminen, uusien näkökulmien saaminen sekä päätöksen tekeminen yhdessä ammattilaisen kanssa. Heikentäviä tekijöitä vuorovaikutukseen on ammattihenkilön ja asiakkaan yhteensopimattomuus. Haastateltavien sitoutuneisuuteen on vaikuttaneet halu parantua omasta sairaudesta sekä oireiden lievittyminen. Palveluissa asiakkaan toipumista edistää niiden oikea-aikaisuus, vertaistuen saaminen, syrjimättömyys sekä mielipiteiden kuuntelu. Toipumista heikentää palveluihin pääsemisen hankaluudet sekä asiakkaan näkeminen hänen ongelmiansa kautta.

¹ Asiasanat: sosionomi, sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut, toipuminen, mielenterveyskuntoutajat

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Authors: Ida Vahertimo (Nursing) and Fiia Yli-Mannila (Social services)

Title of thesis: The experiences of mental health rehabilitees of mental health services-, and the significance they have for client's rehabilitation

Supervisors: Virpi Rantanen and Mirva Siltakorpi

Year: 2023

Number of pages: 91

Number of appendices: 2

The purpose of the thesis was to investigate the experiences of mental health rehabilitees about the functionality of mental health services, patient care relationships and interaction along with the factors that affect rehabilitees' motivation and commitment to use the services. The study was carried out as a qualitative study, and eight mental health rehabilitees were interviewed to collect data for the thesis. Some of them were also experts by experience. The focused interview frame was formed from the theory of the thesis. In the thesis, themes and content analysis were used as analytical methods.

The results showed that the mental health rehabilitees got service that was equivalent for their needs and they got enough information about their illness, medication and different service options. Most of the interviewees did not experience discrimination or prejudice from the professionals in the services. Small part of the interviewees had the experience that addiction to substances can affect the care and the service negatively. In the thesis was also discovered that rehabilitees' rights in the services are carried. Furthermore, in a long patient care clients can experience trust, openness and honesty. Mental health rehabilitees experienced that professionals have understood and heard them. The interviewees described that their challenges were charted in various ways, however resources were charted a little. According to the results that the mental health rehabilitees are committed to their service and the care has given hope to them.

In the conclusions it was stated that the bigger picture of the care is what had an effect to the rehabilitation of the interviewees even though they also had negative experiences. In the patient care relationship meeting the values and personal chemistry, new point of views and making decisions together with the professional had a positive effect to the rehabilitation of the interviewees. Enervating factors to the interaction were incompatibility of the interviewee and the professional. The will to get better and the easing off the symptoms had a positive effect on the commitment to the services. In the services timeliness, peer support, non-discrimination and listening to the opinions of the clients has a positive effect on the rehabilitation. Enervating factors to the rehabilitation of the interviewee were difficulties in accessing the services and that the professional saw the client only through their issues.

¹ Keywords: Social Services, Nursing, mental health services, recovering, mental health rehabilitees

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ	4
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo	6
1 JOHDANTO	7
2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TAVOITTEET	9
2.1 Opinnäytetyön taustaa ja tarve.....	9
2.2 Teoreettinen viitekehys	11
2.3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	12
2.4 Aiempia tutkimuksia	13
3 MIELENTERVEYSPALVELUT JA NIIDEN SISÄLTÖ	16
3.1 Mielenterveyspalveluiden tarkoitus ja järjestäminen.....	16
3.2 Avohoito, tehostettu avohoito ja osastohoito	17
3.3 Psykososiaaliset hoitomuodot	18
3.4 Palveluohjaus	20
3.5 Kuntoutuminen	20
3.6 Sosiaalinen kuntoutus ja sen menetelmät	22
3.7 Toipuminen, toivo ja voimaantuminen	24
4 ASIAKKUUS MIELENTERVEYSPALVELUISSA	26
4.1 Mielenterveyspalvelujen käyttäjät.....	26
4.2 Hoitoon pääsy	27
4.3 Asiakassuhde ja sen periaatteet.....	28
4.4 Monialaisuus ja moniammatillisuus	33
4.5 Vuorovaikutus ja kohtaaminen	34
5 MIELENTERVEYSONGELMAT JA NIIDEN LÄÄKEHOITO.....	37
5.1 Lääkehoidon tavoitteet ja toteutuminen.....	37
5.2 Ahdistus & ahdistuneisuushäiriössä käytetyt lääkkeet	39
5.3 Mielialahäiriöt ja niihin käytettävät lääkkeet.....	40

5.4	Psykoosit ja niihin käytettävät lääkkeet	41
5.5	Skitsofrenia ja siihen käytetyt lääkkeet.....	42
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	43
6.1	Laadullinen tutkimus.....	43
6.2	Aineiston keruu.....	45
6.3	Tutkimusaineiston analysointi.....	47
6.4	Eettisyys ja luotettavuus	49
7	TUTKIMUSTULOKSET	54
7.1	Palvelujärjestelmään ja palveluihin liittyvät kokemukset.....	56
7.2	Asiakassuhde ammattihenkilöön ja vuorovaikutus	63
7.3	Kokemukset sitoutuneisuudesta hoitoon, motivaatiosta sekä hoidon myönteisistä vaikutuksista.....	67
8	JOHTOPÄÄTÖKSET	70
9	POHDINTA.....	79
	LÄHTEET	83
	LIITTEET	92

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Teoreettinen viitekehys	12
Kuvio 2. Mielenterveyspalvelut	17
Kuvio 3. Elämänpiirin laajeneminen-sosiaalinen kuntoutus	23
Kuvio 4. Hoidon aloittaminen perusterveydenhuollossa	27
Kuvio 5. Hoidon aloittaminen erikoissairaanhoidossa	27
Kuvio 6. Dialogisen kohtaamisen muodostuminen	30
Kuvio 7. Asiakaslähtöisyyden rakennuspalikat	32
Kuvio 8. Onnistuneen ammatillisen vuorovaikutuksen kulmakivet	35
Kuvio 9. Potilaan lääkkeen käyttöön vaikuttavat asiat	39
Kuvio 10. Opinnäytetyön aikataulut	44
Kuvio 11. Haastateltavien käyttämät palvelut	47
Kuvio 12. Analysoinnin vaiheet	49
Kuvio 13. Mielenterveyskuntoutujien kokemukset mielenterveyspalveluista	55
Kuvio 14. Toipumista heikentävät ja edistävät tekijät palveluissa	73
Kuvio 15. Edistävät ja heikentävät tekijät vuorovaikutuksessa	75
Kuvio 16. Sitoutuneisuuteen ja voimaantumiseen liittyvät tekijät	76
Kuvio 17. Lääkehoidon sitoutuneisuuteen vaikuttavat tekijät	77

1 JOHDANTO

Ihmisten välisissä suhteissa syntyy merkittäviä kokemuksia ja oivalluksia (Mönkkönen, 2018, s. 20). Mielensterveyskuntoutuja kohtaa matkallaan monenlaisia ihmisiä, auttajia, ymmärtäjiä, kummeksijoita, vihollisia ja niitä, jotka kääntävät selkänsä kuntoutujalle (Hyväri, 2009, s. 20). Näihin rooleihin sijoittuvia ihmisiä löytyy ammattilaisten piireistä sekä omista läheisistä. Asiakkaan kohtaaminen on inhimillistä vuorovaikutusta, johon ihmisen asenne vaikuttaa (Mönkkönen, 2018, s. 17–20). Ihmiset tuovat aina mukanaan kohtaamiseen oman historiansa, kulttuurinsa ja uskomuksensa.

Mielensterveystyö vaikuttaa kokonaisvaltaisesti asiakkaan hyvinvointiin. Mielensterveyslain (1116/1990, 1 luku, 1§) mukaan mielensterveystyöllä tarkoitetaan henkilön psyykkisen hyvinvoinnin, persoonallisuuden ja toimintakyvyn kasvun edistämistä, sekä mielensterveysthäiriöiden ehkäisemistä, lievittämistä tai parantamista. Mielensterveydenhäiriötä sairastavalle henkilölle on lääketieteellisin perustein mahdollistettava sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiä mielensterveystpalveluita.

Mielensterveystyön tavoitteena on vahvistaa mielensterveyttä ja vähentää siihen kohdistuvia uhkia (Sosiaali- ja terveysministeriö, i.a.). Mielensterveystyö jakautuu kolmeen eri osaan mielensterveyden edistämiseen, mielensterveysongelmien ehkäisyyn eli preventioon ja itse mielensterveystpalveluihin. Kunnat järjestävät avopalveluita ja sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluita, jotka ovat ensisijaisia mielensterveyden hoidossa. Erikoissairaanhoidossa järjestetään poliklinikkakäyntejä sekä sairaalahoitoa. Myös asumis- ja kotipalvelut ja kuntouttava työtoiminta kuuluvat kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestettäväksi.

Opinnäytetyössä selvitetään, ovatko mielensterveyskuntoutajat saaneet lain edellyttämien vaatimusten mukaista kohtelua. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkailla on oikeus laadultaan hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja hyvään kohteluun ilman syrjintää (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, 3 luku, 14 §). Asiakasta tulee kohdella niin, ettei hänen ihmisarvoaan tai vakaumustaan loukata ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Sen lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon toteutuksessa tulee ottaa huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet, äidinkieli sekä kulttuuritausta. Sosiaali- ja terveydenhuollon mielensterveystpalvelut

tarkoittavat sosiaalihuoltolain tarpeisiin vastaavaa mielenterveystyötä. Mielenterveyspalveluiden asiakkaat ovat sosiaalihuollon asiakkaita.

Opinnäytetyössä tutkitaan ja tuodaan esille mielenterveyskuntoutujien merkityksellisiä kokemuksia. Merkitykselliset kokemukset voivat liittyä palveluissa olleisiin hyviin tai huonoihin vuorovaikutussuhteisiin, erinomaiseen ohjaukseen tai palvelurakenteisiin. Tutkimuksen kohteena ovat mielenterveyspalveluiden tuomat muutokset mielenterveyskuntoutujan kuntoutumiseen ja sairaudesta toipumiseen. Muutoksia tutkitaan mielenterveyskuntoutujan omasta näkökulmasta. Ne voivat olla mielenterveyttä edistäviä tai mahdollisesti toipumisprosessia hidastavia tapahtumia tai asioita.

Opinnäytetyössä tutkitaan mielenterveyskuntoutujien kokemuksia kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkimusmenetelmän avulla selvitetään, millaisia kokemuksia mielenterveysongelmasta kuntoutuvalla on mielenterveyspalveluista ja millainen merkitys niillä on asiakkaan kuntoutumiselle. Aineiston keruu suoritettiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Tässä työssä ei keskitytä ennaltaehkäisevään näkökulmaan, vaan interventioon ja korjaavaan näkökulmaan. Teemahaastatteluun osallistuvat ovat matalan kynnyksen kohtaamispaikan Olkkarin kävijöitä, joista osalla on myös kokemusasiantuntijan koulutus. Opinnäytetyön teoria koostuu aikaisemmista tutkimuksista ja teoksista, jotka käsittelevät mielenterveyspalveluita ja niiden sisältöä, asiakassuhteita sekä lääkehoitoa.

Opinnäytetyön tekemiseen osallistuu kahden eri tutkimusalan opiskelijat, joten esille tuodaan näkökantoja kahdesta ammatillisesta näkökulmasta. Ammatilliset näkökulmat sisältävät sosiaali- ja hoitotieteen näkökantoja. Sosiaali- ja terveysalan opinnoissa painotetaan yhä enemmän moniammatillisuutta (Salo-Tuominen, 2022). Työtehtävien jakamisen muodostaa osaamisen jakaminen eri tahoille. Osaamisen jakaminen tekee asiakkaan palvelupolun muodostumisen sujuvammaksi.

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TAVOITTEET

Tässä osiossa kerrotaan opinnäytetyön aiheen valinnasta ja tutkimuksen tarpeesta. Aiheen valintaa ja tarvetta tarkastellaan sen vaikutuksien mukaan yksilötasolla ja yhteiskunnallisella tasolla. Esille tuodaan tutkimuksen tavoitteet sekä tutkimuskysymykset, joihin haetaan vastauksia teemahaastattelulla. Haastateltavat ovat mielenterveyskuntoutujia ja heidän avullaan saadaan sisäpiiritietoa mielenterveyspalveluiden toiminnasta. Osa heistä ovat kouluttautuneet kokemusasiantuntijoiksi ja käsite käydään läpi tässä osiossa. Tässä osiossa esitellään opinnäytetyön teoreettinen viitekehys, johon on tiivistetty opinnäytetyössä esiteltävä teoriaosuus.

2.1 Opinnäytetyön taustaa ja tarve

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti tekijöiden yhteinen kiinnostus mielenterveystyötä kohtaan ja tulevaisuuden haaveet työskentelystä mielenterveyspalveluissa. Ajankohtaisesti aihe on tärkeä, sillä tietoisuus mielenterveysongelmista ja –palveluista lisääntyy merkittävästi ja samalla tarve palveluille on lisääntynyt. Kiinnostuksen kohteena oli, kuinka mielenterveyspalvelut vastaavat kuntoutujien tarpeisiin ja kuinka suuri merkitys palveluilla on ollut toipumisprosessin etenemiseen.

Sote-alalla on pula työntekijöistä, millä on vaikutus palveluiden oikea-aikaiseen toteutumiseen (Toivonen, 2023). Työntekijöiden puute vaikuttaa erityisesti ikääntyneiden palveluihin, mutta ongelmaa esiintyy myös mielenterveyspalveluissa. Etenkin psykologeista ja psykiatreista on puute. Tällä on vaikutus palveluiden laatuun ja lakisääteiseen toteutumiseen. Koronapandemia on tuonut lisää tarvetta mielenterveyspalveluille, mutta ongelma on ollut nähtävissä jo ennen pandemiaa etenkin nuorten keskuudessa (Vilpa, 2021). Jonotusaika on lapsilla ja nuorilla liian pitkä ja hoitajan tapaamisia voidaan järjestää harvoin. Hoitohenkilökunnan lisäämisellä saataisiin avun antoa asiakkaan läheltä, oikea-aikaisesti ja riittävän usein. Kun apua lapsille ja nuorille tarjotaan jo varhaisessa vaiheessa, turvataan opiskelu- ja toimintakykyä.

Suomalaisten fyysinen terveys on parantunut viime aikoina, mutta samaa ilmiötä ei ole nähtävissä psyykkisen terveyden kannalta (Suomen mielenterveys ry (Mieli ry), 2021).

Mielenterveysongelmien ehkäisy ja niiden hyvä hoito vähentävät kansansairauksia mielenterveyden osalta sekä lisää kansantaloudellista tuottavuutta. Tuki- ja liikuntaelimestön aiheuttamat ongelmat ovat olleet sairauspäivärahatilastojen johdossa jo pitkään. Mielenterveydenhäiriöt ovat syrjäyttäneet tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet johdosta. Erityisesti tämä näkyy 16–49-vuotiaiden naisten kohdalla, joilla yleisin sairauspäivärahan saamisen syy oli mielenterveyshäiriöt (Blomgren, 2020). Vuoden 2016 jälkeen mielenterveyshäiriöstä johtuvaa päivärahaa saaneiden osuus väestöstä on kasvanut jokaisessa ikä- ja sukupuoliryhmässä. Sairauspäivärahan saaminen mielenterveyssyistä on ollut kasvussa lähes yhtä voimakkaasti miesten kuin naisten osalta.

Mielenterveydenhoito toteutetaan siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa (STM, i.a.). Sosiaalihuollon vastuulla on järjestää mielenterveyskuntoutujalle muun muassa asumispalveluita ja tarjota niiden yhteydessä sosiaalityötä, sosiaaliohjausta sekä sosiaalista kuntoutusta. Sosiaalihuollon mielenterveystyön on tarkoitus auttaa ihmisistä, jonka psyykinen toimintakyky on heikentynyt. Sosiaaliohjaajan tehtäviin kuuluu asiakkaan tukeminen, ohjaaminen ja kuntouttava työ (Mieli ry, 2021). Hoitotyön näkökulmasta mielenterveystyö on tiedon, tuen ja keskusteluavun tarjoamista niitä tarvitseville. Riippuen toteutettavan hoitotyön toteutuspaikasta, sairaanhoitajan tehtävät vaihtelevat. Tehtäviin kuuluu edellä mainittujen lisäksi myös lääkehoidon ja kliinisten toimenpiteiden toteuttaminen.

Mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan kokemukset aiheuttavat haasteita hoidon, kohtaamisen ja palveluiden kehittämisen suhteen. Näitä kokemuksia voi olla kielteiseksi koetut menetelmät, kuten tietyt hoitomuodot ja epäinhimillinen kohtelu (Hyväri, 2009, s. 26). tarinat onnistuneesta hoidosta kannustavat ammattilaisia. Vaatimuksena ammattilaiselle on nähdä ihminen hänen oireidensa ja diagnoosiansa takana. Tämän toteutumiseksi henkilökuntaa on koulutettava tiedostamaan, millaista on mielenterveyskuntoutujan elämä. Kokemuksien kertominen muodostaa sillan kutsumalla kuuntelijan katsomaan maailmaa kertojan silmin. Yksilöllisten tarinoiden kertomisesta voi syntyä kollektiivista tietoa ja yhteistä ymmärrystä (Hyväri, 2009, s. 25).

Mielenterveyspalveluissa tulevat esille vuorovaikutus, ammatillinen kohtaaminen, palveluohjaus, palveluissa käytettävät menetelmät sekä lääkehoito (Perustuslaki, 731/1999, 2 luku 6 § 10 §). Ihmisen oikeanlainen kohtelu toimii pohjana luotettavalle hoitosuhteelle, joka edistää

asiakkaan paranemisprosessia. Mielenterveyspalveluiden on oltava yksilön oikeuksia kunnioittava, eli asiakkaita on kohdeltava yhdenvertaisesti ja heidän yksityisyyttään tulee kunnioittaa.

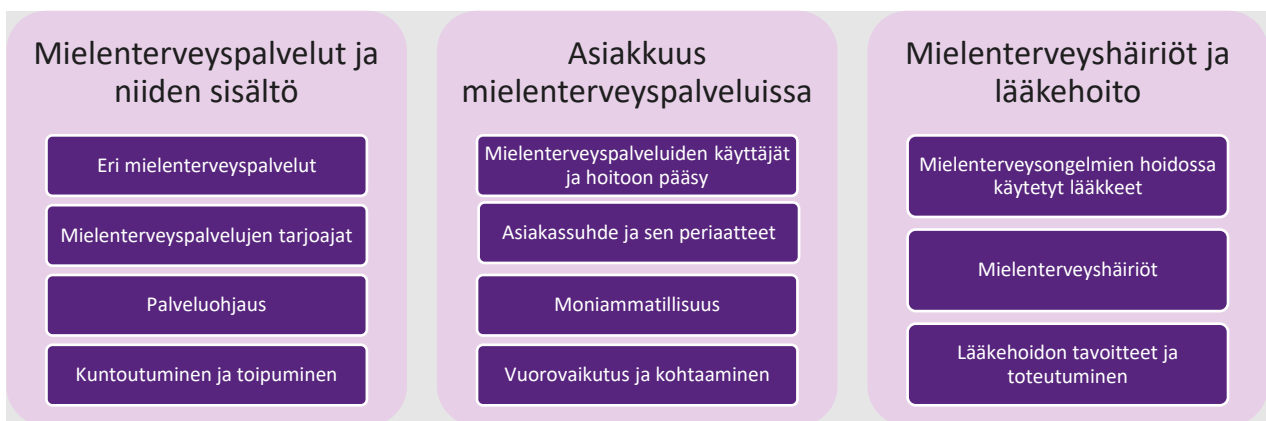
Opinnäytetyön aineisto kerättiin kohtaamispaikka Olkkarin kävijöiltä, joista osa on sairaanhoitopiirin kouluttamia kokemusasiantuntijoita. Jokaisella haastateltavalla on omakohtaista kokemusta mielenterveys- ja/tai päihdeongelmista. Olkkari on matalankynnyksen kohtaamispaikka, jossa kokoontuu muun muassa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kouluttamia kokemusasiantuntijoita (Olkkari, i.a.). Jokainen on tervetullut Olkkariin. Olkkarin kävijöille ja henkilökunnalle on tärkeää vähentää sairauksista ja mielenterveysongelmista aiheutuvaa leimautumista, koska stigma aiheuttaa yksilölle kärsimystä, häpeää ja itsearvostuksen heikentymistä.

Kokemusasiantuntijat ovat henkilöitä, jotka ovat itse käyneet läpi ongelman tai sairauden tai he ovat kokeneet sen läheisenä (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, i.a. -b). Kokemusasiantuntijat voivat toimia tukihenkilönä, vertaistukena, ammattilaisten ja asiakkaiden välisenä tulkina, ohjaajana ryhmässä tai kokemuksien kertojana luennoilla. Kokemusasiantuntijat pystyvät tuomaan esille omakohtaisesti koettua tietoa mielen hyvinvoinnista (Jankko, 2009, s. 9). Heillä on laaja-alaista tietoa mielenterveydenhäiriöistä sekä niiden vaikutuksesta sairastuneen arkeen. Henkilökohtaisien kokemuksien kertominen saa aikaan erilaisen vaikutuksen kuin teoreettinen tieto. Omakohtaisen tiedon kertominen normalisoi asennoitumista mielenterveysongelmiin sekä vähentää niihin liittyvää stigmaa.

2.2 Teoreettinen viitekehys

Teoreettisessa viitekehyksessä havaintoja tarkastellaan selkeästä ja tarkkaan määritellystä näkökulmasta (Alasuutari, 2011, Teoreettinen viitekehys, hypoteesit ja ”paikallinen selittäminen” -luku). Haastattelusta saatavan analysoinnin sekä tutkimuksessa käytettävän teorian välistä eroa ei saisi pitää suhteellisena. Havaintojen ja teorian välille täytyy tehdä selvä analyttinen ero. Tutkimuksessa pyritään löytämään havainnoille syvällisempi merkitys, eli löydettyjä havaintoja pidetään johtolankoina, jotka johdattavat tutkimustuloksiin. Teoreettinen viitekehys tulee määräämään sen, millaista tutkimusmenetelmää olisi hyvä käyttää.

Teorian merkitys on laadullisessa tutkimuksessa ilmeinen (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 18). Teorianäytetyönä käytetään tutkimuksen teoreettista viitekehystä, joka rajaa tutkimuksen teoreettisen osuuden. Viitekehys muodostuu käsitteistä ja niiden välisistä merkityssuhteista. Kuviossa 1 on esitelty opinnäytetyön teoreettinen viitekehys. Teoreettinen viitekehys on jaettu kolmeen teemaan: mielenterveyspalvelut ja niiden sisältö, asiakkuus mielenterveyspalveluissa ja mielenterveyshäiriöt ja niiden lääkehoito. Opinnäytetyössä edetään loogisesti palveluista palveluiden sisältöön, jonka jälkeen syvennyttään asiakkuuden periaatteisiin ja viimeisenä mielenterveyshäiriöihin, joiden perusteella palveluihin tullaan. Mielenterveyspalvelut osiossa tuodaan esille, mitä mielenterveyspalveluita Suomessa on tarjolla ja mitä palveluihin kuuluu. Asiakkuus- osiossa käsitellään asiakkaan ja henkilökunnan välisiin suhteisiin kuuluvia tekijöitä, kuten asiakkaan oikeuksien toteutumista, vuorovaikutusta ja kohtaamista. Viimeisessä osiossa käsitellään yleisimpiä mielenterveydenhäiriöitä ja niiden lääkehoitoa.



Kuvio 1. Teoreettinen viitekehys.

2.3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mielenterveyskuntoutujien kokemuksia mielenterveyspalveluista. Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia selvitettiin palvelujärjestelmästä ja sen toiminnasta, tiedonannon saannista asiakkaan sairauden, lääkehoidon sekä palveluvaihtoehtojen suhteen, palveluiden oikea-aikaisuudesta ja asiakkaan oikeuksien toteutumisesta sekä syrjinnän ja ennakkoluuloisuuden kokemisesta palveluissa. Opinnäytetyössä tutkittiin myös mielenterveyskuntoutujien hoitosuhteita ja niiden muodostumiseen vaikuttavia tekijöitä, kuten keskustelun sujuvuutta sekä asiakkaan voimavarojen ja haasteiden kartoittamista.

Lisäksi selvitettiin, olivatko mielenterveyskuntoutujat olleet sitoutuneita ja motivoituneita palveluiden käyttöön ja mitkä tekijät ovat vaikuttaneet sitoutuneisuuteen.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia kokemuksia mielenterveyskuntoutujilla on mielenterveyspalveluista ja mikä merkitys kokemuksilla on heidän toipumiselleen ja kuntoutumiselleen?
2. Miten kokemukset ovat edistäneet tai heikentäneet asiakkaan toipumista?

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, millaiset tekijät ovat vaikuttaneet mielenterveyskuntoutujan toipumisprosessin etenemiseen. Aiemmissä tutkimuksissa tavoitteet ovat olleet samankaltaisia, esimerkkinä on haluttu selvittää, miten asiakas on pystynyt vaikuttamaan omaan hoitoonsa. Sama kysymys on tullut tässä opinnäytetyössä esille. Opinnäytetyössä tarkasteltiin myös sitä, kuinka asiakkaan mahdollisuus vaikuttaa hänen hoitoonsa on vaikuttanut hänen sitoutuneisuuteensa. Opinnäytetyössä koettiin tärkeäksi asiakkaan ja ammattihenkilön välinen yhteisymmärrys, koska sillä on vaikutus vuorovaikutuksen ja hoidon sujumiseen. Tavoitteena oli myös selvittää, kokeeko kuntoutuja tullessa kuulluksi ja ymmärretyksi ja millainen merkitys tällä on ollut hänen toipumisensa etenemiseen. Lisäksi tavoitteena oli saada tietoa mielenterveyspalveluiden toimivuudesta, palveluiden oikea-aikaisesta toteutumisesta ja palveluissa hoidolle asetetuista tavoitteista. Hoitoon pääsyä tarkastellaan teoriassa ja sitä verrataan haastateltavien hoitopolun etenemiseen. Yhtenä tavoitteena oli selvittää, toteutuuko hoitoon pääsy lain mukaisesti.

Koska opinnäytetyössä tutkitaan mielenterveyskuntoutujien kokemuksia, saadaan tietoa palveluiden toimivuudesta asiakkaan näkökulmasta. Opinnäytetyössä selvitetään, mitkä tekijät palveluissa ovat vaikuttaneet mielenterveyskuntoutujan toipumisprosessin etenemiseen edistävästi ja mitkä asiat heikentävästi.

2.4 Aiempia tutkimuksia

Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia mielenterveyspalveluista on tutkittu jonkin verran. Aiemmat tutkimukset kohdistuivat yleensä yhtä palvelua kohtaan. Opinnäytetyössä

käsiteltäviä teemoja kuten asiakassuhteet, mielenterveyspalvelujen sisältö ja toimivuus, sekä lääkehoito on tutkittu runsaammin.

Mielenterveyspalveluiden asiakkaiden kokemuksia on selvitetty kansainvälisesti. Kennedy ym. (2015) ovat kirjallisuuskatsauksessaan selvittäneet mielenterveyshoidon vaatimuksia tuen ja hoidon suhteen, jossa huomioidaan myös yksilöllisyys. Nykyaikaisissa hoitomalleissa pyritään edistämään osallisuutta ja voimaantumista. Tutkimuksessa selvisi, että tyytyväisyys mielenterveyspalveluihin on melko hyvä. Kuitenkin tiedonpuutteen ja leimaantumisen pelon takia palveluihin voi olla vaikea päästä. Kirjallisuuskatsauksessa selvisi, että laajempien kyselyiden mukaan mielenterveyspalveluissa on ongelmia avun saamisessa ja mielenterveysongelman hyväksymisessä, hoitosuhteen muodostamisessa osallistumisen sekä hoitosuhteen jatkuvuudessa.

Koivula (2018) on tutkinut pro gradu -tutkielmassaan mielenterveys- ja päihdetyön kokemusasiiantuntijoiden kuntoutumisen narratiiveja osallisuuden näkökulmasta. Tutkimuksessa todettiin, ettei haastateltavien sosiaalinen osallisuus yhteiskunnan jäsenyytenä toteudu sairausvaiheessa. Kuntoutuksessa tärkeäksi on todettu ymmärretyksi tuleminen ja se, että asiakkaalta ei vaadita kuntoutuksen alussa liian aktiivista roolia. Tässä opinnäytetyössä selvitetään, onko haastateltavilla samankaltaisia kokemuksia kuin Koivulan tutkielman kokemusasiiantuntijoilla.

Valtioneuvoston selvitys tutkimustoiminnan hankkeen tutkimusraportissa Hietala ym. (2018) halusivat tuottaa tietoa toimivista mielenterveys- ja päihdetyön malleista päättäjille hyödyntäen kokemusasiiantuntijoita. Kokemusasiiantuntijat pitivät tärkeänä palveluiden saatavuutta ja sitä, että palveluista suuren osan saisi samasta paikasta. Heidän toiveenaan oli, että palvelujärjestelmä huomioisi palveluiden käyttäjän elämäntilanteen kokonaisvaltaisesti. Lisäksi kokemusasiiantuntijoiden mielestä hyvään asiakassuhteeseen kuuluu, että ammattilainen tunnistaa luottamuksen rakentumisen olevan pitkä ja vaikea prosessi. Tärkeäksi on nostettu esille motivaation hyödyntäminen hoitosuhteen alussa, kun asiakas on hakeutunut hoitoon vapaaehtoisesti. Kuntoutujaa ei tule hylätä epäonnistumisien vuoksi. Tässä opinnäytetyössä selvitetään asiakassuhteiden tekijöitä sekä asiakkaiden motivaatiota ja sitoutumista palveluihin. Lisäksi selvitetään, toteutuuko Hietalan ym. (2018)

hankkeeseen osallistuneiden kokemusasiantuntijoiden hyväksi kokemat palveluiden piirteet ja selvitetään, mitkä tekijät asiakkaan toipumista ovat edistäneet tai heikentäneet.

Makkonen ja Tiihonen (2019) ovat opinnäytetyössään tutkineet nuorten aikuisten ja ammattilaisten kokemuksia matalan kynnyksen mielenterveyspalveluista Jyväskylässä. Tutkimuksessa selvisi, että nyky-yhteiskunnassa yksilöiltä vaaditaan oma-aloitteisuutta ja aktiivisuutta riittävän avun saamiseksi. Makkosen ja Tiihosen opinnäytetyössä selvisi, että Jyväskylässä on tarjolla runsaasti matalankynnyksen mielenterveyspalveluita ja niistä tiedottaminen on puutteellista. Enemmistö haastatelluista asiakkaista oli kokenut palveluiden ruuhkautumisen esteenä niihin pääsemiseksi.

Kurki ja Romppanen (2017) ovat opinnäytetyössään selvittäneet mielenterveyskuntoutujien kokemuksia ja näkemyksiä palveluiden kehittämiseen liittyen Joensuun kantakaupungin alueella. Tutkimuksessa selvisi, että mielenterveyskuntoutujilla oli myönteisiä, että kielteisiä kokemuksia asiakastyöstä ja palvelujärjestelmästä. Myönteiset kokemukset asiakastyöstä liittyivät työntekijöiden haluun auttaa, kokemukseen tasavertaisuudesta ja osastohoidossa järjestettyyn toimintaan.

Yllä mainituista tutkimuksista ilmenee, että mielenterveyskuntoutujien on ollut haasteellista vaikuttaa omaan hoitoonsa sairastamisvaiheessa. Aikaisemmissa tutkimuksissa todetaan, että riittävän avun saamiseksi on tarvinnut olla itse aktiivinen ja kerrotaan, että tietoisuus palveluista on ollut puutteellista ja palvelut nähdään ruuhkautuneina. Tässä opinnäytetyössä selvitetään, esiintyykö palveluissa vielä aikaisempien tutkimuksien mukaisia haasteita. On tärkeää selvittää, mitkä tekijät kuntoutumisessa ja toipumisessa hoidon osalta koetaan tärkeäksi, jotta löydetään toipumisprosessia edistäviä tekijöitä. Matalan kynnyksen palveluiden toimivuus on nähty tärkeänä, sillä niistä saadaan apua ja vertaistukea nopeasti. Tässä opinnäytetyössä selvitetään palveluiden oikea-aikaisuutta ja tiedonantoa palveluista pääasiassa Seinäjoen palveluiden osalta, mutta pieni osa kokemuksista on muilta paikkakunnilta. Tässä opinnäytetyössä selvitetään myös hoitosuhteen merkitystä asiakkaan toipumiselle. Kennedyn yms. (2015) tutkimuksessa hoitosuhteissa oli koettu olevan haasteita ja Hietalan yms. (2018) hankkeessa oli ilmennyt toiveita asiakassuhteisiin.

3 MIELENTERVEYSPALVELUT JA NIIDEN SISÄLTÖ

Tässä teoriaosiossa käydään läpi mielenterveyspalvelut, niiden sisältö ja järjestäminen sekä niitä ohjaavia lakeja. Mielenterveyspalvelut ovat osa mielenterveystyötä (Sosiaali- ja terveysministeriö, i.a.). Mielenterveystyön työn tavoitteena on mielenterveyden vahvistaminen ja mielenterveyteen kohdistuvien uhkien vähentäminen. Mielenterveystyöllä edistetään mielen-terveyttä ja ehkäistään mielenterveydenhäiriöitä.

3.1 Mielenterveyspalveluiden tarkoitus ja järjestäminen

Mielenterveyspalveluihin kuuluvat ohjaus, neuvonta, tarpeenmukainen psykososiaalinen ja kriisitilanteiden psykososiaalinen tuki, sekä mielenterveydenhäiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus (Terveys ja hyvinvoinnin laitos (THL), 2022). Mielenterveyspalveluissa pyritään ehkäisemään, lievittämään ja hoitamaan mielenterveyden häiriöitä ja niiden seurauksia.

Sosiaalihuoltolain mukaan sosiaalipalveluja ja mielenterveystyötä on järjestettävä mielenterveysongelmista aiheutuvaan tuen tarpeeseen (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 3 luku, 11 §). Hyvinvointialueen on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sellaisiksi kuin tarve edellyttää (Mielenterveyslaki, 1116/1990, 4§). Mielenterveyspalvelut järjestetään niin, että asiakasta tuetaan oma-aloitteiseen hoitoon hakeutumiseen ja suoriutumiseen. Mielenterveyspalveluita ohjaavasta lainsäädännöstä ja hoitoon pääsyä koskevista määräyksistä ja muusta viranomaisohjauksesta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö (THL, 2022). Aluehallintovirastot ja sosiaali- ja terveysalan lupa- ja hallintavirasto (Valvira) valvovat mielenterveyspalveluita.

Mielenterveyspalveluiden järjestäminen on Suomessa siirtynyt kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille 1.1.2023 (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2023). Hyvinvointialueita on 21 ja ne ovat järjestäytyneet maakunnittain. Koska hyvinvointialueet ovat tulleet käytäntöön vuonna 2023, haastateltavien kokemukset eivät liity hyvinvointialueisiin. Mielenterveyspalveluita tuottavat hyvinvointialueet, yksityiset palveluntuottajat ja kolmannen sektorin toimijat, kuten erilaiset järjestöt. Mielenterveyspalveluita tuotetaan perustasolla ja erityistasolla (THL, 2022). Perustason mielenterveyspalveluita toteutetaan terveyskeskuksissa,

opiskeluterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Erityistason palvelu on psykiatrinen erikoissairaanhoidon palvelu. Erityistason palveluihin kuuluu myös psykoterapia, verkkoterapia ja päivystystoiminta (THL, 2020).

Kuviossa 2. on esitelty mielenterveyspalvelujen eri tasoihin kuuluvat palvelut.

Perustaso	Erityistaso	Kuntoutus
<ul style="list-style-type: none"> • Puhelinpalvelut • Matalan kynnyksen palvelut • Lyhytinterventio • Pitkäaikaisseuranta 	<ul style="list-style-type: none"> • Psykoterapia • Verkkoterapia • Päivystystoiminta • Sairaalahoido • Konsultaatiot 	<ul style="list-style-type: none"> • Kelan kuntoutuspalvelut • Kuntouttavat asumispalvelut • Työ- ja päivätoiminta

Kuvio 2. Mielenterveyspalvelut (THL, 2020).

3.2 Avohoito, tehostettu avohoito ja osastohoito

Mielenterveyden häiriöitä voidaan hoitaa psykiatrisena avohoitona (Soite, i.a.). Psykiatriseen avohoitoon kuuluu hoitoa, neuvontaa, tukea omaan ja läheisten mielenhyvinvointiin, keskusteluapua ja tukea elämän kriisi- ja ongelmatilanteissa, terapeutista hoitoa, lääkityksen tarpeen arviointia sekä kurssi- ja ryhmätoimintaa. Avohoitoon ei tarvita lähetettä, vaan asiakas voi hakeutua sinne itse.

Tehostettu avohoito on psykiatrisesta avohoitoa tiiviimpää ja hoito voi olla kriisiluonteista (Turun yliopistollinen keskussairaala, 2021). Tehostetun avohoidon käynneillä on tavoitteena ehkäistä osastohoitoon joutumista. Käynnit voidaan toteuttaa poliklinikan tiloissa etä- tai kotikäynteinä. Tehostettu avohoito voi myös vastata mielenterveyshoidon päivystyksestä. Seinäjoella tehostettu avohoito vastaa sairaanhoitopiirin alueella ympärivuorokautisesta

päivystyksestä (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, i.a. -c). Psykiatrinen tehostettu avohoito on tarkoitettu asiakkaille, jotka tarvitsevat tiiviimpää hoitoa kuin psykiatrian poliklinikka voi tarjota. Psykiatrinen poliklinikka tarjoaa psykiatrista erikoissairaanhoidoa (Helsinki, 2022). Hoitoa annetaan vakaviin mielenterveydenhäiriöihin tai psykiatrisiin sairauksiin. Hoitomuotoja ovat esimerkiksi yksilö- ja ryhmäkeskustelut, toimintaterapia sekä lääkehoito.

Psykiatrinen osastohoito tarkoittaa tehostettua tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta psykiatrisessa sairaalassa, silloin kun avohoito ja muut hoitomuodot ovat riittämättömiä (Kymsote, i.a.). Hoitoon laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma. Hoidossa pyritään aina vapaaehtoisuuteen ja yhteistyöhön asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa (Tampereen yliopistollinen sairaala, 2016). Asiakkaille annetaan mahdollisuus ulkoiluun omatoimisesti tai hoitajan saattamana. Osastohoidon aikana pidetään tiiviisti yhteyttä potilaan hoidon kannalta tärkeisiin verkostoihin, kuten sosiaalipalveluihin tai perusterveydenhuoltoon (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, i.a. -a). Sairaanhoidon rakentuu omahoitajan ja -lääkärin kanssa käydyistä keskusteluista, perhetapaamisista ja lääkehoidosta sekä mahdollisuuksien mukaan asiakas osallistuu kuntouttaviin ryhmiin (Mielenterveystalo, i.a. -a). Perhetapaamiset ovat toivottu osa sairaanhoidojaksoa. Niiden tarkoituksena on parantaa hoidon onnistumista, auttaa oireiden ja kotitalanteen kartoituksessa ja suunnitella asiakkaan jatkohoitoa. Hoito psykiatrisessa sairaalassa on moniammatillista.

3.3 Psykososiaaliset hoitomuodot

Psykkisten häiriöiden hoitoon voidaan käyttää psykososiaalisia hoitomuotoja (Mielenterveystalo, i.a. -e). Psykososiaaliset hoitomuodot on tarkoitettu henkilöille, joilla on mielenterveyteen liittyviä oireita (THL, 2022). Hoitoa voi saada yksilö, pariskunta, perhe tai yhteisö. Hoidolla pyritään vahvistamaan mielenterveyttä edistäviä tekijöitä ja vähentämään sekä hallitsemaan mielenterveyden riskitekijöitä ja oireita. Psykososiaalisia hoitomuotoja ovat esimerkiksi arkielämän taitojen ja sosiaalisten taitojen harjoittelu, kognitiiviset kuntoutusohjelmat sekä erilaiset interventiot (Mielenterveystalo, i.a. -e). Interventio tarkoittaa väliintuloa, jossa eri toimenpiteillä pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen (Terveyskirjasto, 2022). Psykososiaalista hoitoa voi saada terapeuttisena interventiona (THL, 2022). Sen tarkoituksena on hoitaa jotain tiettyä ongelmaa, kuten unettomuutta,

masennusta tai ahdistuneisuutta. Intervention on tarkoitus ehkäistä mielenterveydenhäiriötä, kun asiakkaalla todetaan riski vakavaan mielenterveyshäiriöön esimerkiksi vaikeaan masennukseen. Interventiot on tarkoitettu hoitamaan asiakkaita, joilla on lievempiä oireita kuin psykoterapiassa hoidettavilla. Interventioissa hyödynnetään eri näkökulmia ongelman hoitamisessa, kuten oireita ylläpitävien ja niitä helpottavien ajatusmallien ja vuorovaikutuksen muokkaaminen.

Psykososiaalisen hoidon tavoitteina voi olla sosiaalisen toimintakyvyn parantaminen, uusien taitojen oppiminen, toimivien ihmissuhteiden ylläpito, elämänlaadun parantaminen, sopeutuminen sairauteen ja sairauden uusimisjaksojen ehkäisy. Lisäksi pyritään tunnistamaan asiakkaalle itselle haitallisia ajatus- ja käytösmalleja (THL, 2022). Psykoterapia on myös yksi psykososiaalinen hoitomuoto, jonka tarkoituksena on tavoitteellisesti hoitaa psyykkisiä vaikeuksia psykologisilla menetelmillä ja keskustelemalla. Psykoterapia on keskeinen hoitomuoto lievien ja keskivaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa ja se voi olla lyhytkestoinen (6–20 krt.) tai pitkäkestoinen kestäen jopa useita vuosia (Mielenterveystalo, i.a. -f). Pitkäkestoinen psykoterapia on tarkoitettu laajamittaiseen persoonallisuuden ja toimintatapojen tunnistamiseen ja muuttamiseen. Lyhytkestoisessa psykoterapiassa keskitytään eniten haittaaviin ja määriteltyjen ja rajattujen ongelmien käsittelyyn. Psykoterapiassa on eri suuntauksia, kuten kognitiivinen terapia, käyttäytymisterapia ja psykodynaaminen terapia.

Kelan korvaamaa psykoterapiaa voi saada 16–67-vuotias henkilö, jonka työ- tai opiskelukyky on uhattuna mielenterveydenhäiriön takia ja mielenterveydenhäiriön toteamisen jälkeen henkilö on saanut vähintään kolme kuukautta asianmukaista hoitoa (Kansaneläkelaitos, 2021). Sen lisäksi psykiatrin lausunnon perusteella voidaan arvioida, onko kuntoutuspsykoterapia tarpeen työ- tai opiskelukyvyn tukemiseksi tai parantamiseksi. Kuntoutuspsykoterapiaa on eri muotoja esimerkiksi yksilöterapia, ryhmäterapia, perheterapia ja pariterapia. Kelan psykoterapian terapeutti tarvitsee koulutuksen, jonka Valvira on hyväksynyt ja silloin terapeutti on oikeutettu käyttämään psykoterapeutin ammattinimikettä (Kela, 2021). Terapeutilta vaaditaan myös koulutus siihen terapiamuotoon, jota hän asiakkaalle antaa. Jotta asiakas saa terapiaan Kelan korvauksen, tulee terapeutin olla Kelan hyväksymä.

3.4 Palveluohjaus

Kunnan sosiaalitoimelta voi saada apua palveluohjauksella, jos ilmenee huolta omasta terveydentilasta (Mielenterveystalo, i.a. -b). Palveluohjauksessa asiakkaan tilanne kartoitetaan kokonaisvaltaisesti. Palveluohjauksessa ei pyritä asiakkaan muuttamiseen vaan vaikuttamaan asiakkaan elämää säättäviin rakenteisiin (Suomen palveluohjausyhdistys SPO ry, 2020). Palveluohjaus kuuluu useimmissa kunnissa sosiaali- ja terveystaloihin (Mielenterveystalo, i.a. -b). Sen tavoitteena on rakentaa asiakkaalle ja hänen läheisilleen toimiva palvelukokonaisuus ja yhdistää mahdollisesti olemassa olevat tukitoimet ja palvelut. Palveluohjauksessa pyritään vahvistamaan asiakkaan arjen ja elämänhallinnan taitoja (SPO ry, 2020). Palveluohjauksessa huomioidaan palveluiden oikea-aikaisuus, asiakkaan tarpeet, tavoitteet, etu, toiveet, mielipiteet sekä hänen voimavaransa (Mielenterveystalo, i.a. -b). Asiakas pyritään ohjaamaan voimavaroja tukevien palveluiden piiriin. Joskus henkilö voi ilman oikeanlaista palvelukokonaisuutta pudota palveluiden ulkopuolelle tai jäädä palveluiden väliin.

3.5 Kuntoutuminen

Mielenterveyskuntoutujalla tarkoitetaan henkilöä, joka on parantumassa mielenterveyden sairaudesta (Terveyskirjasto, 2021). Kuntoutus tapahtuu ammattilaisen ohjaamana, mutta ammattilaisen asiantuntijuuden lisäksi täytyy ottaa huomioon kuntoutujan oma tietämys (Valkonen, 2010, s. 17). Kuntoutuksen tavoitteena on keskittyminen työskentelyyn itsensä kanssa ja kuntoutujan toimintakyvyn parantuminen. Kuntoutuksen täytyy perustua kuntoutujan henkilökohtaisiin tavoitteisiin. Kuntoutuminen on syvällinen ja henkilökohtainen muutosprosessi. Sillä tarkoitetaan kuntoutujan muutosta oman hyvinvointinsa puolesta. Kuntoutuminen tuottaa muutoksia ajatuksissa, asenteissa, tunteissa ja tavoissa toimia. Muutoksen tapahtuminen edellyttää ihmiseltä kykyä kuunnella itseään sekä kykyä oppia ja löytää uusia näkökulmia kokemuksen kautta. Toivon herääminen rohkaisee kuntoutujaa altistamaan itseä uusille kokemuksille. Kuntoutumisvalmiuteen tarvitaan toivoa, muutoksia tukevia kokemuksia, tukea ja halua muutokseen.

Kuntoutuksen tavoitteena on toimia asiakaslähtöisesti (Heinijoki & Saukkonen, 2020). Kuntouttavaa tukea tarvitaan tekemään elämä mielekkäämmäksi. Tarve kuntoutukselle vaihtelee yksilöiden tarpeiden mukaan ja kuntoutuksen täytyisi olla räätälöity niiden mukaan. Kuntoutus

toteutuu moniammatillisen ammattiryhmän järjestämänä ja eri ammattiryhmät hyödyntävät omaa asiantuntemustaan asiakkaan hyödyksi. Kuntoutumisen prosessia tarkastellaan asiakkaan kokemuksen kautta, joiden avulla palveluita voidaan muokata asiakkaalle sopivaksi.

Koskisu (2004, s. 11) kertoo suppeasta kuntoutuskäsityksestä. Käsitteen mukaan kuntoutuksen tarkoituksena on sairauden aiheuttamien ongelmien ratkaisu, toimintakyvyn parantaminen ja haittojen minimointi. Mielenterveyskuntoutuksessa kartoitetaan ongelmia ja oireita sekä niiden aiheuttamaa toimintakyvyn ja elämänhallinnan heikentymistä, mutta samalla pyritään löytämään mielenterveyteen positiivisesti vaikuttavia tekijöitä. Kuntoutuksen tarkoituksena on tukea ihmisen itsenäistä selviytymistä ja hyvinvointia arkielämässä ja elämänkaaren eri siirtymävaiheissa (Mielenterveystalo, i.a. -a). Mielenterveyskuntoutusta tarvitaan, kun ihmisen toimintakyky on heikentynyt mielenterveyden muutosten vuoksi.

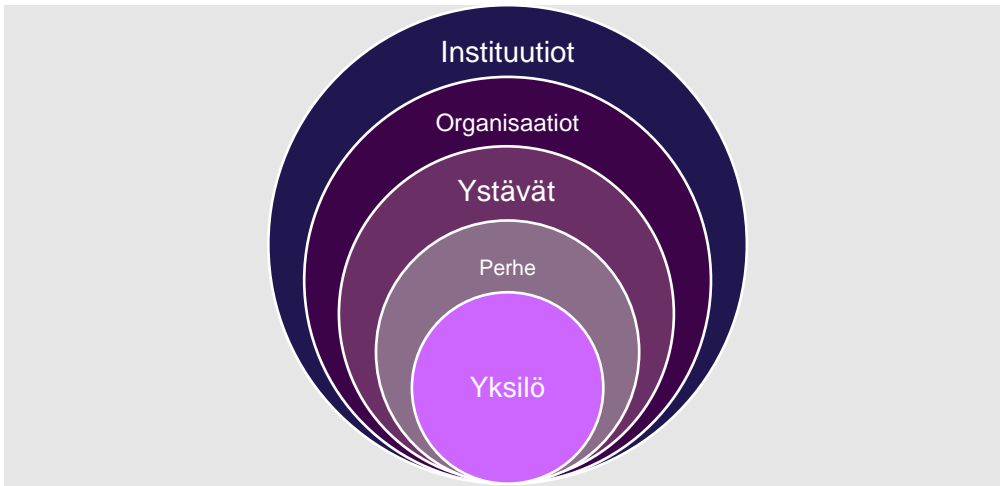
Koskisuun (2004, s. 12) mukaan sairauden liiallinen painottaminen johtaa kapeakatseiseen ja ongelmalähtöiseen kuntoutukseen. Kuntoutuksessa voidaan painottaa selviytymiskeinoja, osallistumista ja yhteenkuuluvuutta. Viimeisten vuosien aikana osallistumista ja sitoutumista painottava kuntoutuminen on noussut pinnalle (Duodecim, 2022). Kuntoutuja vaikuttaa itse muutoksen mahdollisuuteen ja siihen liittyy kuntoutujan omat arvot, motivaatio, sitoutuminen sekä aktiivisuus. Lisäksi muutoksen mahdollistamisessa on tärkeää, että kuntoutus yksilöllistetään ihmisen elämäntilanteen ja kuntoutustarpeen mukaan ja ympäristötekijät huomioidaan. Mielenterveyskuntoutus sisältää toimenpiteitä, joiden tarkoituksena on vahvistaa yksilön voimavaroja, toimintakykyä, elämänhallintaa sekä osallisuutta sosiaalisissa yhteisöissä (Koskisu, 2004, s. 13).

Kuntoutuksen tulee perustua asiakkaan omiin tavoitteisiin, päämääriin tai pyrkimykseen tai kuntoutuksen tulee tukea asiakasta kuntoutuksen tavoitteiden löytymisessä (Koskisu, 2004, s. 12–17). Kuntoutuja on tavoitteellinen, omia pyrkimyksiään ja tarkoitusperiään toteuttava toimija. Kuntoutuja pyrkii tulkitsemaan, ymmärtämään ja suunnittelemaan omaa elämäänsä ja sen perustaa. Koskisu (2004, s. 17) esittää, että muutos yksilön elämässä alkaa unelmista, toiveista ja haaveista. Hänen mukaansa muutoksen aikaansaaminen edellyttää positiivista suuntautumista tulevaisuuteen ja unelmien ja tavoitteiden etsimistä.

3.6 Sosiaalinen kuntoutus ja sen menetelmät

Sosiaalinen kuntoutus tarkoittaa sosiaalityön ja -ohjauksen keinoilla annettavaa tehostettua tukea, jolla pyritään asiakkaan sosiaalisen toimintakyvyn vahvistumiseen, syrjäytymisen torjumiseen ja osallisuuden edistämiseen (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 3 luku, 17 §). Siihen kuuluu sosiaalisen toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen selvittäminen, kuntoutusneuvonta ja -ohjaus sekä tarvittaessa kuntoutuspalvelujen yhteensovittaminen. On mahdollista saada valmennusta arkipäivän toiminnoista suoriutumiseen ja elämänhallintaan, ryhmätoimintaa sekä tukea sosiaalisiin vuorovaikutustilanteisiin.

Kuntoutus on toimintaa, jonka tarkoituksena on palauttaa ihmisen toimintakyky jonkin toimintakykyä vaurioittavan tapahtuman tai asian, kuten psyykkisen sairauden jälkeen (Nieminen, 2018, s. 14–17). Sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaina ovat ihmiset, joilla on toimintakyvyn ongelmia tai riski niihin tai henkilö, jolla on mielenterveysongelmia, joka on syrjäytynyt tai jolla on ongelmia arkipäivässä. Sosiaalisen kuntoutuksen lähtökohta on sosiaalisen toimintakyvyn ja osallisuuden vahvistaminen. (Nieminen, 2018, s. 17–18). Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa selviytymistä arkipäivän toiminnoista, vuorovaikutussuhteista ja oman toimintaympäristön edellyttämistä rooleista (Keskitalo & Vuokila-Oikkonen, 2018, s. 84). Oletuksena on, että kuntoutus ei koske vain yksilöä vaan myös ryhmiä ja ympäristöä (Nieminen, 2018, s. 17–18). Sosiaalisen toimintakyvyn ja osallisuuden vahvistaminen voivat tapahtua vain sosiaalisissa suhteissa. Kuntoutuminen on prosessi, joka liittyy olennaisesti ihmisen sosiaalisiin suhteisiin. Ihmisen sosiaalisen ympäristön eli elämänpiirin laajenemista on havainnollistettu kuviossa 3.



Kuvio 3. Elämänpiirin laajeneminen (Nieminen, 2018, s. 17).

Sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaiden sosiaaliset suhteet voivat olla huonosti toimivia tai rajoittuneita ja asiakas voi olla eristäytynyt muista (Nieminen, 2018, s. 18). Kuntoutuksessa on tarkoituksena parantaa ihmisen sosiaalisia suhteita ja laajentaa niitä. Nieminen (2018, s. 21) kertoo, että sosiaalisen kuntoutuksen keskeisiä asioita ovat tuki ja avoin ihmisten välinen vuorovaikutus. Kuntoutuksen vuorovaikutuksen tulee olla välitöntä ja rehellistä. Asiakkaiden ja työntekijöiden tulee yhdessä määrittellä kuntoutuksen toimenpiteet ja tavoitteet.

Ratkaisukeskeisyys on yksi sosiaalisessa kuntoutuksessa käytetty menetelmä (Keskitalo & Vuokila-Oikkonen, 2018, s. 90). Ratkaisukeskeisyys on toimintamalli, jossa ongelmat nimeetään uudelleen tavoitteiksi. Lähtökohtana ovat asiakkaan voimavarat ja positiiviset ominaisuudet, joiden avulla asiakkaan uskotaan löytävän omat ratkaisunsa. Menetelmässä korostuvat asiakaslähtöisyys, yhteistyö ja asiakkaan näkökulman painottaminen. Asiantuntijan tehtävänä on esittää kysymyksiä, joiden avulla asiakas löytää voimavarojaan ja saa välineitä ratkaisun tekemiseen.

Toinen sosiaalisessa kuntoutuksessa käytetty menetelmä on voimavarakeskeisyys (Keskitalo & Vuokila-Oikkonen, 2018, s. 91–92). Voimavarakeskeinen menetelmä on lähellä ratkaisukeskeistä menetelmää. Myös siinä lähtökohtana ovat asiakkaan kyky tehdä asioita itse. Keskiössä on tavoitteet ja yhteistoiminta työntekijän ja asiakkaan välillä. Voimavarakeskeisen ja ratkaisukeskeisen työn keskeisenä periaatteena on, että kaikilla ihmisillä on vahvuuksia, kykyjä, resursseja sekä pyrkimys selviytyä vastoinkäymisiä kohdatessa. Voimavarakeskeisyyttä

on kritisoitu sen yksilö- ja yhteisökeskeisyydestä. Menetelmässä yhteiskunnalliset ja rakenteelliset tekijät ovat jääneet vähemmälle huomiolle. Menetelmä saattaa antaa myös liikaa vastuuta yksilölle ja yhteisölle.

3.7 Toipuminen, toivo ja voimaantuminen

Toipumisorientaatio on työskentelyote, jossa uskotaan, että toivolla on merkitys asiakkaan toipumisprosessin käynnistymisessä löytämiseen (Anthony, 1993, Ekqvist ym., 2022, s. 107 mukaan). Toipuminen määritellään usein henkilökohtaisena prosessina, jossa keskitytään uusien näkökulmien ja merkitysten löytämiseen. Toivon avulla sairaus hyväksytään osaksi omaa elämäntarinaa (Jacobson & Greenley, 2001, s. 482–484; Ekqvist ym., 2022, s. 107 mukaan). Sen avulla asiakas hahmottaa tulevaisuuden haaveita ja löytää erilaisia keinoja ja väyliä haluamiensa asioiden saavuttamiseksi. Toivo voidaan nähdä psyykkisenä voimavarana ja motivoivana voimana (Schrank ym., 2008; Ekqvist ym., 2022, s. 107 mukaan).

Toivottomuus on toivon vastakohta (Christodoulou, 2010, s. 27; Ekqvist ym., 2022, s. 110 mukaan). Toivottomuus on olotila, jossa ihminen kokee olevansa päätepisteessä, josta ei ole mahdollista tarkastella tulevaisuutta toiveikkaasti tai palata taaksepäin. Toivottomuus voi pahimmassa tapauksessa johtaa itsemurhaan tai muiden vahingoittamiseen. Toivo nähdään vallinnan vapautena, kun taas toivottomuus on sitä, että koetaan, ettei valintoja ole (Lehtonen, 2013, s.16; Ekqvist ym., 2022, s. 110 mukaan).

Voimaantumisella tarkoitetaan tilannetta, jossa päätösvalta on asiakkaalla itsellään (Tuorila, 2013). Voimaantuminen toimii käsitteenä englannin kielen sanalle empowerment. Asiakkaan tärkeimpiä voimaannuttajia ovat laadukas ja selkeä tiedonsaanti, sillä heidän saamansa tieto auttaa heitä osallistumaan hoitoon sekä tekemään päätöksiä hoidon suhteen. Voimaantumisen rajoittuminen voi johtaa taloudellisiin kustannuksiin sekä saattaa heikentää ammattilaisten valta-asemaa. Asiakas toimii oman sairautensa asiantuntijana ja terveytensä ylläpitäjänä, minkä vuoksi hänen toiveidensa kuuntelu on tärkeää. Voimaantuminen lähtee aina asiakkaasta itsestään. Voimaantumisen toteutumista edistää turvallinen ympäristö, hyväksytyksi tuleminen ja tasa-arvoinen kohtelu. Asiakas, joka on voimaantunut, pystyy tunnistamaan omat voimavaransa ja näin käyttämään niitä ongelmasta selviämiseen tai siihen sopeutumiseen.

Minä ja muut yhdessä-käsite auttaa asiakasta saamaan onnistumisen kokemuksia (Tötterström & Ruotsalainen, 2019). Jotta yksilö voisi voimaantua, tarvitaan yhteishenkeä. Voimaantuminen perustuu ajatukseen, jossa ihmisten välinen voimaannuttava kohtaaminen ja positiiviset kokemukset käynnistävät voimaantumisen prosessin. Näitä positiivisia kokemuksia voivat olla positiivinen palaute, onnistuminen ja lämminhenkisyys.

Voimaantumisen tavoitteena on lisätä yksilön voimavaroja toimia eri elämänalueilla, yhteisöissä ja yhteiskunnassa (Keskitalo & Vuokila-Oikkonen, 2018, s. 87–89). Voimaantumisen avulla ihmisen on mahdollista vaikuttaa elinolosuhteisiinsa, saavuttaa haluamiaan asioita ja kohentaa elämänlaatuaan. Voimaantumisen prosessissa tavoitellaan asiakkaan elämänhallinnan parantumista ja omaa kontrollia elämän eri alueilla. Ihmiselle ei voi antaa valtaa, vaan ihmisen pitää itse ymmärtää vaatia valta itselleen eli voimaantua (Mullaly, 2010, s. 237; Fleming ym., 2013, s. 24 mukaan). Ilman voimaantumista palvelut toimivat ilman niiden käyttäjien tarpeiden ja halujen huomioimista.

Voimavarakeskeisyyden lähikäsitteenä on psykologisen pärjäämisen käsite eli resilienssi (Keskitalo & Vuokila-Oikkonen, 2018, s. 87). Resilienssi on palautumiskykyä ja ihmisen kykyä sietää epävarmuutta. Se kehittyy sopeutuessa vaikeisiin ja haasteellisiin elämäntilanteisiin (American psychological association, 2022). Resilienssien muodostuminen alkaa, kun ihminen mukautuu ja sopeutuu ulkoisiin sekä sisäisiin vaatimuksiin. Sopeutumiskykyyn vaikuttavat elämänkatsomus eli miten ihminen katsoo maailmaa, sosiaalisten resurssien saatavuus ja laatu sekä selviytymiskeinot. Kokemus rakastetuksi tulemisesta, sisäinen vahvuus, sosiaaliset taidot ja ihmissuhdetaidot ovat resilienssin lähteitä (Poiju, 2012, Keskitalon & Vuokila-Oikkosen, 2018, s. 88 mukaan).

Sosiaalisessa kuntoutuksessa uskotaan, että ihminen on kykenevä tekemään itse valintoja ja päätöksiä sekä, että hänellä on voimavaroja (Keskitalo & Vuokila-Oikkonen, 2018, s. 87–89). Tavoitteena on ihmisen voimaantuminen. Kun ihminen ratkaisee vaikeita elämäntilanteita, voimavarat lisääntyvät. Voimavaroja ovat esimerkiksi perhe, ystävät, organisaatiot, kulttuuri, uskonto, yhteisöt ja julkinen valta. Työntekijän tehtävänä on edistää yhdenvertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta eri tasoilla ja tehdä näkyväksi asiakkaiden ympäristössä olevia voimavaroja (Cowger 1992, s. 62; Keskitalon & Vuokila-Oikkosen, 2018, s. 89 mukaan). Sen lisäksi työntekijän tehtävänä on rohkaista, avustaa, mahdollistaa ja tukea asiakkaiden voimavaroja.

4 ASIAKKUUS MIELENTERVEYSPALVELUISSA

Tässä osiossa perehdytään siihen, ketkä mielenterveyspalveluita tarvitsevat ja kuinka niihin pääsee. Tarvetta tarkastellaan sen mukaan, millaisessa elämänvaiheessa tai, mitä sairautta sairastaessa palveluille on kysyntää. Lisäksi käydään läpi asiakassuhdetta, siihen kuuluvaa vuorovaikutusta ja kohtaamista.

4.1 Mielenterveyspalvelujen käyttäjät

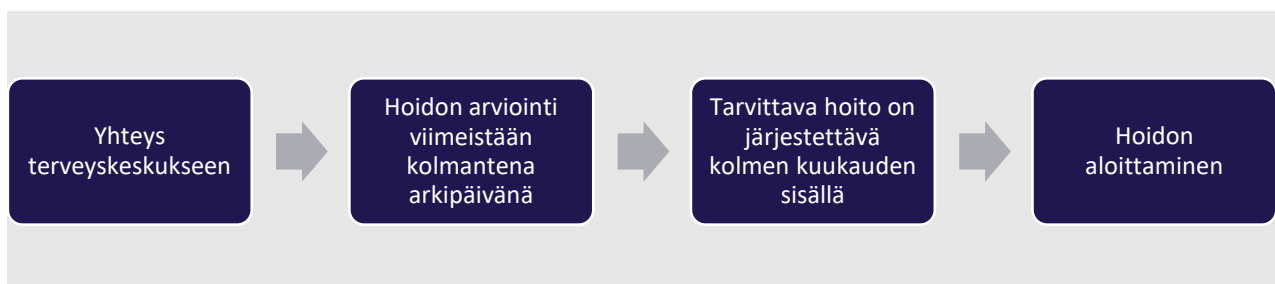
Mielenterveyspalveluihin kuuluvat ohjaus, neuvonta, psykososiaalinen tuki tarpeen mukaan, eri mielenterveysongelmien tutkimus ja diagnosointi, niiden hoito ja kuntoutus (THL, 2022). Mielenterveyspalveluita tulisi olla saatavilla prosessin jokaisessa vaiheessa. Palveluissa resursseja ja osaamista tulisi suunnata voimavarojen vahvistamiseen, psykososiaalisten ongelmien selvittämiseen, mielenterveyssairauksien varhaiseen diagnosointiin, tulokselliseen hoitoon ja laaja-alaiseen kuntoutukseen (Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä, 2001). Palveluiden tarjoama apu täytyy olla helposti käytettävissä niitä tarvitseville.

Mielenterveysongelmat ovat yhtä yleisiä joka ikäluokassa (Valkonen, 2010, s. 33). Terveen ja sairaan henkilön välille ei voida asettaa selkeää rajaa, sillä mielenterveysongelmia ei ole helppo tunnistaa. Myös mielenterveyssairauksien oireet poikkeavat toisistaan. Mielenterveysongelmista voidaan puhua silloin, kun oireet alkavat häiritsemään elämää ja rajoittavat yksilön toimintakykyä. Vakavat mielenterveysongelmat lamauttavat ihmisen lähes kokonaan ja eristävät hänet yhteiskunnasta sekä sosiaalisista suhteista. Mielenterveysongelmat diagnosoidaan eri luokkiin oireiden ja niiden vaikeusasteen mukaan. Oireille on yhteistä, että ne vaikuttavat tunne-elämään ja ajatteluun. Sama henkilö voi sairastaa useampaa mielenterveys-sairautta saman aikaisesti. Diagnoosi tehdään oireiden ja niiden keston, luonteen ja määrän perusteella. Ammatilaisen ja kuntoutujan on hyvä muistaa, että diagnoosi on vain kuvaus, jonka avulla pyritään muotoilemaan potilaan tilanteesta kuva. Diagnoosi ei siis määrittele yksilöä.

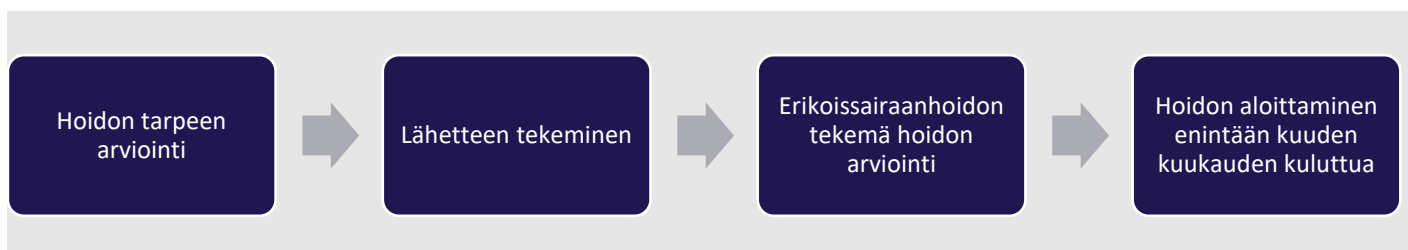
4.2 Hoitoon pääsy

Jokaisella Suomessa asuvalla on oikeus julkisten palveluiden käyttöön (Päihdelinkki, 2022).

Asiakkaan on päästävä hoitoon niin nopeasti kuin hänen sairautensa edellyttää (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, 2018). Asiakkaan tarpeen mukaan hänen on mahdollista saada sairauksien tutkimiseen, ehkäisyyn, parantamiseen ja ohjaamiseen liittyviä palveluita (Terveystuololaki, 1326/2010, 3 luku, 24 §). Terveystuololain pykälän 51 mukaan lailistettu lääkäri tekee arvion siitä, tarvitseeko asiakas erikoissairaanhoidon palveluita. Hoitopaikka valitaan yhteistyössä asiakkaan ja ammattihenkilöiden kanssa. Hyvinvointialueen tehtävänä on järjestää palvelut niin, että asiakas voi ottaa yhteyttä kiireettömästi terveyskeskukseen, terveyskeskuksen ammattihenkilön on tehtävä arvio hoitoon pääsemisestä kolmantena arkipäivänä yhteydenotosta. Kiireelliseen hoitoon on mahdollista päästä, jos asiakas sairastuu äkillisesti, hänen toimintakykynsä alenee tai jo todettu sairaus pahenee (Terveystuololaki, 1326/2010, 6 luku, 50 §). Erikoissairaanhoitoon pääsy edellyttää lääkärin tekemää lähetettä (Terveystuololaki, 1326/2010, 6 luku, 52 §). Kuvioissa 4 ja 5 on esitelty hoidon aloittaminen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa.



Kuvio 4. Hoidon aloittaminen perusterveydenhuollossa (Valvira, 2018).



Kuvio 5. Hoidon aloittaminen erikoissairaanhoidossa (Valvira, 2018).

Hoitoon pääsyyn liittyy paljon odotuksia asiantuntevasta ja laadukkaasta hoidosta (Kilku, 2009, s. 105). Laadukas ensimmäinen kontakti rakentaa luottamusta asiakkaan ja hoitavan henkilön välille. Hoitoon pääsyyn liittyy myös ongelmia, jotka tulevat esiin pettymyksenä turhautumisena ja vihana. Tarve mielenterveyspalveluille on huutava (Kröger & Tahkokorpi, 2021). Palveluiden riittämättömyys näkyy jokaisessa ikäluokassa. Mielenterveyspalvelujen kysyntää kuvaavat myös Mehiläisen työterveystilastot, joiden mukaan mielenterveysyiset työpoissaolot ovat kasvaneet 21 % vuoden 2021 aikana. (LähiTapiola, 2021). Tarve matalan kynnyksen palveluille on ilmeinen. Mehiläisen tilastot osoittavat myös, että mielenterveyden syistä johtuvat lääkärikäynnit ovat nousseet 30 % ja työterveyspsykologikäynnit 37 %. Johtava psykologi Thea Strandholm kuvailee tilannetta niin, että yhteiskunnallinen pelkotila on kasvanut ja sosiaalinen kanssakäyminen on vähentynyt ja osa palauttavasta ajasta on vähentynyt. Jo muutama terapiakäynti voi auttaa työkyvyn parantamisessa ja ylläpidossa. Monet kumminkin kokevat avun hakemisen vaikeaksi siihen liittyvien ennakkoluulojen vuoksi. Tuen piiriin pääsy aikaisessa vaiheessa ehkäisee ongelmien ja oireiden kasvua liian suuriksi.

Vuonna 2020 palvelut ovat kuormittuneet pandemiatilanteen vuoksi (Sjöblom-Hasselblatt, 2020). Pandemia-aika haastaa opiskelijoiden jaksamista. Yliopistossa opiskeleville on tehty hoidon tarpeen arviointeja mielenterveyden palveluihin 24 % enemmän verrattaessa vuoteen 2019. Suoraa yhteyttä koronaepidemiaan ei pystytä osoittamaan, mutta niiden välillä on ajallinen yhteys. Sosiaalinen eristäytyminen ja itsenäinen opiskelu voivat aiheuttaa opiskelijoille mielenterveyden ongelmia. Opiskelijoiden kokema stressi on lisääntynyt koronatilanteen pidentymisen vuoksi. Opiskelijoiden kohdalla olisi tärkeää saada murrettua avun hakemiseen liittyvää stigmaa. Ammattikorkeakouluissa noin 50 % opiskelijoista kokee, että opiskelumotiivaatio on laskenut, stressi lisääntynyt ja jaksaminen heikentynyt.

4.3 Asiakassuhde ja sen periaatteet

Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että asiakasta ei nähdä sairautena, tarpeena tai ongelmana (Rannisto, 2014, s. 37–40). Asiakaslähtöisyyden tavoitteena korostetaan asiakkaan parempaa huomioon ottamista ja edistynyttä asiakaspalvelua. Asiakkuus liitetään aina palveluun, jolloin asiakas on yksilö, jolle palvelua tuotetaan. Asiakkaat esiintyvät eri rooleissa palveluissa ja heidät voidaan pakottaa palvelun käyttöön (esimerkiksi ensiapu). Asiakas voi

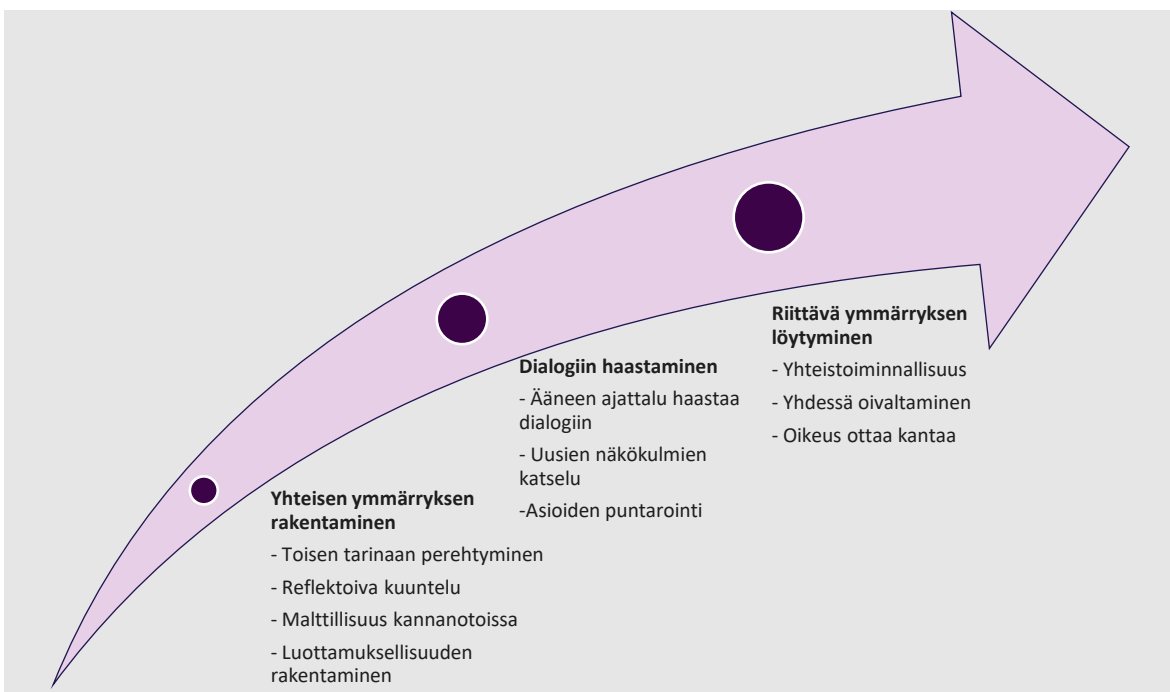
hakeutua myös itse palveluun, tällöin asiakkaalla on itsellä enemmän valtaa ja tietoa hänen valitsemastaan palvelusta.

Sosiaalityöhön liittyy kumppanuussuhde (Juhila, 2006, Kumppanuussuhde -luku). Se tarkoittaa, että työntekijä ja asiakas toimivat rinnakkain. Asiakkaan elämää, ongelmatilanteita, muutostarpeita ja tavoitteita jäsennetään yhdessä. Toisinaan asiakkaan ja työntekijän arvomaailmoissa voi olla ristiriitaa. Joskus erilaiset tilanteet voivat vaatia työntekijän puuttumista tilanteeseen. Kuunteleminen on yksi väline, joka auttaa työntekijää hahmottamaan asiakkaan lojikkaa ja esittämään toisenlaisia tulkintoja sekä näkemyksiä. Kumppanuussuhde on myös osallistava. Osallistaminen koskee sekä työntekijää että asiakasta. Asiakkaat kertovat työntekijälle omia tietojaan ja työntekijät taas pyrkivä tukemaan asiakkaan ratkaisuja, jotta hänen osallisuuttaan yhteiskunnassa voitaisiin lisätä.

Mielenterveyden hoito perustuu luottamukseen ja vaitiolovelvollisuuteen (Mieli ry, 2021). Mielenterveydenongelmista on pystyttävä puhumaan avoimesti hoitavan henkilön kanssa. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon työntekijöitä koskee vaitiolovelvollisuus, joka on voimassa myös asiakassuhteen päättymisen jälkeen. Laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät saa antaa sivullisille tietoa ilman asianomaisen lupaa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994, luku 3, 17§). Sosiaalihuollon henkilöstö ei saa kertoa asiakirjojen tai muuta tehtävässään saatua tietoa ulkopuolisille (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, 3 luku, 15 §).

Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilön toimintaa ohjaavat ammattieettiset velvollisuudet (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994, luku 3, 15 §). Velvollisuuksiin kuuluu, että ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairauden parantaminen ja asiakkaan kärsimyksen lievittäminen. Ammattihenkilön tulee ottaa huomioon toiminnasta asiakkaalle koituvat hyödyt suhteessa haittoihin. Terveydenhuollon ammattihenkilön on myös otettava huomioon asiakkaan oikeuksiin liittyvät säädökset. Oikeuksia ovat esimerkiksi asiakkaan oikeus hyvään kohteluun, yksityisyyden ja vakaumuksen kunnioitus, tasa-arvoisen aseman takaaminen ja asiakkaan oikeus riittävään tiedonsaantiin sairaudestaan. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2018).

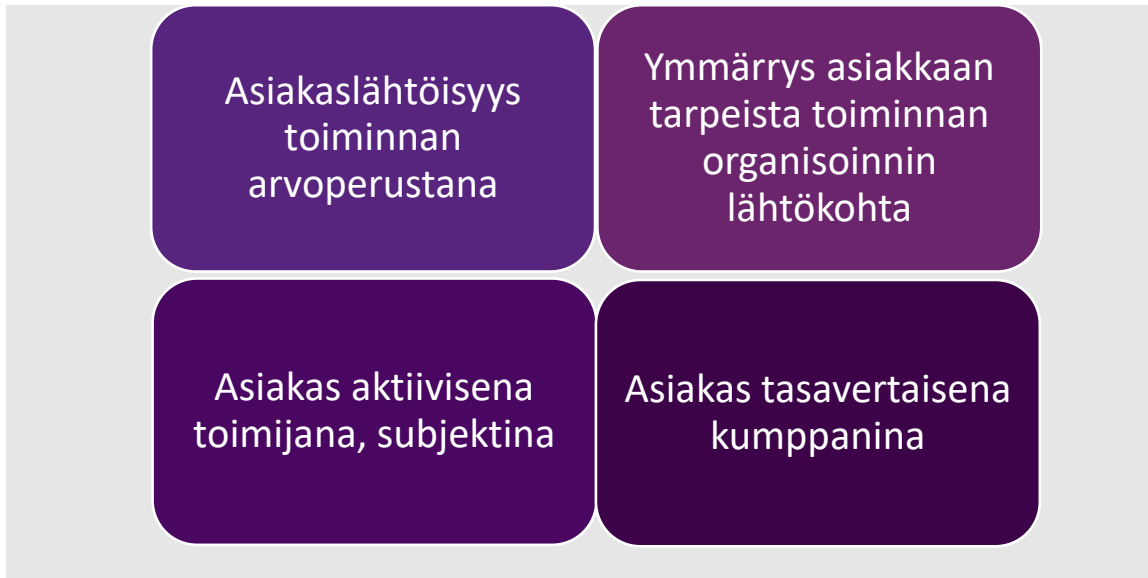
Sosiaali- ja terveysalalla asiakaslähtöisyys voidaan nähdä toiminnan arvoperustana (Ahonen ym., 2011). Siihen liittyy, että asiakas kohdataan ihmisarvoisena yksilönä hyvinvointivajeesta riippumatta. Keskeistä asiakaslähtöisyydessä on, että palveluita ei järjestetä pelkästään organisaation tarpeista lähtien vaan asiakkaan tarpeista lähtien mahdollisimman toimiviksi. Toiminnan tulisi olla vastavuoroista. Vastavuoroisuus edellyttää vuoropuhelua ja yhteisymmärrystä asiakkaan ja työntekijän välillä. Keskustelu muodostuu asiakkaan kertoman ympärille (Koivisto, 2019). Vastavuoroisessa vuorovaikutustilanteessa ihminen tuo esille omia elämäkokemuksiaan. Vastavuoroisuus on dialogista keskustelua, jossa molemmat osapuolet jakavat erilaisia merkityksiä. Dialogisuus ilmenee kohtaamisissa, joissa ollaan kiinnostuneita toisen ihmisen maailmasta ja ajattelutavasta (kuvio 6) ja niille annetaan myös tilaa (Mönkkönen, 2018, s. 19). Asiakkaalle oikeaa palvelua etsittäessä täytyy ottaa huomioon asiakkaan kokemukset, koska ne kertovat asiakkaan elämäntilanteesta (Koivisto, 2019). Elämäntapahtumien kertominen toimii apuvälineenä kommunikoinnissa. Kertomuksen tuominen toisten ulottuville avaa mahdollisuuden kuulluksi ja ymmärretyksi tulemiselle (Hyväri, 2009, s. 24). Vaikeuksien ilmi tuominen voi saada myötätuntoa ja kannustusta. Oman elämäntarinan kertominen voi rohkaista toista yksilöä kertomaan hänen omista kokemuksistaan. Kokemusten vaihtaminen lisää myös ymmärrystä sairaudesta ja lievittää sairauteen liittyvää stigmaa.



Kuvio 6. Dialogisen kohtaamisen muodostuminen (Mönkkönen, 2018).

Asiakslähtöisyys vaatii myös yhteisymmärrystä asiakkaan ja työntekijän välille (Ahonen ym., 2011). Yhteisymmärrys vaatii asiakkaalta palveluymmärrystä. Se tarkoittaa, että asiakkaalla on tietoa ja käsitystä saatavilla olevista palvelumahdollisuuksista ja työntekijän roolista palvelun tarjoajana. Yhteisymmärrys edellyttää ammattilaiselta, että hänellä on asiakasymmärrystä. Asiakasymmärrys tarkoittaa, että ammattilaisella on kattavasti tietoa asiakkaista, heidän tarpeistaan ja, että tieto osataan kytkeä käyttötilanteeseen. Asiakasymmärrykseen kuuluu myös asiakkaan toimintaympäristön ja elämänhallinnan merkityksen tarkastelu. Asiakasymmärryksen laajin muoto on, että asiakas kohdataan osana perhettä, lähiyhteisöä ja osana ympäröivää yhteiskuntaa. Kun työntekijän asiakasymmärrys on tarpeeksi syvällistä, voidaan asiakkaan yksilöllisiä tarpeita kiinnittää laajempaan kontekstiin eli huomioida yksilö, lähiympäristö sekä yhteiskunta.

Sosiaali- ja terveyspalveluissa tulee ymmärtää, että asiakas toimii palvelujen käyttäjänä omista henkilökohtaisista tarpeistaan ja lähtökohdistaan käsin (Ahonen ym., 2011). Asiakas tulee nähdä resurssina ja yhdenvertaisena toimijana sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjänä (kuvio 7). Asiakkaan ja työntekijän välinen kumppanuus on hedelmällisin toimintamalli asiakkaan tarpeiden ja palvelumahdollisuuksien väliseen tasapainoon pääsemiseksi. Kumppanuuden syntyminen edellyttää hyvää vuorovaikutusta ja molemminpuolista luottamusta.



Kuvio 7. Asiakaslähtöisyyden rakennuspalikat (Ahonen ym., 2011).

Sosiaalityössä on mahdollisuus vaikuttaa ja tehdä päätöksiä, mikä tarkoittaa, että työhön liittyy valtaa (O' Sullivan, 2011, s. 7). Asiakkaan kanssa voidaan tehdä päätöksiä yhdessä kumppanuussuhteessa, jolloin päädytään yhteisiin ratkaisuihin (O' Sullivan, 2011, s. 43–47). Kumppanuuteen kuuluvat avoin vuorovaikutus ja neuvottelu. Sosiaali- ja terveysalan työntekijöillä on myös lain ja eettisten käytäntöjen mukainen velvollisuus ottaa asiakkaat mukaan päätöksentekoon. Sosiaalihuollossa asiakkaan mielipide ja toivomukset on otettava huomioon (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, 2 luku, 8 §). Asiakkaan on annettava osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä muihin toimenpiteisiin. O' Sullivan (2011, s. 44) esittää, että mitä enemmän asiakas osallistuu päätöksentekoon, sitä todennäköisemmin hän sitoutuu tavoitteen toimeenpanoon ja toteutukseen. Jos asiakkaasta on tuntunut, ettei työntekijä ole kysynyt hänen mielipidettään päätöksiä tehtäessä tai antanut vaikuttamismahdollisuuksia häntä koskeviin päätöksiin, asiakas ei todennäköisesti osallistu päätöksen toteutukseen positiivisella mielellä (O' Sullivan, 2011, s. 44). Pahimmassa tapauksessa asiakas voi olla yhteistyöhaluton ja täten sabotoida suunnitelmia.

4.4 Monialaisuus ja moniammatillisuus

Sosiaali- ja terveysala ovat muuttumassa, sillä palvelujärjestelmää uudistetaan (Tiilikka ym., 2018). Monialaisuus ja moniammatillisuus voivat olla ratkaisuna muutoksen tuomiin haasteisiin. Tavoitteena on, että ammattihenkilöstö pystyy luomaan työyhteisöjä ylittäen rajoja. Koulutus, tiimiohjaus ja kansainvälisyys luovat moniammatillisuutta. Monialaisuutta ja moniammatillisuutta pyritään luomaan jo alan opiskelun aikana. Toimivaan hoitoketjuun osallistuvat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset ja eri ammattilaisten osallistuminen hoitoon räätälöidään asiakkaan tarpeiden mukaan (Mesiäislehto-Soukka ym., 2018). Hoitoketjussa on yhteistyössä sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon ammattihenkilöitä. Hoitoketjua voidaan tehostaa ottamalla mukaan sosiaalialan asiantuntija. Monialaisuus on moniammatillisuutta laajempi käsite (Tiilikka, 2018). Monialaisuuteen kuuluvat eri tieteenalojen työtavat ja taidot, joita ei pystytä jakamaan koulutuksen keinoin. Taidot ja työtavat voivat olla esimerkiksi kokemuksen tuomaa. Moniammatillisuus voi tapahtua yhden organisaation sisällä.

Mielenterveystyötä tekevät monet henkilöt, joilla on erilaiset tehtävät ja koulutus (Mieli ry, 2021). Psykiatri on lääkäri, joka on erikoistunut psykiatriaan. Psykiatri tutkii ja hoitaa mielen-terveydenhäiriöitä. Psykiatrilla on oikeus tehdä asiakkaalle diagnoosi, määrittellä tarvittava hoitomuoto ja määrätä lääkkeitä. Psykologi on yliopiston maisteritutkinnon käynyt ja virallisesti laillistettava nimike. Mielenterveydenhoidossa psykologin tehtäviin kuuluvat muun muassa asiakkaan tilanteen kartoitus ja tutkiminen sekä keskusteluavun antaminen. Mielenterveyden hoidosta voi vastata myös psykiatrinen sairaanhoitaja (Mieli ry, 2021). Hän on sairaanhoitaja, joka on erikoistunut psykiatriseen hoitotyöhön. Hänen tehtävänä on antaa keskusteluapua, tietoa ja tukea mielen-terveydenhäiriöstä kärsivälle. Mielenterveyshoitaja on henkilö, joka on suorittanut sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon ja suuntautunut mielen-terveys- ja päihdetyöhön. Myös sosiaaliohjaajat toimivat mielen-terveystyössä. He ovat suorittaneet sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinnon. Sosiaaliohjaajan tehtävänä on asiakkaiden tukeminen, ohjaaminen ja kuntouttava työ. Sosiaalityöntekijät voivat työskennellä mielen-terveyden parissa. He suorittavat yliopistotutkinnon pääaineenaan sosiaalityö. Sosiaalityöntekijän asiakastyöhön kuuluu asiakkaiden ohjaaminen ja neuvominen toimeentuloasioissa sekä auttaminen palvelujen järjestämisessä.

Moniammatillisuus-käsitettä käytetään kuvaamaan asiakkaan ja yhteistyöverkostojen välistä vuorovaikutusta (Aaltonen ym., 2022). Moniammatillisessa toiminnassa eri alan osaajat yhdistävät taitojaan ja toimintavastuuta. Tehokkaasta toiminnasta kielivät asetetut tavoitteet, hyvä vuorovaikutus, toisen arvostaminen ja yhteishenki. Tavoitteena on toimia yhdessä päämäärien ja asiakkaan edun saavuttamiseksi. Selkeät työskentelytavat auttavat ammattilaisia toimimaan palvelumuotojen välillä (Backman ym., 2022). Ammattihenkilöiden olisi tunnistettava milloin heidän oma työpanoksensa on tarpeellinen, ja keitä ovat muut työskentelyyn osallistuvat henkilöt. Moniammatillisuus on kantava periaate hoitotyössä ja sosiaalipalveluissa (Apponen ym., 2015). Asiakkaiden kohtaamista heidän yksilöllisissä elämäntilanteissaan parantaa ja auttaa tiimityö sekä yhteisöllisyys. Hoitotyön ja sosiaalityön moniammatillinen yhteistyö on toimiva esimerkki. Sosiaalityöntekijä kartoittaa asiakkaan sosiaalisen tilanteen ja järjestää tarvittavan tuen ja palvelut. Hoitotyö pyrkii huomioimaan ihmisen elämäntilanteen ja tukemaan henkilön omahoidon toteutumista. Sosiaalihuoltoa tulee toteuttaa yhteistyössä eri toimijoiden kanssa niin, että palvelut muodostavat asiakkaan edun mukaisen kokonaisuuden (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, luku 4, 41§). Tarvittaessa työntekijän tulee olla yhteydessä eri yhteistyötahoihin, asiantuntijoihin ja asiakkaan läheisiin.

4.5 Vuorovaikutus ja kohtaaminen

Kohtaaminen toimii ytimenä kanssakäymiselle (Mattila, 2007, s. 33). Kohtaaminen koostuu yhteisöllisyydestä, kanssakäymisestä ja ihmisyydestä. Dunderfelt (2016, s. 16) esittää, että ihmisten välinen sosiaalinen kenttä muodostuu viidestä eri tasosta. Nämä tasot ovat puheviestintä, fyysinen viestintä, intuitiivinen viestintä, tunneviestintä ja voimien viestintä. Puheviestintään kuuluvat muun muassa sanat ja kielenkäyttö ja fyysiseen viestintään eleet, ilmeet, äänensävy, vaatetus sekä liikkuminen tilassa. Tunne viestintään sisältyy ilmapiiri, tunteet, tunnelma ja persoonallisuustyylit. Intuitiivinen viestintä tarkoittaa käsitteitä, merkityksiä, tarkoituksia, ideoita ja arvoja. Voimien viestintä taas tarkoittaa haluamista, hyväksyntää, torjuntaa, avautumista, intohimoa, vaistoja, valtaa ja manipulointia. Kaikki viisi ulottuvuutta muodostavat yhdessä kokonaiskokemuksen vuorovaikutustilanteesta. Kuviossa 8 tarkastellaan onnistuneen vuorovaikutuksen osa-alueita.



Kuvio 8. Onnistuneen ammatillisen vuorovaikutuksen kulmakivet (Koivisto, 2019).

Vuorovaikutuksella on eri muotoja (Mönkkönen, 2018, s. 19). Näitä muotoja ovat esimerkiksi vallan käyttö, yhteistyö tai sosiaalisesti jaetut sopimukset ja säännöt. Vuorovaikutukseen osallistuvat puhuja ja kuulija. Vuoropuhelun eli dialogin aikana heidän roolinsa vaihtelevat (Mustajoki, 2020, s. 21–29). Vuorovaikutus on toimivaa, jos kuulija keskittyy puhujaan ja yrittää ymmärtää hänen sanomaansa. Kuuntelemisessa ei kuitenkaan ole aina mahdollista olla täysin mukana. Taitava puhuja pystyy mukauttamaan puhetta, jos vaikuttaa siltä, että viesti ei ole ymmärrettävä.

Ihminen tuo vuorovaikutustilanteeseen mukanaan sekä fyysisen että psyykkisen olemuksensa (Dunderfelt, 2016, s. 125). Psyykkinen olemus muodostuu ihmisen ajatuksista, tunteista, pyrkimyksestä ja persoonallisuudesta. Vuorovaikutustilanteessa ihminen näyttää siis koko persoonallisuutensa (Mustajoki, 2020, s. 21–29). Ensimmäisellä kohtaamisella teemme arvion tavatusta ihmisestä. Arvio ei aina pidä paikkaansa, mutta sitä on vaikea muuttaa tulevaisuudessa. Onnistunut vuorovaikutus tapahtuu kunnioittavassa ja arvostavassa ilmapiirissä (Mattila, 2007, s. 15–16). Asiakkaan arvostusta vaikeuttavat ammattilaisen negatiiviset asenteet, joiden perusteella hän leimaa ja erottelee asiakkaita. Asiakkaan elämässä voi tapahtua isoja muutoksia onnistuneen kohtaamisen seurauksena, jos kohtaaminen synnyttää

asiakkaassa halun toimia uudella tavalla (Mönkkönen, 2018, s. 19–20). Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttaa sekä auttaja että asiakas.

Asiakkaan, sekä hänen omaisten voimavarojen käytöstä on hyötyä paranemisprosessin edistämässä (Koivisto, 2019). Voimavarojen selvittämiseksi voidaan käyttää avoimia kysymyksiä ja etsiä uusia näkökulmia. Voimavarojen löytymistä voimistaa kuuntelu, sekä tuen ja tiedon antaminen.

Kunnioittava kohtaaminen edellyttää kykyä kuunnella sekä tunneälykkyyttä (Superliitto, i.a.). Luottamuksen rakentumiseen vuorovaikutuksessa vaikuttaa kohtaaminen, joka mahdollistaa luottamuksen syntymisen (Kilkka, 2009, s. 104–106). Jos asiakas jää kohtaamatta, luottamusta ei rakennu, jolloin asiakas jää epävarmuuden tilaan. Luottamuksen rakentuessa ammattihenkilöön asiakas saattaa kokea myös luottamuksen palaamisen häneen itseensä. Luottamus voi kohdistua hoitavaan henkilöön, asiakkaan saamaan apuun tai palvelujärjestelmään. Kun asiakkaan luottamus palautuu, hän pystyy suuntautumaan tulevaisuuteen ja hyväksymään kokemansa tapahtumat. Jos taas käy niin, että asiakas jää kohtaamatta eikä luottamusta synny, voidaan arvioida, että hoito ei ole ollut tällöin vaikuttavaa. Huonot kokemukset vaikuttavat myös tuleviin hoitokokemuksiin. Vuorovaikutuksen aikana ollaan hauraalla alueella, jossa asiakas kokee sekä positiivisia että negatiivisia tunteita. Merkittävää on se, millaisen kokemuksen asiakas saa kokonaisvaltaisesti.

5 MIELENTERVEYSONGELMAT JA NIIDEN LÄÄKEHOITO

Tässä osiossa käydään läpi lääkehoidon tavoitteita, sen toteutumista, mielenterveyshäiriöitä sekä yleisimpiä lääkkeitä, joita käytetään osana mielenterveysongelmien hoitoa. On huomiotavaa, että osiossa ei esitellä kaikkia mielenterveysongelmien hoitoon käytettäviä lääkkeitä vaan niistä yleisimmät, että saataisiin kuva lääkkeiden vaikutuksista ja niiden tuomista haitoista. Lääkehoito toimii yhtenä osana parantumisprosessissa, mutta yksistään se ei välttämättä toimi avaimena parantumiseen tai oireettomuuteen.

5.1 Lääkehoidon tavoitteet ja toteutuminen

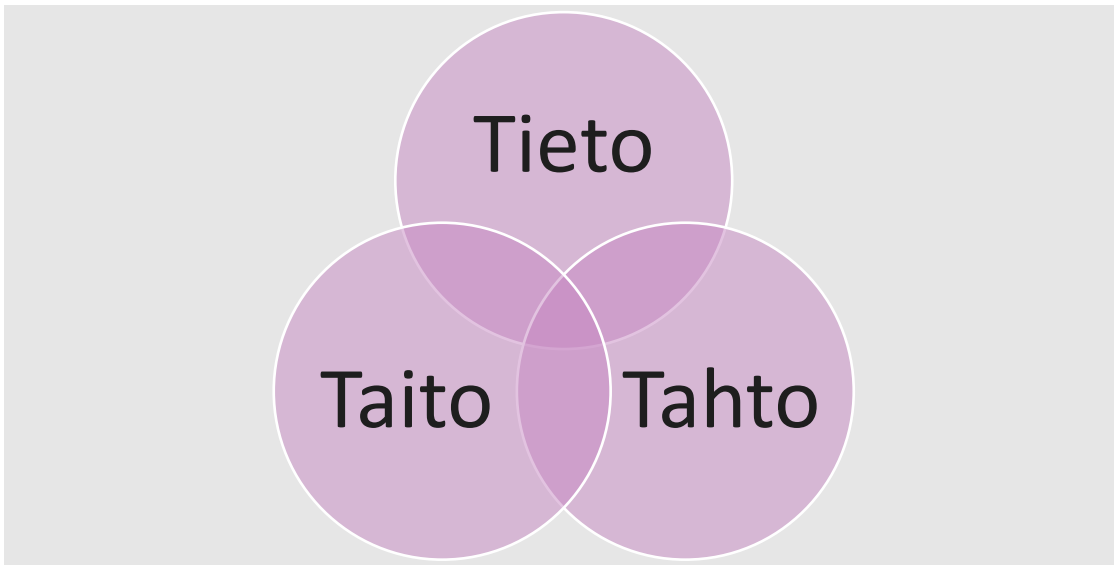
Lääkehoito on yksi hyvän hoidon kulmakivistä (Valvira, 2021). Kun lääkehoito on onnistunut, se voi parantaa sairauksia, hidastaa niiden edistymistä, lievittää oireita tai toimia ennaltaehkäisevästi sairauksien synnyssä (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2019). Tutkimukset ovat osoittaneet, että vain 50 % pitkäaikaissairaista käyttää lääkkeitä niiden ohjeiden mukaisesti. Terveystieteiden vaikuttavuutta täytyisi parantaa, jotta lääkehoitoon sitoutumista saataisiin kehitettyä. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat ulkoisia ja sisäisiä tekijöitä. Sisäisiä tekijöitä ovat esimerkiksi pelot, uskomukset ja persoonallisuustekijät. Ulkoisia tekijöitä ovat terveydenhuoltoon ja ammattilaisiin liittyvät asiat, esimerkkinä palvelujen saatavuus, vuorovaikutus ja saatu tieto omasta sairaudesta. Lääkehoito on toimivaa, kun lääketieteellisistä syistä määrättyjä lääkkeitä otetaan ohjeen mukaan, sopivaan aikaan ja määrätyn annoksen mukaan. Vain tällöin lääkehoito on turvallista, laadukasta ja taloudellista.

Eri ammattiryhmät osallistuvat lääkehoidon toteutukseen (Valvira, 2021). Lääkärin tehtävänä on päättää potilaan lääkityksestä. Sairaanhoitajat saavat ammatillista koulutusta lääkehoidosta. He voivat toteuttaa lääkehoitoa laaja-alaisesti jakamalla ja antamalla lääkkeitä, käsittelemällä pääasiassa keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä ja huumausainelääkkeitä sekä antamalla injektioita ja saattamalla lääkkeitä käyttökuntoon. Muut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt, esimerkkinä sosionomi tai geronomi, voivat toteuttaa lääkehoitoa, jos heidän opintoihinsa sisältyy vähintään lähihoitajakoulutusta vastaavat lääkehoidon opinnot. Terveystieteiden ammattilaisilla on lakisääteinen velvollisuus ylläpitää lääkehoidon ammattiosaamista (Superliitto, i.a.). Pelkästään ammattinimike ei anna valtuuksia toteuttaa lääkehoitoa, vaan ennen sen toteuttamista osaaminen täytyy varmistaa sekä lääkehoidon koulutus

tulee olla käytynä. Lääkehoidon osaamista tarkastellaan tietyin väliajoin lääkehoidon näytöillä.

Mielenterveyden hoitoon käytettäviin lääkkeisiin liittyy pelkoja ja ennakkoluuloja (Huttunen, 2017, s. 568). Ammattihenkilöstön myönteinen tai neutraali asennoituminen lääkehoitoon auttaa kokonaisvaltaisen hoidon ja lääkehoidon toteutumisessa. Hyvä lääkehoito toteutuu yhteistyössä asiakkaan, lääkärin ja muun ammattihenkilöstön kanssa. Pitkään kestävä lääkehoito ei tule onnistumaan pelkästään lääkärin määräämänä, vaan tällöin on kunnioitettava asiakkaan toiveita. Pahimmillaan asiakkaan toiveiden poissulkeminen johtaa siihen, että lääkkeestä tulee symboli, joka edustaa ammattihenkilöä, joka ei välitä. Jos asiakas saa kuvan, että ammattihenkilö ei välitä, hän voi ajatella, että myöskään hänen sairaudestaan ei välitetä tai se nähdään häpeällisenä. Luottamuksellisessa ja turvallisessa hoitosuhteessa aloitettu lääke viestii ammattihenkilön välittämisestä.

Hoitoon sitoutumisella tarkoitetaan sitä, miten asiakas omaksuu ja noudattaa lääkehoitoa (Huupponen & Strandberg, 2020). Jos lääkehoitoon sitoutumisessa on puutteita, se johtaa terveyshyödyn menettämiseen ja lisää kustannuksia. Yhtenä edellytyksenä lääkehoitoon sitoutumisessa on ammattihenkilöstön ja asiakkaan välinen vuorovaikutus. Keskustelun täytyy olla vastavuoroista. Asiakkaan sitoutumista lääkehoitoon saadaan parannettua yksinkertaisella lääkityksellä, huomioimalla ja seuraamalla haittavaikutuksia ja ohjaamalla asiakas palvelujen ja vertaistuen pariin (Huttunen, 2017, s. 572).



Kuvio 9. Potilaan lääkkeen käyttöön vaikuttavat asiat (Endlund ym., 2013)

Asiakkaan lääkkeen käyttämiseen vaikuttaa tieto, taito ja tahto (Kuvio 9.), (Endlund ym., 2013). Tieto ja taito vastaavat asiakkaan saamaa ohjausta. Jos ohjaus on puutteellista, on myös asiakkaan tieto ja taito lääkkeen käytöstä vajavaista. Tahdolla tarkoitetaan asiakkaan omaa motivaatiota käyttää lääkettä.

5.2 Ahdistus & ahdistuneisuushäiriössä käytetyt lääkkeet

Ahdistushäiriölle on tyypillistä hallitsematon, voimakas ja ilman syytä esiintyvä ahdistus. (Valtonen, 2010, s. 34). Se voi oirehtia tuskaisena olotilana, keskittymiskyvyn vaikeutena tai aiheettomana syyllisyyden tunteena. Ahdistuneisuushäiriö on vakava ja elämää rajoittava sairaus. Sairaudessa ilmenevä ahdistus voi olla hetkellistä, kohtauksellista tai jatkuvaa. Myös fyysisiä oireita voi liittyä, esimerkkinä näistä rinta- ja vatsakivut sekä hengenahdistus. Paniikkihäiriö, epänormaalit pelot, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko ja pakko-oireinen häiriö ovat yleisempiä ahdistuneisuushäiriöitä.

Perusterveydenhuollon potilaista noin 4–8 %:lla on yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (Käypä hoito, 2019). Ahdistuneisuushäiriö on vaikea tunnistaa, koska moni potilaista hakeutuu hoidon pariin fyysisten syiden vuoksi. On myös tavallista, että ahdistuneisuushäiriöstä kärsivillä henkilöillä on jokin muu psykiatrinen sairaus, joka vaikeuttaa diagnosointia. Riskitekijöinä

ahdistuneisuushäiriölle on geneettiset tekijät, altistavat persoonallisuuspiirteet ja ympäristötekijät.

Bentsodiatsepiinit ovat toimineet jo pitkään ahdistuneisuuden hoidossa. Niiden käytöstä on ollut hyvää vastetta, mutta bentsodiatsepiineista ei ole hyötyä kaikissa ahdistuneisuushäiriöissä (Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 2000). Bentsodiatsepiinit ovat nopeavaikutteisia ja ne lievittävät pelko- ja ahdistusoireita. Lääkkeen käytöllä on myös ongelmia ja haasteita, annosta joudutaan suurentamaan, koska sen tuoma teho heikkenee pitkäaikaisessa käytössä. Lääkkeeseen voi myös kehittyä riippuvuus ja sen käyttöön liittyy ongelmakäyttöä. Terveyskirjaston (2017) mukaan bentsodiatsepiinit ovat tulleet käyttöön jo 1960-luvulla, mutta tutkimuksien mukaan masennuslääkkeillä olisi parempi vaikutus ahdistuneisuuden hoidossa. Pitkäaikaiseen ahdistukseen voidaan käyttää buspironia, jonka vaikutus ilmenee 1–3 viikon kuluessa lääkityksen aloituksesta. Buspironi ei ole riippuvuutta aiheuttava, eikä sitä voida käyttää päihteellisesti.

5.3 Mielialahäiriöt ja niihin käytettävät lääkkeet

Mielialahäiriöissä enemmistö oireista liittyy mielialan muutoksiin (Valkonen, 2010, s. 34–35). Mieliala voi olla joko masentunut tai kohonnut. Masennuksen oireita ovat mielialan lasku, väsymys, unihäiriöt, mielihyvän menetys, ruokahalun muutokset, toimintakyvyn heikentyminen ja ahdistuneisuus. Vakava masennustila lamauttaa ihmisen niin, että hänen arkielämänsä ei luonnistu. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä sairastuneen yksilön mielialat vaihtelevat masentuneisuudesta kohonneeseen ja kiihtyneeseen mielentilaan.

Masennukseen sairastuu noin 20 % ihmisistä jossain vaiheessa elämää. (Mielenterveystalo, i.a. -c). Sairauden varhainen toteaminen on tärkeää, jottei masennus pitkittyisi. Masennus voidaan luokitella vaikeusasteensa mukaan lievään, keskivaikeaan, vaikeaan tai psykoottiseen masennukseen.

Tällä hetkellä käytössä on lukuisia lääkkeitä, joita käytetään masennuksen hoidossa (Terveyskirjasto, 2017). Masennuslääkkeitä ovat trisykliset masennuslääkkeet, SSRI- ja SNRI-lääkkeet sekä muut masennukseen käytetyt lääkkeet. Lääkehoidolla pystytään lyhentämään masennustilojen kestoja sekä lieventämään pitkäkestoista masennusta (Huttunen, 2017, s.

102). Suomessa on käytössä vaikutuksiltaan ja teholtaan toisistaan eroavia lääkkeitä. Masennuslääkkeet ovat rauhoittavia ja ahdistusta lievittäviä. Lääkkeen valinnassa huomioidaan lääkkeen käytön helppokäyttöisyys, potilaan oirekuva, haittavaikutukset sekä edullisuus.

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön kuuluu masennusjaksojen sekä hypomanian ja manian eli mielialan kohoamisjaksojen vaihtelu. (Mielenterveystalo, i.a. -d). Hypomania on maniaa lievämpi tila, jossa mieliala on noussut, mutta ei yhtä vahvasti kuin maniassa. Kaksisuuntainen mielialahäiriö puhkeaa yleensä nuorena 15–35-vuoden iässä. On arvioitu, että noin 1 % väestöstä sairastaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä.

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä käytetään mielialaa tasaavia lääkkeitä (Huttunen, 2017, s. 172). Litiumia on käytetty pisimpään mielialaa tasaavana lääkkeenä (Huttunen, 2017, s. 179). Nykyään myös epilepsialääkkeitä, kuten valproaattia käytetään kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. Oikeaa lääkettä valitessa täytyy huomioida aikaisempi lääkeväste, haittavaikutukset ja se, pystyykö asiakas käyttämään lääkettä pitkäaikaisesti.

5.4 Psykoosit ja niihin käytettävät lääkkeet

Psykooseissa todellisuuden taju on vääristynyt ja yksilön ajatukset ovat hajanaisia. (Valkonen, 2010, s. 35). Psykoosissa olevalla henkilöllä saattaa olla uskomuksia, jotka ovat täysin todellisuutta vastaan, lisäksi hän voi puhua sekavia. Psykoosiin voi liittyä myös aistiharhoja, jolloin henkilö voi esimerkiksi kuulla ääniä, jotka tuntuvat todelta. Psykoosisairauksien esiintyvyys Suomessa on noin 3,5 % (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2022).

Psykoottisten tilojen ensisijaisina lääkkeinä käytetään psykoosilääkkeitä (Huttunen, 2017, s. 18). Pääasiassa psykoosilääkkeitä käytetään skitsofrenian ja muiden psykoosien hoidossa. Psykoosilääkkeitä on perinteisiä, esimerkiksi haloperidoli sekä uuden sukupolven lääkkeitä, kuten klotsapiini. Psykoosilääkkeiden lisäksi psykoosin hoidossa voidaan käyttää ahdistuneisuushäiriössä käytettäviä bentsodiatsepiineja, mielialalääkkeitä sekä mielentasaajia. Lääkkeiden käytön tarkoituksena on lyhentää psykoosien kestoa ja vähentää niiden uusiutumista, lievittää oireita, ahdistuneisuutta ja unettomuutta (Huttunen, 2017, s. 40). Lääkehoidon

mahdollisiin haittavaikutuksiin on kiinnitettävä huomiota, koska ne vaikuttavat potilaan elämänlaatuun.

5.5 Skitsofrenia ja siihen käytetyt lääkkeet

Skitsofreniassa ajatukset ja havainnot ympäristöstään ovat vääristyneet. Sairaus voi olla nopeasti etenevä tai hitaasti kehittyvä. Tunteiden turtuminen voi olla osa sairautta ja usein sairastunut vetäytyy pois sosiaalisista suhteista (Valkonen, 2010, s. 35). Sairaus alkaa usein jo nuorena iässä. Skitsofrenialle on tyypillistä toimintakyvyn heikentyminen, mutta hyvällä sairauden hoidolla ja kuntoutuksella skitsofreniaa sairastava henkilö pystyy työelämään. Valtaosa skitsofreniaan sairastuneista hyötyvät psykoosilääkkeistä (Terveyskirjasto, 2021). Psykoosilääkkeistä on selitetty yllä olevassa osiossa.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä osiossa käsitellään opinnäytetyön prosessin kulku, laadullisen tutkimuksen käsite, aineiston keruuseen ja aineiston analysointiin käytetyt menetelmät sekä tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. Läpi käydään myös prosessin kulussa esiintyneet haasteet.

6.1 Laadullinen tutkimus

Tämä opinnäytetyö on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimusmetodin avulla pystytään erottamaan teoria tutkimuksen tuloksista (Alasuutari, 2011, Laadullisen analyysin vaiheet -luku). Tutkimusmenetelmän tulee toimia yhteistyössä teoreettisen viitekehyksen kanssa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tuodaan esille pala maailmaa, sillä se toimii näytteenä haastateltavien kokemuksista ja kulttuurista.

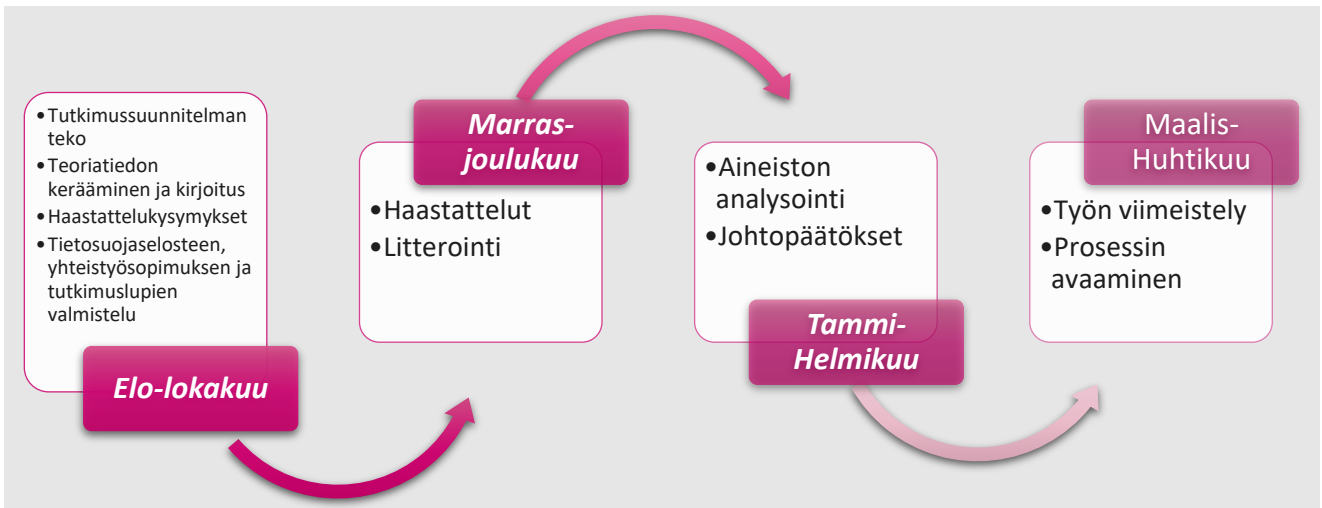
Laadullinen tutkimus tapahtuu aidossa ympäristössä ja tutkimusaineisto kerätään asianomaisilta tutkittavilta vuorovaikutussuhteessa (Kananen, 2017, s. 34–36). Tutkimukseen liittyy suora kontakti tutkittavan ja tutkijan välillä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan yksittäistä tapausta joukon sijaan. Tutkija on laadullisessa tutkimuksessa toimija sekä aineiston kerääjä. Tutkimuksen aineisto on monilähteistä ja sisältää muun muassa kuvia, tekstejä ja haastatteluja. Laadullisessa tutkimuksessa huomio on tutkittavien näkökulmassa, merkityksissä ja näkemyksissä. Tutkimuksen tavoitteena on ilmiön kokonaisvaltainen ymmärtäminen, kuvaaminen ja tulkinnan antaminen.

Kvalitatiivinen tutkimus soveltuu parhaiten tilanteeseen, jossa tutkittavasta ilmiöstä ei ole tietoa, teorioita tai tutkimusta (Kananen, 2017, s. 33–36). Sen lisäksi tutkimusmenetelmää voidaan käyttää, kun ilmiöstä halutaan saada syvälinen näkemys tai hyvä kuvaus. Kvalitatiivinen tutkimus sopii myös uusien teorioiden ja hypoteesien luomiseen. Laadullisessa tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on ihmisen kokemusmaailma, prosessit ja merkitykset, joita pyritään ymmärtämään sanojen, tekstien ja kuvien avulla.

Laadullinen tutkimus muodostuu kahdesta eri vaiheesta, jotka ovat havaintojen pelkistäminen ja tutkimuskysymyksen vastaaminen (Alasuutari, 2011, Laadullisen analyysin vaiheet -luku). Laadullisessa tutkimuksessa aineisto nähdään kokonaisuutena. Kvalitatiivinen

tutkimus vaatii muutakin kuin teoreettista aineistoa. Tilastollisia todennäköisyyksiä ei voida hyödyntää analysoinnissa.

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin mielenterveyskuntoutujien kokemuksia mielenterveyspalveluista ja niiden merkitystä mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisprosessiin. Koska opinnäytetyön tekemiseen osallistuvat sekä sosionomi- että sairaanhoitajaopiskelija, pystytään näkökulmia tuomaan sekä sosiaali- että terveydenhuollon puolelta. Opinnäytetyön aiheen ideointi alkoi jo keväällä 2022, mutta lopullinen aihe varmistui elokuussa. Aiheen valintaan vaikutti yhteinen kiinnostus mielenterveyspalveluita ja mielenhyvinvointia kohtaan sekä aiheen ajankohtaisuus. Kuviossa 10 on näkyvillä opinnäytetyön aikataulus.



Kuvio 10. Opinnäytetyön aikataulus.

Sen jälkeen, kun ohjaajat hyväksyivät aiheen, tehtiin tutkimussuunnitelma. Opinnäytetyön toteuttamiseksi tarvittiin tutkimuslupahakemus ja yhteistyösopimukset, joihin tarvittiin allekirjoitukset opinnäytetyötä ohjaavilta Seinäjoen ammattikorkeakoulun lehtoreilta, kohtauspaikka Olkkarin toiminnanjohtajalta sekä opinnäytetyön tekijöiltä.

Kun tutkimussuunnitelma saatiin valmiiksi, alettiin kokoamaan opinnäytetyön teoriaosuutta. Teorian pohjalta pystyttiin muodostamaan teemahaastattelurunko (Liite 2) aineistonkeruuta varten. Teemahaastattelurunko sisältää teemat, haastattelukysymykset sekä apukysymykset.

Yhteistyötaho Olkkarin toiminnanjohtajaan otettiin yhteyttä sähköpostiviestillä elokuussa 2022 ja sovittiin yhteistyöstä. Toiminnanjohtajan kanssa sovittiin kasvotusten tarkemmin haastatteluihin liittyvistä yksityiskohdista, jonka jälkeen marraskuussa 2022 saatiin haastateltavien yhteystiedot. Haastattelut sovittiin haastateltavien kanssa puhelinsoitoilla tai viestien välityksellä joulukuulle 2022. Haastateltaville lähetettiin tämän opinnäytetyön tietosuojaseloste (Liite 1) ennen haastattelujen aloittamista, jotta he pystyisivät tutustumaan siihen ennen haastatteluja. Ennen haastattelujen aloittamista haastateltaville kerrottiin vielä lyhyesti heidän oikeuksistaan ja kerrottiin, että heillä on oikeus lopettaa haastattelu missä tahansa vaiheessa ja kysymyksiin ei ole pakko vastata. Heitä pyydettiin allekirjoittamaan suostumus haastattelun suorittamiseksi, jossa varmistettiin, että haastateltavat ovat lukee neet tietosuojaselosteen sekä antavat luvan tiedonkäsittelyyn.

Kuukausi riitti haastattelujen suorittamiseen. Haastattelut suoritettiin pääasiassa yhdessä. Työnjako haastateltaessa oli selvä. Toinen kysyi teemahaastattelurungon mukaiset kysymykset ja toinen haastattelija tarkensi kysymyksiä, otti ylös haastateltavan taustatiedot ja kirjoitti ylös huomioitavia asioita. Haastattelujen pituus vaihteli runsaasti, lyhyin haastattelu oli pituudeltaan 17 minuuttia ja pisin 57 minuuttia. Keskipituus haastatteluille oli 30–40 minuuttia. Taustatietoja ja kuulumisten kysymistä ei otettu haastattelun pituuteen mukaan eikä niitä äänitetty. Haastatteluiden jälkeen aineisto litteroitiin eli muutettiin toiseen muotoon. Litteroitua tekstiä tuli 47 sivua. Haastattelujen valmistumisen myötä, alettiin analysoida aineistoa ja kirjoitettiin tutkimustulokset-osiota.

Opinnäytetyön johtopäätöksiä alettiin kirjoittamaan helmikuussa seminaarin tutkimustuloksien esittelyn jälkeen. Johtopäätöksien ollessa valmiit kirjoitettiin opinnäytetyön tiivistelmää, viimeisteltiin teoriaa sekä muita opinnäytetyön osioita. Pohdintaa kirjoitettiin tämän jälkeen. Työ lähetettiin kokonaisuudessaan opinnäytetyötä ohjaaville opettajille huhtikuussa. Valmis työ esitettiin huhtikuun seminaarissa.

6.2 Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen käytetyin menetelmä on haastattelu (Kananen, 2017, s. 88–89). Haastattelun onnistumisen edellytyksenä on, että tutkittavan ja tutkijan välillä on yhteinen kieli. Kun haastattelua käytetään menetelmänä on otettava huomioon mahdolliset

haasteet. Aineisto, jonka haastateltava tuottaa, ei välttämättä vastaa todellisuutta. Huomi-oon otetaan myös, että haastattelussa keskustellaan menneistä tapahtumista ja että sanat, lauseet ja eleiden merkitykset eivät ole yksiselitteisiä.

Aineistonkeruu menetelmä tässä opinnäytetyössä on teemahaastattelu. Teemahaastattelu on käytetyin haastattelun muoto (Kananen, 2017, s. 88–90). Teemahaastattelussa käydään keskustelua aihe kerrallaan. Tutkija miettii etukäteen yleisluontoiset teemat, joista tutkittavan kanssa käydään keskustelua. Teemahaastattelun avulla ilmiöstä pyritään saamaan käsitys ja ymmärrys. Haastattelun teemoilla ja niitä tarkentavilla kysymyksillä pyritään saamaan tietoa ihmisestä ja hänen toiminnastaan. Haastatteluissa tulee suosia avoimia kysymyksiä (Kananen, 2017, s. 98), sillä ne tuottavat enemmän tietoa ja ymmärrystä kuin suljetut kysymykset. Tutkittaessa merkitysrakenteita, aineiston täytyy olla totuudenmukainen haastateltavan sanoman mukaan (Alasuutari, 2011, Laadullisen analyysin vaiheet -luku). Tämä näkyy haastattelukysymyksissä avoimien kysymyksiä käytössä. Tutkija ei siis johdattele vastausvaihtoehtoihin.

Haastateltavien valinnassa nostettiin esille muutamia toiveita. Opinnäytetyön sisällön vuoksi toiveena oli, että haastateltavilla olisi useampien vuosien kokemus mielenterveyspalveluista. Toisena toiveena oli, että he olisivat käyttäneet useampaa mielenterveyspalvelua. Perusteena näille toiveille oli se, että teemahaastattelusta saatavaan aineistoon saataisiin riittävästi kokemuksia. Haastateltavat ovat matalankynnyksen kohtaamispaikka Olkkarin kävijöitä. Osa heistä on kouluttautunut kokemusasiantuntijoiksi. Pääasiassa haastateltavat ovat käyttäneet mielenterveyspalveluita Seinäjoen alueella, mutta kokemuksia on myös muilta paikkakunnilta. Muita paikkakuntia ei kerrota anonymiteetin turvaamiseksi. Haastateltavat ovat iältään 27–49-vuotiaita.

Osalla haastateltavista oli tuoreita kokemuksia mielenterveyspalveluista. Joukkoon mahtuu myös kokemuksia 20 vuoden takaa. Haastateltavien palveluiden käyttö ja siitä muodostuvat kokemukset ovat vuosien 2002–2022 väliltä. Opinnäytetyössä ei huomioida hyvinvointialueiden muodostumista, sillä se on tapahtunut vasta haastateltavien kokemusten jälkeen. Kuvi-ossa 11 on esitelty haastateltavien käyttämiä mielenterveyspalveluita Seinäjoella. Haastateltavien käyttämät palvelut ovat olleet avohuollon, tehostetun avohuollon, järjestösektorin sekä yksityisen tahon tuottamia palveluita. Haastateltavien kokemukset ovat siis näistä palveluista.



Kuvio 11. Haastateltavien käyttämät palvelut.

Ennen haastattelua selvitettiin haastateltavien taustatietoja, jossa kysyttiin myös heidän mielenterveysdiagnoosinsa. Diagnooseina oli muun muassa masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, ahdistuneisuushäiriö ja skitsofrenia. Edellä mainitut mielenterveys sairaudet on käsitelty osiossa 5, Mielenterveysongelmat ja niiden lääkehoito.

6.3 Tutkimusaineiston analysointi

Litterointi tarkoittaa aineiston muuttamista muodosta toiseen (Kananen, 2017, s. 134). Sitä käytetään muokatessa tallenteita, äänitteitä tai videoita kirjalliseen muotoon. Litteroinnin jälkeen aineistoa voidaan käsitellä manuaalisesti tai ohjelmallisesti valitulla analysointimenetelmällä. Tutkija valitsee, mitä kaikkea hän litteroi (Kananen, 2017, s. 134–135). Usein teema-haastattelun aineisto kirjoitetaan mahdollisimman sanatarkasti tekstimuotoon. Litterointi voidaan kuitenkin tehdä eri tarkkuuksilla. Tässä opinnäytetyössä ei litteroitu taustatietoja, haastattelukysymyksiä, henkilökohtaisia elämäkokemuksia tai muuta opinnäytetyön aiheesta poikkeavaa aineistoa. Litteroinnissa hyödynnettiin teemahaastattelurunkoa, jolloin haastattelukysymyksiä ei tarvinnut litteroida. Haastattelu eteni pääosin teemahaastattelurungon mukaisesti, mikä helpotti litterointia. Litteroitua tekstiä tuli 47 sivua. Fonttina käytettiin Arialia ja fonttikoko oli 12 ja riviväli 1,5.

Sisällönanalyysi on lähellä teemoitusta ja niitä voidaan pitää samana menetelmänä (Tietoarkisto, i.a.). Sisällönanalyysissä eritellään aiheet ja teemat, mitkä esiintyvät aineistossa. Teemoina voi olla esimerkiksi haastateltavien mainitsevat asiat ja teoriassa esille tulevat toistuvat aihealueet. Teemoitusta ja luokittelua pidetään sisällönanalyysissä analyysin työkaluna. Luokittelussa aineistosta etsitään aiheita, jotka esiintyvät useasti aineistossa. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 105). Teemoituksessa painottuu aineiston sisältö ja sitä pilkotaan aihepiirien mukaisesti. Aineistoa voidaan ryhmittää ja sen mukaan aineistosta voidaan luoda yleistyksiä. Aineistosta voidaan etsiä joko samankaltaisuuksia tai erilaisuutta. Analyysin työmenetelmänä voi toimia koodaus. Koodauksessa tunnistetaan ja nimetään aineistosta löytyviä rakenteita ja sen avulla yksityiskohdat pystytään tuomaan paremmin esille (Tietoarkisto, i.a.). Koodimerkit toimivat muistiinpanoina ja niillä pystytään rajaamaan sitä aluetta, jota aineistossa käsitellään (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 105).

Opinnäytetyössä hyödynnettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Analysointi tapahtui muodostamalla pieniä teemoja litteroidusta tekstistä nousseiden aihealueiden perusteella. Ensimmäisessä analyysivaiheessa teemoja oli vielä kuusi. Ajatuksena ei ollut säilyttää kuutta teemaa, mutta se helpotti alussa analysointia. Teemoina oli mukana aluksi asiakassuhteeseen liittyvät kokemukset ja lääkärikokemukset. Halusimme erotella lääkärin kokemukset aluksi, koska haluttiin nähdä vaikuttaako niiden määrä hoitosuhdeteemaan merkittävästi. Asiakassuhteeseen liittyvä teema todettiin heti turhaksi ja kokemukset siirrettiin hoitosuhde ja vuorovaikutus teemaan.

Teemat nousivat esiin helposti litteroidusta tekstistä, sillä teemahaastattelurunko sisälsi neljä teemaa. Jokaiseen haastattelurungon teemaan kerättiin vastauksia, ja runko sisälsi myös alateemoja, joissa tarkennettiin osion kysymyksiä. Kuudesta teemasta muodostettiin neljä teemaa. Osalla näistä teemoista oli myös alateemoja, esimerkiksi palvelujärjestelmään liittyvät kokemukset teemaan kuului palveluiden oikea-aikaisuus sekä tarpeisiin vastaavuus, syrjintä ja ennakkoluulot sekä mielipiteen kuuntelu. Aluksi eroteltiin teemoiksi palveluihin ja palvelujärjestelmään liittyvät kokemukset, vuorovaikutukseen sekä asiakas/hoitosuhteeseen liittyvät kokemukset, sitoutumiseen ja motivaatioon liittyvät kokemukset sekä lääkehoidon kokemukset. Lääkehoito sisällytettiin pääasiassa palvelujärjestelmä osuuteen, sillä kokemukset liittyivät pitkälti tiedonsaantiin ja palvelun tarpeisiin vastaavuuteen. Osa lääkehoidon kokemuksista liittyi vuorovaikutukseen. Analysoinnin vaiheita hahmotetaan kuviossa 12.



Kuvio 12. Analysoinnin vaiheet.

Hyödyksi käytettiin värikoodausta. Jokaiselle teemalle oli oma värinsä. Sen lisäksi värikoodausta käytettiin kokemusten luokitteluun. Huono kokemus oli punaisella, hyvä kokemus oli vihreällä värillä ja neutraali tai määrittelemätön kokemus oli sinisellä. Tällä haluttiin varmistaa, ettei analyysivaiheessa tietynlaiset kokemukset korostu.

6.4 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkijalla on aina vastuu etiikasta tutkimuksen aihetta valitessa (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 128–129). Osa eettistä pohdintaa on miettiä, kenen ehdoilla tutkimuksen aihe valitaan ja minkä vuoksi tutkimus tehdään. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuoda sen kohderyhmän eli mielenterveyskuntoutujien näkökulmaa esille. Tästä voidaan todeta, että aiheen valinnassa otettiin huomioon myös eettisyys. Kohderyhmä on osallinen tutkimuksessa haastatteluiden muodossa. Tutkimuseettiset ongelmat liittyvät pääasiassa tutkimustoimintaan, esimerkiksi tutkimuksesta kertomiseen, aineiston keräämiseen ja analyysimenetelmän luotettavuuteen (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 128–129).

Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, TENK, 2019). Perustuslaissa asetetut oikeudet kuuluvat jokaiselle yksilölle. Oikeuksia ovat henkilökohtainen vapaus, koskemattomuus, sananvapaus ja oikeus yksityisyyteen. Oikeuksien toteutuminen antaa luottamusta tutkijoiden ja tutkittavien välille. Tutkimus on toteutettava siten, että siitä ei koidu haittaa tai vahinkoa tutkimukseen osallistuville henkilöille. Osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista ja osallistuja voi halutessaan kieltää tai keskeyttää siihen osallistumisen. Tutkimukseen osallistuvalla on annettava ymmärrettävä kuva tutkimuksen tavoitteista. Opinnäytetyöstä annettiin haastateltaville tiedote tutkimuksesta sekä tietosuojaseloste ja he allekirjoittivat myös suostumuslomakkeen haastatteluun osallistumisesta. Haastateltaville myös kerrottiin, että he saavat missä vaiheessa vain peruuttaa osallistumisen, lopettaa haastattelun tai olla vastaamatta johonkin kysymykseen. Sen lisäksi haastateltavien yksityisyydestä huolehdittiin anonymisoimalla saatu aineisto. Haastateltaville myös kerrottiin heidän anonymiteettinsa suojaamisesta sekä oikeuksista ennen haastattelun aloitusta.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa eettisenä ongelmana esiintyy se, että haastateltavat ovat vähemmän tietoisia tutkimuksen tavoitteita (Alasuutari, 2011, Laadullisen analyysin vaiheet -luku). Haastateltavat eivät ole niinkään vastaajia, vaan oman elämänsä kertojia. Haastateltavan tietoisuudesta tavoitteiden osalta huolehdittiin niin, että tiedotteessa kerrottiin opinnäytetyön tavoitteet ja heille kerrottiin niistä myös aivan haastattelun alussa.

Häyryn (1998) mukaan on neljä periaatetta, joiden avulla tutkimuksen eettisiä ongelmia tulisi lähestyä. Näitä periaatteita ovat hyötyperiaate, vahingon välttämisen, autonomian kunnioittamisen ja oikeudenmukaisuuden periaate. Vahingon välttämisen periaatteen tarkoituksena on se, että tutkimuksesta ei aiheutu vahinkoa tutkimukseen osallistuvalla. Autonomian kunnioittamisella tarkoitetaan tutkittavien vapautta ja itsemääräämisoikeuden arvostusta. Oikeudenmukaisuuden periaatteen noudattaminen antaa tutkimukseen osallistuville oikeudenmukaisen kohtelun. Haastateltavia kohdeltiin tutkimuksessa oikeudenmukaisesti. Tutkimuksessa huolehdittiin siitä, että tiedon kertomisesta ei aiheutuisi haittaa mielenterveyskuntoutujalle huolehtimalla anonymiteeteista ja myös aineisto säilytettiin turvallisesti niin, etteivät ulkopuoliset pääse siihen käsiksi.

Salassapidolla tarkoitetaan yksityishenkilön tai hänen läheistensä kertomien tietojen salassapitoa (Tehy, i.a.). Vaitiolovelvollisuuden syntymiseen riittää tietojen saaminen sellaisissa olosuhteissa, että ne nähdään luottamuksellisena. Henkilötietoja sisältävän aineiston käsittelyä ohjaa vastuu, suunnitelmallisuus ja lainmukaisuus (Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK, 2019). Aineisto sisältää henkilötietoja, jos siitä pystytään tunnistamaan henkilö suorasti tai epäsuorasti. Henkilötiedot on poistettava heti, kun ne eivät ole tutkimuksen toteutukselle tarpeellisia. Pääperiaate on, että tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden anonymiteettia suojellaan. Osallistujille ei kuitenkaan tule luvata täyttä anonymiteettia, sillä nimettömänä esiintyminen ei ehkäise sitä, että yhteisön tai organisaation tunteva henkilö ei pystyisi tunnistamaan osallistujaa. Opinnäytetyössä jätetään mainitsematta haastateltavien käyttämät Seinäjoen ulkopuoliset palvelut, sillä se oli haastateltavien toiveena.

Plagionti eli luvaton lainaaminen on toisen henkilön tuotannon lainaamista kertomatta alkuperäistä lähdettä (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene, 2019). Opinnäytetyössä on käytetty asianmukaisia lähdeviittauksia eikä ole kopioitu toisen henkilön kirjoittamaa tekstiä ilman asianmukaista lähdeviittausta. Lisäksi laadullisen tutkimuksen tekemisessä nousee esiin kysymykset totuudesta ja puolueettomasta tiedosta (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 128). Opinnäytetyössä on pyritty kertomaan haastateltavien tieto muuttamatta ja tulkitsematta sitä. Totuudenmukaisuutta on lisätty liittämällä opinnäytetyöhön haastateltavien sitaatteja.

Juuti ja Puusa (2020, s. 175) esittävät, että laadullisen tutkimuksen luotettavuus muodostuu uskottavuudesta, luotettavuudesta ja eettisyydestä. Tutkimuksen luotettavuus tarkoittaa, että tutkija on onnistunut valitsemaan ja käyttämään perusteltuja ja oikeanlaisia lähestymistapoja ja menetelmiä tutkimusongelman ratkaisuun ja tutkimuksen toteuttamiseen ja vakuuttanut lukijan omasta ammattitaidostaan. Sen lisäksi tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa keskeisesti uskottavuus ja eettisyys. Uskottavuus tarkoittaa, että suuri yleisö hyväksyy tutkimuksen tulokset tosiksi ja luottaa siihen, että tutkimusaineisto on kerätty asianmukaisesti ja analysoitu huolellisesti. Eettisyys tarkoittaa, että tutkija on noudattanut eettisiä periaatteita koko tutkimuksen ajan. Valittujen menetelmien on täytynyt olla sellaisia, että ne voisivat toimia minkä tahansa tutkimuksen ohjenuorina. Opinnäytetyöhön valitut menetelmät ovat tuoneet vastaukset tutkimuskysymyksiin eli valitut menetelmät voisivat toimia vastaavanlaisessa tutkimuksessa.

Kun tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan, on otettava huomioon validiteetti ja reliabiliteetti (Aaltio & Puusa, 2020, s. 179). Arvioitaessa tutkimuksen reliabiliteettia, pohditaan, onko valituilla menetelmillä tutkittu kohdeilmiötä luotettavasti. Esimerkiksi niin, että satunnaiset tekijät, kuten tilanne ja tutkija eivät vaikuta tutkimustuloksiin. Validiteetin arvio taas vastaa kysymykseen, onko tutkittu sitä, mitä tutkimuksessa oli tarkoitus tutkia. Usein esitetään, että laadullisen tutkimuksen luotettavuutta on vaikea arvioida, sillä edellä mainittujen käsitteiden ei ajatella soveltuvan sellaisenaan laadullisen tutkimuksen uskottavuuden arviointiperusteiksi. Vaikka tutkimuksen luotettavuutta on vaikea arvioida, voidaan sitä kuitenkin pohtia. Kohdeilmiön tutkimuksessa otettiin huomioon, missä haastateltavat haluavat, että haastattelut suoritetaan. Pyrittiin siihen, että haastateltava saa tuottaa tietoa turvallisessa ja itselleen luonnollisessa ympäristössä, jotta tutkimustulokset eivät vääristy esimerkiksi tilanteen epämukavuuden tai stressin takia.

Kuitenkin laadullisen tutkimuksen luotettavuutta on mahdollista arvioida myös reliabiliteetin ja validiteetin käsitteiden avulla niitä soveltaen (Aaltio & Puusa, 2020, s. 180–181). Silloin tutkijan täytyy ymmärtää laadullisen tutkimuksen luonne. Validiteettiin vaikuttaa esimerkiksi tutkimuksen kohteeksi määritellyn ilmiön eheys. Tutkimuksen käsitteeltävän ja saatujen tulosten tulee pitäytyä ilmiön luonteessa. Tutkimuksen päättelypolku tulee tehdä läpinäkyväksi analysointi- ja tulkintavaiheissa, sillä mitä selvemmin ja yksityiskohtaisemmin tutkija tuo vaiheet esille, sitä paremmin luotettavuus on arvioitavissa. Opinnäytetyön analysointivaihetta ja tehtyjä johtopäätöksiä on tuotu esille niille tarkoitetuissa luvuissa.

Kerätyt haastateltavien taustatiedot, puhelinnumerot, äänitteet, dokumentit, kuten suostumus tutkimukseen ja haastattelujen litteraatit poistettiin, silloin kun ne olivat tarpeettomia tälle opinnäytetyölle. Haastateltavien anonymiteettia pyritään turvata myös muilla tavoin. Kaikki kerätyt tiedot ovat talletettu henkilökohtaisiin salasanalla varustettuihin laitteisiin. Kenelläkään muulla ei ole siis pääsyä kerättyihin tietoihin. Tiedostot ovat tallennettu nimimerkillä, jolla on pyritty varmistamaan anonymiteetti.

Tutkimukseen on osallistunut kahdeksan haastateltavaa, joten saatua aineistoa ei voida verrata suurella mittakaavalla eikä sitä voi yleistää. Yksittäisiä kokemuksia voidaan kumminkin verrata, jos ne poikkeavat siitä, millainen palvelujärjestelmän tai vuorovaikutuksen täytyisi olla. Haastateltavien kokemukset voivat myötäillä palveluiden toimintaa, eli ne ovat

samankaltaisia kuin teoriassa esitetyt palveluiden periaatteet. Jotta opinnäytetyö olisi toteutettu eettisesti, on täytynyt myös huomioida se, että haastateltavat kertovat kokemuksistaan mielenterveyspalveluissa laajasti eivätkä rajaisi näkökulmaa.

Huomioon tuloksien ja johtopäätöksien osalta on myös otettava, että osa kerätyistä kokemuksista kuuluu aiemman mielenterveysstrategian piiriin. Aikaisimmat kokemukset ovat vuodelta 2002. Haastateltavilla oli kokemuksia päivätoiminnoista ja eri osastoista, jotka ovat nyt muuttuneet. Se saattaa näkyä esimerkiksi niin, että haastateltava kertoi jostain palvelusta, jota ei ole enää olemassa. Kuitenkin mielenterveyspalvelujen keskiössä on edelleen vuorovaikutus ja asiakassuhteet ja niihin kokemuksiin aika ei välttämättä tuo niin suurta muutosta, että aikaisemmat kokemukset eivät olisi enää ajankohtaisia.

Tutkimuksen analysointia vaikeutti se, että osa haastatteluista saaduista kokemuksista oli mielenterveyspalveluiden ulkopuolelta. Analysointivaiheessa pyrittiin erittelemään eri palveluissa syntyneet kokemukset. Vaikeuksia tuotti esimerkiksi se, että psykiatrian puolella on akuuttihoitoa, joka sekoittui helposti yhteispäivystyksen toimintaan. Sen lisäksi oli monia kokemuksia, jotka liittyivät vain yhteen ammattiryhmään ja tätä ryhmää ei haluttu opinnäytetyössä korostaa. Oli tärkeä myös huomioida se, että asiakkaalla ei aina ole realistista käsitystä siitä, mikä tietyn ammattiryhmän tehtävä on, mikä on voinut tehdä kokemuksesta negatiivisen. Negatiiviset kokemukset ovat voineet tulla tilanteesta, jossa ammattihenkilö on toiminut protokollan mukaisesti, mutta häneltä on toivottu erilaista toimintaa.

Osa haastateltavista koki, että tiettyihin kysymyksiin oli vaikea vastata, millä on saattanut olla vaikutusta aineistoon. Vaikeaksi koettiin kysymys voimavarojen kartoittamisesta, sillä haastateltavilla ei ollut varmuutta siitä, onko voimavaroja kartoitettu. Toinen vaikea kysymys oli hoidon tavoitteiden määrittely. Haastateltaville ei tullut ensin mieleen hoitonsa tavoitteita eivätkä he olleet varmoja, oliko hoidolle määriteltäviä. Kysymykset herättivät kumminkin ajatuksia ja saivat haastateltavat miettimään heidän hoitonsa kulkua. Aineiston analysointivaiheessa otettiin myös huomioon se, että osa haastateltavista kertoi kokemuksistaan huomattavasti laajemmin kuin toiset. Haasteena oli, että heidän kokemuksensa eivät korostuisi tulososiossa. Tulososiot kuitenkin hiottiin niin, että se ei korostaisi vain tiettyjen haastateltavien kokemuksia tai tietynlaisia kokemuksia.

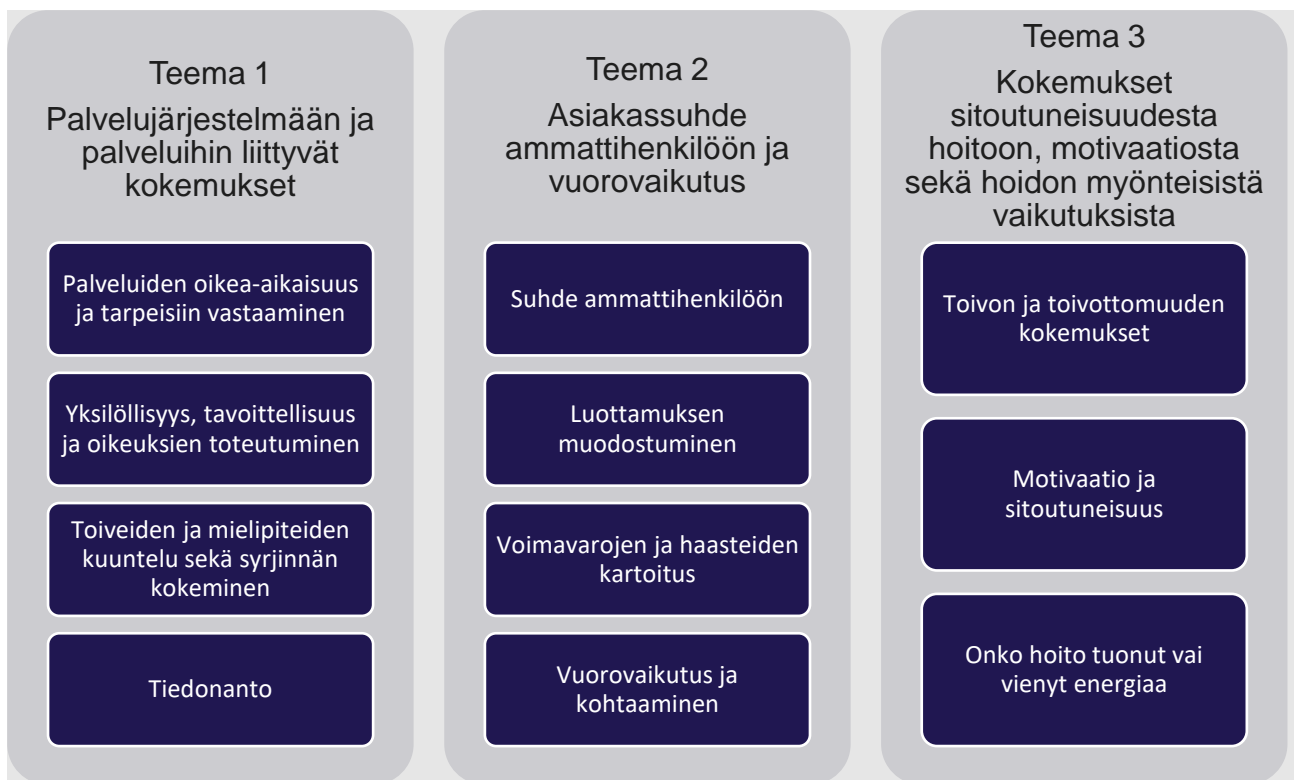
7 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa esitellään tutkimustulokset. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluna, jota varten haastateltiin kahdeksan mielenterveyskuntoutujaa. Jokainen mielenterveyskuntoutuja on matalan kynnyksen kohtaamispaikka Olkkarin kävijöitä, ja osa heistä on kouluttautunut Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kokemusasiantuntijoiksi. Haastateltavat ovat iältään 27–49-vuotiaita. Haastateltavilla on tuoreita kokemuksia mielenterveyspalveluista sekä kokemuksia, jotka ovat jopa 20 vuoden takaa. Kaikkia kokemuksia ei voi verrata nykypäivään, sillä esimerkiksi palvelurakenteet ovat muuttuneet. Haastateltavien käyttämiä palveluita ovat avo- huollon, tehostetun avo- huollon, järjestösektorin ja yksityisen tahon tuottamat palvelut.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää mielenterveyskuntoutujien kokemuksia mielenterveys- palveluista. Tutkimuksessa kartoitettiin mielenterveyskuntoutujan saamaa kohtelua, ohjausta, tietoa ja sitä, kuinka nämä asiat ovat vaikuttaneet mielenterveyskuntoutujan paranemispro- sessiin. Tutkimustulokset osiossa käytetään suoria lainauksia, ja haastateltavien anonymitee- tin turvaamiseksi käytetään koodeja H1, H2, H3 ja niin edelleen. Jos lainauksessa esiintyy lauseita, jotka eivät suoranaisesti liity opinnäytetyön aiheeseen, käytetään merkintää (...). Jos haastateltava on käyttänyt esimerkiksi murre- sanaa, se selvennetään hakasulkeissa. Ha- kasulkeissa on myös lisäyksiä sitaatteihin ymmärtämisen lisäämiseksi.

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto valitaan harkinnanvaraisesti tutkimuskysymykset huo- mioiden (Mays & Pope 1995, Sofaer 2002, Airan 2005, mukaan). Haastateltavien tuottaman aineiston avulla tutkittavasta ilmiöstä pyritään saamaan monipuolinen kuva ja löytämään eri- laisia näkökulmia. Aineistoa pidetään riittävänä, kun uusi aineisto ei tuota enää tutkimuksen kannalta uutta tietoa eli aineisto saavuttaa kylläntymispisteen. Tässä opinnäytetyössä ei voida täysin huomioida kylläntymispistettä, sillä kokemuksia on jokaisella ihmisellä, joka mielenterveyspalveluita on käyttänyt. Ihmisillä on rajaton määrä kokemuksia vuorovaikutuk- sesta, lääkähoidosta sekä palvelujärjestelmästä ja näitä kokemuksia tulee jatkuvasti lisää. Tutkimustuloksien arvioinnissa ja johtopäätösten tekemisessä tulee huomioida, että koke- mukset olivat rajallisen joukon kokemuksia, jotka valottavat pientä osaa kaikista suomalaisten mielenterveyskuntoutujien kokemuksista.

Teemahaastattelussa oli neljä teemaa. Ensimmäisessä teemassa selvitettiin, miten palvelut ovat vastanneet asiakkaan tarpeisiin, huomioitiinko heidät yksilöllisesti ja toteutuiko heidän oikeutensa. Toisessa teemassa kartoitettiin asiakkaan suhdetta hoitaviin henkilöihin, vuorovaikutusta, kohtaamista sekä, miten asiakkaan haasteita ja voimavaroja on palveluissa kartoitettu. Kolmannessa teemassa selvitettiin, kuinka sitoutuneita ja motivoituneita asiakkaat ovat olleet hoitonsa suhteen sekä, mikä siihen vaikutti. Neljäs ja viimeinen teema kartoitti kokemuksia lääkehoidosta. Nämä neljä teemaa muuttuivat kolmeksi teemaksi analysoinnin jälkeen. Ensimmäinen teemaa keskittyy kokemuksiin, jotka koskevat palvelujärjestelmää ja palveluita. Toinen teema käsittelee asiakkaan suhdetta ammattihenkilöihin sekä vuorovaikutusta. Kolmas teema käsittelee sitoutuneisuutta, motivaatiota sekä asiakkaan muita kokemuksia palveluista. Lääkehoidon kokemuksia ei ollut valtavasti ja ne liittyivät enemmän tiedon saamiseen ja muuhun palveluohjaukseen tai vuorovaikutuksellisiin ongelmiin, jonka takia teema sisällytettiin muihin teemoihin analysointivaiheessa. Kuviossa 13 on esitelty analysoinnin myötä muodostuneet teemat.



Kuvio 13. Mielensterveyskuntoutujien kokemukset mielensterveyspalveluista.

7.1 Palvelujärjestelmään ja palveluihin liittyvät kokemukset

Haastatteluilla selvitettiin, miten palvelut vastaavat asiakkaan tarpeisiin ja kuinka oikea-aikaisesti asiakkaat ovat kokeneet saaneensa palveluita. Haastateltavat kertoivat myös, miten tavoitteelliseksi he kokivat työskentelyn mielenterveyspalveluissa ja millaista tiedonantoa he ovat saaneet.

Suurimmaksi osaksi haastateltavat kokivat, että palvelut vastasivat heidän tarpeisiinsa. Palveluiden vastaaminen tarpeisiin auttoi haastateltavia muun muassa piristymään ja löytämään oikean lääkityksen sekä akuuttiin tilanteeseen sai hyvin apua. Kokemuksena oli myös, että omaan kuntoutumiseen oli annettu hyvin aikaa, mikä oli koettu positiiviseksi. Hoidossa hyväksi koettiin myös se, että masennukseen sai hyvin apua ja käyntimäärää tihennettiin masennusjakson aikana.

Ihan hyvin, että auto kyllä löytämään oikeat lääkkeet ja piristymään. (H1)

Mä oon enemmän tarvinnut siihen mun kuntoutumiseen sitä omaa aikaa ja sitä on mulle riittävästi annettu. Ja sitä arjensujuvuutta on tuettu siellä tukiasumisessa hyvin. Ja sairaalalta oon saanut sellaisen lääkityksen, mikä on mulle toiminut, niin se on katottu kumminkin kondikseen [kuntoon]. (H2)

Haasteltavilta löytyi myös kokemuksia, joissa palvelut eivät olleet vastanneet heidän tarpeisiinsa. Haastateltavat kuvasivat, että hoidon alussa omia tarpeita oli vaikea hahmottaa. Osa myös koki, että palvelut keskittyivät pääasiassa päihdeongelman hoitamiseen kuin mielenterveydenhäiriön hoitoon. Negatiivisena kokemuksena oli myös, että pieni osa koki olevansa parhaiden palveluiden äärellä, mutta apua ei siltikään saanut. Avunsaantikeinona koettiin olevan lääkkeiden yliannostus.

Palveluthan etenee silleen järjestyksessä, että ensiksi tulee ambulanssi, sitten tulee päivystys ja sit siitä siirtyy jonnekin osastolle ja lääkäriä nähdään siellä päivystyksessä ja osastolle se tulee sitten joskus myöhemmin. Se on niin järjestelmällistä, että en mä tiedä, kai sen on hyvä olla niin. - Et nyt mä en pysty mitenkään ottamaan intoksikaatiota, mikä tarkoittaa, että pääsisin avun piiriin. Mä niin kuin huomasin siellä lääkärikäynnillä sen, kun mä huusin sille lääkärille ja itkin ja sanoin, että meen kotiin viiltelemään ja juomaan ja otan lääkkeitä yliannostuksen ja sit mua itketti kun oltiin just laitettu lukkoon se kellodosetti, niin mun lääkkeet jäi. (H3)

No sillan ku niinku alotti ton hoidon niin ei oikein tienny mitä hoidolta haluaa tai tarvii että sillan siinä ajassa tuntui ihan hyvältä mutta nyt kun on päässyt pidemälle niin tuntuu ettei oo saanu kunnollista hoitoa ollenkaan..se on enemmän itellä tietoisuus lisääntynyt nii ymmärtää että asioiden pitäisi mennä toisin kuin ne menee. (H5)

Osa haastateltavista koki, että akuuttiin tilanteeseen ei saanut apua. Kokemuksena oli, että akuutissa tilanteessa keskityttiin oireiden kartoitukseen, mutta pahaan oloon ei tilanteessa tullut ratkaisua tai helpotusta. Sen lisäksi koettiin, että oireita piti jopa liioitella saadakseen akuuttiin tilanteeseen apua.

Mut mä en tietyllä tavalla saanut apua, että ne vaan keräs tietoa siitä, kahden viikon päästä tuli aika mut se ei siihen akuuttiin tilanteeseen [auttanut] johonka mä niinku päivystykseen menin. (...). [Syy päivystykseen hakeutumiselle] Se nyt oli tällainen perus itsetuhoisuus, itsemurha-ajatukset..todella pahan mielialan, mielentilan..se on vaan sellainen käynti ja lähden samoilla mielin takaisin. (H5)

Sit mä menin tonne julkiselle puolelle ja mä olisin halunnut terapiaa. Mut sit ne sanoi, et ei saa jollei ei oo psykoottinen tai itsemurha-altis. Mä sit sanoin, et kirjaa jompikumpi sinne papereihin, et mulle ei oo väliä, kunhan mä saan jostain apua. En mä tiennyt mitä se kirjas sinne, mutta silloin mä pääsin ensiavun psykiatrille. (H8)

Palvelujen oikea-aikaisuudesta oli monipuolisia kokemuksia. Osa haastateltavista koki, että palveluita sai silloin, kun niihin osasi hakeutua, mutta niitä olisi tarvinnut jo aikaisemmin. Osa taas koki, että palveluita sai oikea-aikaisesti ja silloin, kun niitä tarvitsee tai niitä sai välillä oikea-aikaisesti.

Kyllä sitten kun osas hakea niitä. (H1)

Muutamalla haastateltavalla oli kokemus siitä, että oikeanlaiseen palveluun pääseminen vaati paljon ponnisteluja heiltä itseltä. Jos haastateltava halusi vaihtaa ammattihenkilöä, prosessi siihen oli haasteellinen ja voimia vievä.

Mä heti ekalla kerralla näin, että ei toimi. Ja sanoinkin aika suoraan sen vedoten ammattitaitoon (...). Sit mä sanoin mun lääkärille, että mee nyt vaan tolle ja sit mä yritin löytää toisen ja kaks vuotta meni, et sain vaihdettuu sen. (H8)

Osa haastateltavista koki, että palveluiden oikea-aikaisuutta oli hieman vaikea määritellä. Sen lisäksi haastatteluissa nousi esille, että asiakas voi ohjautua liian aikaisin johonkin hoitomuotoon, johon hän ei vielä koe olevansa valmis. Myös väärään terapiamuotoon ohjautuminen on mahdollista ja voi hidastaa parantumista.

Jotenki pitäis saada puututtua siihen ongelmaan, kun se syntyy. Ittellänikin se oli masennus mistä mä lähdin hoitamaan itteäni. Yhteiskunnan ja ympäristön pitäisi jotenkin huomata, että ihminen alkaa masentua ja puuttua siihen tilanteeseen eikä silleen et ihminen itse huomaa et on masentunut ja hakeutuu hoitoon koska silloin se on jo todella pitkälle edennyt, mutta se on tälleen et, kun ihminen alkaa masentumaan nii ihminen piilottaa sen niin hyvin niin on aika vaikeaa huomata se masennus. No ihminen kuitenkin tietyllä tavalla esittää asioita toisin kuin ne on hänelle itselleen, koska ne on puolustamiskeino jolla ihminen suojelee omaa tulevaisuuttaan. (H5)

Se oikea-aikaisuus on hirveän vaikeaa määritellä ja sitten kun se oma kokemus saattaa olla ihan eri, kun se oikeesti on. (H8)

Palveluiden tavoitteellisuus ei ollut haastateltaville selkeää. Heille ei tullut mieleen heti palveluidensa tavoitteita. Haastateltaville ei tullut mieleen tavoitetta, jonka he yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa olisivat asettaneet. Kaikki haastateltavat eivät muistaneet, oliko palveluissa asetettu tavoitteita. Hoidossa oli kuitenkin havaittavissa tavoitteita, jotka haastateltaville tuli mieleen. Tavoitteina hoidolleen he luettelivat muun muassa voinnin kohenemisen, piristyminen ja unirytmien muuttamisen. Lisäksi positiiviseksi hoidossa oli koettu, että työelämään suuntautumista ei asetettu hoidon tavoitteeksi.

No varmaan sitä sellaista voinnin kohenemistä, se että mä en alun perin ollut ollenkaan motivoitunut palaamaan työelämään, eli sitä ei oo ollut tavoitteena missään vaiheessa ja silti nyt mä oon työelämässä. Et jossain vaiheessa, mä vaan totesin, et mä oon siinä kunnossa, et mä haluan tehdä töitä. Eli silloin ei oo ollut mitään väkisin työn suuntaan vääntämistä ollenkaan. Tavoitteet on ollut varmaan voinnin paranemista ja parempaa oloa ja sen sellaista sen hoidon aikana. (H2)

Kokemuksena oli myös, että hoidon ensisijaisena tavoitteena oli riippuvuuden hoito, joka esti osaltaan muihin ongelmiin puuttumisen. Negatiivisena kokemuksena nousi esille myös se, että palveluissa ei katsottu ihmistä kokonaisuutena.

Onkohan tavoitteita koskaan asetettu, no alkoholittomuus on varmasti yksi tavoite. Kai ne ehkä sitten toivoo, että kun mä oon raitis, että mulla häviäisi kaikki masennukset ja muut. (H3)

Mut aluksi on ollut silleen, että on pitänyt hajota kymmeneen eri suuntaan, et niillä on ollut omat jutut, eikä katota kokonaisuutta. (H8)

Haastatteluissa ilmeni myös, että hoidossa on asetettu tavoitteita, joita haastateltavat eivät kokeneet henkilökohtaisiksi tavoitteiksi. Tavoitteiden koettiin olevan yhteiskunnan määrittelemien normien mukaisia.

Ihmiseltä halutaan, et ihminen on osa yhteiskuntaa ja ei käytä päihteitä jotka tuhoaa sitä työkyntoa, rappauttaa ihmistä, niinku se on sen maailman ja yhteiskunnan näkemys, että mitä ihmisen pitäis tehdä, mutta sitten kun on ite yksilö ihmisenä mulla on vähän erilainen tavoite siihen, että sais jotenkin elämänilon takaisin ja pystyis tietyllä tavalla nauttimaan elämästä, mutta se on käsittämättömän vaikeaa mun kaltaiselle ihmiselle, että ehkä niinku nuo asiat on sellaisia askelia omaan tavoitteeseen pääsemiseksi. (H5)

Lisäksi suuri osa haastateltavista koki, että he olivat hoidossaan saaneet tarpeeksi tietoa eri palveluista, sairauksista sekä lääkityksestä ja sen käytöstä. Heille oli tarjottu palveluita ja he olivat saaneet palveluohjausta. Haastatteluissa kerrottiin muun muassa, että sairauden diagnostiset kriteerit ymmärrettiin, kun ne kerrottiin tarpeeksi hyvin ja usein. Osa haastateltavista kertoi, että he olivat myös itse hankkineet tarvittavaa tietoa.

Moneen kertaan mulle piti selittää ne diagnostiset kriteerit, et tämä täytyy, tämä täytyy, tämä täytyy, vaikkei näitä ääniharhoja olisikaan. Kun se tarpeeksi hyvin mulle selitettiin, niin olen ollut sen jälkeen hyvin selvillä siitä, että mikä se oma sairaus on. (H2)

Se oli ehkä paras paikka, se osasto siinä mielessä, että siellä mietitään sitä kokonaisuutta, että mitä vois jatkossa ja mitä vois tehdä. (H3)

Haastateltavilla oli myös kokemuksia yksittäisistä palveluista. Päiväsairaala oli koettu positiiviseksi paikaksi, sillä siellä sai tehdä kädentaitoihin liittyviä asioita, oli yhteistä jakamista sekä

yksilötyöskentelyä. Kokemukset mielenterveyspalvelusta auttaa asiakasta eteenpäin. Myös psykiatrisista osastoista oli kokemuksia monipuolisesti. Osastoissa oli koettu olevan eroja. Muutama haastateltava oli kokenut, että psykiatrisen osaston ympäristö oli epäsiisti eikä se ollut kodinomainen. Kokemuksia oli myös, että nukkumiseen puututtiin osastolla, mikä oli koettu negatiiviseksi. Haastateltavien kokemus on, että riittävä unensaanti on tärkeämpää kuin vuorokausirytminväkisin muuttaminen. Lisäksi negatiivisena kokemuksena kerrottiin, että osastolla ei saanut riittävästi hoitajan aikoja.

Klo tuli 23 tai 00 se määräs kaikki nukkuun, vaikka ei siellä mun ymmärtääkseni ollu mitään nukkumaanmenoajoja, et olis ollu pakko mennä nukkumaan. Se tuli ja sammutti telkkarin ja sano et kaikki nukkumaan. (H6)

Että tota sit ne nuorten osasto, ne oli ihan huippuja. En tiä liittyykö se jotenkin siihen ikää. (H4)

Ongelmaksi palveluissa oli myös kuvattu resurssien puute. Haastatteluissa oli kuvattu, että käyntejä ei ollut saatavilla eikä tutulle työntekijälle päässyt.

Se kuulu a-tiimiin ja sä kuulut b-tiimiin. Sit mä kysyin, et mihin päin Seinäjokee pitäisi muuttaa, et mä pääsisin sille, mut ei se nyt mene osotteen mukaan, et se on vaan et joka toinen kirjataan tänne ja joka toinen tänne. Sit mä kysyin, et saanko mä nyt jonkun henkilön täältä, niin se sano, et meillä ei oo nyt oikein antaa mitään, et maksimissaan 20 kertaa käyntejä, sit mä sanoin, et voin mä sen 20 kertaakin ottaa. Ja sit se sanoi, et ne on kumminkin aina kiireisiä. Sit mä luulin, et mä sain sen 20 kerran käynnin, henkilölle, jolle mä en olisi halunnut mennä. Niin mä menin sinne, niin se sanoi, että tää on tällainen arviokäynti. (H8)

Suurin osa haastateltavista koki, että heitä on huomioitu palveluissa hyvin yksilöllisesti, vaikka moni heistä ei osannut kuvata, millä tavalla heidät on huomioitu. Haastateltavat ovat esimerkiksi saaneet päättää jatkohoitopaikastaan ja kokeneet, että heille on löytynyt toimiva lääkitys ja hoito. Yksilöllisen huomioimisen on koettu olevan myös riippuvaista hoitavasta henkilöstä. Negatiivisena kokemuksena on ollut, että kaikkiin asiakkaiden ongelmiin ei ole pystytty puuttamaan.

Kyllä mua huomiottiin, mulle on sanottu, että kyllä sua [haastateltavan nimi] autetaan, kyllä sä saat apua, etkö sinä näe. (...) Koska kyllä mun täytyy sanoo, että kyllä mä oon saanut apua ja kyllä mulle on vastattu aina siinä akuutin numerossa ja kyllä mä oon saanut apua. (H3)

Haastatteluissa nousi myös ilmi, että asiakkaan toiveita ei välttämättä ole kuunneltu tarpeeksi, vaikka asiakas olisi kokenut hoidon muuten hyväksi. Ammattihenkilöstön on koettu olleen tilanteessa liian kiinnostunut asiakkaan oireista, joita asiakas kuitenkin kertoi, ettei hänellä ole. Haastateltava koki tässä tilanteessa, että häntä ei ymmärretty. Hoidosta hänelle kuitenkin löytyi sopiva lääkitys ja hoitomuoto. Sen lisäksi haastatteluissa tuli ilmi, että joskus asiakkaan toivetta ei huomioida.

Esimerkiksi, mulla on ollut kriteerinä, että mä en halua miestyöntekijää ja mut laitettiin miestyöntekijälle, joka oli vielä semmonen joku hypnotyyppi ja se ihan kauhistutti. Se sit kirjotteli musta ihan mitä sattuu sinne papereihin. En mä niitä nähnyt, mutta joku työntekijä luki mulle myöhemmin, että roikottaa hiuksia silmille, enkä mä oo ikinä tehnyt semmoista, kaikkee niin kuin tällaista. Mä lopulta kieltäydyin menemästä sinne. (H8)

Myös lääkehoidon osalta haastateltavat ovat kokeneet, että heidän toiveitaan on osittain kuunneltu. Muutamat haastateltavat kertoivat, että he olisivat tahtoneet lääkkeitöntä hoitoa lääkkeellisen sijaan. Tähän toiveeseen on pyritty vastaamaan, silloin kun se on hoidon kannalta mahdollista. Toiveisiin lääkehoidon suhteen on usein vastattu, esimerkiksi näkyville on noussut toive siitä, että lääke ei nostaisi painoa.

Alusti asti olin positiivisesti yllättynyt, että siitä on ylipäätään mitään apua. Et oon todella kiitollinen. Ja se oli yllättävää, että se tepsii niin hyvin. (H2)

[Lääkehoito] Mennyt hyvin sinänsä. Mut sen kun sais vielä onnistumaan, et ottais joka päivä niitä lääkkeitä, ettei ne jäisi. (7)

Haasteltavista suuri osa koki, että heidän toiveitaan hoidossa on kuunneltu. Esimerkiksi toivetta siitä, että asiakas ei joutuisi kokeilemaan uusia lääkkeitä tai uutta hoitomuotoa, on kuunneltu. Osa koki, että toiveita ei ole kuunneltu. Kokemuksena oli, että arvoja ei huomioitu hoidossa, jos asiakas oli päihteidenkäyttäjä. Epäilyksenä oli, että voi saada parempaa hoitoa, jos palveluissa ei kerro päihteidenkäytöstä. Toisena ajatuksena esille tuli, että siinä on suuri ero, kuinka ihmistä hoidetaan riippuen syystä, miksi hoitoon on joutunut.

Kyllä silti on saanu itte kunnioittavaa kohtelua (...). Kyllä mua on silti pidetty ihmisenä, vaikka niinku pääasia on ollu se, että on päihteidenkäyttäjä. (H5)

Haastateltavista suuri osa kokee myös, että heidän oikeutensa hoidossa ovat toteutuneet. Oikeuksien toteutumiseen ajateltiin vaikuttaneen hoitomyönteisyyden. Osallisuuden koettiin toteutuneen esimerkiksi niin, että he olivat yhdessä hoitajan kanssa sopineet ajat, jotka käyvät molemmille. Hoidon alussa saatettiin kuitenkin kokea, että masennuslääkkeiden käyttöä suositeltiin liikaa, vaikka asiakas koki, ettei tietylle lääkkeelle ole tarvetta. Toiveita kuitenkin myös kuunneltiin. Haastateltavista osa oli myös kokenut, että heidän oikeutensa esimerkiksi psykiatrisella osastolla eivät toteutuneet. Osastohoidossa lääkäriltä oli puuttunut tarvittava lähete. Pieni osa haastateltavista koki, että lääkevastaisuus voi aiheuttaa ongelmia hoidossa.

No lääkkeet on kans yks sellanen, jossa saat itte periaattees määrätä, mitä haluat, ellet sä joudu pakonomaiseen osastohoitoon vastentahtoa, silloin sun itsemäärämisoikeus periaattees katoaa, mut silleen kun et oo vastentahtoisessa hoidossa niin saat itse määrätä, minkä lääkkeen sä otat tai keskustele lääkäriin kanssa mikä sopis ja saat ite päättää otatko sen lääkkeen, jos et sä ota lääkettä nii se voi aiheuttaa ongelmia tulevaisuudessa näiden palveluiden kanssa, koska ne huomaa, että sä oot lääkevastainen ihminen ja se voi aiheuttaa ongelmia asioissa. (H5)

Haastatteluissa selvitettiin myös, ovatko haasteltavat kokeneet syrjintää tai ennakkoluuloja mielenterveyspalveluissa. Melkein kaikki haastateltavat kertoivat, etteivät he ole kokeneet syrjintää tai ennakkoluuloisuutta hoidossaan.

Mulla on hyvin positiiviset kokemukset. (H2)

Kokemuksia syrjinnästä kuitenkin oli pienellä osalla haastateltavista. Syrjinnän kokemus liittyi päihderiippuvuuteen sekä koettiin, että alkoholiongelma voi estää asioita toteutumasta.

Pääosin en [ole kokenut syrjintää], mutta se alkoholi on sellainen asia, että se kyllä estää asioita toteutumasta. Et sit hoidetaan pelkästään sitä alkoholiongelmaa. (H3)

Sua kohdellaan todella paljon huonompana ihmisenä kuin mitä normaalia ihmistä (...) syrjintäkin on ehkä vähän vahva sana. (...)Ei se nyt tietyllä tavalla oo syrjintää, mut se tietyllä tavalla arvottaa ihmisen todella matalalle. (...) Se vähän on ongelma kun on päihteidenkäyttäjä niin se on sun identiteetti ku sä oot hoidossa niin sä oot päihteidenkäyttäjä, (...) se on niin iso stigma, se painottuu paljon siihen et se ihminen jää sivuun siitä, mutta kyllä se on aika sellasta yrittäny olla sellasta positiivista se hoito, mut sit ku taas sä oot masentunut ihminen niin, vaikka sulle

kuinka paljon hoetaan positiivisia asioita, niin sä käännät ne omas päässä negatiiviseksi. (H5)

Muutamalla haastateltavalla on ollut ennakkoluuloja lääkehoidon suhteen ennen lääkehoidon aloittamista, mutta nämä ennakkoluulot ovat tasaantuneet aloituksen jälkeen. Pelkoihin ja ennakkoluuloihin on tartuttu suurimmaksi osaksi. Yhtenä pelkona on ollut esimerkiksi painon nousu, lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset ja lääkkeiden vaikutus persoonaan. Vain pienellä osalla oli kokemus siitä, että pelkoihin ei ole puututtu.

7.2 Asiakassuhde ammattihenkilöön ja vuorovaikutus

Tässä teemassa kerrotaan, millaisia hoitosuhteita haastateltaville on muodostunut ammattihenkilöihin ja mitkä asiat sen muodostumiseen on vaikuttaneet. Haastateltavat ovat esimerkiksi kuvailleet, millaiseksi he ovat kokeneet hyvän ammattihenkilön. He kertoivat myös, millaista heidän ja ammattihenkilöiden välinen vuorovaikutus on ollut.

Pitkään kestävässä hoitosuhteissa luottamuksellisuus, avoimuus ja rehellisyys näkyivät eniten. Useat haastateltavat ovat kuvailleet, että yhdestä hoitohenkilöstä on tullut heille tärkeä. Haastateltavat ovat kuvailleet, että siihen on vaikuttanut ammattihenkilön kuuntelevuus, kemioiden kohtaaminen ja se, että hänelle pystyy olemaan avoin. Haastateltavat kuvailevat, että hyvät kokemukset hoitosuhteista kantavat eteenpäin vielä hoitokontaktin loppumisenkin jälkeen. Haastatteluissa tuli myös esille, että hyvässä hoitosuhteessa pystytään puhumaan muustakin kuin mielenterveyteen liittyvistä asioista ja juttelu luo rennon ja rauhallisen ilmapiirin.

Hän on mukava ihminen ja avoin ja huumorintajuinen, ollaan aika lailla samalla tasolla niissä suhtein, ettei oo mikään tiukkapipoihminen niin pärjää sen kaa. (H1)

Lyhytaikaisissa hoitosuhteissa hyvän suhteen muodostuminen on myös mahdollista. Haastateltavat kuvailivat, että siihen on vaikuttanut hoitajan lämmin olemus, joka on edesauttanut turvallisen suhteen muodostumista.

Aluksi mulla oli (...) yks mielenterveyshoitaja, mutta kyllä hän sai sitä luottamusta muhun luotua siinä heti alussa. Sellainen lämmin ja turvallinen olemus oli ja kuunteleva. (H2)

Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus tuli myös esille haastatteluissa. Ongelmaksi koettiin esimerkiksi lääkäreiden runsas vaihtuvuus. Kaikki eivät kumminkaan näe hoitohenkilöiden vaihtelevuutta huonona asiana, sillä se antaa lisää näkökulmia useilta ihmisiltä.

Ja myöskin koko ajan vaihtelevuus on ollut iso, mutta toisaalta mä en pidä sitä huonona asiana, että sitä vaihtuvuutta on, ettei jää sit yhden henkilön näkemyksen varaan. (H2)

Kaikki hoitokontaktit eivät voi onnistua täydellisesti. Pieni osa haastateltavista kertovat, että he ovat lopettaneet käyntejä tai vaihtaneet ammattihenkilöä, sillä eivät kokeneet ammattihenkilöä yhteensopivaksi. Osalle on muodostunut kuva siitä, että vaikeissa tilanteissa ammattihenkilö ei ole aidosti läsnä vaan suorittaa vain ammattivelvollisuuttaan.

Ei se auta mitään et se hoitaja on huolissaan, ei se tee sille asialle mitään se, vaan sanoo sen, koska haluaa päästä eroon niinku omasta, jos potilas tekeekin jotain niin hän voi sanoa, että hän sanoin näin sille. Asialle ei voi loppujen lopuksi tehdä mitään, joten se on niinku (...) vähän tuo itsemurha, itsetuhoisuusajatuksella se on vähän raakaa peliä. (H5)

Haastateltavat ovat joutuneet kokemaan myös epäoikeudenmukaisuutta. Nämä kokemukset ovat liittyneet esimerkiksi tiedonannon riittämättömyyteen ja ratkaisuihin, jotka eivät ole olleet asiakkaan edun mukaisia. Kokemuksessa haastateltava kotiutettiin osastolta yhtäkkiä ja päätöksestä kerrottiin vasta sen tapahtuessa. Perusteena kotiuttamiselle oli vuodepaikkojen riittämättömyys.

Sit se päättikin yhtäkkiä keskellä päivää, että se kotiuttaa mut, että se tarvii ylimääräisen sängyn sinne, mä menin ihan paniikkiin siitä. Mä sanoin, että en mä voi lähteä, koska mä oon nyt huonommassa kunnossa, kun tänne tullessa. Sit se huusi, et hoitaja, tulkaa poistamaan tämä henkilö mun huoneesta. (H8)

Yhteinen ymmärtäminen tuo lisää varmuutta hoitosuhteelle. Kaikki haastateltavista kokevat, että he ovat tulleet enimmäkseen ymmärretyiksi. Haastatteluissa tuli ilmi myös tilanteita, jossa haastateltavat kokivat, ettei hoitohenkilö ymmärtänyt heitä. Yksittäiset

väärinymmärrykset eivät ole vaikuttaneet hoidon etenemiseen ja tällaisissa tilanteissa on usein päädytty yhteisymmärrykseen. Jos hoitohenkilön ymmärtämisen puute ei ole korjautunut, se on saattanut johtaa hoitohenkilön vaihtamiseen tai käyntien lopettamiseen.

Kunhan se vaan pysyy siinä, ettei mee riitelyksi (...). Meni justiin silloin tokalla kertaa osastolla, siellä sen lääkärin kanssa ei yhtään kohdannut mitkään asiat. (H7)

Niin kyllä meillä oli erilaisia näkökulmia asioista, mut silti se kantaa vielä nyky päivänä. Ja jotenkin tuli nähdyksi ja kuulluksi sen tarpeen kanssa, vaikkei ite osannut sitä tarvetta sanottaa. (H8)

Haastatteluissa nousi esille, että asiakkailla on erilaisia keskustelutarpeita. Pieni osa haastateltavista koki tärkeäksi sen, että mielenterveyspalvelujen henkilökunta osaa esittää oikeanlaisia kysymyksiä.

Se osaa esittää oikeita kysymyksiä. Se on ehkä se et suuri osa hoitajista kyselee ihan turhanpäiväisiä asioita, jotka ei tietyllä tavalla vaikuta mitenkään mihinkään. (H5)

Luottamukseen ammattihenkilöä kohtaan on kuvattu vaikuttaneen positiivisesti esimerkiksi ammattilaisten välinen toimiva yhteistyö sekä asiakkaan hyvä kohtaaminen. Kokemukset kohtaamisesta ovat olleet vaihtelevia. Pääsääntöisesti haastateltavat kuvasivat, että heidät on kohdattu hoitonsa aikana hyvin. Luottoa hoitohenkilöön on lisännyt asioiden sujuvuus ja samanarvoinen kohtaaminen. Aito kohtaaminen on noussut haastattelujen aikana useasti esille.

No sillain pääsääntöisesti hyvin, ettei mitään ylimielistä käytöstä tai sellasta. (H4)

Toiset kohdelleet aivan ihanasti ja toiset päinvastoin. (H8)

Teemahaastattelun asiakassuhdeosiossa selvitettiin myös sitä, kuinka asiakkaan voimavaroja ja elämän haasteita on kartoitettu palveluissa. Muutaman haastateltavan kertoman mukaan voimavaroja on kartoitettu hyvin, ja he ovat pystyneet hyödyntämään niitä oman paranemisprosessin aikana. Muutamalla haastateltavalla on taas kokemus siitä, että voimavaroja ei ole juurikaan kartoitettu tai niitä ei ole hyödynnetty.

Tehty sellaisia paperijuttuja, taustoitettu vähän sitä elämää. (H4)

Jonkin näköinen vertaisryhmä kokoontui (...). Ja se oli varsin voimaannuttavaa ja siinä käytiin enemmän niitä voimavaroja läpi. (H2)

Usealla haastateltavalla oli kokemus siitä, että voimavarojen käyttäminen hoidossa olisi ollut hankalaa, sillä omien voimavarojen tunnistaminen oli puutteellista. Pieni osa haastateltavista koki, että omat voimavarat olivat jo tiedossa ja he pystyivät hyödyntämään niitä. Muutama haastateltavista koki hyväksi, että hoidossa on keskitytty hoitoon ja voimavarojen kartoittaminen on jäänyt matalankynnyksen mielenterveyspalveluihin.

Mä aattelin, et se on ihan hyvä, että niitä vahvuuksia ja muita on haettu täällä Olkkarin puolella. (...) Se oikeestaan on ihan toimivaa, että siellä varsinaisen hoidon puolella, mun kohdalla on ollut toimivaa, et on keskitytty siihen itse hoitoon. (H2)

Haastateltavien mukaan haasteita on kartoitettu voimavaroja enemmän. Useat haastateltavat kertovat, että he ovat saaneet apua arjessa selviämiseen. Enemmistö heistä on kokenut saamansa avun hyödylliseksi. Haasteisiin saatava apu on ollut räätälöityä haastateltavien yksilöllisten tarpeiden mukaan.

Nää muut sairaudet on tuonu mulle sellaista muistamattomuutta (...) mä oon saanu sellasen toimintaterapeutin, joka käy mulla joka viikko (...) on ollu vähän semmoinen muistilappu mukana että. (H3)

Mulla oli johnain välissä lääkkeitten oton kanssa, kun niitä sattuu unohtaa ottaa, niin mulla oli kotisairaanhoido, joka soitti aina, mutta mä sen lopetin, kun mä tuomasin, et se oli vähän turhan liian tyyristä. (H7)

Haasteiden kartoittaminen koettiin hyväksi, koska sillä on ollut elämänlaatua parantava vaikutus. Pieni osa haastateltavista kertoi, että heidän ongelmiinsa puuttuminen on antanut lisää vapautta elämään.

7.3 Kokemukset sitoutuneisuudesta hoitoon, motivaatiosta sekä hoidon myönteisistä vaikutuksista

Teemassa selvitettiin, mitkä tekijät palveluissa tai asiakassuhteessa vaikuttavat asiakkaan sitoutuneisuuteen ja motivaatioon palveluiden käytössä. Asiakas voi kokea hoidon aikana toivoa ja siihen vaikuttavat erilaiset tekijät. Haastatteluissa selvisi myös, miten hoito on tuonut energiaa tai vienyt sitä asiakkaalta ja mihin tilanteisiin kokemukset liittyvät.

Kaikki haastateltavat kokivat olevansa sitoutuneita palveluihin. Haastatteluissa tuli ilmi, että läheisten negatiivisilla kokemuksilla oli vaikutusta hoidettavan sitoutuneisuuteen. Sitoutuneisuuden ovat vaikuttaneet monet eri asiat ja esille nousi voinnin koheneminen, sairauden parantuminen sekä hoitamattoman sairauden riskien näkeminen.

Mä oon ollut aika sitoutunut hoitoon (...) Mulla on kokemus itellä, että sairastaminen oli niin ahdistavaa ja rankkaa, ettei oo ollut pienintäkään halua riskeerata sitä uutta psykoosia tai uutta skitsofrenian oireellista jaksoa. Ainakin se oma tieto siitä sairaudesta, oli ainakin tosi tärkeä. Et tietää sen oman sairautensa ja pystyy sitä kautta ymmärtämään, että se lääkehoito on tarpeellinen. (H2)

No ehkä tota noin niin mun isällä on sama sairaus ja sitten hän niinku ei oo kovin hoitomyönteinen niin hyvä tai vähä huono esimerkki. (H4)

Palveluihin sitoutumista on edistänyt se, että palveluista on saanut arkeen apua. Sitoutuneisuuden voi haastattelujen mukaan vaikuttaa myös lääkitys, hoidon tuoma positiivisempi mieliala tai hoitajan positiiviset sanat. Positiivisesti sitoutuneisuuteen vaikutti myös se, että kaikki sovitut käynnit olivat toteutuneet.

Mä oon ollut nyt positiivisempi, en tiedä mistä se johtuu, se voi olla jonkun hoitajan pienestä sanasta tai sitten, että mä sain ne lääkkeet. (H3)

Lääkitys ku saatiin kohalleen niin kaikki on ollut sen jälkeen hyvin. (H6)

Ammattihenkilön vaikutus sitoutuneisuuteen nousi esille muutamia kertoja haastattelun aikana. Haastateltavat kuvailivat, että heidän pitkäaikainen lääkäriinsä, psykiatri tai hoitaja on vaikuttanut heidän sitoutuneisuuteensa positiivisesti.

On mahtava paras [psykiatri nimi]. (H6)

Osa haastateltavista on kokenut positiiviseksi ja voimaannuttavaksi myös osastokäynnit. Osaston on koettu auttaneet pahimpaan masennusvaiheeseen sekä sieltä on löytynyt ka- vereita ja apua on saanut nopeasti. Avopalveluista positiivisena kokemuksena on se, että joku keskustelee ja kuuntelee, mikä on tuonut asiakkaalle toivoa. Kokemuksena on myös ollut, että hoito on tuonut energiaa. Hoitajien käynneille on muun muassa haluttu mennä mielellään.

Kyl se on ollut enemmän sellainen mikä toi energiaa. En kokenut hoitoa ras- kaaksi. (H2)

Haastatteluissa tuli ilmi myös ammattihenkilöstölle valehtelua, jonka koettiin vaikuttaneen hoi- don laatuun. Valehtelua perusteltiin päihdetaustalla ja uskottiin, että päihteiden käytöstä ker- tominen muuttaisi asiakkaan kohtelua radikaalisti. Sen lisäksi koettiin, että omien tarpeiden oppiminen hoitoprosessissa lisää sitoutuneisuutta.

Tuo valehtelu pääsääntöisesti vaikuttanut hoidon laatuun (...) alkuhoito on vä- hän sellasta, että kuuntelet hoitajia ja lääkäreitä ja toivot, että ne on oikeassa (...) ja sitten, kun sä oot ollu hoidos tarpeeks kauan ja oot kokeillu tarpeeks omia keinoja niin sitten sä ymmärrät, että mitä sä tietyllä tavalla haluat niin se nostaa sitä sitoutuneisuutta, koska tiedät ,mitä sä tarvittet (...) sä pystyt tietyllä tavalla tietään mitä sä haluat ja pystyt sitoutumaan niihin asioihin, jotka on oike- asti sulle hyödyllisiä. (H5)

Enemmistöllä haastateltavista hoito on lisännyt toivoa elämässä. Kokemuksina oli muun muassa, että terapia on lisännyt toivoa elämässä, parantanut itsetuntoa, helpottanut arkea ja poistanut negatiivisuutta sekä masentuneisuutta.

Terapia vaikutti itseankaruuteen ja itsekriittisyyteen hyvin voimakkaasti, vä- hensi sitä mun kohdalla ja sitä kautta löytyi positiivista näkökulmaa elämään enemmän. (H2)

Sen lisäksi kokemuksena on ollut, että hoito on tuonut toivoa tulevaisuuden suhteen, sillä hoi- dossa on saanut tukea, jonka avulla esimerkiksi ammattihenkilön kanssa on pystynyt

kulkemaan tarpeellisiin paikkoihin. Myös matalankynnyksen mielenterveyspaikan ohjaajan on koettu tuoneen toivoa asiakkaan elämään.

On se [hoito] voimaannuttanu siinä mieles et on saanu avautua ja se, että ei ole tota sulkeutunut kotiin aluksi oli sitä, pyrki pysymään sisällä (...) koti turvapaikka. (H1)

[Paikan nimi] on ollut tosi hyvä, ohjaaja on tuonut toivoa aika paljon. (H3)

Pieni osa haastateltavista kuitenkin koki olonsa toivottomammaksi kuin hoidon aloittaessaan. Toivottomuuden tunteen selityksenä oli muun muassa se, että toivoa ei koettu koskaan elämän aikana eikä hoidolla koettu olevan merkitystä toivon tunteen kannalta. Kokemuksena oli myös, että hoito on vaikuttanut positiivisesti, vaikka haastateltavat edelleen kokisivat masentuneisuutta.

On negatiivista siinä mieles että kun on niin pitkään pysynyt samalla tasolla tämän masennuksen kanssa, kyl se kumminkin on auttanut eteenpäin, ettei oo mitään itsetuhoisia ajatuksia tai tämmöstä. (H1)

Osa haastateltavista on kokenut hoidon vievän energiaa. Syyksi on mainittu esimerkiksi se, että kokee olevansa jo valmiiksi väsynyt sekä käynneille kulkeminen saatetaan kokea raskaaksi. Vaikeista asioista keskustelemisen koettiin vievän energiaa ja se vaikeutti käynneille valmistumista. Kokemuksena oli myös, että lääkehoidossa ilmenneet ongelmat sekä lääkekokeilut ovat vieneet energiaa asiakkaalta.

Mut nää hoitajat on sanonu et kannattaa kokeilla ainakin pari viikkoa tai niin että ihmiset tottuu siihen lääkkeeseen, sit kaks viikkoa vaan kärsit siitä pääkivusta, et en v*ttu kärsi. (...) kymmeniä lääkkeitä kokeiltiin ja aina niistä tuli se p*skahomma tai ne ei toiminu. (H6)

Kyllähän se on, ku on väsyny (...) nii aina sen päälle väsyy, mutta kyllä se silti vie eteenpäinkin. (H1)

Muutama haastateltava koki hoidon tuovan myös energiaa elämään. Osa haastateltavista koki, että itse hoito ei vienyt heiltä energiaan, mutta tapaamisille valmistautuminen on ollut voimia vievä asia.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä osiossa käydään läpi opinnäytetyön johtopäätökset. Johtopäätökset on muodostettu kerätystä teoriasta sekä haastatteluista saadusta aineistosta. Johtopäätöksissä tarkastellaan yhteyksiä teorian ja haastatteluista saadun aineiston välillä. Näitä yhteyksiä etsitään jokaisesta teemahaastattelusta löytyvästä aihealueesta.

Makkosen ja Tiihosen (2019) tekemässä opinnäytetyössä selvisi, että yksilöiltä vaaditaan oma-aloitteisuutta ja aktiivisuutta riittävän avun saamiseksi. Samanlainen tulos saatiin esille myös tässä opinnäytetyössä. Haastateltavat kertoivat, että vaikeuksia on esiintynyt esimerkiksi hoitohenkilöä vaihtaessa tai tiettyyn palveluun pääsemisessä. Haastatteluista huomattiin, että esteenä palveluihin pääsyyn oli esimerkiksi hoitoon pääsyn kriteerit.

Mielenterveystyötä tekevät eri koulutustaustan omaavat henkilöt (Mieli ry, 2021). Moniammatillisuus tuli esille opinnäytetyön haastatteluissa. Haastateltavilla oli monipuolisia kokemuksia esimerkiksi psykiatrin palveluista. Osa kuvasi ongelmia diagnoosien saamisessa, lääkäreiden tapaamisessa, vuorovaikutuksessa sekä lääkekokeiluissa. Osalla oli kokemus siitä, että psykiatri oli ainoa ammattihenkilö, joka kunnolla ymmärsi asiakkaan tarpeet. Psykiatristen sairaanhoitajien tehtävänä on antaa keskusteluapua, tietoa ja tukea mielenterveydenhäiriöstä kärsivälle (Mieli ry, 2021). Monet haastateltavien vuorovaikutukseen ja hoitosuhteisiin liittyvät kokemukset olivat sairaanhoitajien tapaamisiin liittyviä. Sosiaaliohjaajan tehtävänä on asiakkaiden tukeminen, ohjaaminen ja kuntouttava työ (Mieli ry, 2021). Haastateltavat kuvasivat olleensa erilaisissa kuntoutuksissa, ryhmissä sekä matalankynnyksen palveluissa, joissa on töissä usein sosiaaliohjaajia muiden ammattilaisten lisäksi.

Asiakkaan palveluymmärryksellä tarkoitetaan sitä, että hänellä on tietoa ja käsitystä palvelumahdollisuuksista (Ahonen ym., 2011). Haastateltavat ovat kokeneet saaneensa riittävää tietoa palveluista, sairaudestaan sekä lääkityksestä ja tarvittaessa hankkineet tietoa itse. Matalankynnyksen kohtaamispaikka Olkkarista haastateltavat ovat saaneet tietoa ilmoitustauluilta tai sattumalta. Tästä voidaan päätellä, että mielenterveyspalveluista annettu tiedonanto on riittävää asiakkaan hoitopolun etenemiselle.

Palveluohjaus kuuluu sosiaali- ja terveyspalveluihin hyvinvointivaltioissa ja sen tavoitteena on rakentaa asiakkaalle ja hänen läheisilleen toimiva palvelukokonaisuus ja yhdistää tukitoimia ja palveluita (Mielenterveystalo, i.a.-b). Palveluohjauksessa huomioidaan palveluiden oikea-aikaisuus, asiakkaan etu, toiveet, mielipiteet sekä voimavarat. Osa haastateltavista koki, että palveluita sai oikea-aikaisesti, kun niihin osasi hakeutua. Palveluihin hakeutumisen koettiin olevan omalla vastuulla ja tapahtuvan vasta ongelmien kärjistyessä. Ranniston (2014, s. 37–40) mukaan asiakkaalla olisi enemmän valtaa palveluiden suhteen, jos he ovat itse hakeutuneet palveluun. Kuitenkin asiakas ei välttämättä tiedä, millaisia oireita mielenterveyden häiriöihin liittyy tai millaisia tarpeita heillä on, mikä tuo haasteita palveluihin hakeutumiseen. Enemmistö haastateltavista oli kokenut, että heidän toiveitaan ja mielipiteitään oli kuunneltu hoidon aikana, mikä kertoo onnistuneesta palveluohjauksesta. Sosiaalihuoltolain (1301/2014, 3 luku, § 11) mukaan, hyvinvointialueen on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään asiakkaan tarpeen mukaan. Enemmistö haastateltavista oli kokenut, että palvelut olivat vastanneet heidän tarpeitaan. Voidaan todeta, että palveluohjaus on merkittävä osa mielenterveyshoitoa, jotta asiakkaat saavat tarpeisiinsa vastaavaa hoitoa oikeaan aikaan.

Sosiaalityöhön liittyy kumppanuussuhde, mikä tarkoittaa työntekijän ja asiakkaan toimimista rinnakkain (Juhila, 2006, Kumppanuussuhde -luku). Asiakkaan elämää, ongelmatilanteita, muutostarpeita sekä tavoitteita jäsennetään yhdessä asiakkaan kanssa. Esille tuli, että tavoitteita ei aina määritely yhdessä asiakkaan kanssa, vaikka haastateltavat osasivat kuvata hoitonsa mahdollisia tavoitteita. Koskisuun (2004, s. 12–17) mukaan ongelmien ratkaisuun kuuluu, että ne muutetaan tavoitteiksi.

Juhila (2006, Kumppanuussuhde -luku) kertoo, että työntekijät pyrkivät tukemaan asiakkaan ratkaisuja, jotta asiakkaasta tulisi mahdollisimman osallinen yhteiskunnassa eli asiakas saavuttaisi täysvaltaisen kansalaisuuden. Yhteiskunnallinen osallisuus näyttäytyi lisääntyneen haastateltavien elämässä. He olivat esimerkiksi löytäneet Olkkarin palvelut, jossa he saivat vertaistukea ja kontaktia muihin, ja osa oli päässyt takaisin työelämäänsä sekä pystyivät tuen kanssa hoitamaan omia asioitaan.

Asiakaslähtöisyys on sosiaali- ja terveysalan toiminnan tärkeä arvo (Ahonen ym., 2011). Asiakas tulee kohdata yksilöllisesti hyvinvointivajeesta riippumatta. Haastateltavat olivat

mielenterveyskuntoutujia, mikä tarkoittaa, että he ovat kokeneet hyvinvointivajetta. Rannisto (2014, s. 37–40) kertoo, että asiakaslähtöisyys on sitä, että asiakasta ei nähdä hänen sairautenaan tai ongelmana. Enemmistö haastateltavista koki, että he eivät ole joutuneet kokemaan ammattihenkilöiden taholta syrjintää tai ennakkoluuloisuutta. Poikkeavia kokemuksia tuli esille heidän kohdallansa, joilla oli mielenterveyshäiriön lisäksi myös päihdeongelma. Mattilan (2007, s.15–16) mukaan ammattilaisen negatiiviset asenteet vaikuttavat asiakkaan arvostukseen ammattihenkilöä kohtaan. Voidaan päätellä, että ennakkoluuloilla on vaikutus hoitosuhteen muodostumiseen. Koskisuun (2004, s.12) mukaan ongelmien liiallinen painottaminen johtaa kapeakatseiseen kuntoutumiseen, jossa painotutaan liikaa ongelmaan. Muutaman haastateltavan kokemuksen perusteella, voidaan todeta, että heidän tilanteissaan on keskitytty liikaa ongelmiin.

Voimavarojen käytöstä on hyötyä paranemisprosessin edistämässä (Koivisto, 2019). Koskisuun (2004, s.11) käsittelee suppeaa kuntoutumiskäsitettä, jossa keskitytään ongelmiin ja pyritään löytämään voimavaroja. Haastateltavien voimavaroja oli kartoitettu jonkin verran. Moni haastateltavista koki, että voimavarojen kartoittaminen oli jäänyt matalankynnyksen palveluihin. Haastateltavat eivät kokeneet tätä huonoksi asiaksi, koska tällöin hoidossa keskityttiin enemmän ongelmien hoitoon.

Terveystieteiden ammattihenkilön velvollisuuksiin kuuluu, että ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen, sairauden parantaminen sekä asiakkaan kärsimyksen lievittäminen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994, luku 3, 15 §). Haastatteluiden mukaan ammattilaiset ovat pääasiassa noudattaneet velvollisuuksiaan. Ammattihenkilön tulee myös ottaa huomioon asiakkaalle toiminnasta koituvat hyödyt suhteessa haittoihin. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994, luku 3, 15§). Haastatteluista selvisi, että esimerkiksi lääkehoidosta johtuviin haittoihin oli puututtu ja niistä pystyttiin keskustelemaan asiakkaan kanssa.

Yhteenvetona palvelujärjestelmään liittyvistä johtopäätöksistä voidaan todeta, että jokaisella haastateltavalla on ollut kokemuksia, jotka ovat vieneet paranemisprosessia eteenpäin sekä taaksepäin. Akuutin hoidon tärkeys oli pinnalla. Palveluiden oikea-aikaisuus on toteutunut hyvin, mutta sen toteutuminen on vaatinut itseohjautuvuutta hoitoon. Ennakkoluulottomuuden kannalta tilanne palveluissa on suhteellisen hyvä, mutta kehittämisen tarve näkyy

mielenterveyskuntoutujien kanssa, joilla on myös päihdeongelma. Kuvioon 14 on koottu palvelujärjestelmän tuomia toipumisprosessia edistäviä ja heikentäviä tekijöitä.

Edistävät	Heikentävät
<ul style="list-style-type: none"> • Palveluiden oikea-aikainen saaminen, etenkin akuutissa hoidossa • Mielenpitojen kuuntelu palvelun suhteen • Syrjimättömyys palvelussa • Vertaistuen saaminen • Oikeanlainen palveluohjaus • Riittävä tiedonanto saatavista palveluista 	<ul style="list-style-type: none"> • Palveluun pääsemisen hankaluudet • Asiakkaan näkeminen hänen ongelman mukaan • Epäsiisteys osastolla • Palveluiden epäoikeudenmukaiset säännöt • Tunne siitä, että hoidon saamiseen tarvittaisiin henkeä uhkaava tila. • Asiakkaan ohjautuminen väärään palveluun

Kuvio 14. Toipumista heikentävät ja edistävät tekijät palveluissa.

Luottamuksen syntyyn vaikuttavat monet tekijät. Luottamuksen perustana toimii se, että asiakas pystyy keskustelemaan ammattihenkilön kanssa avoimesti (Mieli ry, 2021). Haastateltavien mukaan hoitohenkilöt ovat saaneet rakennettua luottamusta heihin jo hoitosuhteen alussa. Ensitapaaminen ei määrittele täysin hoitosuhteen muodostumista hyväksi tai epämiellyttäväksi vaan kokonaiskuva ratkaisee (Mustajoki, 2020, s.21–29). Voidaan päätellä, että ensimmäiset kontaktit olisivat olleet pääosin laadukkaita, sillä luottamus pystyttiin rakentamaan jo hoitosuhteen alussa.

Yhdessä toimimisessa tärkeää on, että ammattilainen ja asiakas kuuntelevat toisten mielipiteitä (Juhila, 2006, Kumppanuussuhde -luku). Asiakkaan ja työntekijän arvomaailmoissa voi olla eroavaisuuksia. Useampi haastateltava kertoi, että heillä on ollut eriäviä mielipiteitä ammattihenkilön kanssa tiettyjen asioiden suhteen. Ammattihenkilön ja asiakkaan täytyy osata molempien joustaa omista arvoistaan, jotta asiakkaan ei tarvitse pahimmassa tapauksessa vaihtaa ammattihenkilöä.

Asiakkaalla on oikeus hyvään kohteluun (Valvira, 2018). Hyvä kohtaaminen edesauttaa luottamuksellisen suhteen syntymistä (Kilkka, 2009, s. 104–106). Luottamuksen rakentuminen tuo asiakkaalle varmuutta ja lisää luottoa myös häneen itseensä. Enemmistö haastateltavista koki, että heidät on kohdattu hyvin. Kohtaamiseen vaikuttavia negatiivisiakin tekijöitä esiintyi haastattelujen aikana ja silloin asiakkaan kohtaaminen on kärsinyt hyvinvointivajeeseen takia. Positiivisen hoitosuhteen muodostuminen edellyttää hyvää vuorovaikutusta ja luottamusta (Ahonen, ym., 2011).

Hyvärin (2009, s. 24) mukaan omien kokemusten kertominen avaa mahdollisuuden tulla kuulluksi ja ymmärretyksi. Asiakas voi saada myötätuntoa ja kannustusta, kun hän kertoo vaikeuksistaan. Haastateltavat olivat kokeneet, että he pystyivät kertomaan ammattihenkilöille omista kokemuksistaan ja pääosin heitä kuultiin ja ymmärrettiin. Pieni osa haastateltavista kuitenkin koki, että hoitohenkilölle täytyi valehdella päihteidenkäytöstä, jotta sen tuoma stigma ei vaikuttaisi hoitoon. Oman elämäntarinan kertominen aiheuttaa toisissa ihmisissä vaikutuksen, jolloin he saattavat uskaltaa tuoda omia kokemuksiaan esille (Hyväri, 2009, s. 24). Kokemusten jakaminen on hyväksi vertaisryhmissä, mutta ammattihenkilön ei kuulu jakaa henkilökohtaisia ongelmiaan asiakkaan kanssa. Näin oli kuitenkin tapahtunut pienelle osalle haastateltavista ja auttamissuhde oli käännytynyt toisinpäin.

Mönkkösen (2018) mukaan vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttaa ammattihenkilö sekä asiakas. Onnistuneen vuorovaikutuksen esteeksi todettiin asiakkaan ja hoitohenkilön eriävät mielipiteet ja kemioiden kohtaamisen puute. Vuorovaikutuksen täytyisi olla dialogista eli vastavuoroista, sillä tarkoitetaan, että kumpikin osapuoli on vuorollaan kuuntelija tai puhuja (Mönkkönen, 2018, s. 19). Haastatteluissa selvisi, että vuorovaikutus nähtiin pääosinvastavuoroisena.

Yhteenvetona asiakassuhteista ja vuorovaikutuksesta huomattiin, että hoitosuhteiden muodostumiseen on vaikuttanut runsaasti haastateltavan ja ammattihenkilön yhteensopi vuus persoonan ja arvojen kannalta. Eri arvot eivät ole automaattisesti vaikuttaneet negatiivisesti hoitosuhteeseen. Voimavarojen kartoitus on jäänyt vähäiseksi mielenterveyspalveluissa, mutta haasteita on kartoitettu huomattavasti enemmän. Alla olevaan kuvioon on koottu vuorovaikutuksen toipumisprosessia edistäviä ja heikentäviä tekijöitä.

Edistävät	Heikentävät
<ul style="list-style-type: none"> • Tasa-arvoisuus • Arvojen kohtaaminen tai kompromissin tekeminen • Päätöksien tekeminen yhdessä • Samojen hoitosuhteiden jatkuminen • Uusien näkökulmien saaminen • Kemioiden kohtaaminen • Vuorovaikutuksen toimiminen • Yhteinen arvostus 	<ul style="list-style-type: none"> • Arvojen kohtaamattomuus, kompromissia ei saa tehtyä • Ammattihenkilön ja asiakkaan yhteensopimattomuus • Samojen kysymyksien kysyminen kaavamaisesti • Tunne siitä, että ammattihenkilö suorittaa vain velvollisuuttaan

Kuvio 15. Edistävät ja heikentävät tekijät vuorovaikutuksessa.

Voimaantumisen tavoitteena on lisätä voimavaroja yksilön elämässä (Keskitalo & Vuokila-Oikkonen, 2018, s. 87–89). Se antaa mahdollisuuden kohentaa elämänlaatua. Haastateltavat ovat kuvanneet, että hoito on voimaannuttanut, koska se on auttanut avautumaan ja lisännyt sosiaalisia suhteita.

Toipumisorientaatiossa uskotaan, että toivolla on merkitys asiakkaan toipumisprosessin käynnistymisessä (Anthony, 1993, Ekqvist ym., 2022, s. 107 mukaan). Toipumisessa keskitytään uusien näkökulmien ja merkityksien löytämiseen. Tämän avulla asiakas saa toivoa myös tulevaisuuden suhteen ja pystyy toteuttamaan tavoitteitaan. Enemmistö haastateltavista kokivat, että hoito oli tuonut toivoa tulevaisuuden suhteen. Saatiin myös kuva siitä, että hoidon tuoma toivo oli auttanut haastateltavia toteuttamaan toiveitaan ja löytämään voimavaroja.

Asiakkaalle on annettava mahdollisuus vaikuttaa omiin palveluihin ja niiden toteutumiseen (O' Sullivan 2011, s. 44). Mitä enemmän asiakas pystyy osallistumaan omaan hoitoonsa, sitä enemmän hän tulee olemaan sitoutunut hoidon suhteen. Jos asiakkaan mielipide hoidon suhteen sivuutetaan, asiakas ei tule osallistumaan hoitoonsa positiivisella mielellä. Jokainen haastateltava koki olevansa sitoutunut hoidon suhteen ja monella heistä oli mahdollisuus vaikuttaa omaan palveluunsa.

Yhteenvetona sitoutuneisuudesta voidaan todeta, että haastateltavat ovat olleet sitoutuneita hoidon suhteen. Sitoutuneisuuteen on vaikuttaneet eri tekijät, kuten oma halu parantua sairaudesta, oireiden lievittyminen, ammattihenkilö sekä perhe. Kuviossa 16 on koottuna sitoutumiseen vaikuttaneita tekijöitä.

Edistävät	Heikentävät
<ul style="list-style-type: none"> • Oma halu toipumiseen ja oireiden lievittämiseen • Ammattihenkilö on lisännyt sitoutuneisuutta hoidon suhteen • Mielenkiinnon kuuntelu • Mahdollisuus vaikuttaa omaan palveluun 	<ul style="list-style-type: none"> • Mielenkiinnon huomioimatta jättäminen • Palveluihin ei ole ollut mahdollisuutta vaikuttaa • Toivon puute esimerkiksi tulevaisuuden suhteen.

Kuvio 16. Sitoutuneisuuteen ja voimaantumiseen liittyvät tekijät.

Lääkehoito toimii vain silloin, kun lääkkeitä käytetään oikein (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2019). Lääkkeiden oikein käyttämisellä tarkoitetaan sitä, että niitä käytetään ohjeen ja määrätyn annoksen mukaan sekä tiettyyn aikaan. Haastatteluissa nousi esille, että enemmistö oli sitoutuneita lääkkeitä käyttämiseen. Sitoutumisessa haasteena oli se, että lääkkeitä ottaminen saattoi unohtua tai toivottiin lääkkeettömiä keinoja. Lääkehoitoon sitoutumista voidaan edistää yksinkertaisella lääkityksellä sekä huomioimalla ja seuraamalla haittavaikutuksia (Huttunen, 2017, s. 572).

Endlund, Kastarinen ja Hämeen-Anttila (2013) kertovat, että lääkehoidon ohjauksen ollessa puutteellista, asiakkaan tieto ja taito lääkkeitä käyttämistä on myös vajavaista. Jokainen haastateltava koki, että heidän saama tieto lääkkeitä käyttämisestä ja lääkkeitä käyttötarkoituksesta on ollut riittävää. Tuloksena voidaan päätellä, että tiedonanto lääkkeitä käyttämisestä on tarpeeksi selkeää ja laajuudeltaan riittävää.

Edellytyksenä toimivassa lääkehoidossa on sujuva vuorovaikutus (Huttunen, 2017, s. 572). Haastateltavat kertoivat, että he pystyivät olemaan yhteydessä ammattihenkilöihin

lääkehoidosta tarvittaessa. Pelot ja ennakkoluulot vaikuttavat negatiivisesti lääkehoitoon sitoutumiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2019). Tämän vuoksi pelkoihin ja ennakkoluuloihin tarttuminen on tärkeää. Pienellä osalla haastateltavista oli pelkoja lääkehoidon suhteen. He ovat saaneet apua niihin tuodessaan ne itse esille. Pelkoihin ja ennakkoluuloihin puuttuminen mielenterveyspalveluissa on ollut tehokasta ja toimivaa. Pienelle osalle haastateltavista oli muodostunut kuva siitä, että hoito aloitetaan heti lääkityksellä ja sen jälkeen pohditaan, tarvitseeko asiakas muuta apua. Lääkehoito on tärkeä osa hoitoprosessin edistymistä ja hoidon tulisi olla kokonaisvaltaista.

Yhteenvedon lääkehoidosta voidaan todeta, että lääkehoidon tiedonanto ja sen toteutuminen on koettu hyväksi. Sitoutuneisuutta lääkehoitoon on tuonut mielialan parantuminen ja oireiden lievittyminen lääkehoidon ansiosta. Lääkehoidon sitoutumiseen vaikutti myös heikentäviä tekijöitä, niistä suurin oli useiden lääkkeiden kokeilu, joka on vienyt motivaatiota lääkehoidosta. Kuviossa 17 on koottuna lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä.

Edistävät	Heikentävät
<ul style="list-style-type: none"> • Tiedonannon riittävyys • Toiveiden kuuntelu lääkehoidon suhteen • Pelkojen ja ennakkoluulojen kuuntelu, niihin puuttuminen • Lääkkeettömät keinot osana hoitoa • Mahdollisuus ottaa yhteyttä haittavaikutusten tai riittämättömän vaikutuksen esiintyessä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lääkehoidon "tuputtaminen" • Monet lääkekokeilut • Pelkojen ja ennakkoluulojen kuuntelematta jättäminen • Lääkehoidon merkityksen korostaminen liikaa hoidossa

Kuvio 17. Lääkehoidon sitoutuneisuuteen vaikuttavat tekijät.

Johtopäätöksistä voidaan todeta, että kokonaiskuva on se, mikä lopulta ratkaisee. Opin näytetyö kiteytyy hyvin haastateltavan sitaattiin, jossa hän kertoo, että huolimatta huonoista kokemuksista, hän on saanut apua ja arvostusta.

Voinko sanoa vielä loppuun, että mua on kehattu ja mua on arvostettu (...). Ne kokemukset mitä mä sanoin ja mulla on hirveä liuta pahoja kokemuksia. Niin pääosin mä kuitenkin koen, että mua on arvostettu. Mä oon saanut tosi paljon hyvääkin hoitoa, en mä halua muuta sanoa tähän. (H3)

Opinnäytetyön tekeminen on avannut jatkokysymyksiä ja -ehdotuksia. Jokaista käytyä aihealuetta voitaisiin tutkia entistä tarkemmin. Tietyistä aiheista saatiin enemmän aineistoa kuin toisista. Laajimmaksi alueeksi opinnäytetyössä tuli mielenterveyspalvelut ja niiden sisältö. Tutkimusta voitaisiin suorittaa laajemmin kysellen kokemuksia useammalta kuin kahdeksalta haastateltavalta ja tutkimuksen voisi tehdä kvantitatiivisena, jolloin saataisiin tilastollista tietoa.

Tämän opinnäytetyön avulla on saatu tietoa mielenterveyskuntoutujien kokemuksista, joita voidaan hyödyntää kehittämistarkoitukseen. Esimerkiksi olisi tärkeää etsiä mahdollisia kehittämissuhteita palveluihin, niiden sisältöön ja vuorovaikutukseen mielenterveyspalveluiden asiakkailta. Tutkimuksesta selvisi palveluiden onnistumista ja epäonnistumisista, mikä on tärkeää ja hyödynnettävissä olevaa tietoa palveluidentuottajille. Olisi tärkeää myös tutkia hyvinvointialueen vaikutusta mielenterveyspalveluihin. Hyvinvointialueiden tulisi parantaa palveluiden saatavuutta ja laatua ja siksi niiden tulisi tuoda mielenterveyspalveluihin sujuvuutta.

Yksi ajankohtainen ongelma mielenterveyspalveluissa on resurssipula (Risikko, 2022). Asiakkaat joutuvat odottamaan hoitoon pääsyä liian pitkiä aikoja ja silloin ongelmat pääsevät kärkeen. Olisi tärkeää tutkimuksen avulla etsiä ratkaisuja tähän ongelmaan. Resurssipula ei vaikeuta vaan hoitoon pääsyä vaan se voi pahimmillaan heikentää jopa palvelujen laatua, jos työntekijät ovat ylikuormittuneita ja asiakkaan ongelmat ovat ehtineet monimutkaista.

Lisäksi olisi tärkeää miettiä, miten mielenterveysongelmien sekä päihderiippuvuuksien yhteistä hoitoa voisi kehittää. Haastateltavien keskuudessa ongelmana hoidossa oli ollut se, että he kokivat sen keskittyvän pääasiassa päihderiippuvuuden hoitoon, jolloin muihin ongelmiin ei puututtu tarpeeksi. Myös päihderiippuvuudesta tuleva stigma koettiin ongelmaksi ja myös sen poistamista yhteiskunnallisella tasolla voisi tutkia.

9 POHDINTA

Aiheen valintaan vaikuttivat monet tekijät. Mielen terveysongelmien tunnistaminen on huomattavasti lisääntynyt tämänhetkisessä maailmassa. Ennen mielen terveysongelmat ovat olleet vaiettuja. Aihe on siis ajankohtainen. Tarve mielen terveyspalveluiden kitkattomalle toteutumiselle on tunnistamisen myötä nostanut arvoaan. Jos palvelu ei toteudu hyvin tai tarpeeksi nopeasti, tuloksena on se, että mielen terveyden ongelmista ei pääse toipumaan, mikä tuottaa ongelmia yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolla. Kitkattomalle toteutumiselle on olennaista myös palvelujärjestelmästä riippumattomat asiat, esimerkiksi vuorovaikutus, asiakassuhteet, sitoutuneisuus ja lääkehoito. Edellä mainituilla asioilla on suuri vaikutus siihen, kuinka palvelu pääsee toteutumaan. Esimerkiksi vuorovaikutuksen epäonnistuminen vaikuttaa asiakkaan sitoutumiseen palvelua kohtaan, mikä aiheuttaa palvelun toimimattomuutta. Opinnäytetyössä haluttiin siis selvittää sitä, kuinka näillä tekijöillä on vaikutus toisiinsa ja kuinka se on vaikuttanut toipumiseen.

Opinnäytetyön tekeminen kehitti meitä monelta osalta – teorian keruun aikana opimme paljon toisiellemme ammattitutkinnoista ja saimme käsityksen siitä, kuinka alamme sulautuvat yhteen. Haastattelujen aikana huomaisimme, kuinka pienilläkin asioilla saattaa olla suuri vaikutus toipumisprosessin etenemiseen. Työelämässä tulemme kiinnittämään siihen huomiota. Tietysti olemme kehittyneet tutkijoina ja kirjallisen työn tekijöinä. Tämä oli meille molemmille suuri hyppy tutkimuksen maailmaan.

Opinnäytetyön tekijöillä oli yhteinen kiinnostus mielen terveyspalveluiden toteutumista kohtaan. Sosionomin tutkinto-ohjelmassa perehdytään muun muassa palveluohjaukseen, vuorovaikutukseen ja kohtaamiseen sekä valtaistaviin menetelmiin, johon kuuluu voimaantuminen. Sosionomin tutkinnossa käydään myös läpi sosiaalisia suhteita sekä yhteiskunnallisia tekijöitä, jotka vaikuttavat ihmisen hyvinvointiin sekä mielen terveyteen. Sairaanhoidajan tutkinto-ohjelmassa mielen terveysongelmien oireet, diagnostiset kriteerit, lääkehoito ja muut ei-lääkkeelliset hoitomenetelmät sekä vuorovaikutus kuuluvat opetukseen.

Sairaanhoidajan työ perustuu hoitotieteeseen. Työ on aina potilaslähtöistä, terveyskeskeistä ja kokonaisvaltaista (Sairaanhoidajat, i.a.). Asiantuntijuus muodostuu näyttöön perustuvasta hoitotyöstä. Alan kompetensseja ovat esimerkiksi ammatillisuus ja eettisyys,

asiakslähtöisyys, kommunikointi ja moniammatillisuus, terveyden edistäminen, kliininen hoitotyö, laadun varmistaminen ja potilas- ja asiakasturvallisuus (Diak, i.a.). Edellä mainitut kompetenssit näkyvät tässä opinnäytetyössä monella tavoin. Tutkimme eettisyyttä, asiakslähtöisyyttä, moniammatillisuutta ja palveluiden laatua. Opinnäytetyön tutkimuksen tekeminen auttoi näkemään, miten asiakslähtöisyys ja kommunikointi toteutuvat mielenterveyspalveluissa asiakkaan näkökulmasta.

Sosionomin kompetensseja ovat esimerkiksi eettinen osaaminen, asiakastyön osaaminen, palvelujärjestelmäosaaminen, kriittinen ja osallistava yhteiskunta osaaminen (Suomen ammattikorkeakoulujen sosiaalialan koulutuksen verkosto, 2016). Tämä opinnäytetyö auttoi erityisesti hahmottamaan palvelujärjestelmää ja tarkastelemaan sitä kriittisesti. Myös asiakastyöosaaminen pääsi kehittymään, sillä olimme konkreettisesti kuuntelemassa asiakkaita ja vuorovaikutuksessa heidän kanssaan haastatteluiden aikana. Lisäksi teoriaosuudessa opiskelimme vuorovaikutuksen ja asiakassuhteen tärkeimpiä periaatteita sekä arvopohjaa. Huomioimme myös osallistavaa näkökulmaa tuodessamme asiakkaiden kokemuksia esille.

Mielenterveyden hoitaminen on moniammatillista työtä ja siksi oli myös luonnollista lähteä tekemään opinnäytetyötä moniammatillisesti. Myös koulutusohjelmissa on painotettu moniammatillisuutta, sillä työelämässä monilla työpaikoilla myös mielenterveystyön ulkopuolella sosionomit ja sairaanhoitajat toimivat yhteistyössä. Opinnäytetyön tekeminen onnistui hyvin eri koulutusalojen välillä, sillä tutkinto-ohjelmiin kuuluu paljon yhteistä ja toisistaan eriäviä opintoja, joiden avulla saatiin rakennettua yhteensopiva opinnäytetyö. Tutkintojen sisällöt toimivat hyvin toisiaan täydentävinä ja aiheeseen saatiin kokonaisvaltaisempaa näkökulmaa. Pysyimme huomioiman haastateltavat sosiaalisen, yhteiskunnallisen ja hoidollisen näkökulman kautta ja opimme hahmottamaan, mitkä tekijät asiakkaan hoitoprosessissa vaikuttavat heidän toipumiseensa.

Opinnäytetyötä olisi voitu muokata tietyiltä osin, sillä opinnäytetyöntekijät opiskelevat eri osaamisalaa ja meillä oli tutkinnoissa erilaiset kriteerit opinnäytetyön suhteen. Sairaanhoidajan tutkinnon kannalta aikataulu oli hyvin nopea tämän työn suorittamiseen. Opinnäytetyön tekemiseen on varattu osaamisalojen välillä eri määrät aikaa ja sairaanhoitajilla sitä oli paljon vähemmän. Saimme kumminkin yhdessä toteutettua yhteisiä aikoja opinnäytetyön tekemiseen ja pysyimme kaiken lisäksi aikataulussa. Yhteistyömme toimi hyvin ja molemmat

halusivat tehdä opinnäytetyötä tunnollisesti. Vaarana oli myös, että työmäärämme paisuisi liian suureksi, sillä yhtenä ajatuksena oli, että olisimme ottaneet myös kehittämisehdotuksiin kantaa. Tämä olisi kumminkin lisännyt työmäärää huomattavasti, niin se päätettiin jättää pois. Yhtenä opinnäytetyön haasteena koettiin haastatteluissa puolueettomuus. Haastateltavien kokemuksia kuunneltaessa oli vaikea olla sanomatta mitään, mutta onnistuimme kuitenkin hyvin pysymään tutkijaroolissa. Saimme opinnäytetyön teon aikana ohjaajiltamme laajasti kommentteja ja muokausehdotuksia ja toimimme myös niiden mukaisesti.

Haasteena opinnäytetyn teossa oli myös tutkimuskysymyksien tarkka hahmottaminen. Tutkimuskysymykset olivat mukana selkeästi koko työskentelyn ajan, mutta haasteena oli tehdä selkeät ja ytimekkäät kysymykset ajatuksistamme. Teorian etsimisen ja haastattelujen suorittamisen aikana opinnäytetyöhön tuli lisää aihealueita, joita haluttiin tuoda ilmi. Näitä teoriaosioita olivat mielenterveysongelmien ja lääkehoidon osuus skitsofreniasta. Aiheita lisättiin esimerkiksi sen vuoksi, että haastateltavat puhuivat aiheista, joita ei mainittu teoriassa. Opinnäytetyö pysyi työmäärältään ja pituudeltaan silti sopivana.

Opinnäytetyö eteni nopeaa vauhtia heti alkuvaiheessa. Aivan aluksi joutui pohtimaan tarkasti, mitkä osa-alueet olisivat olennaisia aihealueen kannalta, sillä mielenterveyspalveluista ja mielenterveysongelmista löytyy runsaasti tietoa. Teoriaosuuden kerääminen onnistui hyvin ja opinnäytetyön tekijät keskittyivät omien alojensa osaamisalueisiin samalla kommentoiden myös toisen osa-alueita. Teoriaosuuden jakaminen oli selkeää, sillä ne jaettiin tutkintojen opintojen perusteella. Kun teoriaosuuden avulla oli saatu tarpeeksi hyvä kuva aiheesta, oli hyvä alkaa muodostamaan teemahaastattelurunkoa. Teemahaastattelurunko muodostui neljästä pääteemasta ja taustatiedoista ja kysymyksiä siinä oli yhteensä 25. Teemojen muodostaminen onnistui hyvin teorian pohjalta. Teemahaastattelurunkoa jouduttiin muokkaamaan ohjaajien kommenttien perusteella, mutta kommenttien avulla siitä tuli toimiva. Haastateltavien löytäminen oli nopeaa, sillä yhteistyötahoomme Olkkariin sai nopeasti yhteyden. Olkkariin lähetettiin ensitietoja siitä, millaisia haastateltavia opinnäytetyöhön tarvittiin. Haastateltavien valinta tapahtui siis Olkkarin toimesta.

Haastattelujen aikana eettisyys korostui. Kun tutkitaan yksilöiden kokemuksia, mennään henkilökohtaiselle alueelle. Haastattelujen aikana korostettiin, että epämukavista kokemuksista ei tarvitse keskustella, jos ei halua. Aineiston analysoinnissa ja johtopäätöksissä eettisyyttä

myös pohdittiin ja mietittiin tarkasti sitä, millaisia asioita voidaan kirjoittaa, jotta anonymiteetti säilyisi.

Sosionomin ja sairaanhoitajan tutkinnoissa on korostettu paljon etiikkaa ja sosiaali- ja terveysalan arvoja. Mielestämme tämä opinnäytetyö auttoi hahmottamaan, miten sosiaali- ja terveysalan arvot näkyvät käytännössä ja kuinka laki ohjaa käytännön työtä. Meille oli myös alusta asti erityisen tärkeää tuoda nimenomaan mielenterveyskuntoutujien kokemuksia näkyväksi ja kunnioittaa heidän näkökulmaansa. Mielestämme onnistuimme tässä ja toivomme, että haastatteluihin osallistuneet kokevat näkökulmiensa tulleen esille.

Kokemuksia tutkiessa ei osattu odottaa ennalta, millaista aineistoa haastatteluista saataisiin. Osattiin odottaa, että osa kokemuksista myötäilisi palvelujen toimintakriteereitä ja osa niistä tulisi poikkeamaan teorian kriteereistä. Huonot kokemukset liittyivät enimmäkseen palvelurakenteisiin ja asiakassuhteisiin. Palvelurakenteissa koettiin huonoksi itse palvelun toteutuminen esimerkiksi asiakas ei päässyt toivomaansa palveluun. Asiakassuhteissa huonot kokemukset liittyivät hoitohenkilön ja asiakkaan eriäviin mielipiteisiin tai muuhun yhteensopimattomuuteen.

Opinnäytetyön tekeminen avasi näkökulmaa mielenterveyskuntoutujien toipumisprosessiin. Kuitenkin haastatteluista jäi päällimmäisenä mieleen erään sanat siitä, että hän koki tulleeensa kuulluksi. Toiveena on, että opinnäytetyö voisi tuoda mielenterveyskuntoutujien kokemuksia myös jatkokäyttöön. Olisi tärkeää, että teoriassa esitetyt mielenterveyspalveluiden kriteerit toteutuisivat myös jatkossa ja myös asiakkailla olisi sellainen kokemus. Opinnäytetyön tekijöiden näkökulmasta saatiin vastauksia opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin ja vielä lisää tietoa. Tutkimuskysymykset olivat, millaisia kokemuksia mielenterveyskuntoutujilla on mielenterveyspalveluista ja mikä merkitys kokemuksilla on heidän toipumiselleen ja kuntoutumiselleen sekä, miten kokemukset ovat edistäneet tai heikentäneet asiakkaan toipumista. Haastateltavilta saatiin runsaasti aineistoa ja jokainen haastateltava tuotti meille arvokasta tietoa. Toivomme todella, että tästä opinnäytetyöstä tulee olemaan hyötyä toisiin opinnäytetöihin sekä tietoa erityisesti ammattilaisille, sekä opinnäytetyömme avulla palvelujärjestelmä ja palvelut kehittyisivät.

LÄHTEET

- Aaltio, I., & Puusa, A. (2020). Mitä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa tulisi ottaa huomioon? Teoksessa A. Puusa, & P. Juuti (toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät* (s. 177–188). Gaudeamus.
- Aaltonen, A., Hurske, E., Kinnunen H., Sohlman H., Tamminen, R., & Heimonen, K. (19.05.2022). *Aito moniammatillisuus sosiaalityössä: ajatuksena hieno, mutta käytännön toteutus on puutteellista*. Sininauhaliitto. <https://www.sininauhaliitto.fi/ajankohtaista/aito-moniammatillisuus-sosiaalityossa-ajatuksena-hieno-mutta-kaytannon-toteutus-on-puutteellista/>
- Ahonen, P., Lamminmäki, S., Suoheimo M., Suokas M., & Virtanen, P. (2011). *Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen*. Tekes. <https://www.businessfinland.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>
- Aira, M. (2005). *Laadullisen tutkimuksen arviointi*. <https://www.duodecimlehti.fi/duo94977>
- Alasuutari, P. (2011). *Laadullinen tutkimus 2.0*. Vastapaino.
- American psychological association. (2022). *Resilience*. <https://www.apa.org/topics/resilience>
- Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto (Arene). (12. 09.2019). *Ammattikorkeakoulujen opin- näytetöiden eettiset suositukset*. https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUK-SET%202020.pdf?_t=1578480382
- Apponen, E., Vanhala, A., & Vuolanto, P. (2015). *Monitieteisyyden ja moniammatillisuuden maastoissa: sosiaalityö ja hoitotiede kumppaneina*. *Yhteiskuntapolitiikka*, 80(3), 292–298. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2015102014976>
- Backman, A., Niemistö, R., Piilikangas, K., & Priha, A. (20.5.2022). *Monialaisuus vahvistaa asiakaslähtöisyyttä*. Sote-uudistus. <https://soteuudistus.fi/-/monialaisuus-vahvistaa-asiakaslahtoisyytta>
- Blomgren, Jenni. (29.1.2020). *Mielenterveyden häiriöistä johtuvien sairauspoissaolojen kasvu jatkuu jyrkkänä*. Tutkimusblogi Kela. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5168>
- Diak. (i.a.). *Osaamisvaatimukset: Sairaanhoidaja (AMK), diakoninen hoitotyö*. <https://www.diak.fi/hakeminen/koulutukset/amk/sairaanhoidaja-diakoninen-hoitotyö/>
- Dunderfelt, T. (2016). *Läsnäoleva kohtaaminen*. PS-kustannus.

- Duodecim oppiportti. (21.6.2022). *Kuntoutuminen*. <https://www.oppiportti.fi/op/opk04612>
- Duodecim Terveyskirjasto. (2022). *Interventiot*. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt01376>
- Ekqvist, E., Tuomisto, N., & Raitakari, S. (2022). *Toipumisorientaation merkityksellistyminen toivon diskursseina psyykkisesti sairastuneiden nuorten haastattelupuheessa*. *Janus*, 30 (2), 107–123. <https://doi.org/10.30668/janus.109982>
- Endlund, H., Kastarinen, H., & Hämeen-Anttila, K. (2013). *Potilas päättää lääkkeen otosta*. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10875>
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP). (i.a. -a). *Osastohoito*. https://www.epshp.fi/hoitopalvelut/hoidot_ja_tutkimukset/psykiatria/aikuispsykiatria/osastohoito
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP). (i.a. -b). *Kokemusasiantuntijat*. https://www.epshp.fi/ammattilaiselle_ja_opiskelijalle/koulutus/voimaa_arkeen_kurssitoiminta/kokemusasiantuntija/kokemustoiminnan_kasitteita
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP). (i.a. -c). *Tehostettu avohoito*. https://www.epshp.fi/hoitopalvelut/hoidot_ja_tutkimukset/psykiatria/aikuispsykiatria/avohoitopalvelut/tehostettu_avohoito
- Fleming, J., Mullender, A., & Ward, D. (2013). *Empowerment in action: self-directed group-work*. Palgrave Macmillan.
- Heinijoki, H., & Saukkonen, S. (15.03.2020). *Tutkimustiedolla kohti asiakaslähtöistä kuntoutusta*. Kaakkois-suomen ammattikorkeakoulu. <https://read.xamk.fi/2022/kestava-hyvinyointi/tutkimustiedolla-kohti-asiakaslahtoista-kuntoutusta/>
- Helsinki sosiaali- ja terveyspalvelut. (2022). *Psykiatrian poliklinikka*. <https://www.hel.fi/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveydenhoito/mielenterveyspalvelut/psykiatrian-poliklinikka>
- Hietala, O., Kuosmanen, J., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S., Tourunen, J., & Wahlbeck, K. (2018). *Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut*. Valtioneuvoston selvitys ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2017. <http://www.urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-501-3>
- Huttunen, M. & Lumikukka, S. (2017). *Psykykenlääkkeet ja niiden käyttö*. Kustannus Oy Duodecim.
- Huupponen, R., & Strandberg, T. (2020). *Miten auttaa potilasta sitoutumaan lääkehoitoonsa?* Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15345#s2>

- Häyry, M. (1998). *Huomioita tutkimuseetiikasta ”keskitason periaatteiden” valossa*. Lötjönen S. (toim.) Tutkijan ammattietiikka- seminaari 12.11.1998. Esitelmä.
- Hyväri, S., & Salo, M. (2009). *Elämäntarinoista kokemustutkimukseen*. Kehitys Oy.
- Jankko, T. (2008). Sairauden kanssa voi oppia tulemaan toimeen. Teoksessa A. Kärkkäinen (toim.). *En valinnut tätä sairautta: Kokemustietoa mielenterveyden häiriöistä*. (s. 8–10). Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry.
- Juhila, K. (2006). Sosiaalityöntekijöitä ja asiakkaina: sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Vastapaino.
- Juuti, P., & Puusa, A. (2020). Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa A. Puusa, & P. Juuti (toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät* (s. 173–176). Gaudeamus.
- Kananen, J. (2017). *Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä*. Jyväskylän ammattikorkeakoulu (Jamk).
- Kansaneläkelaitos (Kela). (26.10.2021). *Kuntoutuspsykoterapia*. <https://www.kela.fi/kuntoutuspsykoterapia>
- Kennedy, C., Lee, S. H., Newman, D., & O'Reilly, P. (2015). Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(3), 171–182. <https://doi.org/10.1111/jpm.12202>
- Käypä hoito. (07.01.2019). *Ahdistuneisuushäiriöt*. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119#T1>
- Keskitalo, E., & Vuokila-Oikkonen, P. (2018). Voimavaralähtöisyys sosiaalisen kuntoutuksen viitekehyksenä. Teoksessa H. Kostilainen, & A. Nieminen (toim.), *Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia* (s. 84–96). Diakonia ammattikorkeakoulu. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/141721/Diak_Ty-oelama_13_verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Kilkku, N. (2009). Mielenterveyden edistäminen osana hoidollista vuorovaikutusta. Teoksessa J. Kylmä, M. Nikkonen, P. Kinnunen & T. Korhonen (toim.), *Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet?* (s. 103–106). Suomen graafiset palvelut Oy.
- Koivisto, K. (23.10.2019). Ohjaus ja dialoginen vuorovaikutus hoitotyössä. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut. [https://www.oamk.fi/epooki/2019/ohjaus-ja-dialoginen-vuorovaikutus-hoitotyossa/jaus-ja-dialoginen-vuorovaikutus-hoitotyössä\(oamk.fi\)](https://www.oamk.fi/epooki/2019/ohjaus-ja-dialoginen-vuorovaikutus-hoitotyossa/jaus-ja-dialoginen-vuorovaikutus-hoitotyossa(oamk.fi))
- Koivula, H. (2018). *Mielenterveys- ja päihdetyön kokemusasiantuntijoiden kuntoutusnarratiivit* [Pro gradu -työ, Tampereen yliopisto]. Trepo. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201805301856>

- Koskisuus, J. (2004). *Eri teitä perille: mitä mielenterveyskuntoutus on?* Edita.
- Kröger, T. & Tahkokorpi, M. (12.03.2021). *Jopa 13-vuotiaita jonossa vieroitushoitoon – A-kliinikka kertoo, mikä on muuttunut: ”Ennen se oli nuoruuden hauskanpitoa, nykyään ongelma”*. YLE. <https://yle.fi/uutiset/3-11834119>
- Kurki, J., & Romppanen, L. (2017). *”Olihan mulleikki välillä vaikeeta lähtee kottoo, ni kyllä tää nyt on ihan elämää helpottavaa, et on sit jottai: Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia mielenterveyspalveluista ja heidän näkemyksiään palveluiden kehittämiseen liittyen* [AMK-opinnäytetyö, Karelia ammattikorkeakoulu]. Theseus. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017120820322>
- Kymsote. (i.a.). Psykiatrinen osastohoito. <https://www.kymsote.fi/fi/Palvelut/Mielenterveys--ja-p%C3%A4ihdepalvelut/Psykiatrinen-osastohoito/p/psykiatrinen-osastohoito>
- Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. (2000). *Ahdistuneisuuden lääkehoito*. <https://www.duodecimlehti.fi/duo91973>
- LähiTapiola. (28.09.2021). *Mielenterveyssyistä johtuvat sairauspoissaolot lisääntymässä - matalan kynnyksen lyhytterapiajaksosta lupaavia tuloksia*. <https://www.lahitapiola.fi/tietoa-lahitapiolasta/uutishuone/uutiset-ja-tiedotteet/uutiset/uutinen/1509573875323>
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3P15>
- Makkonen K., & Tiihonen, T. (2019). *Nuorten aikuisten ja ammattilaisten kokemuksia matalan kynnyksen mielenterveyspalveluista Jyväskylässä* [AMK-opinnäytetyö, Jyväskylän ammattikorkeakoulu]. Theseus. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2019051610168>
- Mattila, K. (2007). *Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä*. PS-kustannus.
- Mesiäislehto-Soukka, H. & Luhta R. (2018). Moniammatillisuus terveyden edistämässä, esimerkkinä savuton odotus ja vanhemmuus-hoitoketju. Teoksessa T. Tiilikka, H. Majasaari, S. Saarikoski (toim.), *Yhteistyössä toimien: käsityksiä monialaisuudesta sosiaali- ja terveysalalla*. (s.82–83). Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu 2018.
- Mielenterveyslaki 1116/1990. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Mielenterveystalo. (i.a. -a). *Elämän kriisi*. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/sosiaalipalvelut/Pages/elamankriisi.aspx>

- Mielenterveystalo.fi. (i.a. -b). Huoli terveydestä. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/sosiaalipalvelut/Pages/huoli_terveydesta.aspx
- Mielenterveystalo. (i.a. -c). *Masennus*. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/kokemuksia/Pages/masennus.aspx>
- Mielenterveystalo. (i.a. -d). *Kaksisuuntainen mielialahäiriö*. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/kokemuksia/Pages/kaksisuuntainen_mielialahairio.aspx
- Mielenterveystalo. (i.a. -e). *Psykososiaaliset hoidot*. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/Psykososiaalisethoidot.aspx>
- Mielenterveystalo. (i.a. -f). *Psykoterapia*. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/Psykoterapia.aspx>
- Mielenterveystalo. (i.a. -g). *Tietoa mielenterveyskuntoutuksesta*. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa_kuntoutuksesta/Pages/default.aspx
- Mielenterveystalo. (i.a. -h). *Tietoa sairaanhoidosta*. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/omaiset/Pages/tietoa_sairalaahoidosta.aspx#hoidon_sis%C3%A4lt%C3%B6
- Mieli Suomen mielenterveys ry. (7.12.2021). Ketkä tekevät mielenterveystyötä?. <https://mieli.fi/mielenterveys-koetuksella/miten-hakea-apua-mielenterveyden-ongelmiin/ketka-tekevät-mielenterveystyötä/>
- Mieli Suomen mielenterveys ry. (2.1.2023). *Mielenterveyspalvelut*. <https://mieli.fi/mielenterveys-koetuksella/miten-hakea-apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut/>
- Mustajoki, A. (2020). Väärinymmärryksiä: *Miten voisimme puhua ja kuunnella paremmin?* Gaudeamus.
- Mönkkönen, K. (2018). Vuorovaikutus asiakastyössä: asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus.
- Nieminen, A. (2018). Sosiaalisen kuntoutuksen määritelmä, kentät ja mahdollisuudet. Teoksessa H. Kostilainen, & A. Nieminen (toim.), *Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia* (s. 10–24). Diakonia ammattikorkeakoulu. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/141721/Diak_Ty-oelama_13_verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Oikkari. (2023). *Kokemusasiantuntija*. <https://olkkari.net/toiminta/kokemusasiantuntijatoiminta/>

O'Sullivan, T. (2011). *Decision making in social work*. Palgrave MacMillan.

Perustuslaki 731/1999. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2>

Rannisto, P. (2014). Asiakkuus ja asiakaslähtöisyys julkisissa palveluissa. Teoksessa T. Rintamäki, P. Tienhaara (toim.), *Palveluajattelun murros: näkymiä uudistuvaan palveluun*. (s. 37–40). Tampereen yliopisto.

Risikko, P. (2.7.2022). *Mielenterveyspalvelujen tilanne on vakava*. Ilkka-Pohjalainen. <https://ilkkapohjalainen.fi/yleisolta/mielenterveyspalvelujen-tilanne-on-vakava>

Sairaanhoitajat. (i.a.). *Ammatti ja osaaminen*. <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/>

Salo-Tuominen K. (19.04.2022). *Moniammatillisuus – miten siihen kasvua voisi tukea?* SOTE-akatemia monialainen blogi. <https://blogit.utu.fi/soteakatemia/moniammatillisuus-miten-siihen-kasvua-voisi-tukea/>

Sjöblom-Hasselblatt, S. (16.11.2020). *Opiskelijat arkailevat puhua mielenterveysongelmista: ”Nähdään liian usein omana heikkoutena”*. YLE. <https://yle.fi/uutiset/3-11646928>

Soite. (i.a.). *Aikuispsykiatrian avohoito*. <https://soite.fi/palvelut-ja-yhteys/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/mielenterveys/psykiatrian-avohoito/>

Sosiaalialan verkosto (SoAMK). (i.a.). *Sosiaalialan tutkinnot ja kompetenssit*. <https://www.sosiaalialanverkosto.fi/sosiaalialan-tutkinnot-ja-kompetenssit/>

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantar ryhmä. (2001). *Mielenterveyspalveluiden laatusuositus*. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69977/laatusuositus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). (24.8.2018). *Hoitoon pääsy*. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/hoitoon_paasy

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). (11.03.2021). *Lääkehoidon toteuttaminen*. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoidon-toteuttaminen>

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). (5.11.2018). *Potilaan asema ja oikeudet*. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (i.a.). *Mielenterveyden hoito*. <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (26.1.2023). *Hyvinvointialueet vastaavat sote-palvelujen ja pelastustoimien järjestämisestä 1.1.2023 lähtien*. <https://stm.fi/hyvinvointialueet>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2019). *Näkökulmia lääkehoitoon ja lääkkeiden jakeluun liittyvistä muutostarpeista*. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161340/STM_Rap_5_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L3P14>
- Suomen ammattikorkeakoulujen sosiaalialan koulutuksen verkosto (SOAMK). (29.4.2016). *Sosiaalialan tutkinnot ja kompetenssit*. <https://www.sosiaalialanamkverkosto.fi/sosiaalialan-tutkinnot-ja-kompetenssit/>
- Suomen lähi- ja perushoitajien liitto (SUPER). (i.a.) *Turvallinen lääkehoito*. <https://www.superliitto.fi/tyoelamassa/lahihoitajan-tyo/turvallinen-laakehoito/>
- Suomen palveluohjausyhdistys SPO ry. (2020). *Mitä palveluohjaus on?* <https://www.palveluohjaus.fi/mita-palveluohjaus-on/>
- Superliitto. (i.a.). *Etiikka hoitotyössä*. <https://www.superliitto.fi/tyoelamassa/lahihoitajan-tyo/etiikka-hoitotyossa/>
- Tampereen yliopistollinen sairaala (Tays). (21.3.2016). *Psykiatrinen sairaalahoito*. [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Psykoosit/Psykiatrinen_sairaalahoito\(29854\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Psykoosit/Psykiatrinen_sairaalahoito(29854))
- Tehy. (i.a.). *Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus terveydenhuollossa*. <https://www.tehy.fi/fi/tyoelamaopas/koulutus-ja-osaaminen/salassapito-ja-vaitiolovelvollisuus-terveydenhuollossa>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (2020). *Mielenterveyden edistäminen, hoito ja kuntoutus*. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (22.3.2022). *Mielenterveyspalvelut*. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (27.9.2022). *Terapeuttiset menetelmät ja terapiapalvelut*. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/terapeuttiset-menetelmat-ja-terapiapalvelut>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (20.05.2022). *Psykoosit*. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326#Pidm45949345582784>

- Terveyskirjasto. (24.09.2017). *Ahdistuneisuushäiriössä käytettävät lääkkeet*. <https://www.terveyskirjasto.fi/lam00059>
- Terveyskirjasto. (24.09.2017). *Masennustilojen hoidossa käytettävät lääkkeet*. <https://www.terveyskirjasto.fi/lam00039>
- Terveyskirjasto. (30.11.2018). *Persoonallisuushäiriöt*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00407>
- Terveyskirjasto. (30.8.2021). *Mielenterveyskuntoutuja*. Lääketieteen sanasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt04244>
- Terveyskirjasto. (23.9.2021). *Skitsofrenia*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00148>
- Tietoarkisto. (i.a.). *Laadullinen sisällönanalyysi*. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/laadullinen-sisallönanalyysi/>
- Tiilikka, T., Majasaari H., & Saarikoski S. (2018). Tavoitteena monialainen ja moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa T. Tiilikka, H. Majasaari, S. Saarikoski (toim.), *Yhteistyössä toimien: käsityksiä monialaisuudesta sosiaali- ja terveysalalla*. (s. 7–9). Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu 2018.
- Tiilikka, T. (2018). Käsityksiä sosiaali- ja terveysalan monialaisesta kokemusasiantuntijuudesta. Teoksessa T. Tiilikka, H. Majasaari, S. Saarikoski (toim.), *Yhteistyössä toimien: käsityksiä monialaisuudesta sosiaali- ja terveysalalla*. (s. 100–101). Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu 2018.
- Toivonen, T. (15.2.2023). *Näillä keinoilla hallitus aikoo ratkaista hoitajapulan: Tehtävät tutkimon mukaan, lisää avustavia työntekijöitä ja ulkomaisen työvoiman pätevyys kuntoon*. YLE. <https://yle.fi/a/74-20018027>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi.
- Tuorila, H. (2013). *Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijaa*. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10877>
- Turun yliopistollinen keskussairaala (TYKS). (19.10.2021). *Mielialahäiriöiden tehostettu avohoito*. <https://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/psykiatrian-toimipaikat/Sivut/Mielialah%C3%A4iri%C3%B6iden-tehostettu-avohoito.aspx>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (2019). *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa*. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarviointin_ohje_2019.pdf

- Tötterström, J., & Ruotsalainen J. (19.11.2019). *Voimaantuminen arjessa ja työyhteisöissä*. ePooki asiantuntijablogi. <http://blogi.oamk.fi/2019/11/19/voimaantuminen-arjessa-ja-tyoyhteisoissa/>
- Valkonen, Sanna. (2010). *Mahdollisuuksia muutokseen: Päihde- ja mielenterveyskuntoutujan kirja*. Trio-Offset Oy.
- Vilpa, T. (9.12.2021). *Ajankohtaisia kysymyksiä Oulun terveystalouksista - myös hoitajapulaan etsitään alati ratkaisuja*. Oulun kaupungin verkkomedia - lämpimällä sydämellä Oulusta. <https://www.ouka.fi/oulu/munoulu/artikkeli/-/id/ajankohtaisia-kysymyksiä-ouulun-terveyspalveluista-myos-hoitajapulaan-etsitaan-alati-ratkaisuja>

LIITTEET

Liite 1. Tiedote tutkimuksesta ja tietosuojaseloste

Liite 2. Teemahaastattelurunko

Liite 1. TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Millaisia kokemuksia mielenterveyskuntoutujilla on mielenterveyspalveluista ja mikä niiden merkitys on asiakkaalle.

1. Pyyntö osallistua tutkimukseen

Teitä pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan mielenterveyskuntoutujien kokemuksia mielenterveyspalveluissa.

2. Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kieltäytyminen ei vaikuta kohdeluonne tai asemaanne yhteisössä.

Voitte myös keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Mikäli keskeytätte tutkimuksen tai peruutatte suostumuksen, teistä keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

3. Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisia kokemuksia mielenterveyskuntoutujilla on eri mielenterveyspalveluista, asiakassuhteista ja lääkähoidosta.

4. Tutkimuksen toteuttajat

Tutkimuksen toteuttajina toimii Fiia Yli-Mannila ja Ida Vahertimo. Työtä ohjaa Seinäjoen ammattikorkeakoulun puolesta lehtori Mirva Siltakorpi sekä lehtori Virpi Rantanen.

5. Tutkimusmenetelmät ja toimenpiteet

Tutkimus toteutetaan teemahaastatteluilta. Jokainen haastattelu sovitaan yksilöllisesti. Haastattelu voidaan toteuttaa lähi- tai etätapaamisena.

6. Kustannukset ja niiden korvaaminen

Tutkimukseen osallistuminen ei maksa teille mitään. Osallistumisesta ei myöskään makseta erillistä korvausta.

7. Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimuksen tulokset tulevat esille opinnäytetyössämme. Opinnäytetyö julkaistaan Theseus-tietokannassa. Tutkimustulokset ovat saatavilla suoraan tutkijoilta, kun tutkimus valmistuu.

8. Lisätiedot

Pyydämme teitä tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkijoille/tutkimuksesta vastaavalle henkilölle.

9. Tutkijoiden yhteystiedot

Tutkija / opinnäytetyötekijä

Nimi: Fiia Yli-Mannila

Puh. [REDACTED]

Sähköposti: fiia.yli-mannila@seamk.fi

Tutkija / opinnäytetyöntekijä
Nimi: Ida Vahertimo
Puh. [REDACTED]
Sähköposti: ida.vahertimo@seamk.fi

Tutkimuksesta vastaa / opinnäytetyön ohjaaja
Titteli: Lehtori
Nimi: Mirva Siltakorpi
Korkeakoulu / yksikkö: Seinäjoen ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala
Puh. [REDACTED]
Sähköposti: mirva.siltakorpi@seamk.fi

Tutkimuksesta vastaa / opinnäytetyön ohjaaja
Titteli: Lehtori
Nimi: Virpi Rantanen
Korkeakoulu / yksikkö: Seinäjoen ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala
Puh. [REDACTED]
Sähköposti: virpi.rantanen@seamk.fi

TUTKIMUKSEN TIETOSUOJASELOSTE

Tässä tutkimuksessa käsitellään teitä koskevia henkilötietoja voimassa olevan tietosuojalainsäädännön (EU:n yleinen tietosuoja-astus, 679/2016, ja voimassa oleva kansallinen lainsäädäntö) mukaisesti. Seuraavassa kuvataan henkilötietojen käsittelyyn liittyvät asiat.

1. Tutkimuksen rekisterinpitäjä

Rekisterinpitäjällä tarkoitetaan tahoja, joka yksin tai yhdessä toisten kanssa määrittelee henkilötietojen käsittelyn tarkoitukset ja keinot. Rekisterinpitäjä voi olla korkeakoulu, toimeksiantaja, muu yhteistyötaho, opinnäytetyöntekijä tai jotkut edellä mainituista yhdessä (esim. korkeakoulu ja opinnäytetyöntekijä yhdessä). Opinnäytetöissä rekisterinpitäjänä on pääsääntöisesti opinnäytetyöntekijä.

Tässä tutkimuksessa henkilötietojen rekisterinpitäjä on:

Korkeakoulu

Toimeksiantaja

Toimeksiantajan nimi:

Muu yhteistyötaho

Yhteistyötahon nimi:

Opinnäytetyöntekijä

2. Voitte kysyä lisätietoja henkilötietojenne käsittelystä rekisterinpitäjän yhteyshenkilöltä

Rekisterinpitäjän yhteyshenkilön nimi: Fiia Yli-Mannila ja Ida Vahertimo

Organisaatio: Seinäjoen ammattikorkeakoulu

Puh. [REDACTED] tai [REDACTED]

Sähköposti: fiia.yli-mannila@seamk.fi tai ida.vahertimo@seamk.fi

3. Tutkimuksessa teistä kerätään seuraavia henkilötietoja

Henkilötiedolla tarkoitetaan luonnollista henkilöä, hänen ominaisuuksiaan tai elinolosuhteitaan kuvaavia tietoja, jotka voidaan tunnistaa häntä, hänen perhettään tai hänen kanssaan yhteisessä taloudessa asuvia koskeviksi. Henkilötiedon määritelmään kuuluvat sellaiset henkilötiedot, joiden avulla henkilö voidaan tunnistaa suoraan, mutta myös sellaiset tiedot, joiden avulla henkilö voidaan tunnistaa välillisesti tai epäsuorasti.

Henkilötietojen käsittely on oikeutettua ainoastaan silloin, kun se on tutkimukselle välttämätöntä. Kerättävät henkilötiedot on minimoitava, niitä ei saa kerätä tarpeettomasti tai varmuuden vuoksi.

Teillä ei ole sopimukseen tai lakisääteiseen tehtävään perustuvaa velvollisuutta toimittaa henkilötietojanne vaan osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

4. Tutkimuksessa kerätään henkilötietojanne myös seuraavista lähteistä

Tutkimuksessa ei kerätä henkilötietojanne muista lähteistä.

5. Henkilötietojenne suojausperiaatteet

Nauhoitetut haastattelut säilytetään henkilökohtaisessa laitteessa, joka on suojattu salasanalla. Laitetta ei pääse käyttämään muu kuin tutkijat.

Nauhoitetut haastattelut tuhotaan asianmukaisesti, heti kun tutkimus on päättynyt.

6. Henkilötietojenne käsittelyn tarkoitus

Henkilötietojenne käsittelyn tarkoitus on tuoda esille sisäpiiritietoa kokemuksista mielenterveyspalveluissa.

7. Henkilötietojenne käsittelyperuste

Henkilötietojen käsittelyperusteena on suostumus.

8. Tutkimuksen kesto-aika (henkilötietojenne käsittelyaika)

Henkilötiedot tuhotaan sen jälkeen, kun opinnäytetyö on hyväksytty ja muutoksenhakuaika on päättynyt.

9. Mitä henkilötiedoillenne tapahtuu tutkimuksen päätyttyä?

Henkilötiedot hävitetään tutkimuksen päätyttyä.

10. Tietojen luovuttaminen tutkimusrekisteristä

Tietoja ei luovuteta ulkopuolisille tutkimuksen aikana.

11. Rekisteröitynä teillä on oikeus

Koska henkilötietojanne käsitellään tässä tutkimuksessa, niin olette rekisteröity tutkimuksen aikana muodostuvassa henkilörekisterissä. Rekisteröitynä teillä on oikeus:

saada informaatiota henkilötietojen käsittelystä

- tarkastaa itseänne koskevat tiedot

- oikaista tietojanne
- poistaa tietonne (esim. jos peruutatte antamanne suostumuksen)
- peruuttaa antamanne henkilötietojen käsittelyä koskeva suostumus
- rajoittaa tietojenne käsittelyä
- rekisterinpitäjän ilmoitusvelvollisuus henkilötietojen oikaisusta, poistosta tai käsittelyn rajoittamisesta
- siirtää tietonne järjestelmästä toiseen
- sallia automaattinen päätöksenteko nimenomaisella suostumuksellanne
- tehdä valitus tietosuojavaltuutetun toimistoon, jos katsotte, että henkilö-tietojanne on käsitelty tietosuojalainsäädännön vastaisesti

Jos henkilötietojen käsittely tutkimuksessa ei edellytä rekisteröidyn tunnistamista ilman lisätietoja eikä rekisterinpitäjä pysty tunnistamaan rekisteröityä, niin oikeutta tietojen tarkastamiseen, oikaisuun, poistoon, käsittelyn rajoittamiseen, ilmoitusvelvollisuuteen ja siirtämiseen ei sovelleta.

Voitte käyttää oikeuksianne ottamalla yhteyttä rekisterinpitäjään.

Tutkimuksessa kerättyjä henkilötietoja ei käytetä profilointiin tai automaattiseen päätöksentekoon

Henkilötietojen käsittely aineistoa analysoitaessa ja tutkimuksen tuloksia raportoitaessa

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimusaineistoa käsitellään luottamuksellisesti lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Yksittäisille tutkittavalle annetaan tunnuskoodi ja häntä koskevat tiedot säilytetään koodattuina tutkimusaineistossa. Aineisto analysoidaan koodattuna ja tulokset raportoidaan ryhmätasolla, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa ilman koodiavainta. Koodiavainta, jonka avulla yksittäisen tutkittavan tiedot ja tulokset voidaan tunnistaa, säilyttävät Fiia Yli-Mannila tai Ida Vahertimo eikä tietoja anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille

Tutkimusaineistoa ja tutkimuksen yhteydessä kerättyjä näytteitä säilytetään tutkimuksen ajan tekijöiden salasanoilla suojatuissa laitteissa, jonka jälkeen tiedostot hävitetään lopullisesti.

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Tutkimuksen nimi: Millaisia kokemuksia mielenterveyskuntoutujilla on mielenterveyspalveluista ja mikä niiden merkitys on asiakkaalle

Tutkimuksen toteuttaja:

Seinäjoen ammattikorkeakoulu

Fii Yli-Mannila

Puhelinnumero: [REDACTED]

Sähköposti: fii.yli-mannila@seamk.fi

Tutkimuksen toteuttaja:

Seinäjoen ammattikorkeakoulu

Ida Vahertimo

Puhelinnumero: [REDACTED]

Sähköposti: ida.vahertimo@seamk.fi

Ohjaava opettaja:

Mirva Siltakorpi

p. [REDACTED]

mirva.siltakorpi@seamk.fi

Ohjaava opettaja:

Virpi Rantanen

p. [REDACTED]

virpi.rantanen@seamk.fi

Minua _____ on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen, jonka tarkoituksena on tutkia mielenterveyskuntoutujien kokemuksia mielenterveyspalveluista.

Olen saanut tutkimustiedotteen ja ymmärtänyt sen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja toteutuksesta, oikeuksista ja tutkimuksen mahdollisesti liittyvistä hyödyistä ja riskeistä. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Olen saanut tiedot tutkimukseen mahdollisesti liittyvästä henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta ja minun on ollut mahdollista tutustua tutkimukseen liittyvään tietosuojaselosteeseen.

Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen tai peruutan suostumukseni, minusta keskeyttämiseen ja suostumukseni peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen.

Jos tutkimukseen liittyvien henkilötietojen käsittelyperusteena on suostumus, vahvistan allekirjoituksellani suostumukseni myös henkilötietojeni käsittelyyn. Minulla on oikeus peruuttaa suostumukseni tietosuojaselosteessa kuvatulla tavalla.

_____, _____ . _____ . _____

Allekirjoitus: _____

Nimenselvennys: _____

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus sekä kopio tutkimustiedotteesta liitteineen jäävät tutkijan arkistoon. Tutkimustiedote liitteineen ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkittavalle.

Liite 2. Teemahaastattelun runko

Taustatiedot:

- Minkä ikäinen olet?
- Mitä mielenterveydenpalveluita olet käyttänyt ja minä vuosina? Sekä kuinka kauan?
- Millä paikkakunnilla käytit palveluita?
- Mikä diagnoosi/ mitä diagnooseja sinulla on? Miltä vuosilta diagnoosit ovat?

Teema 1: Tarpeet, yksilöllinen huomioiminen ja arvot

- Miten palvelut ovat vastanneet tarpeitasi ja toiveitasi?
- Saitko palveluita oikea-aikaisesti?
- Miten sinut on huomioitu yksiköllisesti?
- Millaisia tavoitteita hoidollesi on asetettu? Ketkä olivat mukana?
- Miten mielipiteitäsi on kuunneltu ja arvosi huomioitu hoidossasi?
- Miten oikeutesi ovat hoidon aikana toteutuneet?
 - **Apukysymys:** Esimerkiksi itsemääräämisoikeus, osallisuus
- Millaista tiedonantoa olet hoitosi aikana saanut? Saitko riittävästi tietoa
 - **Apukysymykset:** sairaudestasi, toimintavaihtoehdoista, palveluista
- Oletko kokenut syrjintää tai ennakkoluuloisuutta?
 - **Apukysymykset:** Syrjintää: uskonnon, aatteiden, etnisen taustan perusteella?

Teema 2: Asiakassuhde ammattihenkilöön ja vuorovaikutus

- Millaisia hoitosuhteita sinulle on muodostunut palveluiden käytön aikana?
- Millaista vuorovaikutus on ollut?

Apukysymykset:

- Pystyitkö kertomaan omista kokemuksista ja toiveista?
- Koitko, että sinua ymmärrettiin.
- rehellisyys, avoimuus, vastavuoroisuus

- Miten voimavarojasi ja vahvuuksiasi on kartoitettu?
- Miten palveluissa on kartoitettu elämäsi haasteita ja vaikeuksia?
- Miten nämä edellä mainitut on otettu huomioon hoidossasi?
- Miten sinut on kohdattu hoidon aikana?

Teema 3: Sitoutuneisuus ja motivaatio

- Miten sitoutunut ja motivoitunut koit olevasi hoidon suhteen?
- Mikä sitoutuneisuuteesi vaikutti?

Apukysymys: ihminen, palvelu, muu mikä?

- Miten hoito lisäsi toivoa elämässäsi tai voimaannutti sinua?
- **Apukysymykset**
 - toivo tulevaisuuden suhteen?
 - voimaantuminen: itsetunnon kasvu, elämänhallinnan lisääntyminen, arjen sujuvuus
- Koitko, että hoito vei sinulta voimia tai energiaa? Mikä siihen vaikutti?

Teema 4: Kokemukset lääkehoidosta

- Millaista ohjausta olet saanut lääkehoidosta?
Apukysymys: Onko ollut riittävä ja selkeyttävää?
- Millaisia toiveita sinulla on ollut lääkehoidon suhteen?
Apukysymys: Miten näitä toiveita on pyritty tukemaan?
- Millaisia pelkoja tai ennakkoluuloja sinulla on ollut lääkehoitoon liittyen?
- Miten pelkoihin/ennakkoluuloihin on puututtu, onnistuttiinko siinä?