

# **Mielenterveys- ja päihdetyö perusterveyden- huollossa**

**Palveluprosessin uudistaminen**

LAB-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

Kliininen asiantuntija, hoitotyö

2023

Heidi Wepling

## Tiivistelmä

Tekijä(t) Heidi Wepling	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK Sivumäärä 53+5	Valmistumisaika 2024
Työn nimi <b>Mielenterveys- ja päihdetyö perusterveydenhuollossa</b> Palveluprosessin uudistaminen		
Tutkinto ja koulutusala Sairaanhoidtaja (YAMK), kliininen asiantuntija		
Toimeksiantajaorganisaatio (jos opinnäytetyöllä on toimeksiantaja)		
Tiivistelmä <p>Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat nousseet suureksi kansanterveydelliseksi haasteeksi Suomessa. Tämä näkyy myös terveyspalvelujen käytön lisääntymisenä ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen kuormittumisena.</p> <p>Tämän tutkimuksen tavoitteena oli parantaa ja yhdenmukaistaa yhteistyöorganisaation mielenterveys- ja päihdepalveluja, jotta asiakkaiden hoitoon pääsy tarvitsemiensa palvelujen piiriin olisi oikea-aikaista ja sujuvaa, ja hoito olisi tarkoituksenmukaista ja vaikuttavaa. Tavoitteena oli myös toimivan prosessin kautta lisätä hoitohenkilöstön hyvinvointia. Tutkimuksessa kuvattiin asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan kokemuksia uudistetusta mielenterveys- ja päihdeprosessista ja esitettiin tulosten perusteella kehittämisehdotuksia toimintamalliin.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin soveltavana tutkimuksena ja tutkimusote oli laadullinen. Aineisto kerättiin asiakaskyselyn ja hoitohenkilökunnan teemahaastatteluiden avulla.</p> <p>Aineistosta nousivat esiin asiakkaiden tyytyväisyys hoitoon pääsyyn, lähipalveluun ja hoitosuhteeseen psykiatristen sairaanhoidtajien kanssa. Luottamus ja pysyvyys nousivat teemoina toistuvasti esiin. Hoitohenkilökunta koki painetta työmäärästä mutta sai voimaa työhön työyhteisöstä, jossa konsultaatiokynnys on matala ja yhteistyö sujuvaa.</p> <p>Kehittämisehdotukset liittyvät hoitohenkilökunnan koulutuksellisiin asioihin sekä riittävän henkilöstöresurssin turvaamiseen. Asiakkaat tarvitsevat lisää tiedotusta ja kannustusta digitaalisten työkalujen käyttöön. Tulevaisuuden näkökohtana on myös etä- ja liikkuvien palvelujen kehittäminen yhdessä asiakaslähtöisyys säilyttäen.</p>		
Asiasanat Mielenterveys- ja päihdetyö, asiakaskokemus, resilienssi		

## Abstract

Author(s) Heidi Wepling	Type of Publication Thesis, UAS Number of Pages 53+5	Published 2024
Title of Publication <b>Mental health and substance abuse work in primary health care</b> Reforming the service process		
Degree, Field of Study Master's Degree Programme in Social and Health Care, Clinical specialist in nursing		
Organisation of the client (if the thesis work is commissioned by another party)		
Abstract <p>Mental health and substance abuse disorders have become a major public health challenge in Finland. The use of health services due to mental health problems has increased.</p> <p>The goal of this study was to improve and harmonize the mental health and substance abuse services of the cooperation organization, so that clients' access to the services they need would be timely and smooth, and the treatment would be appropriate and effective. The goal was also to increase the well-being of the nursing staff through a functioning process. The study described the experiences of clients and nursing staff regarding the renewed mental health and substance abuse process and based on the results, proposed development proposals for the operating model.</p> <p>The thesis was implemented as applied research and the research sample was qualitative. The material was collected using a customer survey and thematic interviews of the nursing staff.</p> <p>From the data, the clients' satisfaction with access to treatment, local service and treatment relationship with psychiatric nurses emerged. Trust and permanence emerged repeatedly as themes. The nursing staff felt pressure from the workload but got strength for their work from the work community, where the consultation threshold is low and cooperation is smooth.</p> <p>The development proposals are related to the educational matters of the nursing staff and securing sufficient personnel resources. Customers need more information and encouragement to use digital tools. An aspect of the future is also the development of remote and mobile services while maintaining customer orientation.</p>		
Keywords Mental health and substance abuse work, customer experience, resilience		

## Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Tutkimuksen lähtökohdat .....	3
2.1	Toimintaympäristön kuvaus .....	3
2.2	Tutkimuksen taustaa.....	4
2.3	Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset .....	6
3	Mielenterveys- ja päihdetyö perusterveydenhuollossa .....	7
3.1	Mielenterveysperustainen hoito .....	7
3.2	Mielenterveysstrategian jalkauttaminen .....	11
4	Asiakaskokemus.....	15
5	Henkilöstön resilienssi prosessia uudistettaessa.....	18
6	Tutkimusmenetelmät .....	20
6.1	Määrällinen ja laadullinen tutkimus .....	20
6.2	Aineiston keruu ja analysointi .....	21
7	Tutkimuksen toteutus.....	25
7.1	Tutkimusprosessin eteneminen .....	25
7.2	Asiakaskysely .....	26
7.3	Teemahaastattelut.....	27
8	Tutkimustulokset.....	30
8.1	Kysely asiakkaille.....	30
8.2	Hoitohenkilökunnan haastattelut.....	34
8.3	Kehittämissuhteet .....	39
9	Pohdinta .....	41
9.1	Tutkimustulosten tarkastelu .....	41
9.2	Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu .....	45
9.3	Jatkotutkimusehdotukset .....	48
	Lähteet .....	49

Liite 1. Mielenterveys- ja päihdeprosessikuvaus

Liite 2. Saatekirje hoitohenkilökunnalle

Liite 3. Saatekirje asiakkaille

Liite 4. Ryhmähaastattelun teemat

## 1 Johdanto

Suomalaisten kokonaisterveyden tilanne on muuttunut viime vuosikymmeninä. Väestön fyysinen terveys ja elinajanennuste ovat parantuneet mutta mielenterveyden häiriöt, sisältäen päihdehäiriöt, ovat nousseet suureksi kansanterveydelliseksi haasteeksi. Jopa puolella väestöstä on jokin mielenterveydenhäiriö elämänsä aikana ja mielenterveydenhäiriöt aiheuttavat lähes puolet työkyvyttömyyseläkkeistä. Viime vuodet ovat pitäneet sisällään erilaisia kriisejä, kuten koronapandemian ja Venäjän hyökkäyssodan Ukrainaan. Sitran Megatrendit 2023- päivitys nostaa esiin muun muassa hyvinvoinnin haasteiden kasvun, luonnon kantokyvyn murenemisen ja talouden perustan rakoilemisen. Nämä kehityskulut ennustavat epävarmuuden ja pelon tunteita ihmisissä. Mielenterveyden merkitys yhteiskunnassa on kasvanut ja kasvaa siis edelleen. Mielenterveys on merkittävä osa hyvinvointia ja sillä on moninaisia vaikutuksia yhteiskunnan vakaudelle ja kustannuksille (Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma 2020–2030; Sitra 2023). THL:n tutkimuksen mukaan mielenterveyteen liittyvien ongelmien vuoksi terveyspalvelujen käyttö on kasvanut, mikä on positiivinen ja kannustava kehityssuunta. Tämä viittaa siihen, että kun oireet ovat lisääntyneet, ihmiset ovat hakeutuneet apuun ja päässeet palvelujen piiriin (THL 2021, 6).

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisvastuu siirtyi kunnilta 21 hyvinvointialueelle vuoden 2023 alusta (STM 2023). Wahlbeck ym. (2018, 15) arvioivat tämän uudistuksen tarjoavan ainutlaatuisen tilaisuuden organisoida mielenterveys- ja päihdetyö yhtenäiseksi kokonaisuudeksi, joka ulottuu ennaltaehkäisevästä toiminnasta kuntoutukseen asti. Asiakkaiden kokonaisvaltainen ja vaikuttava hoito edellyttää perusterveydenhuollon, sosiaalipalvelujen ja erityispalvelujen saumatonta yhteistyötä (Wahlbeck ym. 2015, 9). Palvelujen selkiyttämiseksi mielenterveys- ja päihdelainsäädäntö koki uudistuksen 1.1.2023 alkaen. Mielenterveys- ja päihdetyön hoito sekä sosiaalihuolto määritellään pääasiassa sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa. Vain tahdosta riippumatonta hoitoa koskeva sääntely jäi mielenterveys- ja päihdehuoltolakeihin. (STM 2023a).

Suomessa mielenterveyshäiriöiden kustannukset yhteiskunnalle ovat moninkertaiset verrattuna mielenterveyden vahvistamiseen tehtyihin sijoituksiin. OECD:n vuonna 2018 tekemän arvion mukaan mielenterveyden kustannukset vuodessa olivat noin 11 miljardia euroa. Summa koostui terveydenhuollon ja työelämän kustannuksista sekä sosiaalietuuksista. Kunnat käyttivät mielenterveyden hoitoon vain noin 5,6 % eli runsaat miljardi euroa terveydenhuollon kustannuksista, kun vastaava prosenttiluku Länsi-Euroopassa ja muissa Pohjoismaissa on noin 10 %. Suomen mielenterveys ry on arvioinut vuoteen 2030 ulottuvan kansalliseen mielenterveysstrategian toimeenpanon olevan tuottoisa sijoitus. Esimerkiksi

strategiaa toteuttavan Terapiat etulinjaan- hankkeen odotetaan tuovan säästöjä vähentämällä sairaspäiviä ja tarvetta Kelan tukemiin psykoterapioihin (Suomen Mielenterveys ry).

Tämän opinnäytetyön yhteistyöorganisaatiossa nähtiin tarve uudistaa omaa mielenterveys- ja päihdetyötä. Uusi prosessikuvaus ja toimintamalli otettiin lopulta käyttöön kahdessa yksikössä keväällä 2023, ja tarve opinnäytetyönä toteutettavalle tutkimukselle toimintamallin toimivuudesta nousi näin työelämän käytännön tarpeesta. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli parantaa ja yhdenmukaistaa yhteistyöorganisaation mielenterveys- ja päihdepalveluja, jotta asiakkaiden hoitoon pääsy tarvitsemiensa palvelujen piiriin olisi oikea-aikaista ja sujuvaa, ja hoito olisi tarkoituksenmukaista ja vaikuttavaa. Tavoitteena oli myös toimivan prosessin kautta lisätä hoitohenkilöstön hyvinvointia. Tarkoituksena oli kuvata asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan kokemuksia uudistetusta mielenterveys- ja päihdeprosessista ja esittää tulosten perusteella kehittämissuhteita prosessiin ennen sen varsinaista käyttöönottoa ja muille terveysasemille jalkauttamista.

## 2 Tutkimuksen lähtökohdat

### 2.1 Toimintaympäristön kuvaus

Yhteistyöorganisaatio tässä opinnäytetyössä on yksityinen toimija, joka tarjoaa laajasti perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja hyvinvoinnin palveluja yksityis- ja yritysasiakkaalle sekä julkiselle sektorille. Tutkimus toteutettiin kahdella terveysasemalla, jotka tuottavat perusterveydenhuollon palveluja hyvinvointialueelle. Terveysasemat sijaitsevat Kymenlaaksossa ja Päijät-Hämeessä, anonymiteetin turvaamiseksi kunnista käytetään tässä tutkimuksessa nimikkeitä Kunta 1 ja Kunta 2. Toimintaympäristöä keskeisten lukujen osalta on kuvattu taulukossa 1. Nämä kaksi terveysasemaa, kuten pääosin muutkin yhteistyöorganisaation perusterveydenhuollon yksiköt sijaitsevat pienillä paikkakunnilla. Suurempien paikkakuntien henkilöstömäärälle suunnitellut prosessikuvaukset mielenterveys- ja päihdetyöhön eivät soveltuneet suoraan näiden yksiköiden käyttöön. Tavoitteena oli turvata laadukkaat lähipalvelut ja matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalvelut, ja näin nousi esiin tarve uudistaa omaa toimintaa. Alun perin esiin nousi 13–17-vuotiaiden nuorten matalan kynnyksen palvelujen kehittäminen. Pienissä yksiköissä eri-ikäisten palvelupolku ei juuri eroa toisistaan, joten kehitystyö laajennettiin kaikkia ikäryhmiä koskevaksi.

Tutkimukseen osallistuvat asiakkaat olivat Kunta 1 ja Kunta 2 -terveysasemilla psykiatristen sairaanhoitajien vastaanotolla asioivia henkilöitä. Hoitohenkilökunta koostuu terveysasemien vastaanotolla työskentelevistä sairaanhoitajaista ja terveydenhoitajista sekä psykiatrisista sairaanhoitajista. Tutkija toimii esihenkilönä Kunta 1 -terveysasemalla.

Terveysasemilla on avovastaanottotoiminnassa käytössä hoidon saatavuuteen perustuva malli. Toiminta perustuu siis terveydenhuollon ammattihenkilön tekemään hoidon tarpeen arvioon ja sen perusteella saatavuuden mukaan eri ammattiryhmien vastaanotolle ohjaukseen. Asiakkaan hoitoon ei ole nimetty hoidon koordinaatiosta vastaavaa henkilöä. (Hyvä käytäntö -konsensusuositus.) Oleellista on, että molemmat terveysasemat hoitavat puhelimitse tapahtuvan hoidontarpeen arvion ja ajanvarauksen itse poiketen näin alueellisista hyvinvointialueiden keskitetyistä puhelinpalveluista. Avovastaanottotoiminnassa on mukana myös elementtejä tiimimallista; pienissä yksiköissä konsultaatio on vaivatonta ja käytännössä ratkaisuja mietitään usein moniammatillisesti. Asiakkaiden on mahdollista hakeutua terveysasemalle etenkin akuuttitilanteissa myös ilman ajanvarausta eli ns. walk-in periaatteella.

	KUNTA 1 Kymenlaakso	KUNTA 2 Päijät-Häme
Asukasmäärä	5064 (31.12.2023)	3496 (31.12.2023)
Alle 15-vuotiaat % väestöstä	15,9	8,1
15–64-vuotiaat %	56,6	47,6
Yli 64-vuotiaat%	27,6	44,3
Matka lähimpään esh-yksikköön	15 km	90 km
Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit yhteensä/ 1000 asukasta vuonna 2021	190	245
Psykiatrian laitoshoitopäivät / 1000 asukasta vuonna 2021	760,3	255

Taulukko 1. Kymenlaakson ja Päijät-Hämeen toimintaympäristön kuvaus (mukaillen Tilastokeskus ja Sotkanet 2023)

## 2.2 Tutkimuksen taustaa

Lähtökohtana mielenterveys- ja päihdeprosessin uudistamiselle toimi tammikuussa 2022 julkaistu selvitys yhteistyöorganisaation kuntaulkoistusyksiköiden mielenterveyspalvelujen nykytilasta. Selvitys perustuu terveysasemien psykiatristen sairaanhoitajien telemahaastatteluihin. Haastattelut toteutettiin kymmenessä perusterveydenhuollon yksikössä eri puolella Suomea loppuvuoden 2021 aikana. Keskeisimpiä esille tulleita huomioita oli mielenterveyspalvelujen saatavuuden vaihtelu paikkakuntien välillä. Odotusaika palveluihin vaihteli muutamista päivistä yli kuukauteen. Asiakkaan laajempi tilanteen kartoitus hoidontarpeen arvion yhteydessä oli vähäistä. Hoidon tarpeen arvion tukena ei ollut yhteisesti sovittuja kirjaus- tai toimintamalleja. Asiakkaat ohjautuivat pääasiassa suoraan psykiatrisille sairaanhoitajille, mikä aiheutti kuormitusta mielenterveyspalveluihin ja hidasti asiakkaiden palveluihin pääsyä. Asiakkaat ohjautuivat mielenterveyspalveluihin myös monia eri reittejä. Psykiatrisille sairaanhoitajille oli oma suora puhelinnumero, mutta vain joillakin paikkakunnilla heillä oli päivittäinen kiinteä puhelinaika. Osa hoitajista koki nämä asiakaskäyntien välillä tehtävät takaisinsoitot kuormittaviksi. Vastuu asiakkaan kokonaishoidosta ja somatiikan huomioimisesta vaihteli paikkakunnittain. Hoitajien väliseen yhteistyöhön ei ollut selkeitä toimintamalleja eikä yhteistä suunnittelua toteutettu. Esiin nousi siis voimakkaasti tarve yhteistyön vahvistamiselle asiakkaan somaattisen terveydenhuollon varmistamiseksi. Asiakkaan tavoitteiden kirjaaminen oli yleistä mutta tavoitteiden toteutumisen arviointi työntekijäsidonnaista. Mittareita ei välttämättä hyödynnetty hoidon tavoitteiden saavuttamisen arvioinnissa.



Hoidon suunnitelmallinen ”palastelu” ja tavoitteellisuus nähtiin kyllä tärkeänä mutta se ei juuri toteutunut. Asiakasvirran ja kuntoutumisen näkökulmasta tähän nähtiin hyvänä kiinnittää jatkossa enemmän huomiota. Yhteistyö lääkäreiden kanssa sujui mutta sen toivottiin olevan vahvempaa. Konsultaatiokäytännöt olivat pääasiassa ”ovensuukonsultaatiota” ja vahva yhteistyö asiakkaiden asioiden äärellä oli puutteellista. Sektorit ylittävässä yhteistyössä haasteita oli lähinnä sosiaalipalvelujen kanssa. Mielenterveys- ja päihde -tiimien toiminnan tavoitteet, toimintatavat ja sisäinen työnjako nähtiin tarpeelliseksi selkeyttää. Osaamisen vahvistamiseen nousi erilaisia tarpeita eri yksiköissä. Laajan tehtäväkentän vuoksi psykiatriset sairaanhoitajat toivoivat spesifimpää osaamista tiettyjen mielenterveysongelmien osalta. Osaamisessa nuorten kanssa työskentelyyn koettiin epävarmuutta, koska heidän palveluissaan työotteen tulee olla intensiivisempi ja mukana on usein laaja verkosto. Avosairaanhoidon vastaanoton hoitajille toivottiin asiakkaiden seulontaan/ alkukartoitukseen ja ohjaukseen liittyviä toimintamalleja ja tähän liittyvän osaamisen vahvistamista. (Puusniekka 2022.)

Näihin edellä kuvatun selvityksen tuloksiin pohjaten mielenterveys- ja päihdeprosessien uudistamiselle asetetut tavoitteet esitetään taulukossa 2. Mielenterveys- ja päihde -termistä käytetään tässä opinnäytetyössä yhteistyöorganisaation mallin mukaisesti lyhennettä miepä ja siten esimerkiksi mielenterveys- ja päihdeprosessista lyhennettä miepä-prosessi.

TAVOITE	MITTARI
Hyvä palvelujen saatavuus ja palveluun pääsyn oikea-aikaisuus	Psykiatristen sairaanhoitajien T3/ tavoite ≤7vrk Psykiatrisen erikoissairaanhoidon lähetteiden määrä (ja kustannukset)
Miepä-ongelmien hoito ja saatavuus ovat tavoitteellista ja suunnitelmallista	Uusien/ päättyneiden asiakkuuksien lukumäärä, huomioidaan myös vastaanoton hoitajien tilastoinnit (mtt-roolilla)
Miepä-palvelut tavoittavat alaikäiset nuoret	Alaikäisten asiakkaiden lukumäärä vs. kaikki asiakkaat

Taulukko 2. Uudistetun miepä-prosessin tavoitteet ja mittarit.

Selvityksen tuloksiin pohjaten päätettiin tehdä ja viedä käytäntöön seuraavat tuotokset:

- Miepä- toimintamalli
- Prosessien kehitys: Palveluun ohjautuminen, hoidon tavoiteasetanta ja toteutus sekä prosessien pilotointi ja käyttöönotto.

Yhteistyöorganisaation mielenterveys- ja päihdeprosessia työstettiin talvella 2023 useammassa henkilöstön työpajassa ja hyvässä yhteistyössä Terapiat Etulinjaan -hankkeen edustajien kanssa. Prosessikuvaukseen otettiin mukaan olennaisena osana Terapianavigaattori ja Ohjattu Omahoito. Kunta 1 otti nämä työkalut käyttöönsä näin myös ensimmäisenä terveysasemana Kymen hyvinvointialueella. Huhtikuussa 2023 järjestettiin hoitohenkilöstölle koulutustilaisuus, jossa valmis prosessikuvaus (Liite 1) esiteltiin ylilääkärin toimesta. Uudistetusta miepä-toimintamallista ja etenkin Terapianavigaattorista tiedotettiin asiakkaita sosiaalisessa mediassa, terveysaseman internet-sivuilla sekä paikallislehteen julkaistulla artikkelilla. Suuri vastuu asiakkaiden ohjauksessa oli tietenkin vastaanoton hoitajilla puhelin-työssä. Toimintamallin pilotointi käynnistettiin kesäkuussa 2023.

### 2.3 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tavoitteena on parantaa ja yhdenmukaistaa yhteistyöorganisaation mielenterveys- ja päihdepalveluja, jotta asiakkaiden hoitoon pääsy tarvitsemiensa palvelujen piiriin olisi oikea-aikaista ja sujuvaa, ja hoito olisi tarkoituksenmukaista ja vaikuttavaa. Tavoitteena on myös toimivan prosessin kautta lisätä hoitohenkilöstön hyvinvointia. Tarkoituksena on kuvata asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan kokemuksia uudistetusta mielenterveys- ja päihdeprosessista kahdessa pilotointiyksikössä, ja esittää tulosten perusteella kehittämissuhteita prosessiin ennen sen varsinaista käyttöönottoa ja muille terveysasemille jalkauttamista.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia ovat asiakkaiden kokemukset uudesta miepä-prosessista ja mielenterveys- ja päihdepalveluista kokonaisuutena?
2. Miten hoitohenkilökunta on kokenut uuden miepä-prosessin?
3. Millaisia prosessiin liittyviä kehittämissuhteita nousee esiin?

### 3 Mielenterveys- ja päihdetyö perusterveydenhuollossa

#### 3.1 Mielenterveysperustainen hoito

Kansainvälinen tautiluokitus ICD-10 määrittelee sen, milloin on kyse mielenterveyshäiriöstä. Päihdeongelmat luokitellaan myös mielenterveyshäiriöiksi. Suurin osa ihmisistä kohtaa elämänsä aikana esimerkiksi unettomuutta, masennusta tai ahdistusta, ja noin puolet suomalaisista sairastuu jossakin vaiheessa elämänsä mielenterveyshäiriöön. Mielenterveyden ongelmat, mukaan lukien päihdeongelmat, ovat siis merkittävä kansanterveydellinen haaste. (Wahlbeck ym., 2018, 10–12.)

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö vastaa mielenterveystyön valtakunnallisesta suunnittelusta, valvonnasta ja ohjauksesta. 1.1.2023 lähtien sosiaali- terveyspalveluiden järjestämisvastuu siirtyi kunnilta ja kuntayhtymiltä 21 hyvinvointialueelle. Tuolloin 1.1.2023 uudistui myös mielenterveys- ja päihdelainsäädäntö. Mielenterveyden hoidosta, päihde- ja riippuvuushoidosta sekä sosiaalihuollon mielenterveys- ja päihdetyöstä säädetään nyt ensisijaisesti terveydenhuoltolaissa ja sosiaalihuoltolaissa. Mielenterveys- ja päihdehuoltolaissa säädetään enää vain tahdosta riippumaton hoito ja valtion mielisairaaloita koskeva sääntely. Uudistuksen tavoitteena on parantaa palvelujen saatavuutta, laatua ja tarpeen mukaisuutta sekä yhdenvertaisuutta palvelujen saatavuudessa kaikkien ikäryhmien kohdalla. (STM 2023a.)

Hyvinvointialueiden tulee tarjota alueidensa asukkaille mielenterveys- ja päihdehoitoa sekä riippuvuushoitoa. Kokonaisuus sisältää ohjauksen ja neuvonnan lisäksi mielenterveyden sekä päihde- ja muiden riippuvuushäiriöiden ehkäisyn, tutkimuksen, hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen monimuotoisina palveluina. Monimuotoisuudella tarkoitetaan sitä, että perusterveydenhuollolla on käytettävissä vastaanottoiminnan lisäksi esimerkiksi sähköisiä omahoidon palveluja ja hoitomuotoja, kuten ”nettiterapiat” tai kotiin vietävät palvelut. Asiakkaalle on järjestettävä hänen tarvitsemansa terveydenhuollon ja sairaanhoidon palvelut kokonaisuudessaan myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä sekä sosiaalihuollon kanssa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 27§ ja §28; STM 2023a.)

Mielenterveyspalvelut viittaavat toimintaan, jonka tavoitteena on ennaltaehkäistä, lievittää ja hoitaa mielenterveyshäiriöitä. Mielenterveyspalveluja tuotetaan sekä sosiaali- että terveydenhuollossa ja niitä valvovat Valvira ja aluehallintovirastot. (THL 2022.) Mielenterveyden-, päihde- ja riippuvuushoidossa perusterveydenhuolto on kaiken perusta ja hoidossa ensisijaista. Tämä julkisen terveydenhuollon avohoito on asiakkaalle ilmaista. Erikoissairaanhoito astuu kuvaan silloin, kun avohoito on riittämätöntä ja lääkäri näin arvioi tekemällä lähetteen. Erikoissairaanhoitoa järjestetään psykiatrian poliklinikoilla ja psykiatrisena sairaalahoitona. (STM 2023c.) Perus- ja erityistason mielenterveyspalvelujen porrastus Suomessa on esitetty seuraavassa kuviossa 1.

#### **KUNTOUTUS**

KELA:n kuntoutuspalvelut, kuntouttavat asumispalvelut, työtoiminta, päivätoiminta

#### **ERITYISTASO**

Psykoteraapia, verkkoterapia, päivystystoiminta, sairaalahoito, konsultaatiot, koulutus, toimintamallien päivitys, laadun seuranta, linjojen ja prosessien valvonta

#### **DIAGNOSTISET ARVIOT, HOIDON SUUNNITTELU JA LÄÄKEHOITO**

#### **PERUSTASO**

Puhelinpalvelut, matalan kynnyksen palvelut, perustason lyhytinterventiot, pitkäaikaisseuranta

#### **OMAHOITO**

Oirearvio ja tiedon jakaminen verkossa, omahoito-ohjelmat

Kuvio 1. Mielenterveyden edistäminen, hoito ja kuntoutus (mukaellen THL)

Mielenterveyshäiriöiden hoidossa noudatetaan samoja hoitoon pääsyn aikarajoja kuin muussakin sairaanhoidossa. Säännökset, jotka koskevat pääsyä kiireettömään hoitoon, kiristyvät asteittain. Tämän muutoksen tavoitteena on estää ongelmien kertymistä ja pitkittymistä sekä vähentää erikoistason palveluiden tarvetta. (STM 2023b.)

1.9.2023 alkaen hoitotakuu perusterveydenhuollossa muutettiin 14 vuorokauteen ja 1.11.2024 alkaen se tulee olemaan seitsemän vuorokautta. Hyvinvointialueen velvollisuus on huolehtia siitä, että potilaalla on mahdollisuus saada välittömästi yhteyas terveydenhuollon yksikköön arkisin virka-aikana. Terveysdenhuollon ammattihenkilön on tehtävä saman päivän aikana yksilöllinen arvio tutkimusten tai hoidon tarpeesta. (Terveysdenhuoltolaki 1326/2010, 51 §.) Hoidon tarpeen arvioinnissa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä potilaan terveydentila huomioiden seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä. Tämä koskee tilanteita, joissa potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Ensimmäinen hoidon antaja voi olla laillistettu terveysdenhuollon ammattihenkilö. Mikäli asiakas tarvitsee tämän käynnin perusteella lääkärin vastaanottoa, on se järjestettävä ensimmäistä käynti seuraavan seitsemän vuorokauden aikana. (Terveysdenhuoltolaki 1326/2010, 51a §.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvä häpeäilemää esiintyy edelleen yliesesti, ja palveluihin hakeutumisen tulisi olla asiakkaalle mahdollisimman helppoa. Matalan kynnyksen palvelut ovat palveluita, joiden kynnys on matalampi kuin normaalien palveluiden ja joissa asiakkaaseen kohdistetut vaatimukset on pyritty vähentämään minimiin. Nämä palvelut on usein järjestetty kohderyhmien mukaan ja ne on suunnattu erityisesti niille ryhmille ja yksilöille, joilla on suuri tarve avulle, mutta jotka eivät kykene hakeutumaan palveluihin. Palveluihin hakeutuminen vaatii voimavaroja asiakkaalta, ja julkisen palvelujärjestelmän haasteena ovat erityisesti moniongelmaiset ja huono-osaiset. (Leemann & Hämäläinen, 2015, 1–3; Wahlbeck ym. 2018, 9.)

Maailmalla ainakin 24 maassa ovat kokeilussa olleet Mielenterveyden ensiapukoulutukset (Mental Health First Aid, MHFA), jossa ajatuksena on kouluttaa maallikoita etulinjan mielenterveystoimijoiksi avuksi mielenterveyden ongelmien kasvavaan määrään, mahdollisimman matalaan kynnykseen ja palvelujen rajalliseen saatavuuteen. Mallista on hyviä kokemuksia monista maista, mutta se on saanut osakseen myös kritiikkiä liian vähäisen tutkimuksen ja hyötyjen arvioinnin suhteen. (Forthral ym. 2021, 1.)

THL:n tilastoraportin 21/2022 (3.6.2022) mukaan 7–22-vuotiaiden mielenterveysperusteisia tutkimus- ja hoitokäyntejä julkisessa terveysdenhuollossa oli noin 1,2 miljoonaa vuonna 2020. Kaikki mielenterveystyön ja päihdetyön käynnit laskettiin mielenterveysperusteisiksi käynneiksi. Vuoden aikana noin 6 000 lapsella ja nuorella oli mielenterveysperusteinen vuodeosastohoitojakso. Mielenterveysperusteinen hoito yleistyy nuoruusiässä ja on yleisintä 18-vuotiailla. Luvut edellä tarkoittavat, että lähes joka viidennellä 18–22-vuotiaalla nuorella oli mielenterveyteen liittyvä käynti julkisessa terveysdenhuollossa vuonna 2020. On tärkeää

huomata, että nämä luvut ovat todennäköisesti vain jäävuoren huippu; yksityisten palveluntuottajien toteuttama hoito, sosiaalihuollon tuki sekä Kelan korvauksella toteutettu psykoterapia jäävät selvityksessä esitettyjen lukujen ulkopuolelle. Myöskään varhaiskasvatuksessa, koulussa ja opiskeluhuollossa tehtävä mielenterveyttä tukeva työ ei tilastoidu terveydenhuollon tietojärjestelmiin. Erilaisten verkkoterapioiden ja mielenterveyttä tukevien verkko-pohjaisten omahoitopolkujen käyttömäärä on myös epäselvä selkeän raportointimallin puuttuessa. Raportoitujen mielenterveysperusteisten käyntien määrä on kasvanut noin kolmannuksen vuodesta 2015, ja voimakkainta kasvu oli nimenomaan perusterveydenhuollossa. (THL 2022.)

THL:n ja Turun yliopiston tutkimuksessa selvitettiin mielenterveyden häiriöiden ilmaantuvuutta alaikäisillä erikoissairaanhoidossasaaduilla diagnooseilla neljän vuoden ajanjaksolla 2017–2021. Heti kesäkuun 2020 eli koronapandemian ensimmäisen aallon jälkeen nimenomaan nuorten, ja erityisesti nuorten tyttöjen mielenterveysdiagnoosien määrä nousi lähes viidenneksellä. Ilmiö oli havaittavissa erityisesti alueilla, joilla koronasairastuvuus oli suurin ja rajoitukset tiukimmat. Tutkijat arvelivat tämän muutokset taustalla olleen muun muassa muutokset avun hakemisessa, läheteissä ja psykiatrisissa ongelmissa sekä mahdollisesti viivästynyt palveluihin pääsy. (Gyllenberg ym. 2023.)

Aikuisväestön psyykkisen kuormituksen ja koetun stressin lisääntymisen viime vuosina on arveltu olevan osittain seurausta pitkittyneestä koronaepidemiasta. Merkittävällä psyykkisellä kuormituksella tarkoitetaan oireiden tasoa, jossa masennus- tai ahdistuneisuushäiriön todennäköisyys on suuri. Joka kolmannella toiveikkuus tulevaisuutta kohtaan on vähentynyt. (Kestilä ym. 2021, 22,25.) FinSote 2020 -tutkimuksen mukaan aikuisväestön mielenterveyden ja mielenterveysongelmiin liittyvän avun hakemisen osalta päähavaintoja olivat, että terveyspalvelujen käyttö mielenterveysongelmien vuoksi oli lisääntynyt koko väestössä, erityisesti 30–39-vuotiaiden keskuudessa. Oireiden lisääntyessä myös avun hakeminen oli lisääntynyt. Ikäryhmittäisessä tarkastelussa 60–79-vuotiailla oli vähiten psyykkisiä oireita ja eniten positiivista mielenterveyttä. (THL 2021, 1,6.)

Taulukoissa 3 ja 4 esitetään aikuisten mielenterveyden avohoitokäyntien ja psykiatrian laitoshoidon potilasmääriä tuhatta asukasta kohden joidenkin hyvinvointialueiden osalta. Opinnäytetyössä ja miepä-prosessin pilotoinnissa mukana olevat yksiköt sijaitsevat Kymenlaakson ja Päijät-Hämeen alueella. Taulukoista nähdään, että etenkin Kymenlaakson avohoitokäyntien lukumäärä on koko maan keskiarvoon verrattuna huomattavan korkea. Laitoshoidon potilasmäärä on molemmilla alueilla koko maan keskiarvoa korkeampi.

Hyvinvointialue	2014	2016	2018	2020	2022
Kymenlaakso	413,2	540,2	633,0	794,6	872,4
Päijät-Häme	431,9	498,2	576,8	596,2	720,5
Etelä-Karjala	716,6	782,9	837,2	830,7	707,0
Uusimaa	429,1	477,8	510,6	536,0	338,1
<b>KOKO MAA</b>	<b>482,5</b>	<b>548,0</b>	<b>596,9</b>	<b>616,8</b>	<b>532,3</b>

Taulukko 3. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit/ 1000 18-vuotta täyttäneitä (Sotkanet 2024)

Hyvinvointialue	2014	2016	2018	2020	2022
Kymenlaakso	4,7	4,6	5,0	4,9	4,2
Päijät-Häme	4,6	4,6	4,8	4,9	4,9
Etelä-Karjala	5,4	4,3	4,8	4,6	4,7
Uusimaa	4,4	4,0	4,1	3,9	2,5
<b>KOKO MAA</b>	<b>4,7</b>	<b>4,5</b>	<b>4,7</b>	<b>4,4</b>	<b>3,8</b>

Taulukko 4. Psykiatrian laitoshoidon potilaat/ 1000 asukasta (Sotkanet 2024)

### 3.2 Mielenterveysstrategian jalkauttaminen

Kansallisen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelman vuosille 2020–2030 lähtökohtana on mielenterveyden kokonaisvaltainen huomioiminen yhteiskunnassa. Strategian viisi painopistettä ovat mielenterveys pääomana, lasten ja nuorten mielenterveys, mielenterveystoimet, palvelut ja mielenterveysjohtaminen. (THL 2024.)

Kansallinen Mielenterveysstrategia tuo esiin haasteen, jossa perusterveydenhuollossa mielenterveyskysymykset eivät aina ole kaikkien vastuulla, vaan ne jäävät usein yksittäisten työntekijöiden harteille. Päihdehoito on edelleen monilla alueilla erillään muusta terveydenhuollosta, ja sen järjestämistavat vaihtelevat. On alueellisia eroja sekä hoitoon pääsyn että hoidon laadun suhteen. Palvelut ovat usein hajallaan, eikä työnjaosta ole aina selkeää sopimusta. Psykkisissä sairauksissa hoitoon tulisi päästä pääsääntöisesti nopeasti. Hoito on tehokkainta, kun arviointi ja perustason hoito toteutetaan osana muuta perusterveydenhuoltoa sekä osana työterveyshuoltoa. Päihdepotilaiden kohdalla pelkkä riippuvuuden hoito ei yleensä ole riittävää, vaan on otettava huomioon myös muut psyykkiset ja fyysiset ongelmat. (Vorma ym., 2020, 29–39.)

Perusterveydenhuollon terveysasematyön näkökulmasta Kansallisen Mielenterveysstrategian ehdotuksia tilanteen korjaamiseksi ovat esimerkiksi voimavarojen ja henkilöstön mielenterveysosaamisen lisääminen, palvelujen yhteensovittaminen ja yhteistyö erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon kanssa. Palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa tulisi ottaa huomioon asiakkaiden näkemykset. Fyysisen terveyden edistäminen ja somaattinen terveydenhuollon on tärkeä osa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidon kokonaisuutta. (Vorma ym. 2020, 33–34).

Asiakaskokemuksen ymmärtäminen auttaa mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämistä. THL toteutti kansallisen asiakaspalautekyselyn mielenterveys- ja päihdepalveluihin marraskuussa 2021. Vastauksia avohoidosta saapui 8820 ja laitoshoidosta 1118. Avohoidossa eroteltuna olivat mielenterveyspalvelut, päihdepalvelut ja yhdistetyt mielenterveys- ja päihdepalvelut. Tarkasteltaessa keskeisimpiä tuloksia avohoidon osalta, mielenkiintoista oli, että parhaan nettosuositeluindeksin (NPS, asteikko 1–10) saivat yhdistetyt mielenterveys- ja päihdepalvelut. Niiden NPS oli 8,6–9,5. Palaute oli suurimmaksi osaksi myönteistä, positiivisempaa avohoidossa kuin laitoshoidossa. Kriittisin palaute liittyi tiedonsaantiin ja läheisten mukaan ottamiseen, etävastaanottojen palaute oli osittain lähivastaanottoja kriittisempää. (THL 2022.)

Perusterveydenhuollon avovastaanotto toiminnan mallit sote-järjestelmässä, Hyvä käytäntö -konsensussuositus (Duodecim 2022) suosittelee, että lisäkoulutuksen saanut terveydenhuollon ammattihenkilö voi käyttää matalan kynnyksen palveluissa psykososiaalisia menetelmiä mielenterveyden oireisiin ilman lääkärin arviota, kun ammattihenkilön tekemä hoidon tarpeen arviointi, kohdeoireen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus perustuu systemaattiseen arviointijärjestelmään ja vastaavan lääkärin kanssa sovittuihin hoidon porrastuksen periaatteisiin. Hoidon tarpeen arvioinnissa on suositeltavaa käyttää validoituja oirearviointikyselyjä. Hoidonperusteet.fi on joulukuussa 2021 julkaistu STM:n julkaisemiin ohjeisiin perustuva terveydenhuollon ammattihenkilöille suunnattu palvelu. Hyvä käytäntö konsensussuosituksessa todetaan lisäksi, että perusterveydenhuollon avovastaanotolla tulee olla käytössä riittävä määrä lisäkoulutuksen saaneita terveydenhuollon ammattihenkilöitä, joilla on valmius tarjota valikoima näyttöön perustuvia psykososiaalisia hoitoja yleisimpiin lieviin ja keskivaikeisiin mielenterveyden oireisiin sekä valmius näyttöön perustuvien yksilöllisten lyhytterapioiden toteuttamiseen. Psykoterapiat -ja psykososiaaliset hoidot on todettu vaikuttaviksi hoito- ja kuntoutusmenetelmiksi. Ne kuuluvat terveydenhuollon palveluvalikoimaan osana tavoitteellista hoitoa ja kuntoutusta. Matalan kynnyksen palveluina toteutettavia näyttöön perustuvia psykososiaalisia menetelmiä ovat esimerkiksi ohjattu omahoito, lyhyt kriisi-interventio ja interpersoonallinen neuvonta (IPC). Näyttöön perustuvia lyhytterapioita ovat esimerkiksi kognitiivisbehavioraaliset terapiat (CBT).



Terapiat etulinjaan -hanke noudattaa Hyvä käytäntö -konsensusuositusta, ja sillä toteutetaan mielenterveysstrategiaa sekä tuetaan Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelmaa. Hankkeen tarkoituksena on antaa työkalut hyvinvointialueille suositusten mukaisen porrasteisen hoitovalikoiman ylläpitämiseksi. Terapiat Etulinjaan on sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön rahoittama yliopistosairaaloiden ja hyvinvointialueiden yhteiskehittämishanke. Hanke alkoi vuonna 2020 ja jatkuu ainakin 2025 vuoden loppuun. Tavoitteena on kaikille hyvinvointialueille yhdenvertaiset ja oikea-aikaiset mielenterveyspalvelut, jotta etenkin lievistä ja keskivaikeista mielenterveyden häiriöistä kärsivät ihmiset ohjautuisivat nopeasti vaikuttaviin hoitoihin. Keinona tähän on erityisesti kansallisen yhteistyön ja digitaalisten mielenterveyspalvelujen kehittäminen. Terapiat Etulinjaan -toimintamallin tarjoamia työkaluja ja palveluja ovat esimerkiksi Mielenterveystalo.fi -verkkopalvelu sekä ammattilaisen hoidon tarpeen arvion tueksi digitaaliset Terapia- ja Interventionavigaattorit. (Terapiat Etulinjaan.)

Navigaattorit toimivat omilla verkkosivuillaan ilman henkilötietoja. Niissä kysytään olennaisimmista terveyteen ja toimintakykyyn vaikuttavista asioista, ja vastaukset ohjaavat täyttämään THL:n suosittelemia oiremittareita yleisimpien mielenterveyden ongelmien kartoittamiseen. Täytettyään *Terapianavigaattorin* asiakas saa koosteen vastauksistaan. Palautteessa navigaattori ohjaa ottamaan yhteyttä oman alueen ammattilaiseen tulosten läpikäymiseksi, antaa linkkejä omahoitomateriaaleihin ja -ohjelmiin sekä koodin, jonka voi halutessaan antaa ammattilaisen käyttöön. Navigaattorit helpottavat ammattilaisen hoidon tarpeen arviointia keräämällä jo ennen ensitapaamista terveydenhuollossa oleellimmän tiedon apua hakevan asiakkaan tilanteesta. Apua hakevalle navigaattorin käyttäminen on vointia jäsentävä ja usein itsessään apu. Palvelujärjestelmän näkökulmasta navigaattorit yhdenvertaistavat hoidon tarpeen arviota, vapauttavat aikaa hoitojen toteutukseen sekä luovat perustan porrasteisen palvelujärjestelmän tarkoituksen mukaiselle käytölle. (Terapiat Etulinjaan.)

Terapiat Etulinjaan -toimintamallissa kehitetty koulutusjärjestelmä tähtää pysyviin rakenteisiin ja työkaluihin ja koulutukset ovat hyvinvointialueille ilmaisia. Koulutusportfolio rakentuu pääosin ohjattu omahoito -koulutuksista sekä kognitiivisen- ja interpersoonallisen psykoterapian interventioiden koulutuksista. *Ohjattu omahoito* on 1–3 kontaktikerran menetelmä yleisiin mielenterveydenhäiriöihin ja mielen pulmatilanteisiin. Se toimii erityisesti lievissä ja keskivaikeissa mielenterveyden häiriöissä silloin, kun se aloitetaan viiveettä. Se on hyvä hoidon aloitus myös vaikeammille oirekuville silloin, kun muuta ei ole vielä saatavilla. Ohjattu omahoito on yhdistelmä asiakkaan itsenäistä työskentelyä Mielenterveystalo.fi:n omahoito-ohjelmien parissa ja ammattilaisen tarjoamaa tukea. Ammattilainen auttaa asiakasta valitsemaan omahoito-ohjelman, asettamaan osuvan tavoitteen, harjoittelemaan ohjelmassa

esiteltyjä taitoja ja seuraamaan hoidon vaikuttavuutta. Ohjattu omahoito sopii hyvin toteutettavaksi yleisvastaanotoilla ja toki mielenterveyspalveluissa. (Terapiat Etulinjaan.)

Mielenterveystalo.fi on kaikille avoin verkkopalvelu. Sen ylläpidosta ja kehittämisestä vastaa HUS Psykiatria. Mielenterveystalosta löytyy omahoito-ohjelmia erilaisiin oireisiin ja elämäntilanteisiin sekä hyvinvoinnin tueksi kaiken ikäisille. Asiantuntijoiden laatimia omahoito-ohjelmia on jo kymmeniä ja lisää luodaan koko ajan. Kaikille avoimien palveluiden lisäksi Mielenterveystalosta löytyy oma osionsa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ja opiskelijoille työn tueksi. (Mielenterveystalo.)

Perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluissa kognitiivinen lyhytterapia on sopivaa ja oikea-aikaista hoitoa keskivaikeissa mielenterveydenhäiriöissä sekä osittain myös vakavaasteisten oireuiden hoidossa. Kognitiivinen lyhytterapia on keskimäärin seitsemän hoitokerran hoitomenetelmänä viitekehys, jonka perusajatuksena on se, että ihmisen ajattelu, tunteet ja käyttäytyminen ovat yhteydessä toisiinsa. Siinä ammattilainen ja asiakas työskentelevät tasavertaisessa yhteistyösuhteessa kohti tavoitteellisesti määriteltyä tavoitetta. (Terapiat Etulinjaan.)

## 4 Asiakaskokemus

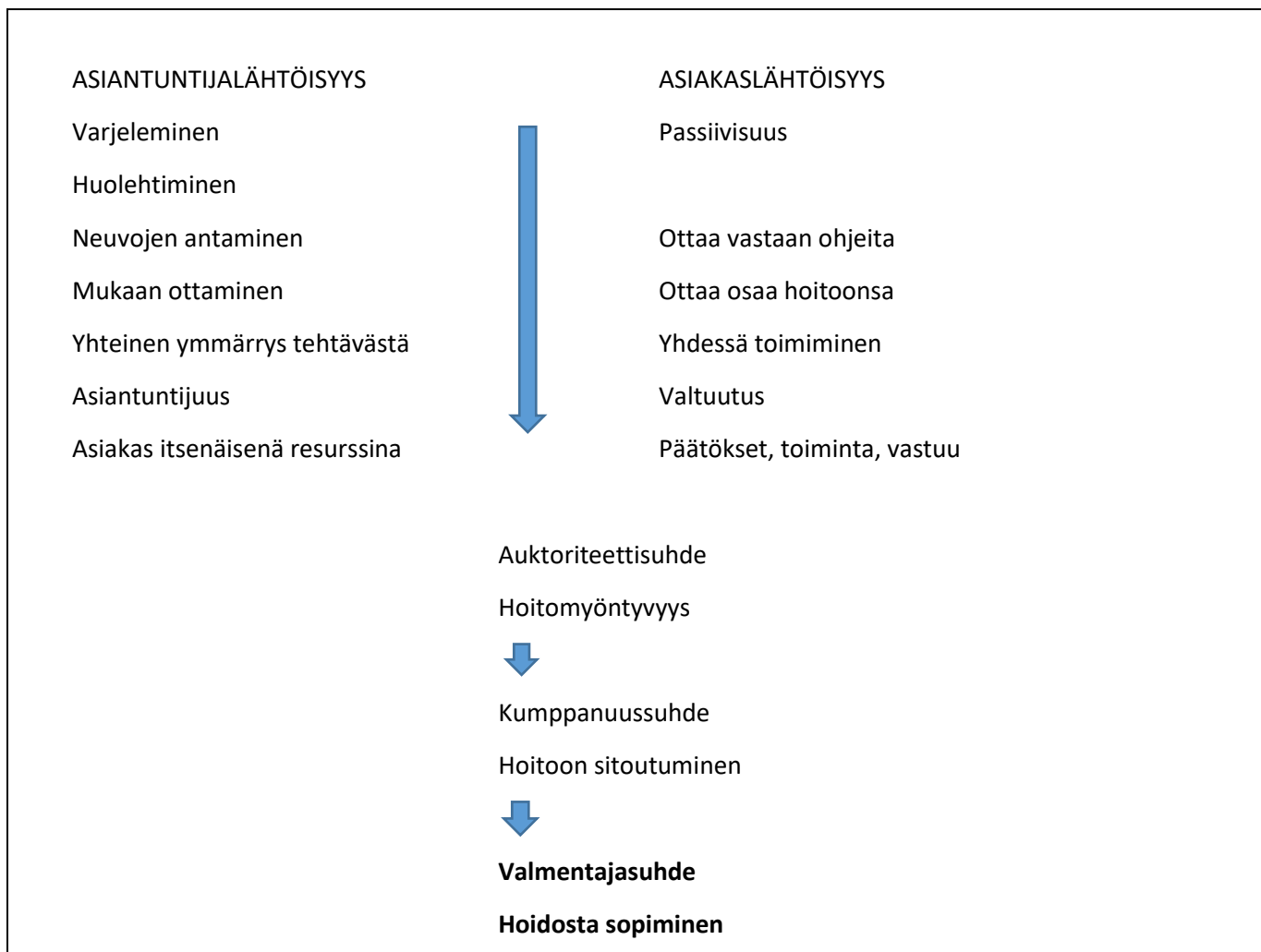
Asiakkaan rooli korostuu valinnanvapauden kasvaessa. Sähköiset palvelut yleistyvät ja yksilön vastuu omasta terveydestä ja hyvinvoinnista lisääntyy. Asiakaslähtöisyys on itsessään arvokas periaate, mutta sillä on tärkeä merkitys myös hoidon vaikuttavuuteen ja kustannusten hillitsemiseen. Asiakaslähtöinen organisaatio kykenee huomioimaan asiakkaan arvot ja tarpeet ja antaa mahdollisuuden osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksen tekoon. Hoitoon pääsy on oikea-aikaista, hoito on koordinoitua ja kommunikaatio on selkeää. (THL 2017, 1.)

Terveydenhuoltolain (30.12.2010/13262) 2. pykälässä todetaan, että lain tarkoituksena on vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä. Asiakaskeskeisyys terminä liittyy oleellisesti asiakaskokemukseen; siihen kuinka asiakkaat kokevat ja arvioivat hoitonsa (Rossom ym. 2016, 649). Juutin (2015, 172–173) mukaan asiakaskeskeisyys vaatii osaaavan ja hyvinvoivan henkilöstön lisäksi aikaa tehdä asioita yhdessä asiakkaiden kanssa sekä innovatiivisuutta; asiakkaiden odotukset ja tarpeet muuttuvat ja palveluiden on muunauduttava vastaamaan niitä. Asiakaskokemuksen muodostumiseen vaikuttavat myös tunteet ja asiakkaan aikaisemmat kokemukset. Asiakaskokemus on kooste aistihavainnoista, tunteista, ajattelusta, vuorovaikutuksesta ja myös kulttuuriin liittyvistä ilmiöistä. (Juuti 2015, 47–48.) Sen mittaamiseen eivät riitä esimerkiksi pelkät myynnin tai käyntien määrät, vaan tarvitaan pehmeämpiä mittareita. Lopulta asiakaskokemuksen mittarit voidaan kuitenkin kytkeä liiketoimintamittareihin. (Gerdt & Korkiakoski 2016, 42.)

Hyvän asiakaskokemuksen rakentamiseksi on tärkeää kiinnittää huomio asiakkaan kulkemaan palvelupolkuun. Se kuvaa asiakkaan kulkemaa matkaa palvelussa kohta kohdalta, aikajärjestyksessä. Palvelupolku koostuu kontaktipisteistä. Ne ovat konkreettisia asioita ja hetkiä, joiden kautta asiakas palvelun kokee. Palvelupolkua voidaan hyödyntää asiakaskokemuksenymmärtämisen lisäksi myös henkilökunnan perehdyttämiseen. (Gerdt & Korkiakoski 2016, 50, 132.)

Laitila (2010, 7–31) pohtii väitöskirjassaan asiakkaan osallisuuden monimuotoisuutta; sekä asiakkaan osallisuus, että asiakaskeskeisyys voidaan määritellä lukuisin eri tavoin. Asiakaslähtöistä toimintaa voidaan tukea organisaation rakenteilla, esimiestyöllä ja hyvinvoivan työyhteisön avulla. Esimerkiksi riittävällä henkilöstöressurssilla voidaan vaikuttaa asiakkaalle jäävään aikaan vastaanottotyössä. Hyvä yhteistyö antaa mahdollisuuden siihen, että asiakas voi halutessaan vaihtaa työntekijää. Kuviossa 2 esitetään asiakkaan esittämään tarpeeseen vastaavan ja yhdessä tekemiseen perustuvan asiakaslähtöisen työn kehittymistä. Vertaistuella ja kokemusasiantuntijuudella voi olla suuri merkitys potilaan kuntoutumisessa (Laitila 2010, 153). Myös Wahlbeck ym. (2010, 15) nostavat esiin sektoreiden välisen

yhteistyön lisäksi vertaistuen ja kokemusasiantuntijoiden osaamisen hyödyntämisen tärkeyden asiakaslähtöisyydessä.



Kuvio 2. Auktoriteettisuhteesta valmentajasuhteeseen (mukailtu Laitila 2010)

Terveysthuoltoon liittyy kaksi ainutlaatuista lisähaastetta korkean asiakastytyväisyyden ja palvelun laadun saavuttamiseksi verrattuna esimerkiksi teollisuuden aloihin. Ensimmäinen on mahdolliset seuraukset potilaalle ja organisaatiolle; hoidon toteuttamiseen liittyy suuri haittariski. Epäonnistumisen kustannukset voivat nousta suuriksi. Toinen haaste on palvelun saatavuuden oikea-aikaisuus. Tähän liittyvä hoitokokemus vaikuttaa potilaiden halukkuuteen osallistua hoitoonsa ja noudattaa suunnitelmaa. Näillä molemmilla on taas tärkeä vaikutus potilaan myöhempään terveyteen. (Vogus & McClelland 2015, 38.)

Juuti (2015, 70) nostaa esiin asiakaskeisyyden johtamisen näkökulmasta. Asiakaskeskeisen henkilöstöjohtamisen pohjana on asiakkaiden tarpeiden huomioon ottaminen. Sen usein oletetaan kuuluvan automaattisesti henkilöstöjohtamiseen mutta näin ei läheskään aina ole. Organisaatioiden asiakaskeisyyteen tähtäävät muutosprosessit voivat epäonnistua juuri näiden syvään juurtuneiden uskomusten vuoksi. Johto- ja esimieskeskeisestä toimintatavasta täytyy siirtyä kehittävään ja asiakaskeiseen henkilöstöjohtamiseen. Se vaatii uudenlaisen organisaatiokulttuurin luomista, luovuutta, luottamusta asiakastyötä tekevien työpanokseen, samanarvoisuutta, tunneherkkyyttä ja yhdessä tekemistä. (Juuti 2015, 170–174.)

## 5 Henkilöstön resilienssi prosessia uudistettaessa

Kielitoimiston sanakirjan määritelmän mukaan sana *prosessi* tarkoittaa tapahtumasarjaa ja kehityskulkua. Prosessi voidaan nähdä kokonaisuutena, joka koostuu toisiinsa liittyvistä toiminnoista ja tehtävistä. Sen perustana ovat asiakkaan tarpeet ja tavoitteena on vastata näihin tarpeisiin. Prosessin eri vaiheet kuvataan aikajärjestyksessä prosessikaaviossa. (Hannus 1994, 41, 46.) Toimintaprosessien jatkuva arviointi ja kehittäminen on tärkeä osa laadun parantamista ja päivittäisen työn sujuvoittamista. Toimintaa voidaan parantaa, vaikka mikään ei varsinaisesti olisi huonosti. (Korhonen ym. 2018, 142–143.)

Prosessin uudistaminen itsessäänkin on oma prosessinsa, joka pitää sisällään analyysi-, suunnittelu-, ja toimeenpanotehtävät, jotka kytkeytyvät toisiinsa rinnakkain edeten (Hannus 1994, 30). Prosessien uudistamiseen liittyy yleensä henkilöstöasioita; henkilöstön koulutus-tarvetta, henkilöstömäärän muutoksia tai uudelleen sijoittelua sekä toimenkuvien muutoksia. Uudistukset vaativat siis henkilöstöltä aina ponnistelua ja sopeutumista, resilienssiä. Inhimillisten voimavarojen merkitys prosessin uudistamisen onnistumiselle on niin suuri, että tämä tulisi olla erityisen huomion kohteena alusta asti. Onnistuneen uudistamisprojektiin avain on siihen sitoutunut henkilökunta. Sitoutuneisuutta voidaan edistää ottamalla henkilöstö mukaan suunnitteluun. (Morris & Brandon 1994, 275–276.)

Kokonaisuutena hyvin toimiva työyhteisö on yleensä myös hyvin johdettu. Näin se kykenee kestämaan ja toipumaan muutoksista. Pitkälle vietyinä tämä näkyy kriisi- ja hätätilannetoiminnassa. Tässä toiminta perustuu auktoriteetin johtamaan tehokkuuteen ja automaatioon, jossa kaikki osallistujat tietävät tarkasti oman tehtävänsä kyselemättä. Tämä yhteistyö on avaintekijänä myös muussa yhteisön toipumisessa. Työyhteisössä tarvitaan kaikilla olevaa tietoa ja osallistumista, ja tätä varten tarvitaan prosesseja. Prosessit edistävät tietoisuutta, yhteenkuuluvuutta, toisiin liittymistä ja kaikkien osallistumista. Yhteisö, joka pyrkii parantamaan toimintaansa ja järjestelmiään sekä jäsentensä elämänlaatua muun muassa toimivien prosessien avulla, tarvitsee ja myös kehittää resilienssiään. (Poijula 2018, 178–181.)

Resilienssi-sanalle ei ole löydetty riittävän kuvaavaa suomenkielistä termiä. Sen merkitys on laajempi kuin esimerkiksi joustavuus ja ketteryys. Se pitää sisällään ajatuksen palautumisesta, oppimisesta ja kasvamisesta. Organisaation kohdatessa muutoksen tai vaikka ennalta-arvaamattoman tilanteen, se kykenee palautumaan tavalliselle tasolleen, oppimaan ja kasvamaan. (Maisonlahti 2020, 9.) Työpaikan resilienssi on ihmisen ja ympäristön välinen vuorovaikutteinen prosessi, jossa sopeudutaan positiivisesti vastoinkäymisten ja muutosten edessä. Tämä edellyttää mukautumiskykyistä johtajuutta, jossa keskitytään inhimillisiin tarpeisiin ja motivaatioon. (Delgado ym. 2022, 1261; Poijula 2018, 182.) Resilienssin voi yleisesti määritellä myös sopeutumiskyvyksi muuttua. Terveystieteiden

ammattilaisten kohdalla se on joustavuutta, kykyä ylläpitää henkilökohtaista ja ammatillista hyvinvointia sekä kestää stressiä ja mahdollisia vastoinkäymisiäkin työssä. (Sánchez-Zaballos & Mosteiro-Díaz 2021, 925.)

Terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuu paljon paineita ja jopa epärealistisia odotuksia. Lisäksi terveydenhuoltoympäristöön joutuu jatkuvasti muuntautumaan ja sopeutumaan, Tähän ovat syynä paikallistasosta maailman epävakaisiin olosuhteisiin johtuvat seikat. (Wicks 2004, 4.) Organisaation käytännön vaatimukset, kuten aikarajoitukset, henkilöstöpula, työn ylikuormitus ja/ tai negatiivinen työpaikkakulttuuri, voivat tuoda työhön haasteita. Näillä stressitekijöillä voi olla merkittäviä kielteisiä vaikutuksia hoitohenkilökunnan henkilökohtaiseen hyvinvointiin ja työhön. (Delgado ym. 2022, 1261.) Terveydenhuollon ammattilaisten on siis välttämätöntä kehittää selviytymismekanismeja jaksakseen työssä, jossa jo itsessään joutuu käsittelemään raskaita asioita. (Wicks 2004, 4.) Resilienssiin on osoitettu liittyvän paitsi yksilölliset persoonallisuuden piirteet ja ominaisuudet, kuten henkilökohtainen tyytyväisyys, sinnikkyys, itsehillintä, itseluottamus ja sitoutuminen, myös ulkoisia tekijöitä kuten työolosuhteet, parisuhdetilanne sekä fyysinen ja henkinen terveys. (Sánchez-Zaballos & Mosteiro-Díaz 2021, 926.)

Delgadon ym. (2022 1261, 1275) ovat tutkineet psykiatristen sairaanhoitajien resilienssiä Australiassa. Tutkijoita kiinnosti se, kuinka henkilöstö rakensi ja ylläpiti resilienssiään. Tutkimuksessa todettiin resilienssin vahvistamisen voivan auttaa lieventämään psykiatristen sairaanhoitajien työn aiheuttamien tunteiden kielteisiä vaikutuksia. Esille nousi kolme resilienssiä vahvistavaa tekijää; itsen ja muihin virittyminen, positiivinen ajattelutapa ja psykologisen tasapainon ylläpitäminen ennakoivan itsehoidon ja tietoisien omien tunnetilojen itsesäätelyn avulla. Jotta hoitohenkilöstö pystyi sopeutumaan ja toimimaan tasapainossa itsensä ja työympäristön kanssa, he ylläpitivät sisäisiä ja ihmisten välisiä rajoja ja käyttivät ennakoivasti itsehoitostrategioita hyvinvointinsa ylläpitämiseksi. Negatiivisesti hoitohenkilöstön resilienssiin vaikuttivat organisaation tuen puute ja korkeat vaatimukset työssä. Tutkimuksessa nostettiin esiin se, että organisaatioiden on pyrittävä ennakoivasti vähentämään työpaikan stressitekijöitä henkilöstön ammatillista hyvinvointia ja käytäntöjä esimerkiksi koulutuksia ja tukistrategioita hyödyntäen.

## 6 Tutkimusmenetelmät

### 6.1 Määrällinen ja laadullinen tutkimus

Määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on muun muassa aineiston keruu siten, että havainnot voidaan esittää numeerisessa muodossa. Tutkittavista henkilöistä määritellään perusjoukko ja tästä perusjoukosta otos. Saatu aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon, ja päätelmät perustuvat tilastolliseen analysointiin kuten tulosten kuvailuun prosenttitaulukoiden avulla. (Hirsjärvi ym. 2013, 140.)

Laadulliselle eli kvalitatiiviselle tutkimukselle on keskeistä se, että se perustuu ihmisten subjektiivisten kokemusten ja näkemysten tarkasteluun luonnollisessa ympäristössä (Puusa & Juuti 2020, 59). Tutkija osallistuu usein tutkittavien toimintaan tai on ainakin hyvin lähellä tutkittavia tehden ilmiöstä omia peruteltuja tulkintojaan (Ojasalo ym. 2014, 105). Tyypillistä on, että aineistoa kerätään useassa vaiheessa rinnakkaisin menetelmin. Aineiston keruu- ja analyysivaiheet kulkevat siis osin limittäin, mikä lisää tutkimuksen joustavuutta ja mahdollistaa jopa muutosten tekemisen aineiston keruuvaiheessa. Tutkijalla on aktiivinen rooli koko prosessin ajan, hän tulkitsee ja havainnoi, erittelee ja yhdistelee. (Puusa & Juuti 2020, 148–149.)

Perti Alasuutari (2018, 50) kuvaa laadullisen tutkimuksen pitävän sisällään kaksi vaihetta; havaintojen pelkistämisen ja arvoituksen ratkaisemisen. Pelkistäminen tarkoittaa sitä, että aineistoa tarkasteltaessa etsitään teoreettisen viitekehyksen ja kysymyksen asettelun kanalta oleelliset ”raakahavainnot”. Nämä yhdistellään lopulta yhdeksi havainnoksi tai ainakin harvemmaksi havaintojen joukoksi, joilla on yhteinen piirre, nimittäjä tai sääntö. Arvoituksen ratkaisemisessa tehdään merkitystulkinta tutkittavasta ilmiöstä. Laadullinen tutkimus on ymmärtävää, selittävää ja se viittaa muihin tutkimuksiin ja teoreettisiin viitekehyksiin. Tutkimuksen osana voi olla tilastolliseen analyysiin perustuva aineisto, jossa saatuja tilastollisia yhteyksiä käytetään arvoituksen ratkaisemisessa pelkistämällä saatujen johtolankojen rinnalla.

Samassa tutkimuksessa saatetaan hyödyntää sekä laadullisia että määrällisiä lähestymistapoja (Vehkalahti 2019, 13). Niitä voidaan käyttää monella tavalla etenkin laajoissa tutkimusongelmissa. Laadullinen tutkimus voi toimia määrällisen tutkimuksen kartoittavana esitutkimuksena, jonka avulla ilmiöstä saadaan pohjatietoa muuttujapohjaisen tutkimuksen toteuttamiseksi. Tilanne voi olla myös toisinpäin, eli määrällisellä tutkimuksella saatua tietoa täydennetään laadullisin menetelmin, kuten haastatteluin ja havainnoiden. Triangulaation näkökulmasta näiden kahden tutkimusmenetelmän yhdistämisellä pyritään parantamaan tutkimuksen luotettavuutta, jolloin menetelmät täydentävät toisiaan. Määrällisiä ja laadullisia



elementtejä käyttää samassa tutkimuksessa myös erillisinä siten, että niillä on tutkimusongelman kannalta oma roolinsa. (Kananen 2014, 143.)

## 6.2 Aineiston keruu ja analysointi

### **Kysely**

Kysely on tiedonkeruumenetelmänä nopea ja tehokas; suurelta määrältä tutkittavia voidaan selvittää monia asioita. Perinteisesti kysely aineistonkeruun muotona on määrälliseen tutkimukseen sopiva, jolloin sen analysointiin sovelletaan tilastollisia menetelmiä. Kaiken tiedon esittäminen numeroina voi olla epäkäytännöllistä, ja täydentäviä tietoja kysymyksiin annetaan sanallisesti. Laadulliset menetelmät voivat tarjota rikkaamman analyysin sanallisista vastauksista, mutta saadut tulokset voidaan esittää tiivistetysti käyttämällä määrällisiä menetelmiä. (Vehkalahti 2019, 13.) Strukturoituja kysymyksiä tarvitaan laadullisessakin tutkimuksessa ilmiön taustoitukseen ja ymmärtämiseen, tulosten vertailuun ja kuvaukseen (Kananen 2017, 94).

Kyselylomakkeessa voidaan käyttää monivalintakysymyksiä esimerkiksi erilaisten toimintojen käytön ja tuntemuksen selvittämiseen. Dikotomisessa vastausvaihtoehdossa vastaajat voivat merkitä vastausruutuihin kaikki kysymykseen tulevat kohdat. Useimmin mainitut kohdat tulkitaan vastaajille tärkeimmiksi. Vastaaminen monivalintakysymyksiin on nopeaa. (KvantiMOTV.)

Asteikkoihin perustuvan kysymystyyppin järjestysasteikkona voidaan käyttää viisiportaista Likertin asteikkoa. Likert-asteikossa mahdollisilla muuttujan arvoilla on yksiselitteinen järjestys; toiseen suuntaan samanmielisyys kasvaa ja toiseen vähenee. Vastaukset voidaan järjestellä "samanmielisyys" määrän mukaan. Likertin asteikko sopii asennemittauksiin ja siitä voidaan laskea keskiarvoja, hajontoja ja korrelaatioita. Keskiarvo kertoo mielikuvan vastaajien keskimääräisestä mielipiteestä. Keskihajonta ilmaisee, kuinka paljon mielipiteet keskimäärin poikkeavat keskiarvosta eli kuinka paljon mielipiteet ovat vaihdelleet. (KvantiMOTV; Akin menetelmäblogi.)

Kysellä avoimet kysymykset antavat asiakkaille mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin ja kertoa, mitä heillä todella on mielessään. Tämä on asiakasymmärryksessä ensiarvoisen tärkeää. (Vehkalahti 2019, 36; Hirsjärvi ym. 2013, 201.)

Kyselyaineistojen analyysimenetelmät riippuvat tiedon käyttötarkoituksesta. Yleisimmin käytetään kuvailevia tilastollisia menetelmiä, jolloin tulokset ovat helposti ymmärrettävissä. Tyypillisimpiä tunnuslukuja ovat tapausten lukumäärät ja prosenttiosuudet taulukkoon ja

kuvioihin koottuna. Yleensä mittaaminen liitetään numeroihin mutta se on usein myös sanallista. Tällöin tilastoyksikön ominaisuudet ilmaistaan sanallisesti, jolloin muuttujien mitaustaso on yleensä luokittelevaa, tietyn ominaisuuden mukaan jaottelevaa. Järjestysasteikossa muuttujan arvot voidaan järjestää jonkin ominaisuuden mukaiseen järjestykseen.

(KvantiMOTV)

### **Teemahaastattelu**

Puusan ja Juutin (2020, 113) mukaan teemahaastattelu on tutkimusmenetelmänä vaativaa sen vuoksi, että onnistuakseen tutkijan ja tutkittavan on ymmärrettävä toisiaan, puhuttava samaa kieltä ja tutkijalla täytyy olla vahva ymmärrys organisaatiosta ja ilmiöstä.

Teemahaastattelu tutkimusmenetelmä sopii tilanteisiin, joissa tutkittavat ovat kokeneet tietyn tapahtuman tai prosessin. Tutkijalla on jo ennalta tiedossa tapahtuman keskeiset tekijät, ja haastattelun avulla hän pyrkii syventämään ymmärrystään kokonaiskuvasta. Teemahaastattelussa keskustelun aihealueet ovat tiedossa, mutta tarkat kysymykset ja niiden järjestys ovat avoimia. Tavoitteena on ottaa huomioon haastateltavien tulkinat ja vapaalle keskustelulle annetaan tilaa. Tutkija voi ohjata haastattelua ilman, että hän hallitsee sitä täysin. Ennalta määritellyt teemat pohjautuvat tutkimuksen viitekehykseen, eli siihen, mitä tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetään. Tutkija laatii teemahaastattelun rungon, johon hän kirjaa keskusteltavat aiheet. Teemahaastattelurunko auttaa haastattelijaa varmistamaan, että kaikki teemat tulevat käsitellyiksi, ja se kannustaa ryhmän jäseniä monipuoliseen keskusteluun. Teemahaastattelussa edetään teema kerrallaan, yleisestä tasosta yksityiskohtaisempiin kysymyksiin. Keskustelu käydään haastateltavien ehdoilla, ja teemahaastattelu on menetelmänä joustava ja vapaamuotoinen. (Puusa 2020, 112; Kananen 2017, 96–97; Saarinen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Ryhmähaastattelua voidaan käyttää silloin kun selvitetään tutkittavien yhteistä kokemusta tutkittavaan asiaan. Parhaimmillaan ryhmähaastattelu ja siinä tapahtuva vuorovaikutus voivat antaa tutkijalle enemmän ymmärrystä ilmiöstä, kuin mitä hän yksilöhaastatteluista tavoittaisi. (Puusa & Juuti 2020, 115–116.) Ryhmähaastattelulla on etuja yksilöhaastatteluun verrattuna, sillä ryhmädynamiikka voi syventää keskustelua ja tuoda esille uusia näkökulmia. Ryhmä voi olla avuksi muistamisessa, väärinkäsitysten oikaisemisessa ja sosiaalisen tuen tarjoamisessa. Ryhmähaastattelu on tehokas tapa kerätä tietoa, koska se mahdollistaa useiden henkilöiden kuulemisen samanaikaisesti. Siinä on huomioitava erilaiset persoonat; ryhmässä voi olla sekä dominoivia että vetäytyviä henkilöitä. Johtopäätöksiä tehtäessä on

myös huomioitava, että ryhmä voi estää kielteisten asioiden esiintulon. (Hirsjärvi ym. 2013, 210–211; Ojasalo ym. 2015, 111.)

Haastattelujen litterointi eli kirjalliseen muotoon saattaminen on hyvä tehdä mahdollisimman pian haastattelun jälkeen, kun keskustelut ja aiheet ovat vielä tuoreina muistissa. Litteroidessa tekstiä ihmisten puheesta on tärkeää olla avoin ja ennakkoluuloton, sillä keskusteluaiheet eivät aina seuraa tutkijan asettamaa järjestystä. Analysoinnissa voidaan tunnistaa teemoja, jotka vastaavat teemahaastattelun runkoa, mutta joskus aineistosta voi paljastua myös aivan uusia teemoja. Ryhmähaastattelussa korostuvat vuorovaikutus ja puhetapa, joten analyysiin voidaan sisällyttää myös kehollista viestintää, kuten eleitä ja ilmeitä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä, että aineistoa kerätään monessa vaiheessa ja eri menetelmin. Tällöin analyysiakin tehdään vuoropuheluna aineiston keruun kanssa, mikä lisää tutkimuksen joustavuutta. Tutkija tulkitsee ja havainnoi aktiivisesti koko prosessin ajan pyrkien hahmottamaan kokonaisuutta. Aineiston analyysin päämääränä on luoda kokonaisuus, josta tehdään johtopäätöksiä ja onnistuneita tulkintoja. (Puusa & Juuti 2020, 146.)

Sisällönanalyysi sopii käytettäväksi monenlaiseen laadulliseen tutkimukseen. Se voidaan ymmärtää viitekehyksenä, jonka ansiosta aineistoa voidaan tarkastella monipuolisesti. Sisällönanalyysin käytännön toteutukseen kuuluu useita vaiheita, kuten analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston teemoittelu sekä tulkinta. (Puusa & Juuti 2020, 148–149.)

Teemoittelu on yksi laadullisen tutkimuksen keskeisimpiä analyysimenetelmiä ja sitä voidaan pitää yhtenä sisällönanalyysin muotona. Teemoja muodostaessa voidaan käyttää apuna esimerkiksi taulukointia, jonka avulla voidaan havainnoida aineiston keskeisiä seikkoja ja löytää niitä yhdistäviä teemoja. (Puusa & Juuti 2020, 152–153; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Teemoittelu analyysimenetelmänä tarkoittaa sitä, että aineistosta etsitään piirteitä, jotka ovat yhteisiä usealle tutkittavalle. Tätä voi edeltää koodaus, jossa aineistosta etsitään yhtenäisiä merkityksiä sisältäviä sanoja tai lauseita ja näistä pyritään löytämään samankaltaisuuksia. Teemat voivat muodostua aineiston keruuvaiheessa määriteltyjen teemojen mukaisesti tai uusiakin teemoja voi löytyä. Tekstistä etsitään ja erotellaan tutkimusongelmalle olennaiset aiheet, niitä luokitellen ja yhdistellen lopulta saadaan kaikkia kuvaava kategoria. (Puusa & Juuti 2020, 152–153.)

Dialoginen tematisointi sopii kaikenlaisten kvalitatiivisten tutkimusaineistojen analysointiin. Siinä kaikki ilmiön ympärillä oleva tieto yhdistetään tutkijan omaan ymmärrykseen tulkintoja tehdessä. Litteroidusta tekstistä etsitään lausumia, jotka ovat teoreettisen ajattelun ja tutkimuskysymyksen kannalta merkityksellisiä. Niitä kutsutaan avaintapahtumiksi tai

tihentymiksi. Teemat syntyvät lopulta nämä löydetyt kategoriat, tutkijan havainnot ja teoria-tieto yhdistäen. Saaduista teemoista voidaan lähteä rakentamaan tulkintoja ja näiden pohjalta edelleen tutkimuksen johtopäätökset. (Puusa& Juuti 2020, 157, 165)

Laadullisessa tutkimuksessa tulosten esittäminen ei saisi pysähtyä pelkän analyysin tekemiseen, koska silloin tulkinnan osuus jää vähäiseksi. Aineiston analyysin päämääränä ovat onnistuneet tulkinnat. Tutkija pohtii analyysin tuloksia ja muodostaa niistä omia perusteltuja johtopäätöksiään. (Puusa& Juuti 2020, 149.)

## 7 Tutkimuksen toteutus

### 7.1 Tutkimusprosessin eteneminen

Tutkimuksen aiheeksi muotoutui mielenterveys- ja päihdetyön toimintamallin käytettävyyden arviointi soveltavana tutkimuksena, jonka tutkimusote on laadullinen. Tutkimussuunnitelma valmistui samaan aikaan kun hoitajia nopealla aikataululla koulutettiin verkkokoulutuksin Terapiat Etulinjaan -hankkeen työvälineisiin toukokuussa 2023. Mielenterveys- ja päihdetoimintamallin pilotointi käynnistyi touko-kesäkuun vaihteessa ja tähän mennessä tutkimuslupa yhteistyöorganisaatiolta oli hyväksytty. Tutkimuksen aikataulu kokonaisuudessaan esitetään kuviossa 2.



Kuvio 2. Tutkimuksen eteneminen

## 7.2 Asiakaskysely

Tässä tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmänä asiakaskokemuksen kartoittamiseen käytettiin määrällistä kyselylomaketta täydennettynä avoimella kysymyksellä (Liite 4). Alkuperäisen suunnitelman tutkijan toteuttamasta lomakehaastattelusta korvasi kyselylomake aikataulullisista ja henkilöstöressurssista johtuvista syistä; pilotointijakso ajoittui kesälomakaudelle. Kyselyn ajateltiin olevan myös helppo ja nopea täytettäväksi vastaanotolla niin asiakkaiden kuin hoitajienkin kannalta.

Kohderyhmänä asiakasnäkökulman kartoittamiseen olivat Kunta 1 ja Kunta 2 terveysasemilla psykiatristen sairaanhoitajien vastaanotoilla asioivat asiakkaat. Asiakkaat olivat tuossa vaiheessa kulkeneet uudistetun prosessikuvauksen mukaisen palvelupolun ja kontaktipisteitä oli mahdollisesti useampia. Näin heille toivottiin muodostuneen kokonaiskuva terveysaseman mielenterveys- ja päihdehoidosta, ja asiakaskokemuksen ymmärtämisen kannalta oli tärkeää kuulla heidän huomioitaan hoitopolun kontaktipisteistä mahdollisimman monipuolisesti. Psykiatristen sairaanhoitajien vastaanotoille asiakkaat olivat toistaiseksi voineet kulkeutua monia reittejä pitkin. Nyt tähän tavoiteltiin rakennetta ja selkeyttä. Vastaanoton hoitajien työssä uutta ovat Terapianavigaattorin ja Ohjatun omahoito -mallin käyttö ja toiveena oli, että nämä osaltaan auttaisivat asiakkaiden ohjautumisessa, jotta se saisivat oikea-aikaisesti tarvitsemaansa palvelua.

Esikysely tehtiin viidelle Kunta 1 asiakkaalle. Vastausten perusteella neljännen kysymyksen kysymyksenasettelua tarkennettiin koskemaan nimenomaan mielenterveys- ja päihdepalveluja, sillä osa vastaajista ajatteli sen koskevan koko terveysaseman palveluja.

Lähetin saatekirjeen psykiatrisille sairaanhoitajille sähköpostitse ennen asiakaskyselyn aloittamista ohjeistukseksi (Liite 2). Kunta1 hoitajia pyrin motivoimaan ja ohjaamaan myös suullisesti. Psykiatriset sairaanhoitajat antoivat jokaiselle asiakkaalle luettavaksi saatekirjeen (Liite 3) vastaanottokäynnin lopuksi ja tarjosivat kyselyn vastattavaksi. Hoitajat vielä erikseen korostivat, että vastaaminen oli täysin vapaaehtoista mutta tärkeää. Kaikki asiakkaat eivät kyselyyn halunneet osallistua esimerkiksi kiireiseen aikatauluun vedoten. Osassa kyselylomakkeita kaikkiin kysymyksiin ei ollut vastattu.

Kyselyyn vastaajat täyttivät kyselylomakkeen siis hoitajan vastaanottohuoneessa. Näin hoitajat pystyivät tarvittaessa auttamaan asiakkaita kysymysten ymmärtämisessä, sekä tarkastamaan asiakkaan kulkemaa palvelupolkua potilastietojärjestelmästä. Kyselylomakkeessa käytettiin monivalintakysymyksiä, asteikkoon perustuvaa kysymystyyppiä sekä avointa kysymystä. Monivalintakysymysten toivottiin olevan asiakkaille helppoja ja nopeita vastata ja tuottavan helposti vertailtavaa aineistoa hoitoon pääsyn ja asiakkaan kulkeman

palvelupolun suhteen. Ensimmäisessä kysymyksessä tiedusteltiin ikäryhmää, johon asiakas kuuluu. Toisessa kysymyksessä kysyttiin yhteydenottotapaa, jolla asiakas oli mielen-terveys- päihdepalvelujen piiriin hakeutunut. Kolmannella kysymyksellä kerättiin tietoa palvelupolusta, jonka asiakas oli kulkenut. Asteikkoon perustuvan kysymystyyppin järjestysasteikkona käytettiin viisiportaista Likertin asteikkoa. Tässä kysymyksessä asiakkaat arvioivat asteikolla 1–5 kokemustaan mielen-terveys- ja päihdeprosessin tärkeistä kontaktipisteistä. Avoimessa kysymyksessä he saivat vapaamuotoisesti vielä täydentää vastaustaan sekä esittää kehittämisehdotuksia. Uusi digitaalinen työkalu Terapianavigaattori ja kokemukset sen käytöstä, oli tässä erikseen mainittuna.

Kyselylomakkeita jaettiin 60 kappaletta, 20 jokaiselle psykiatriselle sairaanhoitajalle. Kyselyyn vastanneita oli 41 henkilöä. Heistä 18–64-vuotiaita oli 34. 17-vuotiaita tai nuorempia oli kolme vastaajaa ja yli 65-vuotiaita neljä. Kyselyyn vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen.

Monivalintakysymykset koskien vastaajien ikäjakaumaa ja miepä-palvelujen piiriin hakeutumista esitettiin lukumäärin taulukkomuodossa. Mielipiteiden jakauma päädyttiin esittämään tuloksissa yhteenvetotaulukkoina, joissa on lukumäärät niiden mielipiteiden selkeän jakautumisen vuoksi. Prosenttilukuja laskettiin vain yhteydenottoon ja hoitopolkuun liittyvissä kysymyksissä.

Asiakaskyselyn avoimen kysymyksen analysoinnissa käytettiin teemoittelua, jota ohjasivat kontaktipisteet asiakkaiden kulkemalla miepä-palvelupolulla. Teemoittelussa keskityttiin tarkastelemaan niitä piirteitä, jotka olivat yhteisiä monelle vastaukselle. Aineistoa yhdistelemällä pyrittiin löytämään eri luokkien väliltä samankaltaisuuksia ja säännönmukaisuuksia.

### 7.3 Teemahaastattelut

Teemahaastattelu tuntui tutkimusmenetelmänä luonnolliselta ja selkeältä valinnalta hoito-henkilökunnan näkemysten tarkasteluun uudistetusta miepä-prosessista. Ryhmämuotoisena toteutetut haastattelut järjestettiin erikseen Kunta 1 ja Kunta 2 hoitohenkilökunnalle. Kunta 1 haastatteluun 11.10.2023 osallistui yksi lääkäri, kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa, päihdehoitaja ja kolme muuta vastaanoton hoitajaa. Haastattelu toteutettiin terveysaseman kahvihuoneessa ja nauhoitettiin. Kunta 2 haastattelussa 13.12.2023 mukana oli kaksi mielen-terveys- ja päihdetyötä tekevää hoitajaa ja se toteutettiin Teams-yhteydellä myös nauhoittaen ja lisäksi muistiinpanoja tehden. Videokamerat olivat auki ja kaikki osallistujat olivat tottuneita etäyhteyden käyttäjiä. Osallistujat olivat aktiivisia molemmissa yksiköissä ja antoivat arvokasta tietoa omista kokemuksistaan positiivisessa ilmapiirissä. Molemmat

haastattelut olivat kestoiltaan noin yhden tunnin, mutta vilkkaan keskustelun vuoksi aikaa olisi voinut olla varattuna enemmän.

Noin viikko ennen haastatteluja osallistujille lähetettiin lyhyt sähköposti, jossa kerrottiin haastattelun tarkoituksesta, sen vapaaehtoisuudesta, nauhoituksesta ja tuloksissa yksilön tunnistamattomuuden turvaamisesta. Teemat annettiin tässä etukäteen tiedoksi ja mietittäväksi (Liite 4). Ryhmähaastattelun pääteemoina olivat miepä-prosessin käytettävyys, asiakaslähtöisyys, työnjako, työaika ja työssä jaksaminen. Tutkijan ajatuksena oli viedä ajatusta vielä eteenpäin vaikuttavuuteen esimerkiksi organisaatioon, sidosryhmiin ja ympäristöön. Haastateltava ryhmä kuitenkin oli niin tiivis työyhteisö, tuttuja keskenään, ja keskustelu eteni ja rönsyilikin omaa tahtiaan työyhteisöä palvelevalla tavalla, kokemuksia vaihtaen.

Teemoittelu oli luonteva etenemistapa myös henkilökunnan teemahaastatteluaineiston analysoimisessa. Koska pienemmässä yksikössä haastatteluun pääsi vain kaksi hoitajaa, heidän tunnistamattomuutensa turvaamiseksi molempien yksiköiden haastatteluaineisto yhdistettiin. Aineisto litteroitiin heti haastattelujen jälkeen sanatarkasti, huokauksia ja nauhduksia ei huomioitu. Litteroitua materiaalia kertyi 20 sivua fontilla Calibri leipäteksti 11, rivivälinä 1. Aineistoa käsiteltiin Word-tekstinkäsittelyohjelmalla. Tekstistä etsittiin ja eroteltiin useiden lukukertojen jälkeen olennaiset aiheet eri värein. Aineisto pilkottiin löytyneiden teemojen mukaisesti. Yhdistellen saatiin lopulta kaikkia kuvaavaa kategorioita.



<b>Alkuperäinen ilmaus</b>	<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>
"Työaikaa tähän ohjattuun omahoitoon ei toistaiseksi ole ollut riittävästi"	Ajankäytön hallinta	Työn organisointi
"Pitäisikö sulla ja psykiatrilla olla se konsultaatiotunti jossakin?"	Työnjako	Työn organisointi
"Kyllä se ensikohtaaminen sen lääkärinkin kanssa on aika tärkeää, että homma voi myös jäädä siihen"	Kohtaaminen	Asiakaslähtöisyys
"Olen kyllä samaa mieltä, että se on iso kynnys ottaa yhteyttä, varsinkin jos siellä taustalla joku huono kokemus on"	Luottamus	Asiakaslähtöisyys
"Navigaattori auttaa siinä, että ensimmäinen käynti voidaan hyödyntää paljon tehokkaammin."	Tehokkuus, ajankäyttö	Työssä jaksaminen

Taulukko 5. Esimerkki haastatteluaineiston teemoittelusta

## 8 Tutkimustulokset

### 8.1 Kysely asiakkaille

#### Yhteydenotto terveysasemalle mielenterveys- ja päihdepalveluihin

Tärkeitä miepä-prosessin uudistamiseen liittyviä tavoitteita olivat asiakkaiden yhteydenottojen ja hoitoon pääsyn selkeyttäminen ja Terapianavigaattorin käyttöönotto. Kyselyyn vastanneiden yhteydenotoista kolmasosa tapahtui terveysaseman hoidon tarpeen arvion kautta. Soittoja suoraan psykiatrisille sairaanhoitajille oli edelleen useita, joku vastaajista oli ajan käynyt varaamassa suoraan psykiatrisen sairaanhoitajan huoneen ovella. Asiakkaita ohjautui hoitajille lisäksi monelta ammattilaiselta Lifecare-potilastietojärjestelmän viestein, soittopyynnöin ajanvarauskirjalle, puhelimitse ja sähköpostitse. Omatoimisesti Terapianavigaattorin oli täyttänyt vain kaksi asiakasta ja ottanut tämän jälkeen yhteyttä hoidon tarpeen arvioon. Tarkat luvut on esitetty seuraavassa taulukossa 7.

Yhteydenottotapa	Asiakasmäärä (n=38)
Soitto terveysaseman hoidon tarpeen arvioon	12
Soitto psykiatrisille sairaanhoitajille	8
Terveyskeskuslääkärin ohjaamana	4
Erikoissairaanhoidon (KOKS) ohjaamana	3
Neuvolan ohjaamana	3
Terapianavigaattori + soitto HTA	2
Sosiaalitoimen ohjaamana	2
Koulukuraattorin ohjaamana	2
Työterveyden ohjaamana	1
Siirto toiselta paikkakunnalta	1

Taulukko 6. Yhteydenotto terveysasemalle

Kyselyyn vastanneilla hoitosuhteen kesto oli ensimmäisestä käynnistä jopa vuosia jatku- neeseen hoitosuhteeseen ajoittuen vuosille 2016–2023. Osa oli tauon jälkeen palannut miepä-palvelujen piiriin, tulkinnat hoidon aloituksen ajankohdasta saattoivat siis näin vaih- della. Huomattavaa on, että suurelle osalle asiakkaista oli psykiatrinen sairaanhoitaja soit- tanut jo kerran ennen varsinaista vastaanottokäyntiä joko asiakkaalle itselleen, tai vanhem- malle. Tällöin kyseessä olivat yleensä yhteydenottopyynnöt toisilta ammattilaisilta.

Hoitoon pääsyaikaa ensimmäisestä yhteydenotosta ensimmäiseen käyntiin vuorokausina pyydettiin kyselylomakkeen lopussa hoitajan täyttämänä. Tätä ei ollut kaikille asiakkaille kirjattuna. 28 asiakkaasta puolet oli päässyt ensimmäiselle vastaanottokäynnille viikon si- sään yhteydenotosta. Hoitoon pääsy vuorokausi- ja asiakasmäärin on esitetty taulukossa 8.

Aika yhteydenotosta ensimmäiseen psykiatri- sen sairaanhoitajan vastaanottoon	Asiakasmäärä (n=28)
7 vrk tai alle	14
8–14 vrk	11
15-21vrk	2
yli 22 vrk	1

Taulukko 7. Hoitoon pääsyaika

### **Asiakkaan hoitopolku yhteydenoton jälkeen**

Kunta1 kyselyyn vastanneista asiakkaista kukaan ei ollut käynyt läpi Ohjatun omahoidon - polkua. Muutamilla oli yhdestä kahteen käyntikertaa vastaanoton hoitajilla, jonka jälkeen he olivat siirtyneet hoitosuhteeseen psykiatrisille sairaanhoitajille. Mukana oli kolme kai- ken kaikkiaan noin 30 kertaa psykiatrisilla hoitajilla käynnyttä asiakasta. Yleisimmin käynti- kertoja oli yhdestä muutama. Pelkästään sairaan- ja terveydenhoitajien luona asioi- neita oli vastanneista lähes puolet. Muilla mukana hoidossa oli ollut moniammatillinen tiimi sisältäen terveyskeskuslääkärin, psykiatrin tai erikoissairaanhoidon. Hoitopolut on avattu taulukkoon 9.

Asiakkaan ohjautuminen, käynnit ammattilaisella	Asiakasmäärä (n=33)
Vastaanoton hoitaja - psykiatrinen sairaanhoitaja	7
Terveyskeskuslääkäri - psykiatrinen sairaanhoitaja	3
Terveyskeskuslääkäri – psykiatrinen sairaanhoitaja – psykiatri	1
Psykiatrinen sairaanhoitaja	9
Psykiatrinen sairaanhoitaja - psykiatri	9
Psykiatrinen sairaanhoitaja - psykiatri – erikoissairaanhoito	4

Taulukko 8. Asiakkaiden kulkemat hoitopolut asiakasmäärin

### Asiakkaiden kokemus mielenterveys- ja päihdepalveluista kokonaisuutena

Asteikkoon perustuvaa kysymystyyppiä käytettiin kysyttäessä viidestä kontaktipisteestä, joihin erityisesti haluttiin miepä-prosessin uudistamisessa kiinnittää huomiota. Erittäin tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä yhteyden saamiseen terveysasemalle olivat kaikki kyselyyn vastanneet, samoin kuin hoitoon pääsyn oikea-aikaisuuteen. Terapianavigaattorin käyttö jakoi mielipiteitä ja ohjattu omahoito oli kaikille vastaajille käsitteenäkin vielä vieras.

	Erittäin tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytymätön eikä tyytyväinen	Melko tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
Yhteyden saaminen terveysasemalle				8	28
Hoitoon pääsyn oikea-aikaisuus				16	20
Terapianavigaattorin käyttö	1	1			2
Ohjattu omahoito-malli					
Palvelupolkusi kokonaisuutena	1			9	27

Taulukko 9. Asiakkaiden kokemus palveluista, tyytyväisyys vastaajien lukumäärin (n=41)

## Asiakkaiden avoimet vastaukset

15 vastaajaa oli kirjoittanut ajatuksiaan avoimeen kenttään. Esiin nousevat teemat olivat hoitoon pääsy ja hoitosuhde. Vastauksissa huomionarvoista oli tyytyväisyys hoitoon pääsyn nopeuteen ja helppouteen. Useampi vastaaja oli nostanut esiin tyytyväisyytensä siitä, että on saanut ottaa yhteyttä suoraan psykiatriseen sairaanhoitajaan.

*Nopea pääsy sairaanhoitajalle.*

*Olen ollut erittäin tyytyväinen kokonaisuudessaan. Erityisen hyvin on toiminut ajan saaminen, varsin nopealla ajalla sekä matalalla kynnyksellä.*

Toisaalta osa vastaajista hoitoon pääsyä myös kritisoi, eikä kokenut saaneensa oikea-aikaista tai osaavaa palvelua. Henkilöstöressurin vaihteluihin ja mahdolliseen vajaukseen oli myös reagoitu. Loma-ajalle toivottiin sijaista, että pääsisi edes jollekin puhumaan. Yksi vastaajista koki, etteivät asiat kokonaisuudessaan edenneet hänen toiveidensa mukaan. Edelliseen kysymykseen palvelupolkuun kokonaisuutena erittäin tyytymätön asiakas avasi vastaustaan laajasti. Hän koki, että ADHD-diagnoosin tekeminen kesti liian kauan ja sitä edelsi ”eri juttuja” ja lääkkeitä ilman että kukaan selkeästi kerto, mikä on.

*Terveysasemalla ei osattu oikein kertoa, mitä palveluita on tarjolla (mitä tekee esim. psykiatrinen sairaanhoitaja, miten prosessi etenee.)*

*Aiemmin oli asenne että max 10 kertaa ja oli tilanne mikä palvelu lopetettiin sekä kun palvelun loputtua luvattiin että tarvittaessa saan kriisiajan mutta kun yritin saada sen olisi kriisiaika ollut yli 3kk päästä. Aiemmin ensimmäisen yhteydenotton saaminen todella vaikeaa tk:n kautta ja ilmeisesti sama ongelma edelleen. Suoralla numerolla saa hyvin yhteyden omaan psyk.hoitajaan.*

Kaikki avoimiin kysymyksiin vastanneet olivat poikkeuksetta tyytyväisiä psykiatrisiin sairaanhoitajiin ja hoitosuhteeseensa heidän kanssaan. Muuta terveysaseman henkilöstöä ei vastauksissa juuri mainittu. Hoitosuhteessa arvostettiin pitkäaikaisuutta ja pysyvyyttä sekä vastaanottojen sisältöä kyseiseen hetkeen keskittyen ja kokonaisvaltaisuutta. Vastaajissa oli myös toisella paikkakunnilla asuvia, jotka olivat halunneet säilyttää perusterveydenhuollon palvelunsa Kunta 1 terveysasemalla nimenomaan hyvän ja luottamuksellisen psykiatrisen hoitosuhteen vuoksi. Nuorten asiakkaiden kohdalla myös vanhempien tyytyväisyys nousi esiin, kohtaamiset psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa oli koettu positiivisiksi, vanhempaa rauhoittaviksi. Kunta 2 terveysasemalla on myös vuodeosasto, ja sieltä psykiatriselle sairaanhoitajalle ohjautunut asiakas arvioi mielenterveys- ja päihdepalvelujen onnistuneen kiitettävästi omassa hoidossaan ja koki saaneensa huomattavaa hyötyä jo lyhyen hoitojakson aikana.

*Ensimmäisestä lääkärikäynnistä lähtien kaikki on mennyt hienosti, paremmin mitä osasin odottaa.*

*Hyvä, että on ollut sama hoitaja monta vuotta niin ei joka kerta tarvitse aloittaa alusta mikä on tärkeää hoidon jatkumisen kannalta.*

Avoimessa kysymyksessä pyydettiin asiakkailta myös erityishuomioita Terapianavigaattorin käyttöön liittyen. Terapianavigaattorin täyttäneitä oli vain neljä, ja mielipiteet siitä jakautuivat ääripäihin kuten edellisessäkin kysymyksessä. Yhteen lomakkeeseen oli hoitaja kommentoinut, että asiakas kieltäytyi täyttämästä Terapianavigaattoria, koska koki sen hankalaksi.

## 8.2 Hoitohenkilökunnan haastattelut

Etukäteen ennen haastattelua henkilöstölle tietoon annetut ryhmähaastattelun teemat olivat siis miepä-prosessin käytettävyys, asiakaslähtöisyys, työnjako, työaika ja työssä jaksaminen (Liite 4). Uusia teemoja ei haastatteluaineistosta noussut esiin johtuen mahdollisesti rajallisesta noin tunnin haastatteluajasta sekä haastattelijan kokemattomuudesta. Haastatteltavat pitäytyivät annettujen teemojen alla, vaikka keskustelu vilkasta olikin. Esittelen haastattelun tulokset teemoittain käyttäen esimerkkeinä suoria lainauksia. Haastatteluja tehtiin siis kaksi, toinen kasvotusten ja toinen Teams-yhteydellä, mutta käsittelen tulokset yhdistettynä aineistona työntekijöiden tunnistamattomuuden turvaamiseksi.

### **Käytettävyys**

Tärkeinä asioina miepä-prosessin uudistamisessa nähtiin uudet digitaaliset työkalut. Terapianavigaattorin ensijäsennyksestä eli asiakkaan ensimmäisestä käynnistä ja navigaattorin kirjaamisesta käytiin keskustelua pisimpään. Kirjaamiseen kaivattiin tarkennusta ja yhtenäisempää mallia. Osalle hoitajista oli vielä epäselvää, mitä potilastietojärjestelmän kirjausroolia käytetään, mille erikoisalalehdelle ja kirjataan ja kuinka mittarit syötetään.

*Minä oon vaan kopioinu se yhteenvedon- ja latasin sen laajan PDF:n viimeksi asiakkaan luvalla tuonne median puolelle. Se laaja raportti on kauheen iso, mutta kyllähän se psykiatriselle hoitajalle pitää saada tietoon.*

Terapianavigaattori oli kuitenkin otettu käyttöön tehokkaasti molemmissa yksiköissä ja koettu hyödylliseksi. Ikäihmisiä olivat monien kokemusten mukaan nuoret läheiset auttaneet ja tämä oli toiminut hyvin. Terapianavigaattorin nähtiin helpottavan ja nopeuttavan työtä

etenkin psykiatristen sairaanhoitajien kohdalla. Heille mittarien tuottama tieto ja pisteetykset olivat tutumpia kuin vastaanoton muille hoitajille. Psykiatriset sairaanhoitajat pystyivät nopeasti silmäilemällä muodostamaan käsityksen asiakkaan vallitsevasta tilanteesta. Tämä helpotti ajan varaamista sekä kuten käyttöönoton tarkoituksena olikin, vähensi vastaanotto kertojen määrää. Selkeitä lukuja hoitajien oli vaikeaa arvioida, mutta joka tapauksessa monet tarvittavat kyselyt asiakas oli jo valmiiksi täyttänyt. Vastaanotolla säästy näin aikaa ja asiakkaan tilanteeseen päästiin vaivattomammin pureutumaan, ”suoraan asiaan”. Terapianavigaattoria oli käytetty luovasti hoitajien vastaanotollakin täyttäen, kun muutoin asiakkaan kanssa keskusteluyhteyttä ei löytynyt. Hoitajat totesivat, että asiakkaan oli kirjoittaen helpompi tuoda esiin pohjimmainen syy yhteydenottoon.

*Hän ei suostunut kertomaan miksi tuli, halusi vaan lääkärille ja oli pettynyt, kun oli hoitaja vastassa. Hän teki navigaattorin sitten siinä vastaanotolla ja siihen sitten kirjoitti, mikä hänen juttunsa oli. Tästä pääsimme hyvin eteenpäin.*

Haastattelussa selvisi, että toisessa yksikössä pilotointijakson aikana ei Ohjattua omahoitoa ollut käynyt läpi yhtään asiakasta. Hoitajilla oli kyllä ollut Terapianavigaattorin ensijäsennyksiä, mutta asiakkaat olivat sitten ohjautuneet heti psykiatrille sairaanhoitajille tai lääkärille. Toisessa yksikössä yhdellä työntekijällä muutamia asiakkaita oli ohjatun omahoidon läpi käynyt, ja kokemukset olivat hyviä. Ohjattuun omahoitoon toivottiin lisää koulutusta, jotta käyttöön saisi varmuutta.

*Ne hoitopolut pitää olla aika hyvin itselläkin tiedossa kyllä, että osaisi olla niinku asiakkaan tukena niissä harjoitteissa ja muissa*

### **Asiakaslähtöisyys**

Henkilöstön keskuudessa vallitsi vahva henki kasvokkain tapahtuvan tapaamisen tärkeydestä. Työyhteisössä oli linjattukin, että asiakkaille sovitaan aina käyntiaika samalla, kun pyydetään häntä Terapianavigaattori täyttämään. Pelkkä soitto ei riitä, eivätkä jatkot saa jäädä asiakkaan omatoimisen yhteydenoton varaan. Erityisesti esiin nousivat nuorehko miehet. Hoitajien kokemus oli, että heille kynnys yhteydenottoon voi olla erityisen korkea, puhelimesta he eivät aina asioita osaa tuoda julki ja kohtaaminen kasvokkain on hyvin tärkeää.

*Näissä psyyken asioissa on nimenomaan herkkä asiakaskunta ja just se, että jos koeaan navigaattorin täyttö hankalaksi. Niin se on kyllä se ensikohtaaminen aika tärkeää, että se ei voi jäädä siihen navigaattorin tai asiakkaan varaan.*

Asiakaslähtöisyyteen liittyen nousi keskustelu siitä, että Terapianavigaattori ei hoitajien mielestä kaikkiin tilanteisiin sopinut lainkaan. Tässä korostui hoidontarpeen merkitys ja hoitajien ammattitaito ”haistella” asiakkaan tilannetta; on osattava lukea myös rivien välistä ja tulkittava olemusta ja eleitä. Joskus asiakkaiden tila vaati nopeaa reagointia eikä sähköinen oirearvio näihin tilanteisiin sopinut.

*Esimerkiksi kun yksi nainen soitti sellainen kuusikymmentävuotias ja itki kamalasti siellä puhelimesta. Ei sillä ollu masennustaustaa eikä mitään. Niin en sitten sanonut, että täytäkö ton Terapianavigaattorin ja palataan sitten asiaan, vaan varasin hänelle heti huomiseksi mulle ajan.*

Toisaalta Terapianavigaattori itsessäänkin nostettiin esiin asiakaslähtöisenä ja hoitajat miettivät, että se auttaa asiakkaita jäsentämään tuntemuksiaan, kun omassa rauhassa voi asioita miettiä ohjatusti, tietyin rajoittein. Vastaan oli tullut myös tilanne, jossa asiakas saapui erikoissairaanhoidon lähettämänä Terapianavigaattorin täyttäneenä vastaanotolle. Asiakas itse oli täysin tietämätön vastaanoton syystä; hän ei ollut siis erikoissairaanhoidon puolella saanut riittävästi ohjausta navigaattorista tai perusteista pyyntöön sen täyttämisestä.

*Jos kognitiiviset kyvyt vaan on riittävät, niin kyllä mä koen että navigaattori on hyvin asiakaslähtöistä*

Haastattelussa nousi selkeästi esiin henkilökunnan yhteinen vahva halu auttaa asiakkaita ja pitää palvelun laatu hyvänä. Tähän liittyi myös epävarmuuden tunteita omasta osaamisesta. Ajatus ongelmiin tarttumisesta varhaisessa vaiheessa suurempien ongelmien välttämiseksi ymmärrettiin, mutta tähän liittyi vastaanoton hoitajilla myös huoli omasta vastuusta. Kokemusta tuntui kertyneen muutaman kuukauden ajanjaksolta vähän, henkilöstö kertoi yhteydenottoja miepä-asioissa olleen kesän aikana vähän. Koska useampi työntekijä hoiti yhteydenottoja, ei kenellekään ollut vielä syntynyt rutiinia tekemiseen. Asiakkaan ohjautumisesta oltiin epävarmoja edelleen ja henkilöstö pohti paljon sitä, että asiakasta ei ”pomposteltaisi” työntekijältä toiselle luottamuksellisen hoitosuhteen varmistamiseksi.

*Kyllä tää varmaan edelleen johtuu siitä, että meillä on kuitenkin ollu aika vähän näitä yhteydenottoja. Tää olisi varmasti vastaanoton hoitajillekin helpompaa, jos tätä tekisi vielä enemmän, että vähän niinku rutiinilla saisi homman pusketta läpi.*



## Työnjako

Haastateltavat pitivät tärkeänä työnjakoon liittyvänä negatiivisen asiana lääkäreiden vaihtuvuutta ja resurssipulaa. Lääkäriin konsultaatiotukea sekä roolia hoitosuunnitelmaa tehdessä pidettiin esisijaisena. Esiin nousi huoli vakituisesti paikalla olevien lääkäreiden jakamisesta ja työmäärän jakautumisesta. Hoitajat kertoivat miettivänsä paljon sitä, etteivät kysymyksillään tai asiakkailla rasita liikaa esimerkiksi vain yhtä lääkäriä. Henkilöstön vaihtuvuus koettiin juuri mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla haastavaksi; olisi tärkeää tuntea lääkäri, hänen kokemuksensa ja työtapansa.

*Lääkäriin osuudesta konsultaatiotukeen tai vastaanotolle sanoisin, että kun meillä on niin, että lääkärit vaihtuu. Pari päivää on sama lääkäri ja aika menee melkein perehdytykseen*

*Minä väitän kanssa, että vaikka mielenterveys- ja päihdeasiakkaat pitäisi olla se yksi asiakasryhmä kaikkien muiden joukossa eikä mitään se ihmeellisempää ja täysin yleislääkäritasosta hoidettavaa. Niin jollain lailla nää on kuitenkin erilaisia asiakkaita ja sitten ihan ventovieraalle..*

Toisena tärkeänä työnjakoon liittyvänä asiana haastateltavat nostivat esiin hoidon tarpeen arvion, joka työnjaon pääasiassa määrittä. Asiakaspuheluihin vastaavat vastaanoton hoitajat kokivat epävarmuutta asiakkaiden ohjaamisessa. Tähän liittyi myös ajatus kollegaun luottamisesta, luottamista hänen arvioonsa ja työhönsä.

Yksiköiden välillä näkyi eroa ”pelimerkkien” ja suunnitelman esiin tuomisessa asiakkaalle heti hoitosuhteen alussa, toisessa yksikössä se oli selkeämpää ja rajatumpaa. Siellä käytettiin suunnitelmallisuuden apuna myös hyvinvointialueen tuottamia hyvinä pidettyjä hoitosuosituksia erilaisiin tilanteisiin, esimerkiksi erikoissairaanhoidon lähettämisen kriteereistä.

## Työaika

Terapianavigaattorin nähtiin säästävän työaika ja nopeuttavan kirjaamista etenkin psykiatrisilla sairaanhoitajilla. Osalle muista hoitajista ei vielä rutiininomaista mallia kirjaamiseen ollut muodostunut.

Kuten aiemmin tulikin esiin, Ohjattua omahoitoa kohtaan tunnettiin epävarmuutta ja osamattomuutta. Hoitajat kokivat, että Terveyskylän omahoitopolkuihin tutustumiseen ei ollut kesällä aikaa. Ohjatun omahoidon rakenne koettiin siis vielä haasteelliseksi. Perinteisesti miepä-asiakkaiden käynnit ovat olleet pitkiä ja kirjaaminen on vienyt paljon aikaa.

Ajatusmallin muuttaminen nyt lyhyempiin tukikäynteihin tuntui edelleen vieraalta, eikä se ollut etenkään toisessa yksikössä toteutunut.

*Työaika pitäisi just olla ja tähän ohjattuun omahoitoon, ei toistaiseksi ole ollut riittävästi.*

*Ne tukikäynnit, että 20-30 minuuttia per käynti niin tuntuu, että eihän siihen kerkiä mitenkään. Kyllähän ne asiakkaat tykkää puhua, ja miten sen nyt voi keskeyttää.*

## **Työssä jaksaminen**

Työssä jaksamiseen liittyi hoitohenkilökunnan mielestä vahvasti mahdollisuus kouluttautua. Ohjatun omahoidon lisäksi psykiatriset hoitajat toivat esiin Lyhytterapeutti-koulutuksen liittyen porrasteiseen hoitoketjuun tai pikemminkin pettymyksen siihen, että Kymen hyvinvointialueella koulutusta ei toistaiseksi ollut järjestetty. Ylipäänsä kokemusta miepä- asioista kaivattiin enemmän. Esiin tuotiin huoli henkilöstöstä, ketä ei ensilinjassa vielä ollut koulutettu uusiin toimintatapoihin, kuten neuvolan henkilökunta.

*Nyhdän siellä hyvinvointialueella on pakollisena kouluterveydenhoitajille lapsille ja nuorille suunnattu ohjattu omahoito. Sitten muuten neuvolan terkkarit ei ole edelleenkään tietoisia näistä koulutuksista.*

Psykiatriset sairaanhoitajat olivat kuormittuneita edelleen. He pohtivat kasvavia asiakasmääriä ja aikojen riittävyttä. Asiakassuhteiden päättäminen koettiin siinä mielessä haastavaksi, ettei alueilla juuri ole kolmannen sektorin toimijoita tai esimerkiksi ryhmämuotoista toimintaa, mihin asiakkaita voisi ohjata. Työn jakautumisen ja henkilöstön tuen tarpeeseen oli toisessa yksikössä pyritty vastaamaan kerran kuukaudessa tapahtuvalla miepä-palaverilla, jossa aiheeseen liittyviä asiakasasioita voitaisiin moniammatillisessa työryhmässä yhdessä pohtia ja miettiä asiakkaan kannalta parasta jatkosuunnitelmaa.

Psykiatriset sairaanhoitajat kommentoivat myös porrastettua hoitomallia ”motiivikonfliktiksi”. Ajatuksena oli siis asiakkaiden ohjautuminen suoraan tarkoituksen mukaisiin palveluihin ja lievien oirekuvien hoito muiden hoitajien vastaanotoilla omahoitopolkuja hyödyntäen. Näkökulma tässä oli se, että psykiatriset hoitajat kokivat työnsä muuttuneen näin entistä raskaammaksi potilasaineksen muututtua raskaammin hoidettavaksi, tietynlaiset onnistumisen kokemukset olivat pudonneet minimiin heidän työssään.

*Nyt voi ajatella, että semmoiset palkitsevat asiakkaat on pois mutta listat on aivan yhtä täynnä kuin ennenkin. En siis tarkoita että mun työtä pitäis keventää, mutta silti.*

Vastaanoton hoitohenkilöstö koki kiireettä etenkin loma-aikoina ja vajaalla resurssilla toimiessaan. Kiireen tuntu toi mukanaan turhautumisen tunnetta. Somatiikka-painotteisille vastaanoton hoitajille mielenterveys- ja päihdetyön lisääntyminen ajatuksena toi lisäpaineita.

### 8.3 Kehittämisehdotukset

Yhteistyöorganisaation mielenterveys- ja päihdetyön uudistettu toimintamalli vaatii toimiakseen vielä asiakkaiden tiedotusta digitaalisista työkaluista. Muutosvastarintaa ja huolta kohdistuen terveydenhuollon pakollisia uudistuksia kohtaan on niin asiakkailta kuin hoitohenkilökunnallakin. Asiakaskysely näytti tiedossa olevan ongelmatiikan: Asiakkaat toivovat kasvotusten tapahtuvaa lähipalvelua, mihin terveydenhuolto tulevin resurssein tuskin pystyy enää vastaamaan. Muutosta on pakko tapahtua, ja tämä vaatii avarakatseisuutta kaikilta osapuolilta. Asiakaskyselyssä kukaan vastaajista ei esittänyt kehitysehdotuksia nykyiseen palveluun.

Yhteistyöorganisaation mielenterveys- ja päihdetyön prosessikuvaus luotiin yhteiskehittämällä henkilöstön kanssa, mutta digitaaliset työkalut otettiin käyttöön turhan nopealla aikataululla pilotointijaksoon nähden. Terapianavigaattorin käyttö hoitohenkilökunnan osalta on omaksuttu kuitenkin hyvin ja se koetaan työtä helpottavaksi. Ohjatun omahoidon hoitopolut vaativat myös työntekijän huolellisen perehtymisen niiden sisältöön, jotta hän kykenee ohjaamaan ja kuuntelemaan asiakasta tämän edetessä omahoitopolullaan. Omahoitopolkujen määrä Mielenterveyskylässä kasvaa koko ajan. Materiaali on toki oivana apuna hoitohenkilökunnalle mutta perehtyminen vaatii työaikaa.

Henkilöstöresursointiin liittyy myös miepä-prosessissa vastuun siirtyminen psykiatrisilta hoitajilla vastaanoton hoitajille lievissä ja keskivaikeissa mielenterveyden häiriöissä. Vastaanoton hoitajilla työnkuva on laaja sisältäen siis myös puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvion. Henkilöstön määrää tulee siis tarkasti arvioida. Tähän liittyy toki myös henkilöstön haastatteluissa esille tullut huoli hoidon jatkuvuudesta ja osaamisesta: Onko järkevää kuitenkin keskittää mielenterveys- ja päihdeasiakkaat tietyille hoitajille, jotta toistoja tulisi enemmän ja toimintamallista tulisi rutiininomainen? Kirjallisuudessa (mm. Walhbeck ym. 2015, 123.) on nostettu esiin kokemusasiantuntijat ja vertaistuki, tai paremminkin niiden hyödyntämättä jättäminen suomalaisen mielenterveydenhoitojärjestelmän kipupisteenä. Voisiko tästä osaajaryhmästä saada apua henkilöstöresurssiin?

Matalaan hoitoon hakeutumisen kynnykseen ja ajanvaraukseen liittyen mieleen nousevat sähköiset ajanvaraukset, joita ei yhteistyöorganisaation terveysasemilla vielä juuri ole käytössä. Sähköinen ajanvaraus ilman ongelmien puhelimesta tapahtuvaa alkukartoitusta ja

muita esteitä voisi olla tulevaisuudessa mahdollista suoraan Terapianavigaattorin tuloksen perusteella, aivan kuten monien somaattistenkin oireiden sähköisissä oirearvioissa.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla on kirjaamismallia vielä selvennettävä ja koulutettava hoitohenkilökunnalle. Tämä on toki potilastietojärjestelmä- ja hyvinvointialueellinen asia; yhteiset toimintamallit on kirkastettava kaikille, ja luotava esimerkiksi työtä helpottavia valmiita fraaseja. Yhteistyöorganisaatiota ajatellen kirjaamis- ja tilastointiohjeiden yhteisen toimintamallin selkeyttämiseen ei valitettavasti eri yksiköiden välillä ollut aikaa. Yhdenmukaisen tilastotiedon saaminen on siis vaikeaa, ja uudistetun miepä-prosessin vaikuttavuutta on näin vaikea vielä arvioida. Käyntimääriä ja hoitoon pääsyaikaa seurataan kuukausittain. Sen sijaan hoitajaksojen pituus sekä erikoissairaanhoidon käyttömäärä vaativatkin pidemmän aikavälin seurantaa.

Hoitohenkilöstöllä on vahva halu kehittyä ja kehittää, mutta se vaatii henkisiä voimavaroja ja aikaa. Arjen rutiinit ja totutut toimintamallit tuovat tavallaan turvaa ja järjestyksen tunnetta työhön, uuden opetteleminen voidaan nähdä totutun työn lisänä ylivoimaiseksi taakaksi. Työtehtäviä ja vastuualueita ei toki voi lisätä rajattomasti. Mahdollisella henkilöstön ylikuormittumisella on vaikutuksensa myös asiakaslähtöisyyteen. Yhteiskehittämistä niin henkilöstön kuin henkilöstön ja asiakkaiden kanssa tullaan tarvitsemaan jatkossakin. Näin kaikki osapuolet tulevat kuulluksi ja heiltä saatu tieto käytettyä hyödyksi palelujen kehittämisessä. Yhdessä tehty auttaa myös yhteiseen työhön sitoutumaan.

## 9 Pohdinta

### 9.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen aihe nousi käytännön työelämän tarpeesta yhteistyöorganisaation mielenterveys- ja päihdetyön toimintamallia uudistettaessa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan kokemuksia uudistetusta mielenterveys- ja päihdeprosessista. Tarkoituksena oli myös esittää kehittämissuhteita prosessiin ennen sen varsinaista käyttöönottoa ja muille terveysasemille jalkauttamista. Tavoitteena oli parantaa ja yhdenmukaistaa yhteistyöorganisaation mielenterveys- ja päihdepalveluja, jotta asiakkaiden hoitoon pääsy tarvitsemiensa palvelujen piiriin olisi oikea-aikaista ja sujuvaa, ja hoito olisi tarkoituksenmukaista ja vaikuttavaa. Tavoitteena oli myös toimivan prosessin kautta lisätä hoitohenkilöstön hyvinvointia. Pyrkimyksenä oli tutkia prosessin toimivuutta, hankkia tietoa ja syventää ymmärrystä, mihin laadullinen tutkimus menetelmänä sopi hyvin.

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen asiakkaiden kokemuksista mielenterveys - ja päihdepalveluista saatiin vastauksia kyselyn avulla. Hoitohenkilöstön ryhmämuotoisena toteutetulla teemahaastattelulla kartoitettiin heidän näkemyksiään mielenterveys- ja päihdeprosessin toimivuudesta, joka oli tutkimuskysymyksistä toinen. Kolmantena tutkimuskysymyksenä oli edellisistä aineistoista esiin nousevat kehittämistarpeet.

Laadukkaat mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat helposti saatavilla ja niissä käytetään vaikuttavia työmenetelmiä asiakkaan oikeuksia kunnioittaen. Laadukkaissa palveluissa ovat huomioituna asiakkaan osallisuus, eriarvoisuuden minimointi ja mahdollisuus kuntouttamiseen. Heikko asiakaslähtöisyys, puuttuva sektoreiden välinen yhteistyö ja olemassa olevien resurssien, kuten kokemusasiantuntijuuden ja vertaistuen, hyödyntämättä jättäminen ovat puutteita nykyisessä järjestelmässä. (Walhbeck ym. 2015, 123.)

Yksi yleisimmistä mielenterveyden häiriöistä kaikissa ikäluokissa on masennus (Mielenterveyskylä). Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa (Rossom ym. 2016, 649) tutkittiin masennuspotilaiden kokemuksia potilaskeskeisyydestä 83 perusterveydenhuollon yksikössä Minnesotassa. Vaikka terveydenhuolto pyrkii potilaskeskeiseen hoitoon, loppujen lopuksi potilaiden osallisuudesta omaan hoitoonsa ja tähän liittyvistä kokemuksista todettiin olevan vähän tietoa. Keskeinen ajatus oli löytää näkökohtia, mitkä erityisesti liittyivät hoitotyytyväisyyteen ja masennuksen paranemiseen. Tällaisiksi toimiksi osoittautuivat tulosten mukaan potilaiden hoitotoiveiden kartoittaminen, hoitosuunnitelman laatiminen, masennusasteikkojen hyödyntäminen sekä vielä konkreettisena asiana itsemurhariskistä kysyminen.

Tässä tutkimuksessa asiakkaiden kokemus yhteistyöorganisaation mielenterveys- ja päihdepalveluista kokonaisuutena oli myönteinen. Vastauksissa näkyi arvostus lähellä sijaitsevia palveluja ja tuttua henkilöstöä kohtaan. Toisaalta turvallisen hoitosuhteen vuoksi palveluihin hakeuduttiin pidemmänkin matkan takaa. Hyvässä asiakaskokemuksessa painottui erityisesti hoitosuhde psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Pysyvyyttä ja matalaa yhteydenotokynnystä arvostettiin. Myös luottamus nostettiin esiin tärkeänä asiana. Tuoreessa suomalaistutkimuksessa (Rissanen ym. 2024, 18, 26) sekä asiakkaat, että työntekijät nostivat esiin samoja piirteitä luottamukselliseen hoitosuhteeseen liittyen. Näitä olivat avoimuus, tuomitsemattomuus ja ennakkoluulottomuus. Asiakkaat vertasivat kohtaamistilannetta työntekijän kanssa ystävän kohtaamiseen, jossa keskeisinä asioina olivat ystävällisyys ja inhimillisuus. Työntekijät sen sijaan korostivat tapaa suhtautua asiakkaan kertomaan avoimella ja positiivisen uteliaalla asenteella kuunnellen, mitätöimättä, vähättelemättä tai tulkitsematta. Luottamus asiakassuhdetta ja mielenterveyspalveluja kohtaan piti sisällään myös työntekijöiden ominaisuudet ja osaamisen sekä palvelujärjestelmän rakenteet ja organisoinnin.

Yllättävää oli, että vaikka yhteydenotot terveysasemalle tapahtuivat edelleen hajautetusti, kaikki asiakkaat olivat mielestään saaneet avun helposti ja oikea-aikaisesti. Yhteydenottojen kirjo kertoo toki uuden toimintamallin käynnistymisen takkuiluista. Se kertoo myös tiiviistä työyhteisöstä, jossa konsultaatiokynnys on matala ja tieto kulkee hyvin. Yhteydenottotavasta riippumatta asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa palveluun. Samoin vaikutti olevan asian laita palvelupolulla kulkemisen suhteen. Vaikka asiakkaat eivät olleet juuri ohjautuneet uudistetun palvelupolun mukaisesti, he olivat silti tyytyväisiä saamaansa hoitoon kokonaisuutena, mikä kertoo jälleen hyvästä yhteistyöstä ja tiedon kulusta ammattilaisten kesken.

Mielenterveys- ja päihdeprosessin osalta Terapianavigaattori ja ohjattu omahoito näyttäytyivät asiakkaille toistaiseksi vieraina käsitteinä. Vaikka mainostusta ja puhelinneuvontaa tehtiin keväällä, asiakkaat eivät näitä digitaalisia työkaluja vielä olleet ottaneet omakseen. Asiakkaiden vastauksissa oli nähtävissä, että työkalut ja prosessikuvaus eivät olleet tuttuja vielä hoitohenkilöstöllekään, ja asiakkaat kokivat puutteita henkilöstön ohjauksessa ja tietämyksessä mielenterveys- ja päihdepalveluista. Pienehköissä kunnissa on ehkä totuttu matalan kynnyksen nopeaan hoitoon kasvotusten tuttujen ammattilaisen kanssa. Muutos digitaalisempaan suuntaan vienee aikaa ja vaatii totuttelua.

THL keräsi asiakaskokemusta mielenterveys- ja päihdehoidosta kansallisesti samanaikaisesti ensimmäistä kertaa vuonna 2022. Saatu palaute oli pääosin positiivista siinäkin. Kriittikki kohdentui tiedonsaantiin, puutteellisiin hoitosuunnitelmiin, potilaan oikeuksiin, hoidon

sisältöön, lääkehoitoon ja siihen, että läheisiä ei potilaan toiveista huolimatta otettu mukaan hoitoon riittävästi. Avohoidon etävastaanotolla asiakaskokemus koettiin huonommaksi kuin lähivastaanotolla. (Viertö ym. 2022, 38–39.)

Tässä tutkimuksessa asiakkaat kritisoivat lähinnä henkilöstöresurssiin liittyviä asioita. Vastaanotolle pääsyn koettiin venyvät liian pitkälle, loma-ajoille toivottiin sijaistuksia, psykiatrille pääsy tai diagnoosin valmistuminen tuntui vievän liian kauan aikaa. Tämä on valitettava ilmiö valtakunnallisestikin. Suomalainen mielenterveyspalvelujärjestelmä on pahasti tukkeutunut suuren kysynnän vuoksi. Esimerkiksi Kelan kuntoutuspsykoterapian saajien määrä on nelinkertaistunut vuodesta 2010 yli 60 000:een. Kansallisen mielenterveysstrategian tavoitteena on ehkäisevien ja hoitopalvelujen saatavuuden parantaminen nimenomaan perustasolla, ja näiden ylläpitämiseksi tarvittavan yhteistyörakenteen vahvistaminen. Mielenterveyden palvelut vaativat systemaattista porrastusta. Painopiste on oltava nopeasti alkavissa, vaikuttavissa ja digituetuissa hoitomuodoissa kaikille tasapuolisesti saatavilla. (Vorma ym 2020, 38; Terapiat Etulinjaan). Porrastetun hoitomallin on kansainvälisissä tutkimuksissa (mm. Rivero-Santana ym. 2021; Delgadillo ym. 2022, 101–102) parantavan etenkin masennuksen hoitotuloksia ja olevan kustannustehokasta. Malli perustuu varhaiseen kontaktointiin, jolloin asiakas voi hyötyä ohjatusta itsehoidosta. Mikäli tästä ei apua ole, siirrytään intensiivisempään hoitoon. Vaikuttavuus kuitenkin heikkenee niiden asiakkaiden kohdalla, kenellä on monimutkaisempi terveystilanne, kuten fyysisiä sairauksia tai persoonallisuushäiriöominaisuuksia. Myös alhaisilla hoito-odotuksilla ja sosioekonomisesti huonoissa olosuhteissa elämisellä on todettu olevan vaikutusta porrasteisen hoitomallin vaikuttavuuteen.

Mielenterveys- ja päihdeongelmia kohdatessaan ammattilaisilla on todettu esiintyvän ”ei kuulu minulle” -ilmiötä. Tähän on johtanut työnkuvien kapeneminen ja ammattilaisten vaikiintuneet toimintatavat. Pilkkoutuneista rakenteista tulisi pyrkiä kohti moniammatillisia tiimejä. Hyvällä henkilöstöjohtamisella on suuri merkitys vapaamman ilmapiirin luomisessa sekä esimerkiksi eri ammattiryhmien välillä vallitsevista valtahierarkioista ja kulttuureista eroon pääsemiseksi. Käytännön keinona tässä voi olla työntekijöiden vahvempi osallistaminen palveluiden ja prosessien kehittämistyöhön. (Wahlbeck ym. 2015, 35.)

Haastatteluissa vastaanoton hoitohenkilöstö toi selvästi esiin epävarmuuden ja osaamattomuuden tunteen liittyen mielenterveys- ja päihdetyöhön Wahlbeck ym. (2018, 25) pohtii, että positiivisen asenteen tukeminen voisi toimia korjaavana toimenpiteenä perusterveydenhuoltoa ajoittain vaivaava rohkeuden ja osaamisen puuttumisen tunteeseen. Perustasollakin tarvitaan erikoisosaajia ja erilaisia työkaluja. Tähän keinoiksi suositellaan koulutus-

ja tukistrategioita, joissa keskitytään vahvistamaan henkilöstön joustavuutta, hyvinvointia ja mielenterveyskäytäntöjä.

Muutokset terveydenhuollossa mukaan lukien digitalisaatio aiheuttaa epävarmuudentunteita jopa töiden jatkumisesta. Väistämätöntä on, että työnkuvat muuttuvat ja työtä organisoidaan uudelleen. Hoitohenkilöstö joutuu pohtimaan totuttua sosiaalista vuorovaikutusta ja etiikkaa, sekä ehkä uudentyypistä työelämän vaatimusta intuitiosta ja luovuudesta. Kaikkea ei voi automatisoida digi- tai etähoidoksi, vaan myös inhimillisyys on hoitotyössä vahvasti läsnä.

En voi ohittaa näkökulmaa asiakaskokemuksen johtamisesta. Juuti (2015, 31, 126) toteaa, että henkilöstöjohtamisen rooli asiakaskeskeisessä työkuultuurissa on suuri. Esihenkilön on kyettävä mieltämään omaksi roolikseen muiden työntekijöiden auttamisen siten, että he kykenevät omassa työssään palvelemaan asiakkaita. Asiakaskontakteille luodaan hyvät puitteet ja niille annetaan aikaa. Asiakaskeskeisessä organisaatiossa vallitsee luova ja joustava ilmapiiri, jossa asiakaspalvelua tekeville henkilöille annetaan vapautta tehdä itsenäisiä päätöksiä. Heidät täytyy kouluttaa siten hyvin ja riittävästi, että he kykenevät tekemään hyviä päätöksiä niin organisaation kuin asiakkaiden odotusten suhteen. Ihannetilanteessa työntekijät ajavat organisaatiossa oikeina pidettyjä arvoja ja uskomuksia ja ovat sitoutuneita työhönsä. Tällöin he tekevät työtä täydellä sydämellään. Tällä on suuri vuorovaikutukseen ja asiakaskokemuksen muodostumiseen; myönteinen henkilöstökokemus heijastuu myönteisesti asiakkaaseen ja toisinpäin. Näin työpaikan yleinen ilmapiiri ja asennekulttuuri heijastuvat suoraan asiakaspalveluun.

Oleellista on pohtia vielä hoitohenkilöstön nykytilannetta verrattuna yhteistyöorganisaatiossa tehtyyn hoitajien teemahaastatteluun vuonna 2021. Tuo haastattelu toimi siis pohjana mielenterveys- ja päihdeprosessin uudistamiselle; onko nyt mikään muuttunut? Ensimmäisenä tavoitteena oli hyvä palvelujen saatavuus ja palveluun pääsyn oikea-aikaisuus. Asiakkaat olivat tutkimuksen mukaan näihin tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä. Molemmassa tutkimuksessa mukana olleessa yksikössä vastaanoton hoitajille ajan sai samana tai seuraavana päivänä. Mikäli asiakas oli Terapianavigaattorin täyttänyt, päästiin sen jäsenyyseen ja asiakkaan tilanteen purkamiseen siis hyvinkin nopeasti. Vaikka psykiatriset sairaanhoitajat saivat yhteydenottoja ja ajanvarauspyyntöjä edelleen useammalta taholta, heillekin aikoja sai noin viikossa. Tilanne hoidon saatavuuden suhteen oli siis parantunut.

Toisena tavoitteena miepä-prosessin uudistamiselle oli saada miepä-ongelmien hoito ja saatavuus tavoitteelliseksi ja suunnitelmalliseksi. Tässä asiassa täytyy vielä tehdä työtä. Tutkimuksessa tuli ilmi, että asiakkuuksien lopettaminen on edelleen vaikeaa ja tästä seuraa ”iäisyysasiakkaita”. Asiakkaiden on vaikeaa päästää irti luottamuksellisesta



hoitosuhteesta ja hyvän palvelun vuoksi edes jonkinlaiset tukikäynnit- tai soitot saatetaan säilyttää pitkäänkin. Vointisoittoja tehdään enemmän kuin aikaisemmin. Kirjausohjeet ovat parantuneet, etenkin Kunta 2 alueella on hyvinvointialue panostanut yhtenäisiin ohjeisiin. Kunta 1 alueella tätä pyritään koko ajan parantamaan. Kirjaamisohjeet nousivat tutkimuksessa hoitohenkilökunnalta vahvana kehittämistoiveena. Rakennetta ja suunnitelmallisuutta mielenterveys- ja päihdetyöhön tarvitaan edelleen.

Kolmantena tärkeänä nostona mielenterveys- ja päihdepalveluiden uudistamisessa nähtiin nuoret ja se, että mielenterveys- ja päihdepalvelut heidät tavoittaisivat matalalla kynnyksellä. Hoitohenkilöstö koki nuoret haastavana asiakasryhmänä ja heidän hoitonsa olikin keskitetty vahvemmin tietyille ammattilaisille. Kokemus oli, että nuoret asiakkaat ovat todella löytäneet matalan kynnyksen palvelut, apua haetaan rohkeasti ja asiakasmäärä on noussut. 13–19-vuotiaille nuorille suunnattu digitaalinen arviointityökalu Interventionnavigaattori, tutummin ”Nuorten navi”, on pilotoitu vuonna 2023 ja sen käyttö laajenee uusille hyvinvointialueille talven 2024 aikana (Terapiat Etulinjaan). Tämä madaltaa mahdollisesti nuorten yhteydenoton kynnystä edelleen ja helpottaa ammattilaisten osalta nuoren tilanteen kartoittamista.

Mielenterveys- ja päihdepalveluissa on siis tapahtunut paljon ja tapahtuu edelleen. Megatrendit ennustavat entistä monimutkaisempia ja huonosti ennustettavia globaaleja kehityskulkuja. Valmius kaikkiin muutoksiin voi olla osa organisaatiokulttuuria ja resilienssiä vahvistava piirre. Tämä vaatii monenlaista ymmärrystä strategiasta, tavoitteista, seurauksista ja kehittämistarpeista. Kaikki täytyy kuitenkin mahdollistaa luomalla muutostahtoa esimerkiksi turvallisuuden tunnetta vahvistaen ja poistamalla esteitä, kuten ymmärtämällä ja vähentämällä pelkoa väliaikaisesta osaamattomuudesta ja ahdistusta uuden oppimisesta. Resilienssi auttaa toimiaan muuttuvissa tilanteissa ennakoiden, joustavasti soveltaen. Resilienssi on myös työyhteisön yhteistä oppimista. Työyhteisöstä on mahdollista saada sosiaalista tukea, joka lieventää stressiä ja on yhteydessä hyvään terveyteen ja toimintakykyyn. Ihmisen tarpeisiin vastaava sosiaalinen tuki auttaa selviytymään muutoksista ja antaa tarvittavia voimavaroja esimerkiksi itsetunnon säilymiseen. (Nevalainen ym. 2021, 141–142, 188; Poijula 2020 61, 83.)

## 9.2 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu

Hyvän tieteellisen käytännön peruseriaatteita ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkijan on toimittava rehellisesti raportoiden myös ratkaisunsa ja

virheensä sekä sen, mikä merkitys näillä on ollut lopputulokselle. Ihmiseen kohdistuvassa laadullisessa tutkimuksessa eettisyys on hyvin konkreettista. Se punnitaan kohtaamistilanteissa ja lopulta kirjoitettaessa tutkittavia koskevia tutkimustuloksia. Kaikki tutkittavilta saatu tieto on arvokasta, eikä tutkija saa antaa omien mielipiteidensä vaikuttaa tutkimusten tulkitoihin vääristävästi. (Vuori. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.)

Kaikille tieteenaloille yhteisten yleisten eettisten periaatteiden mukaisesti tutkittavien henkilöiden ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja välttää aiheuttamasta tutkittava oleville ihmisille ja yhteisöille riskejä, haittoja tai vahinkoja. Keskeinen eettinen periaate on tietoon perustuva suostumus osallistua tutkimukseen tilanteissa, joissa tutkittava on vuorovaikutuksessa tutkijaan esimerkiksi haastateltavana tai olemalla havainnoinnin kohteena. Tutkittavalla on tutkimukseen osallistuessaan oltava oikeus osallistua vapaaehtoisesti. Hänelle ei saa muodostua tunnetta painostuksesta, pakollisuudesta tai osallistumatta jättämisen kielteisistä seuraamuksista. Osallistumissuostumuksen on oltava vähintään suullinen ja tutkijan on dokumentoitava se. Tutkittavan täytyy myös saada tietoa tutkimuksen sisälöstä ja tutkimuksen käytännön toteutuksesta ja tietää olevansa tutkittavana erityisesti tilanteissa, joissa tutkija on tutkittavaan nähden myös jossain muussa kuin tutkijan roolissa esimerkiksi työpaikalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 7–9.)

Määrällisessä tutkimuksessa mittarin validiteetilla tarkoitetaan sen kykyä mitata tarkasti juuri sitä, mitä halutaan mitata. Oleellista on myös mittarin käyttö oikea-aikaisesti ja oikealla tavalla tutkimuskohteen tavoittamiseksi. Reabiliteetilla tarkoitetaan mittarin luotettavuutta ja johdonmukaisuutta sekä sen toistettavuutta ajallisesti peräkkäisissä mittauksissa. Validiteettiin ja rehabiliteettiin liittyviä kysymyksiä kohdentuu erityisesti kyselyaineistoon. Huomioitavia asioita ovat esimerkiksi otoksen koko ja edustavuus suhteessa perusjoukkoon, aineiston keruun esittely sekä vastaajien määrä. Laadullisesti merkittävää ei ole tapausten suuri lukumäärä, vaan se, kuinka varmasti aineistosta saatu tulos pätee perusjoukossa. (Alastalo & Borg 2010; Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus voidaan tiivistää kolmeen käsitteeseen, jotka ovat uskottavuus, luotettavuus ja eettisyys. Tutkimuksen reliaabelius eli toistettavuus ja validius eli pätevyys ovat eivät laadullisessa tutkimuksessa ole aivan yhtä selkeästi esitettävissä kuin määrällisissä tutkimuksissa. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää kuvailla tarkasti henkilöt, paikat ja tapahtumat sekä niihin liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuus. Tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta kohentaa tutkimuksen luotettavuutta. Validiutta voi tarkentaa myös käyttämällä tutkimuksessa useita menetelmiä. Tästä tutkimusmenetelmien yhteiskäytöstä käytetään termiä triangulaatio. (Hirsjärvi ym. 2013, 231–232; Puusa & Juuti 2020, 175.)

Luotettavuuden eli tutkimus- tai mittaustulosten toistettavuuden sijaan laadullista tutkimusta voidaan arvioida siirrettävyydellä. Tällä tarkoitetaan pohdintaa siitä, voisivatko tutkimustulokset olla mahdollisia toisessa tutkimusympäristössä ja voitaisiinko asiaa uudelleen tutkimaan päätyä samankaltaiseen lopputulemaan. (Puusa & Juuti 2011, 156.)

Tässä tutkimuksessa keskiössä olivat ihmiset ja heidän kokemuksensa, joten ohjaavina eettisinä periaatteina toimivat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Asiakaskyselyssä läsnä olevat psykiatriset sairaanhoitajat olivat saaneet jo etukäteen saatekirjeen luettavakseen. Tutkija oli suullisesti heidät ohjannut tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutuksesta. Asiakkaat saivat myös heille laaditun saatekirjeen luettavakseen ennen kyselyyn vastaamista saadakseen tietoa tutkimuksen sisällöstä, sekä siihen osallistumisen vapaaehtoisuudesta.

Asiakaskyselyn luotettavuutta arvioitaessa suurin merkitys on ehkä sillä, että kysely psykiatristen sairaanhoitajien vastaanottokäynnin lopuksi hoitajan läsnä ollessa. Tällä toivottiin esimerkiksi kotiin lähetetyn kyselyn sijaan suurempaa vastausprosenttia. Vastausprosentti oli nyt lähes 70 % hoitajille annetusta lomakemäärästä. Kyselyyn vastaamista oli tarkoitus ehdottaa jokaiselle asiakkaalle, mutta näin ei välttämättä tapahtunut ajallisista tai henkilökemiallisista seikoista johtuen. Kaikki asiakkaat eivät halunneet kyselyyn vastata. Vastaanottokäynti saattoi olla asiakkaalle raskaskin kokemus ja loppuun ajoitettuun kyselyyn liittyi mahdollisesti väsymyksen tai hätäilyn/ kiireen tuntua. Vastauksiin on myös voinut vaikuttaa hoitajan paikallaolo; negatiivisia ajatuksia ei mahdollisesti ole haluttu tuoda julki. Koska asiakaskysely aloitettiin heti pilotointijakson alussa, ei vastanneilla juuri ollut kokemusta uusista käyttöön otetuista ”työkaluista”; Terapianavigaattorista ja ohjatusta omahoidosta hoitajien vastaanotoilla.

Hoitohenkilökunnan teemahaastatteluissa erityinen huomio kiinnitettiin henkilösuojaan liittyviin asioihin, sillä työyhteisöt olivat kooltaan pieniä. Henkilökunta sai etukäteen edellisellä viikolla sähköpostitse saatekirjeen tutkimuksen sisällöstä luettavakseen sekä haastattelun teemat mietittäväkseen. Haastattelutilaisuuksien alussa tutkittavien suostumus varmistettiin vielä suullisesti. Tutkimusaineiston käsittelyssä kiinnitettiin huomiota siihen, ettei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Tutkimusaineisto hävitetään tutkimusraportin valmistuttua.

Triangulaatio voidaan katsoa yhdeksi tutkimuksen luotettavuutta parantavaksi tekijäksi. Tutkimusaineistoon liittyväksi triangulaatiosta puhutaan, kun tietoa kerätään eri tiedonantajaryhmiltä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 144.) Tässä tutkimuksessa tietoa kerättiin asiakkailta ja hoitohenkilökunnalta miepä-prosessin toimivuuden kokonaisuuden hahmottamiseksi. Metodinen triangulaatio taas tarkoittaa useiden metodien käyttöä esimerkiksi kyselyssä. Tutkija voi kysyä samaa asiaa erityyppisin kysymyksin esimerkiksi suljetuin ja avoimin

kysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 145.) Tässä tutkimuksessa käytettiin määrällistä kyselylomaketta täydennettynä avoimella kysymyksellä. Määrällisten kysymysten toivottiin tuovan helppoutta ja nopeutta vastaamiseen, ja avoimella kysymyksellä haettiin asiakkaiden kokemuksiin liittyvää syvempää näkemystä.

Tutkija korosti rooliaan tutkijana koko tutkimusprosessin ajan. Kunta 2 tutkittavat olivat toki myös tietoisia tutkijan työskentelystä toisessa tutkimusyksikössä. Aktiivisen osallistujan rooli sekä havainnointi tutkimusmenetelmänä jätettiin tarkoituksella tästä tutkimuksesta pois. Luotettavuuteen pyrittiin raportin huolellisella kirjoittamisella. Tiedonhankintaan käytettiin apuna tiedekirjaston kirjastoinfoa ja tiedonhankintaa tehtiin kirjastojen lisäksi eri tietokannoista. Uusista menetelmistä mielenterveys- ja päihdepalveluissa etenkin Suomessa ei ole vielä tutkittua tietoa saatavilla, eikä juuri vastaavanlaisesta ulkomailtakaan.

### 9.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tässä tutkimuksessa toteutetun asiakaskyselyn lisäksi asiakkaita haastatellen asiakasymmärrystä voitaisiin vielä syventää. Etävastaanotot ovat lisääntyneet viime aikoina mielenterveys- ja päihdetyössä. Asiakaskokemuksen kartoittaminen etävastaanotoista, toisaalta myös kotiin vietävistä palveluista sekä digitaalisista työkaluista olisi tärkeää, jotta siten yhdessä kehittäen asiakaslähtöiset laadukkaat palvelut turvattaisiin jatkossakin.

Ohjattu omahoito on toimintamallina vielä tuore. Terapiat Etulinjaan tekee koko ajan omaa tilastollista seurantaansa, mutta mielenkiintoista oli pureutua lisää siihen, kuinka perinteisesti somatiikan puolella työskennelleet hoitajat omaksuvat mielenterveys- ja päihdeasiakkaat asiakkaiksi muiden joukossa.

## Lähteet

Aalto A-M., Vehko T., Sinervo T., Sainio S., Muuri A., Elovainio M., Pekurinen M. Terveydenhuollonasiakaslähtöisyys. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2017.THL, Helsinki. Saatavissa

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134728/URN\\_ISBN\\_978-952-302-880-7.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134728/URN_ISBN_978-952-302-880-7.pdf?sequence=1). Viitattu 13.1.2024.

Ahonen, T. 2017. Palvelumuotoilu Sotessa. Nummela: Painokiila Oy.

Akin menetelmäblogi. Viitattu 7.5.2023. Saatavissa

<https://tilastoapu.wordpress.com/2011/10/18/mielipideasteikon-keskiarvo/>

Alastalo, Marja & Borg, Sami. 2010. Numerolukutaito. Teoksessa Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.

<<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/metelmaopetus/>>. Viitattu 9.3.2024.

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Turenki: Hansaprint oy.

Brandon, J., Morris, D. Liiketoimintaprosessien uudistaminen. 1994. Juva: WSOY.

Delgadillo, J., Ali, S., Fleck, K., Agnew, C., Southgate, A., Parkhouse, L., ... & Barkham, M. (2022). Stratified care vs stepped care for depression: a cluster randomized clinical trial. JAMA psychiatry, 79(2). Saatavissa

<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2786974>. Viitattu 25.2.2024.

Duodecim 2022. Perusterveydenhuollon avovastaanotto toiminnan mallit sote-

järjestelmässä, Hyvä käytäntö -konsensussuositus. Viitattu 1.12.2023. Saatavissa

<https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/hsu00024/search/hyv%C3%A4%20konsensussuositus>.

Forthal, S, M.P.H., Sadowska, K, B.A., Pike, K., Ph.D., Balachander, M., B.A., Jacobsson, K., B.A., Hermosilla, S. 2021. Mental Health First Aid: A Systematic Review of Trainee Behavior and Recipient Mental Health Outcomes. Viitattu 8.4.2023. Saatavissa

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100027>.

Gerdt, B, Korkiakoski, K. 2016. Ylivoimainen asiakaskokemus. Helsinki: Talentum.

Gyllenberg, D, Bastola, K., Yunus, W., Mishina, K., Liukko, E., Kääriälä, A., Sourander, A. 2023. Comparison of new psychiatric diagnoses among Finnish children and adolescents before and during the COVID-19 pandemic: A nationwide register-based study. Viitattu

1.12.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004072>.

- Hannus, J. Prosessijohtaminen. 1994. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. 2013. Porvoo: Bookwell Oy.
- Juuti, P. 2015. Johda henkilöstö asiakaskeskeisyyteen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Juuti, P., Puusa, A. (toim). 2020. Laadullisen tutkimukset näkökulmat ja menetelmät. Tallinna: Printon Trukikoda.
- Kallinen, Timo & Kinnunen, Taina. Etnografia. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 8.5.2023 Saatavissa <<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>>.
- Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino oy – Juvenes Print.
- Kestilä L, Jokela M, Härmä V, Rissanen P (toim.). COVID-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, kevät 2021. THL, Raportti 3, 2021.
- Kielitoimiston sanakirja. 2022. Viitattu 2.12.2023. Saatavissa <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi>.
- Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T., Holopainen, A. Tarpeesta tuloksiin. Näyttöön perustuva toiminta. 2018. Saksa: Skhole.
- KvantiMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavissa <<https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>>. Viitattu 7.5.2023.
- Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>>. Viitattu 9.3.2024.
- Leemann, L. & Hämäläinen, R.-M. 2015. Matalan kynnyksen palvelut. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla [www.thl.fi/sokra](http://www.thl.fi/sokra).
- Luukkonen, I, Itälä, T., Mykkänen, J., Tamminen, M. 2012. Toiminnan ja prosessien mallintaminen: Tasot, näkökulmat ja esimerkit. Viitattu 2.12.2023. Saatavissa [https://www.researchgate.net/publication/257528716 Toiminnan ja prosessien mallintaminen Tasot nakokulmat ja esimerkit](https://www.researchgate.net/publication/257528716_Toiminnan_ja_prosessien_mallintaminen_Tasot_nakokulmat_ja_esimerkit).
- Maisonlahti, E. 2020. Organisaation resilienssin ilmeneminen kriisitilanteessa. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 2.12.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202009106951>

Metsämuuronen, J. 2000. Uuden vuosituhannen haasteet sosiaali- ja terveysalalla. Viitattu 7.5.2023. Saatavissa

file:///C:/Users/k026284/AppData/Local/Temp/MicrosoftEdgeDownloads/98eb18ef-bdb9-4180-9af4-126233977a6d/Art12PESTE-analyysi%20(1).pdf

Mikkola, I, Riekkö, M., Sipilä, R. Perusterveydenhuollon avovastaanottoiminnan mallit sote-järjestelmässä, Hyvä käytäntö konsensusuusitus. Duodecim 23.11.2022.

Saatavissa [www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/hsu00024](http://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/hsu00024). Viitattu 7.4.2023.

Nevalainen, R., Tukiainen, M., Myllymäki, R. Resilienssi. Palaudu paremmaksi järjestelmäksi, organisaatioksi ja yhteiskunnaksi. 2021. Tuusula: Ketterät kirjat Oy.

OECD: Health at a glance: Europe 82018. 22;27–28. <https://www.oecd-library.org>. Viitattu 22.3.2023

Ojasalo, K., Moilanen, T., Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Pojjula, S. Resilienssi. Muutosten kohtaamisen taito. 2018. Helsinki: Kirjapaja.

Puusniekka, R. Mielenterveyspalvelujen nykytila & nostot kehityssaihoiksi. 2022.

Rantanen, M. 2016. Tunnelmamuotoilu. Helsinki: Talentum Pro.

Rissanen, P., Stenvall, J., Pirkola, S., & Jalava, J. (2024). Luottamus mielenterveystyössä: Psykologien ja psykiatrien käsitykset luottamuksen rakentumisesta mielenterveystyössä. *Diakonian tutkimus*, (1S). Saatavissa

<https://doi.org/10.37448/dt.127388>. Viitattu 24.2.2024

Rivero-Santana, A., Perestelo-Perez, L., Alvarez-Perez, Y., Ramos-Garcia, V., Duarte-Diaz, A., Linertova, R. (2021). Stepped care for the treatment of depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 294, 391-409. Saatavissa

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503272100687X>. Viitattu 25.2.2024.

Rossom, R., Solberg, L., Vazquez-Benitez, G., Crain, A., Beck, A., Whitebird, R., Glasgow, R. The effects of patient-centered depression care on patient satisfaction and depression remission. *Family practice*, 2016, Vol.33 (6), p.649–655. Saatavissa

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/?term=10.1093/fampra/cmw068>. Viitattu 13.1.2024.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A.. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 22.4.2023. Saatavissa

<https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>.

Saarni, S. I., Nurminen, S., Mikkonen, K., Service, H., Karolaakso, T., Stenberg, J.-H., Ekelund, J. & Saarni, S. E. (2022). The Finnish Therapy Navigator – digital support system for introducing stepped care in Finland. *Psychiatria Fennica* 2022 vol. 53. Saatavissa *Psychiatria\_Fennica-2022-Saarni.pdf* (psykiatriantutkimussaatio.fi). Viitattu 13.1.2024

Sánchez-Zaballos, M., Mosteiro-Díaz, M. “Resilience Among Professional Health Workers in Emergency Services.” *Journal of emergency nursing* 47.6 (2021): 925–932.e2. Saatavissa <https://www.sciencedirect-com.ezproxy.saimia.fi/science/article/pii/S0099176720302385?via%3Dihub>. Viitattu 14.1.2024.

STM. 2023a. Mielenterveys- ja päihdelainsäädännön uudistus. Viitattu 8.4.2023. Saatavissa <https://stm.fi/mielenterveys-ja-paihdelainsaadannon-uudistus>.

STM. 2023b. Hoitotakuun tiukentaminen. Viitattu 27.8.2023. Saatavissa <https://stm.fi/hoitotakuu/ukk>.

STM. 2023 c. Mielenterveyden hoito. Viitattu 1.12.2023. Saatavissa <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>.

Suonsivu, P. 2021. Yhteistoimintajohtaminen terveydenhuollossa. E-kirja. Tampere: Books on Demand.

Terapiat Etulinjaan. Viitattu 15.5.2023. Saatavissa <https://terapiatetulinjaan.fi/>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

THL. 2021. Aikuisväestön mielenterveys ja avun hakeminen mielenterveysongelmiin – FinSote 2020. Viitattu 9.4.2023. Saatavissa [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142888/URN\\_ISBN\\_978-952-343-698-5.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142888/URN_ISBN_978-952-343-698-5.pdf?sequence=1)

THL. 2022. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 8.4.2023. Saatavissa [thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut](https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut).

THL 2024. Kansallinen mielenterveysstrategia. Saatavissa <https://thl.fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-mielenterveysstrategia>. Viitattu 9.3.2024.

Toikka, T.& Rantanen, T. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 2009. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere university press. Viitattu 10.4.2023. Saatavissa <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/100802>.

Tuomi, J, & Sarajärvi, A. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 2013. Vantaa: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Viitattu 8.5.2023. Saatavissa



[https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/lhmistieteiden\\_eettisen\\_ennakkoarviointin\\_ohje\\_2019.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/lhmistieteiden_eettisen_ennakkoarviointin_ohje_2019.pdf)

Tuulaniemi, J. 2016. Palvelumuotoilu. Helsinki: Talentum Pro.

Vehkalahti, K. 2019. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Viitattu 23.4.2023.

Saatavissa <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305021/Kyselytutkimuksen-mittarit-ja-menetelmat-2019-Vehkalahti.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Viertiö, S., Laitinen, A., Kuussaari, K., Partanen, A., Grainger, M., Therman, S., Heiskanen, M., Suvisaari, J. 2022. Kansallinen asiakaspalautekysely mielenterveys- ja päihdepalveluissa : Suunnittelu, toteutus ja tulokset. Saatavissa <https://www.julkari.fi/handle/10024/145026>. Viitattu 24.2.2024.

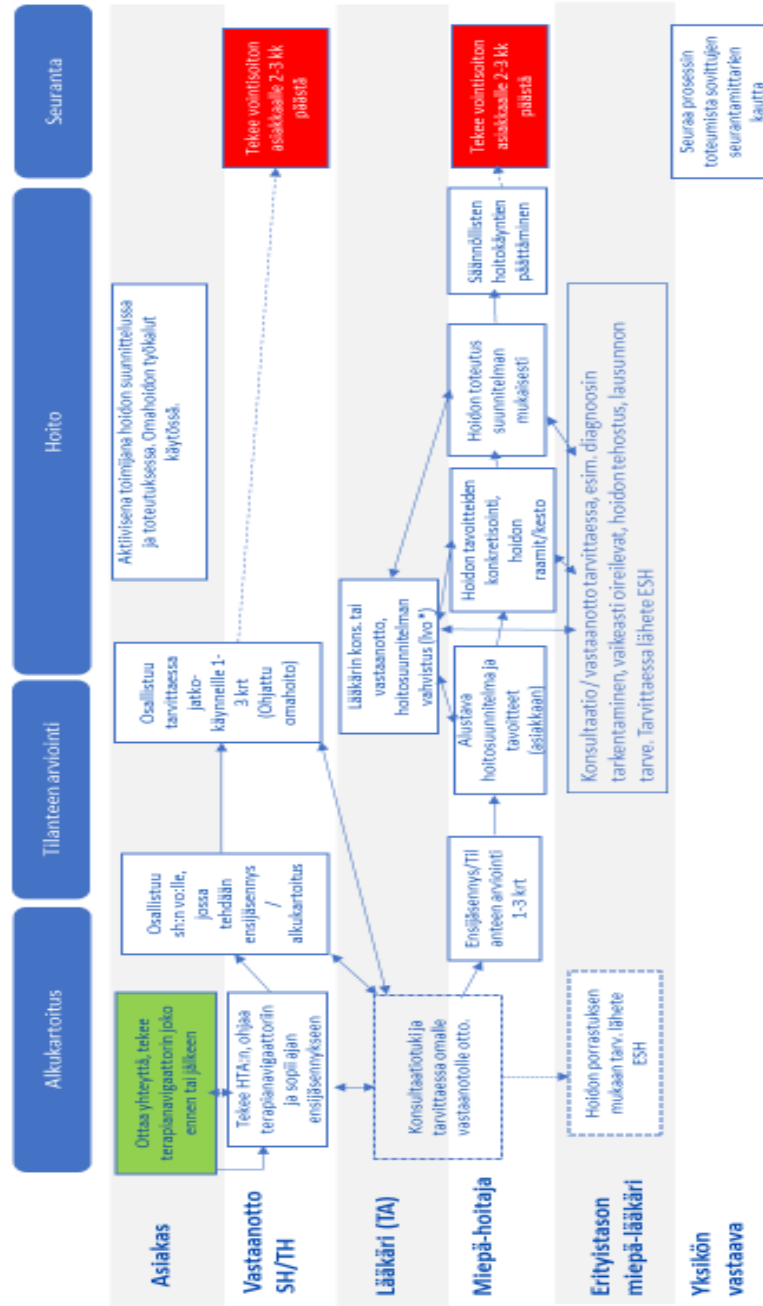
Vogus, T., McClelland, L. 2015. When the customer is the patient: Lessons from healthcare. Saatavissa <https://libkey.io/libraries/2417/articles/59824243/full-text-file>. Viitattu 13.1.2024.

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M., Kosloff, A. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Viitattu 5.4.2023. Saatavissa [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM\\_2020\\_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

Wahlbeck, Kristian; Hietala, Outi; Kuosmanen, Lauri; McDaid, David; Mikkonen, Juha; Parkkonen, Johannes; Reini, Kaarina; Salovuori, Samuel; Tourunen, Jouni. 2018. Toimivat mielenterveys – ja päihdepalvelut. Saatavissa <http://www.julkari.fi/handle/10024/136063>. Viitattu 8.4.2023.

Wicks, Robert J. Overcoming Secondary Stress in Medical and Nursing Practice: A Guide to Professional Resilience and Personal Well-Being, Oxford University Press, Incorporated, 2005. ProQuest Ebook Central. Saatavissa <http://ebookcentral.proquest.com/lib/lab-ebooks/detail.action?docID=4701374>. Viitattu 14.1.2024.

# Mielenterveys- ja päihdepalvelujen prosessi: kiireetön hoito (ei ikärajaa)



\* Suositeltavaa, että hoitaja mukana voilla

## Liite 2 Saatekirje hoitohenkilökunnalle

Hyvä hoitoyön ammattilainen,

olen yamk-opiskelija (kliininen asiantuntija) LAB ammattikorkeakoulussa ja opintoihini kuuluu opinnäytetyö. Opinnäytetyössäni arvioin mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelupolkua sekä uudistetun ja nyt pilotoitavan mielenterveys- ja päihdeprosessin käytettävyyttä kahdessa yksikössä, .... ja ..... Kokonaisuuteen huomioin niin asiakkaiden kuin hoitohenkilökunnankin näkemykset. Tulosten perusteella prosessiin esitetään tarvittavia muutoksia ennen sen varsinaista käyttöönottoa ja muille yhteistyöorganisaation terveysasemille jalkauttamista.

Asiakasymmärrys toimii lähtökohtana toimivan mielenterveys- ja päihdeprosessin uudistamisessa. Asiakkaiden kuulemiseen hoitopolkumme sujuvuudesta käytetään oheista kyselylomaketta. Toivottavaa on, että asiakas täyttää kyselyn vastaanottokäynnin lopussa. *Pyydän, että korostat asiakkaalle vastaamisen olevan vapaaehtoista mutta erittäin tärkeää.*

Vastaaminen vie vain muutaman minuutin ja asiakas voi tarvita ammattilaisen apua tietyissä kohdissa. Esimerkiksi Terapianavigaattori ja Ohjattu omahoito voivat olla monille vielä vieraita termejä. Kirjaathan loppuun hoitoon pääsyajan ja mahdollisesti muita huomioita asiakkaan yksityisyys muistaen. Asiakaskyselyä toteutetaan elokuun 2023 loppuun asti.

Asiakasymmärryksen lisäksi myös hoitohenkilökunnan hyvinvointiin, työnjakoon ja työyhteisön valmiuksiin liittyvät asiat ovat tärkeä näkökulma opinnäytetyössäni. Työskentelen esihenkilönä yhteistyöorganisaation yksikössä, joten toimin myös osana tutkittavaa organisaatiota osallistujan ja tarkkailijan roolissa koko pilotoinnin ajan. Lisäksi elokuun lopussa 2023 hoitajille järjestetään ryhmäteemahaastattelut molemmissa yksiköissä tärkeän kokemustiedon keräämiseksi.

Hyvinvointialueiden käynnistellessä toimintaansa, toivon opinnäytetyöni olevan myös kannanotto toimivien, helposti saavutettavien lähipalvelujen puolesta.

Annan mielelläni lisätietoja opinnäytetyöhöni liittyen, ja palautetta mielenterveys ja -päihdepalveluihimme liittyen voit antaa myös vapaamuotoisesti.

*Lämmin kiitos avustasi!!*

Ystävällisin terveisin

Heidi Weppling

Puh.

Sähköposti:

Liite 3 Saatekirje asiakkaille

**Hyvinvointi, YAMK**

**Saatekirje**

Hyvä asiakas,

olen yamk-opiskelija (kliininen asiantuntija, hoitotyö) LAB ammattikorkeakoulussa ja opintoihini kuuluu opinnäytetyö. Opinnäytetyössäni arvioin mielenterveys- ja päihdepalvelujen toimivuutta terveysasemalla. Kokonaisuuteen huomioin niin asiakkaiden kuin hoitohenkilökunnankin näkemykset.

Tärkeän asiakasnäkökulman kartoittamiseksi toivon, että täytät oheisen kyselylomakkeen vastaanottokäynnin lopuksi. Vastaaminen vie vain muutaman minuutin ja tarvittaessa voit pyytää hoitajalta apua epäselviin kohtiin. *Oletko saanut apua oikea-aikaisesti ja helposti? Mitä mieltä olet mielenterveys- ja päihdepalveluistamme?*

Vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja voit keskeyttää sen halutessasi. Henkilötietoja ei kerätä ja antamianne vastauksia käsitellään luottamuksellisesti siten, että yksittäistä vastaajaa ei voi tunnistaa.

Annan mielelläni lisätietoja opinnäytetyöhöni liittyen, ja palautetta mielenterveys ja -päihdepalveluihimme liittyen voit antaa myös vapaamuotoisesti sähköpostitse.

Ystävällisin terveisin

Heidi Weppling

Puh:

Sähköposti:

## Liite 3

KYSELY MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUISTA

## IKÄRYHMÄ

 17-vuotias tai alle 18–64-vuotias 65-vuotias tai yli

## KUINKA ENSIMMÄINEN YHTEYDENOTTOSI TERVEYSASEMALLE TAPAHTUI ÄSKEISTÄ VASTAANOTTOASI KOSKIEN?

 Soitto terveysasemalle hoitajalle eli hoidon tarpeen arvion kautta Soitto/ käynti ja pyynnöstä Terapianavigaattori Terapianavigaattori ja yhteydenotto sen jälkeen Soitto suoraan psykiatriselle sairaanhoitajalle Kouluterveydenhoitajan kautta Sähköinen yhteydenotto, mikä? \_\_\_\_\_ Hyvinvointialueen kautta, mistä? \_\_\_\_\_ Joku muu taho, kuka? \_\_\_\_\_

## KUINKA HOITOPOLKU ETENI YHTEYDENOTON JÄLKEEN? NUMEROI JÄRJESTYKSESSÄ YKSI TAI USEAMPI KOHTA.

 Käynti vastaanoton hoitajan luona \_\_\_\_\_ kertaa Ohjattu Omahoitopolku Käynti yleislääkärin vastaanotolla Käynti psykiatrisella sairaanhoitajalla \_\_\_\_\_ kertaa Käynti/ etävastaanotto psykiatrilla Erikoissairaanhoito Jotakin muuta, mitä?

---



---



---

KUVAA KOKEMUSTASI KÄYTTÄMISTÄSI MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUISTA RASTITAMALLA SOPIVIN VAIHTOEHTO SEURAAVAAN TAULUKKON ASTEIKOLLA 1-5, JOSSA YKSI ON ERITTÄIN TYYTYMÄTÖN JA 5 ERITTÄIN TYYTYVÄINEN.

	Erittäin tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytymätön eikä tyytyväinen	Melko tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
Yhteyden saaminen terveysasemalle					
Hoitoon pääsyn oikea-aikaisuus					
Terapianavigaattorin käyttö					
Ohjattu omahoito-malli					
Palvelupolkusi kokonaisuutena					

Mitä olisit toivonut tehtäväksi toisin? Kehittämisehdotuksia?

Entä onnistuimmeko jossakin erityisen hyvin?

Vapaa sana Terapianavigaattorin käyttöön liittyen

---



---



---



---



---



---



---



---



---

**LÄMMIN KIITOS VASTAUKSESTASI!**

Hoitaja täyttää, aika yhteydenotosta ensimmäiseen vastaanottoon:

vrk

#### Liite 4 Ryhmähaastattelun teemat

##### RYHMÄHAASTATTELUN TEEMAT OVAT SEURAAVAT:

Hoitohenkilöstön kokemukset uudistetusta miepä- prosessista

- Käytettävyys
- Asiakslähtöisyys
- Työnjako
- Työaika
- Työssä jaksaminen

Hoitohenkilöstön näkemykset miepä-prosessin vaikutuksista

- asiakkaisiin
- hoitohenkilöstöön
- organisaatioon
- sidosryhmiin
- talouteen
- ympäristöön