



# Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia etäsosi- aaliohjauksesta

Katja Aarnio

2025 Laurea





Laurea-ammattikorkeakoulu

## Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia etäsosiaaliohjauksesta

alan muutoksessa, YAMK

Katja Aarnio  
Johtaminen ja kehittäminen sote-

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2025



Johtaminen ja kehittäminen sote-alan muutoksessa (YAMK)

Katja Aarnio

**Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia etäsosiaaliohjauksesta**

Vuosi

2025

Sivumäärä

44

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mielenterveyskuntoutujien kokemuksia etäsosiaaliohjauksesta ja tavoitteena on kehittää etäpalveluiden saavutettavuutta, laatua ja asiakaslähtöisyyttä. Digitalisaation ja koronapandemian myötä etäpalveluiden käyttö on lisääntynyt, mutta samalla on tunnistettu haasteita liittyen digitaaliseen syrjäytymiseen, palveluiden vaikuttavuuteen ja sosiaaliohjaajien ammatillisiin valmiuksiin palveluiden digitalisoiduessa. Opinnäytetyö tehtiin Helsingin kaupungille toimeksiantona Asumisen digi- hankkeelle.

Opinnäytetyö toteutettiin integratiivisena kirjallisuuskatsauksena, jossa analysoitiin aiempia tutkimuksia ja käytännön kokemuksia etäsosiaaliohjauksesta. Tutkimuksen perusteella nousi esiin useita keskeisiä kehityskohteita, kuten digitaitojen vahvistaminen mielenterveyskuntoutujille, teknologian ja laitteiden saatavuuden parantaminen sekä hybridiratkaisujen kehittäminen, joissa yhdistetään etä- ja lähipalvelut. Lisäksi sosiaaliohjaajien koulutusta ja moniammatillista yhteistyötä tulisi vahvistaa.

Kehittämissuunnitelmassa esitetään konkreettisia toimenpiteitä etäpalveluiden parantamiseksi, kuten digitaitokoulutusten järjestäminen ja teknisten tukipalveluiden tarjoaminen.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että etäsosiaaliohjaus voi olla tehokas ja joustava ammatillinen työmenetelmä, mutta sen onnistuminen edellyttää systemaattista kehittämistyötä. Kehitetyt toimenpiteet edistävät mielenterveyskuntoutujien digiosallisuutta ja hyvinvointia sekä parantavat etäpalveluiden saavutettavuutta ja laatua.

Asiasanat: Mielenterveyskuntoutuja, mielenterveyspalvelut, sosiaaliohjaus, etäsosiaaliohjaus

Katja Aarnio

Experiences of Mental Health Rehabilitees in Remote Social Counseling

Year

2025

Pages

44

---

The purpose of this thesis was to examine the experiences of mental health rehabilitation clients regarding remote social counseling and to improve the accessibility, quality, and client-centeredness of remote services. With the rise of digitalization and the impact of the corona pandemic, the use of remote services has increased. However, challenges have also been identified, including digital exclusion, service effectiveness, and the professional competencies of social counselors in the digitalization of services. The thesis was conducted for the City of Helsinki as commissioned by the Asumisen digi project.

This thesis was carried out as an integrative literature review, analyzing previous studies and practical experiences related to remote social counseling. The study highlighted several key areas for development, such as strengthening digital skills among mental health rehabilitation clients, improving access to technology and devices, and developing hybrid solutions that combine remote and in-person services. Additionally, the training of social counselors and interdisciplinary collaboration should be enhanced.

The development plan presents concrete measures to improve remote services, such as organizing digital skills training and providing technical support services.

The results of the study show that remote social counseling can be an effective and flexible professional working method, but its success requires systematic development efforts. The proposed measures contribute to enhancing the digital participation and well-being of mental health rehabilitation clients while improving the accessibility and quality of remote services.

Keywords: Mental health, mental health services, social counseling, remote social counseling

## Sisällys

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 1   | Johdanto.....   | 8  |
| 2   | Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys .....  | 10 |
| 3   | Mielenterveyskuntoutajat .....  | 10 |
| 3.1 | Kuntoutuksen osa-alueet .....   | 12 |
| 3.2 | Mielenterveyskuntoutujien sosiaalipalvelut .....  | 13 |
| 3.3 | Koronaviruspandemian vaikutus mielenterveyskuntoutujien sosiaalipalveluihin .                           | 15 |
| 3.4 | Mielenterveyskuntoutujien asumisen tuki .....   | 16 |
| 4   | Sosiaaliohjaus asumisen tuessa.....   | 17 |
| 4.1 | Asumisen tuki .....   | 19 |
| 4.2 | Mielenterveyskuntoutujien kanssa tehtävä lähityö.....   | 22 |
| 4.3 | Etäpalvelu .....  | 23 |
| 4.4 | Etäohjaus ja etäsosiaaliohjaus .....  | 24 |
| 5   | Mielenterveyskuntoutujien digiosallisuus .....  | 25 |
| 5.1 | Digikuilut ja haavoittuvat ryhmät .....   | 26 |
| 5.2 | Haavoittuvien ryhmien digiosallisuuden vahvistaminen lisää sote-ammattilaisten osaamisvaatimuksia ..... | 27 |
| 6   | Integratiivinen kirjallisuuskatsaus osana opinnäytetyötä ja prosessin eteneminen.....                   | 29 |
| 6.1 | Kirjallisuuskatsauksen periaatteita .....   | 29 |
| 6.2 | Integratiivinen kirjallisuuskatsaus tutkimuksista .....   | 29 |
| 6.3 | Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen prosessi .....   | 30 |
| 6.4 | Opinnäytetyön tiedonhaun eteneminen .....   | 31 |
| 6.5 | Tutkimusten analysointi.....  | 33 |
| 6.6 | Opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten analyysi.....  | 36 |
| 7   | Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tulokset.....  | 36 |
| 7.1 | Yhteenvetoa valituista tutkimuksista .....  | 36 |
| 7.2 | Tutkimusten tulokset .....  | 37 |
| 8   | Pohdinta .....  | 39 |
| 9   | Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden arviointia.....   | 40 |
| 10  | Kehittämissuunnitelma .....   | 42 |
|     | Lähteet.....  | 45 |
|     | Kuvat .....   | 55 |
|     | Liitteet .....  | 56 |

## 1 Johdanto

Mielenterveyskuntoutuja on henkilö, joka on toipumassa ja pystyy hallitsemaan mielenterveyden haasteitaan. (Nieminen 2017, 18-19). Sosiaalihuolto tukee mielenterveyskuntoutujia heidän psyykkisen toimintakykynsä heikentyessä tarjoamalla asumispalveluita, sosiaalityötä, sosiaaliohjausta ja kuntoutusta. Lisäksi esimerkiksi kuntouttava työtoiminta ja perhetyö voivat auttaa mielenterveyskuntoutujia arjen hallinnassa ja toipumisessa. (STM 2024a.) Esimerkiksi Helsingin kaupunki tarjoaa sosiaalipalveluna asumisen tukea täysi-ikäisille mielenterveyskuntoutujille. Asumisen tuki kytkeytyy hyvinvointialueiden mielenterveystyöhön, joka tarjoaa tukea mielenterveyden edistämiseen ja palveluiden järjestämiseen. Tuettu asuminen tarkoittaa asumista soluasunnossa, omassa kodissa, palveluntarjoajan järjestämässä itsenäisessä asunnossa tai asumisyksikössä. Asumisyksikössä mielenterveyskuntoutuja voi asua joko itsenäisessä asunnossa tai ryhmäkotimaisessa ympäristössä. Tuetussa asumisessa asukas saa apua, tukea, ohjausta ja neuvontaa arjen asioiden hoitamiseen, toimintakyvyn ylläpitämiseen sekä osallisuuden ja elämänhallinnan vahvistamiseen. (Helsingin kaupunki 2024a.)

Mielenterveyskuntoutujalle on tärkeää taata kokonaisvaltainen ja jatkuva hoito, joka sisältää tarvittaessa myös yleisterveyden hoidon. Hoito alkaa yleensä perusterveydenhuollosta, mutta voi tarvittaessa jatkua erikoissairaanhoidossa, esimerkiksi psykiatrian poliklinikoilla tai sairaalahoitossa. Mielenterveyspalvelut suunnitellaan yhteistyössä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon kanssa, jotta ne muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden ja tukevat myös ehkäisevää mielenterveystyötä hyvinvointialueilla ja kunnissa. (STM 2024a.) Vuonna 2020 julkaistu kansallinen mielenterveysstrategia pyrkii varmistamaan, että mielenterveystyö säilyy pitkäjänteisenä ja tavoitteellisenä aina vuoteen 2030 saakka. Strategiassa korostetaan mielenterveyden tärkeää roolia muuttuvassa ja kehittyvässä yhteiskunnassa. (THL 2024a.)

STM:n (2020) mukaan mielenterveyskuntoutujia on Suomessa asumispalveluissa noin 7500 ja päihdehuollon asumispalveluissa 6000. Mielenterveyden häiriöt ja päihdehäiriöt esiintyvät usein yhtä aikaa. Esimerkiksi masennusta sairastavista noin 10-30 prosentilla on myös päihdehäiriö. Mielenterveyshäiriöt ovat yleisimpiä ensisuojuissa majoittuvilla asunnottomilla, syrjäytyneillä nuorilla, vangeilla ja hiljattain maahan muuttaneilla turvapaikanhakijoilla. (STM 2020, 32-33.) OECD:n mukaan mielenterveyden häiriöistä aiheutuu Suomessa vuosittain noin 11 miljardin euron kustannukset, jotka muodostuvat työmarkkinoiden menetyksistä, terveydenhuollon kuluista ja sosiaaliturvasta. Vaikka mielenterveyden häiriöt ovat nykyään yleisin työkyvyttömyyden syy fyysisten sairauksien sijaan, mielenterveyspalveluiden rahoitusta ei ole kasvatettu samassa tahdissa muun terveydenhuollon kanssa. Vuonna 2021 mielenterveyspalveluiden osuus terveydenhuollon menoista oli vain 4,5 %, ja psykiatriseen hoitoon suunnattu

rahoitus erikoissairaanhoidossa on vähentynyt merkittävästi. Tämä epätasapaino lisää eriarvoisuutta, sillä varakkaammat saavat apua helpommin kuin heikommassa asemassa olevat. Kuitenkin itsemurhien vähenemisessä on tapahtunut myönteistä kehitystä, erityisesti miesten kohdalla, vaikka luvut ovat Suomessa edelleen noin viidenneksen korkeammat kuin muissa Pohjoismaissa. Toimivammat mielenterveyspalvelut voisivat ehkäistä ongelmien siirtymistä sukupolvelta toiselle ja tasata hyvinvointieroja. (OECD 2018; Mieli 2024.)

Koronapandemia vauhditti digitaalisten palveluiden, kuten etäpalveluiden käyttöä. Vuonna 2020 etäpalveluiden käyttö avoterveydenhuollossa kasvoi kahdeksan prosenttiyksikköä, kattuen 30 % kaikista palveluista. Etäpalveluiden rooli mielenterveystyössä on erityisen ajankohtainen, sillä viimeaikaiset tapahtumat ja sosiaali- ja terveysalan kehityssuunnat viittaavat niiden käytön lisääntyvän myös tulevaisuudessa. (Kyytsönen, Vehko, Jormanainen, Aalto & Mölläri 2021, 1.) Helsingin kaupungilla on käynnissä Asumisen digi- hanke (2022-2025), joka on osa Suomen kestävä kasvun ohjelmaa. Hankkeen erityisenä tavoitteena on selvittää mielenterveyskuntoutujien kokemuksia etäsosiaaliohjauksesta sekä tunnistaa keinoja, jotka edistävät etäpalvelujen kehittämistä. Tutkimuksen kohteena ovat Asumisen tuen asiakkaat. (Helsingin kaupunki 2024b.)

Rantasen, Juujärven, Silvennoisen & Järveläisen (2023) mukaan digitalisaatio muuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon perinteisiä kasvokkain toteutettavia palveluita yhä enemmän etäpalveluiksi. Tämä vaatii ammattilaisilta kykyä toimia tehokkaasti verkkovälitteisessä vuorovaikutuksessa ja hallita uusia työskentelytapoja. Samalla digitaalisen syrjäytymisen mekanismit, kuten riittämättömät digitaidot tai teknologian puute, ovat jääneet keskusteluissa vähälle huomiolle. Erityisesti haavoittuvassa asemassa olevat, kuten ikääntyneet, maahanmuuttajat, vangit ja mielenterveyskuntoutujat, ovat riskissä jäädä palveluiden ulkopuolelle. Syrjäytymisen esteitä voivat olla esimerkiksi internet-yhteyden ja älylaitteiden puuttuminen tai heikot digitaitojen ja asenteiden tasot, mikä vaikeuttaa osallistumista digitaaliseen vuorovaikutukseen. (Rantanen ym. 2023.)

Tämän opinnäytetyön idea syntyi syksyllä 2023, kun Helsingin kaupungin Asumisen digi -hankkeeseen etsittiin opinnäytetyön tekijöitä. Minua kiinnosti digitalisaation vaikutus palvelujen kehittämiseen ja sen tarjoamat mahdollisuudet haavoittuvassa asemassa oleville mielenterveyskuntoutujille. Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää mielenterveyskuntoutujien hyviä ja huonoja kokemuksia etäsosiaaliohjauksesta ja kartoittaa etäpalveluiden kehittämismahdollisuuksia integratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyö tuottaa tietoa, jonka avulla palveluita voi kehittää ja mukauttaa etäpalveluita kohderyhmän tarpeisiin. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Helsingin kaupungin ja Asumisen tuen kanssa osana Asumisen digi -hanketta.

## 2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyössä tarkoituksena on selvittää asumispalveluissa asuvien ja etäsosiaaliohjausta saavien mielenterveyskuntoutujien kokemuksia etäpalveluista sosiaaliohjauksessa, tukien Asumisen digi -hankkeen kehittämistyötä. Tavoitteena on parantaa hankkeen palveluiden sisältöä ja toteutusta vastaamaan paremmin kuntoutujien tarpeita. Opinnäytetyön tuottama tieto auttaa kehittämään etäpalveluja osaksi näitä tukimuotoja ja sosiaalihuollon ammatillisia toimintamalleja.

Kirjallisuuskatsauksella pyritään selvittämään, millaisia tutkimuksia on tehty Suomessa ja kansainvälisesti mielenterveyskuntoutujien saamista etäpalveluista ja heidän kokemuksistaan, niin myönteisistä kuin kielteisistä.

### **Tutkimuskysymys:**

Miten mielenterveyskuntoutujien hyviä ja huonoja kokemuksia saamastaan etäsosiaaliohjauksesta on kuvattu tutkimuksissa?

## 3 Mielenterveyskuntoutajat

Mielenterveyskuntoutajat ovat merkittävä asiakasryhmä sosiaali- ja terveydenhuollossa, ja kuntoutujien tarpeet vaihtelevat huomattavasti yksilöllisesti. Mielenterveystyön tavoitteena on tukea kuntoutujien toimintakykyä ja itsenäistä elämää.

Mielenterveyden hoito käsittää potilaan opastuksen, neuvonnan ja tarvittaessa psykososiaalisen tuen. Lisäksi hoitoon kuuluu mielenterveyshäiriöiden ehkäisy, tutkiminen, hoitaminen sekä lääkkeellinen kuntoutus, joita tarjotaan monipuolisina palveluina. Potilaalle tulee taata kaikki hänen tarvitsemansa terveys- ja sairaanhoidon palvelut sekä hoidon jatkuvuus. Terveyden- ja sairaanhoidon kokonaisuudella tarkoitetaan esimerkiksi perusterveyden hoitoa. (STM 2024a.)

Mielenterveyden hoito perustuu ensisijaisesti perusterveydenhuoltoon, mutta sitä tarjotaan myös erikoissairaanhoidossa, esimerkiksi psykiatrian poliklinikoilla ja sairaalahoidossa. Hoito toteutetaan usein yhteistyössä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Mielenterveyden hoidon tulee olla osa yhtenäistä kokonaisuutta, joka toimii yhdessä muun sosiaali- ja terveydenhuollon sekä ehkäisevän mielenterveystyön kanssa hyvinvointialueilla ja kunnissa. (STM 2024a.)

Sosiaalihuollon mielenterveystyö tukee niitä, joiden psyykinen toimintakyky on heikentynyt. Se tarjoaa asumispalveluja, sosiaalityötä, ohjausta ja kuntoutusta mielenterveyskuntoutujille.

Myös muut sosiaalipalvelut, kuten kuntouttava työtoiminta ja perhetyö, voivat tukea kuntoutujien arkea ja toimintakykyä. (STM 2024a.)

Vuonna 1992 voimaan tulleessa laissa potilaan asemasta oikeuksista (785/1992) määrätään, että potilasta on kohdeltava arvokkaasti ja kunnioittaen hänen yksityisyyttään ja vakaumustaan. Laki näkee potilaan usein passiivisena hoidon kohteena, joka on riippuvainen ammattilaisen asiantuntemuksesta. Viime vuosina termi "potilas" on kuitenkin alettu korvata käsitteellä "asiakas," jota on perinteisesti käytetty sosiaalipalveluissa. Asiakasta koskeva Laki asiakkaan asemasta ja oikeudesta (812/2000) edellyttää asiakkaan ihmisarvon ja yksityisyyden kunnioittamista sekä mahdollisuutta vaikuttaa hoitoonsa, mikä korostaa asiakkaan aktiivista roolia. (Paalanen 2017, 4-5.)

Käsite "kuntoutus" tuli Suomeen 1940-luvun lopulla, aluksi muodoissa "kuntouttaminen" ja "kuntoutuminen," joilla korostettiin kuntoutujan omaa panosta. Kuntoutus kohdistuu vammaisten, sairaiden tai toimintarajoitteisten henkilöiden hyvinvoinnin ja toimintakyvyn parantamiseen. Kuntoutus perustuu lainsäädäntöön, joka määrittelee eri toimijoiden vastuut. Ennaltaehkäisevät toimet, kuten yleinen terveyden edistäminen, jäävät kuitenkin tämän lakisäänteisen kuntoutuksen ulkopuolelle. (Paalanen 2017, 4-5.)

Mielenterveyskuntoutuja on henkilö, joka on toipumisprosessissa ja kykenee hallitsemaan sairautensa (Nieminen 2017, 18-19). Kielitoimiston sanakirjassa (2024) mielenterveyskuntoutuja määritellään henkilöksi, joka on kuntoutettavana tai kuntoutuva mielenterveysongelmien vuoksi. (Kielitoimisto 2024). Verhaeghe & Bracke (2011) käyttävät termiä "mental health service user" henkilöstä, joka käyttää mielenterveyspalveluja mielenterveysongelmien vuoksi (Verhaeghe & Bracke, 2011).

Sharfsteinin ja Dickersonin (2006), Bassmanin (2006) tutkimuksien mukaan toisena yleisenä käsitteenä käytetään "mental health consumer"-käsitettä, joka viittaa henkilöön, joka valitsee itsenäisesti käyttämiään palveluita. Tämä käsite korostaa kuntoutujan aktiivista roolia omassa hoidossaan ja oikeuksiensa puolustamisessa. Joissakin tapauksissa käsite "consumer" viittaa henkilöön, joka on saanut diagnoosin tai hoitoa psyykkiseen sairauteensa joko sairaalassa tai muissa mielenterveyspalveluissa. (Sharfstein & Dickerson 2011; Bassman 2006.)

Eri käsitteiden käyttö sosiaali- ja terveydenhuollossa on tuonut omat haasteensa, ja palveluiden yhdistäminen lisää niitä edelleen. Sote-uudistuksen myötä organisaatiokulttuurien kohtaamiseen tuli valmistautua. Uudistus lisäsi myös asiakkaiden valinnanvapautta. Suomessa potilaalla on oikeus valita kiireettömän hoidon osalta hoitopaikkansa julkisessa terveydenhuollossa. Hän voi itse päättää, mille terveysasemalle hakeutuu perusterveydenhuollossa ja missä erikoissairaanhoidon yksikössä saa hoitoa. Terveysasemaa voi vaihtaa kirjallisesti kerran vuodessa, ja jos potilas oleskelee pidempään toisella paikkakunnalla, hän voi saada hoitoa siellä hoitosuunnitelmansa mukaisesti. Erikoissairaanhoidon kohdalla hoitopaikka päätetään

yhteistyössä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa. Potilaalla on myös mahdollisuus valita hoitava lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattilainen, jos se on mahdollista hoitopaikan käytäntöjen puitteissa. Jatkohoito pyritään järjestämään niin, että potilas voi jatkaa hoitoa aiemmin häntä hoitaneen lääkärin tai hammaslääkärin luona, mikäli se on mahdollisesti perusteltua. Valinnanvapautta koskevat säännöt on määritelty Terveydenhuoltolaissa (1326/2010). (Paalanen 2017, 5; STM 2023.) Kunta voi siirtää terveysaseman toiminnan yksityisen yrityksen hoidettavaksi tai tarjota palveluseleitä, joiden avulla asukkaat voivat käyttää yksityisiä terveystalouksia kunnan järjestämisvastuun mukaisesti (Suomen lääkäriliitto 2021).

McGurk & Wykes (2008) ja Tan (2009) tuovat esille, että psyykkisesti sairastuneilla henkilöillä on usein haasteita kognitiivisissa toiminnoissa. Kognitiivisiin toimintoihin kuuluvat muun muassa tarkkaavaisuus, muisti, keskittymiskyky, oppiminen, päättelykyky ja ongelmanratkaisu. Mielenterveyskuntoutujien kognitiivinen kuntoutus pyrkiikin parantamaan heikentyneitä kognitiivisia toimintoja kohdennettujen harjoitusten avulla. Kuntoutuksessa pyritään lisäksi edistämään sosiaalista kognitiota, joka muodostaa perustan sosiaalisille taidoille sekä motorisia toimintoja. (McGurk & Wykes 2008; Tan 2009.)

Järvikosken (2013, 51) mukaan mielenterveyskuntoutus on noussut merkittäväksi teemaksi Suomessa 2000-luvulla, osoittaen ymmärrystä ihmisten tarpeista erilaisissa elämäntilanteissa. Se ei rajoitu vain diagnosoitujen psykiatristen sairauksien hoitoon, vaan kattaa myös vaikeiden kriisien ja uupumuksen kuntoutuksen. Mielenterveyskuntoutuksen käsite korvaa siis psykiatrisen kuntoutuksen käsitteen, joka sisälsi lääketieteellisiä sävyjä, vähemmän leimaavalla termillä, joka sopi paremmin yhteen asiakaslähtöisten toimintatapojen ja sosiaalisen vammauskäsityksen kanssa. Englanninkielisen termin "psychiatric rehabilitation" rinnalle nousi vastaavista syistä termi "psykososiaalinen kuntoutus" psychosocial rehabilitation. (Mutschler, Rouse, McShane & Habal-Brosek 2018).

### 3.1 Kuntoutuksen osa-alueet

Whitleyn & Draken (2010) sekä Kopelowiczin & Libermanin (2003) tutkimuksien mukaan perinteisesti kuntoutuksen osa-alueet jaetaan lääkinälliseen, ammatilliseen ja sosiaaliseen. Näiden osa-alueiden tavoitteet vaihtelevat sairauden haittojen vähentämisestä ja työelämään integroitumisesta arkielämän taitoihin ja sosiaaliseen selviytymiseen. Toipumisen käsite korostaa oireiden hallintaa, elämäntapojen merkitystä sekä sosiaalista toimintakykyä ja sisältää myös toivon ja voimaantumisen tunnetta. Tärkeää on myös sitoutuminen mielekkääseen toimintaan, joka voi olla esimerkiksi työ tai muu aktiivinen osallistuminen. Tämä edustaa myös mielenterveyskuntoutuksen keskeistä päämäärää, joka pyrkii palauttamaan psyykkisesti sairastuneiden optimaalisen toimintakyvyn ja vähentämään heidän tarvettaan ammattilaisapuun.

(Whitley & Drake, 2010; Kopelowicz & Liberman 2003.) Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta (2014, 302) mainitsevat yllä olevien lisäksi vielä kasvatuksellisen kuntoutuksen.

Järvikosken (2013) mukaan määrittely kuntoutuksen eri osa-alueiden osalta on haastavaa niiden monimutkaisuuden ja limittyvyyden takia. Hän kirjoittaa myös Maailman terveysjärjestön WHO:n (World Report on Disability, 2011) korostaneen eri sektoreiden välistä monialaista yhteistyötä, joka tapahtuu sosiaalialan, terveydenhuollon, kasvatuksen ja työllisyyden ammattilaisten välillä. Tämä integroitu lähestymistapa on keskeinen kuntoutuksen tehokkuuden ja kokonaisvaltaisen tuen kannalta. (Järvikoski 2013, 57.)

McGurkin & Wykes (2008) ja Tan (2009) tuovat esille, että psyykkisesti sairastuneiden henkilöiden kognitiivisissa toiminnoissa on usein haasteita. Näitä toimintoja ovat muun muassa tarkkaavaisuus, muisti, keskittyminen, oppiminen, päättely ja ongelmanratkaisu. Laukkalan, Tuiskun, Fransmanin ja Vorman (2015, 1510) mukaan kognitiivinen kuntoutus pyrkii parantamaan heikentyneitä kognitiivisia toimintoja kohdennettujen harjoitusten avulla. Tuulio-Henrikssonin (2014) mukaan kuntoutuksessa pyritään lisäksi edistämään sosiaalista kognitiota, joka muodostaa perustan sosiaalisille taidoille sekä motorisia toimintoja.

### 3.2 Mielenterveyskuntoutujien sosiaalipalvelut

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa sosiaalipolitiikan linjauksista ja sosiaalihuollon lakien valmistelusta. Sosiaalihuolto sisältää toimenpiteitä, jotka tukevat ihmisten hyvinvointia ja turvallisuutta. Sosiaalipalvelut perustuvat sosiaalihuoltolakiin ja erityislainsäädäntöön, ja hyvinvointialueiden asukkaille taataan oikeus saada tarpeisiinsa räätälöityjä palveluja erityisesti kiireellisissä tilanteissa, jotta heidän perustarpeensa voidaan turvata. (STM 2024b.)

Sosiaalihuoltolain palvelut tarjoavat monipuolista apua erilaisiin tarpeisiin, kuten arjen sujumiseen, perheiden tukemiseen, talousvaikeuksiin sekä mielenterveys- ja päihdehaasteisiin. Palveluihin sisältyvät esimerkiksi sosiaalityö, sosiaaliohjaus, asumisen tuki, mielenterveys- ja päihdetyö, kotihoito ja liikkumisen apu. Kuntoutuksen tuen tarve arvioidaan nopeasti, ja arviointi käynnistetään viipymättä. Kuntoutuja saa tietoa oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan sekä apua nimetyn omatyöntekijän kautta, jonka avulla järjestetään tarvittavat palvelut. (STM 2024b.)

Vuoden 2023 alussa voimaan tullut lainsäädäntö tarkensi mielenterveys- ja päihdepalvelujen sääntelyä osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Uudistuksen tavoitteena on parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua sekä vähentää kuntoutujiin kohdistuvaa leimautumista. Selkeämmät vastuunjaot sosiaali- ja terveydenhuollossa helpottavat yhteistyötä, tehostavat palvelukokonaisuuksia ja edistävät palvelujen integrointia. (STM 2024c.)

Mielenterveyspalvelut tarkoittavat toimintaa, jolla pyritään ehkäisemään ja hoitamaan mielen terveyden häiriöitä sekä lievittämään niiden vaikutuksia. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa palveluja koskevasta lainsäädännöstä ja hoitoon pääsyä koskevista määräyksistä. Valvira ja aluehallintovirastot (AVI) valvovat palveluiden laatua ja toteutumista. (THL 2023a.)

Sosiaalihuollon mielenterveyspalveluihin sisältyvät esimerkiksi neuvonta, ohjaus ja tarvittaessa asumispalvelut sekä psykososiaalinen tuki yksilöille ja perheille. Hoidon monimuotoisuutta tuetaan tarjoamalla perusterveydenhuollon yhteydessä sähköisiä omahoitopalveluja, kuten nettiterapiaa. Erikoissairaanhoidossa jatkuu laaja palveluvalikoima, johon kuuluu kotiin ja kouluihin vietävät liikkuvat palvelut, mikä vähentää sairaalahoitoa ja parantaa hoidon jatkuvuutta hoitoyksiköiden välillä. Yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tiivistetään, jotta hoidon eri tasot toimivat saumattomasti. Sosiaalihuollon palvelut, kuten asumispalvelut, sovitetaan yhteen terveydenhuollon kanssa tukemaan kuntoutujien kuntoutumista ja helpottamaan hoitoon pääsyä. (STM 2024c.)

Mielenterveyden hoidon tulee olla osa laajempaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuutta, johon kuuluu myös ennaltaehkäisevä työ hyvinvointialueilla ja kunnissa. Sosiaalihuolto puolestaan tukee mielenterveyskuntoutujia tarjoamalla esimerkiksi asumispalveluja, sosiaaliohjausta ja kuntouttavaa työtoimintaa, jotka edistävät psyykkisen toimintakyvyn vahvistumista. (STM 2024d.)

Kuntoutus on mielenterveyshäiriöiden hoitomuoto, jonka tavoitteena on auttaa mielenterveyskuntoutujaa vakauttamaan arkeaan. Mielenterveyskuntoutuksessa pyritään vahvistamaan kuntoutujan elämänhallintaa, tukemaan hänen sosiaalista selviytymistään ja osallistumistaan yhteiskuntaan. Kuntoutus rakentuu kuntoutujan itse asettamien, saavutettavissa olevien ja merkityksellisten tavoitteiden pohjalle, ja sen onnistuminen edellyttää kuntoutujan omaa sitoutumista prosessiin. (Autti-Rämö & Salminen 2016, 14.)

Kuntoutujalle tehdään lain mukainen (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) kuntoutussuunnitelma. Mielenterveyskuntoutuja toimii aktiivisesti ja tasa-arvoisena osapuolena sekä oman elämänsä asiantuntijana, osallistuen kuntoutuksensa tavoitteiden ja sisällön suunnitteluun (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2017, 7). Osallistuminen lisää hänen motivaatiotaan ja tukee sitoutumista kuntoutusprosessiin. Kuntoutukselle asetetaan sekä pitkän että lyhyen aikavälin tavoitteita. Lyhyen aikavälin tavoitteiden on hyvä olla konkreettisia, sopivan pieniä ja helposti arvioitavia. Kuntoutujalle tärkeiden tavoitteiden saavuttaminen tuo onnistumisen kokemuksia. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 202.)

Helminen (2021) mukaan sosiaaliohjauksen teoreettista perustaa ja sen asemaa tulisi vahvistaa uusissa soterakenteissa. Sosiaalialan ammattikorkeakouluverkosto aloitti toukokuussa 2021 työn tämän tavoitteen saavuttamiseksi ja suunnittelee hankerahoituksen hakemista

kehitystyön tueksi. Diakonia-ammattikorkeakoulun yliopettaja Helminen korostaa, että nyt on oikea aika keskittyä sosiaaliohjaukseen, erityisesti sote-uudistuksen myötä. Hankkeen alkuvaiheessa pyritään selvittämään sosiaaliohjauksen käsitettä ja sen roolia sosiaalisen kuntoutuksen käytännössä sekä hahmottamaan sen teoreettista perustaa. Tavoitteena on myös toteuttaa käytännön kokeiluja, joiden avulla voidaan määritellä, mitä sosiaaliohjaus voisi olla erilaisissa asiakastyön ympäristöissä. (Helminen 2021.)

### 3.3 Koronaviruspandemian vaikutus mielenterveyskuntoutujien sosiaalipalveluihin

Koronaviruspandemian myötä keväällä 2020 Suomessa sosiaali- ja terveystalvet siirtyivät nopeasti etäyhteyksiin. Monet mielenterveyskuntoutujille olennaiset sosiaalipalvelut, kuten kuntouttava työtoiminta ja sosiaalinen kuntoutus, jouduttiin keskeyttämään lähes kokonaan, kunnes uudet etäpalvelumallit otettiin käyttöön. Palveluntarjoajat laajensivat etäasiointimahdollisuuksiaan ja loivat uusia viestintäkanavia. Tämän seurauksena etäasioinnin osuus avoterveydenhuollossa kasvoi vuonna 2020 kahdeksalla prosenttiyksiköllä edelliseen vuoteen verrattuna. Mielenterveyspalveluissa kasvua oli erityisesti psykiatristen avohoitokäyntien etäyhteydellä, joka nousi 39 prosenttiyksikköä tammi-toukokuussa 2020. (Virtanen, Kaihlanen, Isola, Laukka & Heponiemi 2021, 267.)

Koronapandemian aikana Suomessa otettiin käyttöön ennennäkemättömiä toimia pandemian leviämisen estämiseksi. Näihin toimiin kuului fyysisten kohtaamisten vähentäminen, turvavälien ylläpitäminen sekä työskentelyn, opiskelun ja palveluiden siirtäminen etäyhteyksien varaan. Alkuvaiheen kansainväliset ja kotimaiset havainnot pandemiasta viittaavat siihen, että sekä pandemia että sen torjumiseksi toteutetut yhteiskunnalliset toimet ovat todennäköisesti heikentäneet väestön mielenterveyttä huomattavasti. Kansainväliset tutkimukset osoittavat myös, että pandemian aikana mielenterveyshäiriöiden, kuten masennuksen ja ahdistuksen, esiintyminen on lisääntynyt. Nämä häiriöt voivat vakavimmillaan johtaa toimintakyvyn heikentymiseen, elämänlaadun laskemiseen ja merkittävään psyykkiseen kärsimykseen. (Virtanen ym. 2021, 267.)

Koronapandemia oli erityisen vaikea tilanne mielenterveyskuntoutujille. Kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että kuntoutujien mielenterveys on heikentynyt pandemian aikana, ja esimerkiksi ahdistus, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja masennus ovat yleistyneet. Kuntoutajat ovat myös saattaneet kokea yksinäisyyttä enemmän kuin muu väestö, mikä johtuu siitä, että yksinäisyys on subjektiivinen ja epämiellyttävä kokemus, joka liittyy sosiaalisten suhteiden määrän tai laadun epätasapainoon verrattuna tarpeisiin ja niiden tyydyttämiseen. (Virtanen ym. 2021, 267.) Koskisuun (2004) mukaan yksi mielenterveyskuntoutuksen haasteista on eristäytymisen riskin kasvu kuntoutumisen edetessä. Mitä paremmin kuntoutuja suoriutuu,

sitä vähemmän hän saa tukea, mikä voi johtaa yksinäisyyden lisääntymiseen itsenäisyyden kasvun myötä. (Koskisuus 2004, 85.)

#### 3.4 Mielenterveyskuntoutujien asumisen tuki

Viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana psykiatrinen avohoito ja asumispalvelut ovat suurelta osin korvanneet psykiatrisen laitoshoidon ja -kuntoutuksen. Nykyään mielenterveysyistä asumispalveluja tarvitseville asumispalvelut hankitaan pääasiassa yksityisiltä toimijoilta tai järjestöiltä, jotka kuuluvat niin sanottuun kolmanteen sektoriin. (Sayed 2020, 131.)

Tuettu asuminen tarkoittaa itsenäistä asumista, jossa kuntoutuja saa tarvitsemaansa apua arjen askareisiin, vuorovaikutukseen ja osallistumiseen sekä pitkäaikaissairauksien hoitoon liittyvissä toimenpiteissä. Tämä tuki mahdollistaa erityisesti vammaisten henkilöiden mahdollisimman itsenäisen asumisen omia tarpeita ja toiveita kunnioittaen. Asumisen tuki voi sisältää henkilökohtaisen avun, sosiaaliohjauksen, kotihoidon tai muita tukipalveluja, ja se voidaan järjestää joustavasti eri asumismuotoihin kuten yksityisasuntoihin, ryhmäasuntoihin tai muuhun normaalin asuntokannan seassa olevaan asumiseen. Palveluiden määrää ja toteutustapaa mukautetaan yksilöllisesti kuntoutujan asiakassuunnitelman ja tuen tarpeen mukaan. Tärkeää on, että asumisen tuki turvaa henkilön mahdollisuuden osallistua yhteisönsä, toteuttaa itsensä määräämisoikeuttaan ja että turvallisuus varmistetaan erityisesti silloin, kun avun puute voisi aiheuttaa vakavia vaaratilanteita. (THL 2024.) Asumisen tukemisessa ovat mukana sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset ja myös kuntoutujan omaiset ja läheiset mahdollisuuksien mukaan (THL 2020).

Sosiaalihuoltolain 21§:n (26.8.2022/790) mukaan itsenäinen asuminen sosiaaliohjauksen tuella tarkoittaa tuettua asumista (26.8.2022/790) (Sosiaalihuoltolaki). Asumispalvelut ovat kokonaisuus, jossa yhdistyvät asunto ja asumisen tuen palvelua erityisesti tarvitsevat. Tavoitteena on muun muassa taata asumisen pysyvyys sekä tarjota riittävät ja sopivat palvelut omassa kodissa kuntoutuville kuin asumispalveluyksiköissäkin kuntoutuville. Tuettu asumisen tuki toteutetaan sosiaaliohjauksen tai muiden sosiaalipalveluiden tuen avuin kuntoutujille, joilla on itsenäiseen asumiseen liittyvä tuen tarve. (STM 2017, 64.) Tuettu asuminen tarjoaa apua, monipuolista tukea kotona asumiseen, ohjausta ja neuvontaa päivittäisissä toiminnoissa, toimintakyvyn ylläpitämisessä sekä elämänhallinnan ja osallisuuden tukemisessa. Tavoitteena on varmistaa tarpeita vastaavaa asumisen tukea, edistäen kuntoutusta ja arjen hallintaa. (Helsingin kaupunki 2024b). Mielenterveyskuntoutujalla tämä voi toimia voimavaroja ja toimintakykyä vahvistavana vaihtoehtona tarvittavilla tuki- ja palvelumuotojen tuilla (STM 2017, 66). Huotarin, Törmän, Pitkäsen & Hatsalan (2018) mukaan mielenterveyskuntoutujien saaman tuen tulisi vahvistaa heidän toimijuuttaan, osallisuuttaan, ja aktivoimista. Kuntoutuja saattaa jäädä helposti eristyksiin, jonka vuoksi tuen tulisi ulottua kodin ulkopuolelle ja sisältää sosiaalisesti kuntouttavaa toimintaa. (Huotari ym. 2018, 61.)

#### 4 Sosiaaliohjaus asumisen tuessa

Helsingin kaupunki tarjoaa mielenterveyskuntoutujille sosiaaliohjaukseen perustuvaa tukea, lähityötä, joka on suunnattu omissa vuokra- tai omistusasunnoissaan asuville. Meneillään olevassa hankkeessa (Asumisen tuen digi- hanke 2022-2025) hyödynnetään digitaalisia työkaluja tukemaan arjen sujuvuutta ja elämänhallintaa. Työskentely sisältää sekä etäyhteyksiä että kotikäyntejä, ja kuntoutuja voi käyttää omaa älylaitettaan tai saada tabletin lainaksi tarpeen mukaan. Tavoitteet määritellään yhteistyössä kuntoutujan kanssa. (Helsingin kaupunki 2024a.)

Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) määritellään sosiaaliohjaajien tehtävät yleispiirteisesti ilman tarkkoja rajauksia, mikä voi tehdä heidän työnkuvastaan asumisen tuessa laajan ja haastavan. Työ sisältää asiakkaiden jatkuvaa tukemista, suunnitelmallista lähestymistä sekä tilanteiden arviointia. Ohjaus perustuu vuorovaikutukseen, ja työssä korostuvat joustavuus, ennaltaehkäisevä tuki sekä helppo saavutettavuus. Lisäksi sosiaaliohjaajien tehtäviin kuuluu tiivis yhteistyö muiden ammattilaisten kanssa, jotta eri palvelut voidaan sovittaa yksilöllisesti asiakkaiden tarpeisiin. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

Sosiaaliohjaus ei perustu omaan teoriaansa, vaan sen taustalla ovat ohjauksen ja sosiaalityön teoreettiset lähtökohdat. Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaan sosiaaliohjaus tarkoittaa yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen tukemista palveluiden hyödyntämisessä sekä yhteistyötä erilaisten tukimuotojen yhdistämiseksi. Sen päämääränä on parantaa hyvinvointia ja lisätä osallisuutta. Tämä saavutetaan tukemalla elämänhallintaa, vahvistamalla toimintakykyä ja hyödyntämällä asiakkaan omia voimavaroja. (Helminen 2021; Sosiaalihuoltolaki 2014.)

Sosiaaliohjauksen rooli on korostunut palvelujärjestelmien monipuolistuessa ja eriytyessä. Mielenterveyskuntoutujat tarvitsevat yhä enemmän henkilökohtaista apua saadakseen tietoa tarjolla olevista palveluista, niiden ehdoista sekä tukea etuuksien ja palveluiden hakemiseen ja käyttämiseen. Lisäksi monet tarvitsevat opastusta arjen asioiden sujumiseksi. Joissain tapauksissa avuntarvitsija on autettava konkreettisesti palvelujen ja tukitoimien piiriin, kuten hakemalla hänet kotoa. Esimerkiksi nuoret, jotka eivät ole mukana koulutuksessa tai työelämässä, sekä mielenterveyskuntoutujat voivat tarvita pitkäaikaista tukea löytääkseen elämänsä suuntaa. Sosiaaliohjauksessa keskeistä on asiakkaan joustava kohtaaminen, tukeminen ja kannustaminen itsenäiseen pärjäämiseen. (STM 2024e.)

Sosiaaliohjaus, kuten muu sosiaalialan työ, perustuu käsitykseen, että mielenterveyskuntoutuja on aktiivinen osapuoli omassa elämässään ja hänen täytyy saada mahdollisuus tehdä omia valintojaan. Sosiaaliohjauksen perusajatus on auttaa ja tukea kuntoutujia saavuttamaan omat tavoitteensa. Työssä kuntoutujat kohdataan heidän eri elämäntilanteissaan, ja heidän arkeaan, sekä ihmisyyttään kunnioitetaan. Vuorovaikutustaidot ovat tärkeä osa tätä työtä. Kuntoutujia, heidän läheisiään ja kansalaisia pidetään aktiivisina toimijoina, jotka voivat

vaikuttaa omaan elämäänsä. Sosiaalihojauksessa korostetaan voimavarakeskeistä näkökulmaa, jossa käytetään yksilöllisiä ja ryhmäkohtaisia menetelmiä kuntoutujien osallisuuden ja oikeuksien tukemiseksi. Palveluhojauksessa painotetaan sosiaaliturvaetuuksien ja palvelujärjestelmän hallintaa. Sosiaalihojaus on myös hyvin soveltuvaa sosiaalisen kuntoutuksen tukena erityisesti ryhmätoimintojen kautta eri asiakasryhmille. (STM 2017, 55.)

Mielenterveyspalveluissa sosiaalihojauksen päämääränä on tukea kuntoutujan hyvinvointia. Tavoitteena on varmistaa, että asiakkaan arki sujuu mahdollisimman hyvin, ja samalla edistää hänen sosiaalisten taitojensa kehittymistä. Sosiaalihojauksella pyritään vahvistamaan kuntoutujan kykyä olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa, kuten tavata ihmisiä ja osallistua sosiaaliin tilanteisiin. Esimerkiksi vertaistoiminta voi tarjota kuntoutujalle tukea ja kannustusta sosiaalisten taitojen parantamisessa. (Helminen 2022, 136.)

Mielenterveyspalvelujen asumisen tuen sosiaalihojaaja työskentelee pääasiassa yksilötyössä, jossa hän selvittää mielenterveyskuntoutujan elämäntilannetta yhdessä kuntoutujan ja monialaisen työtiimin kanssa. Tavoitteena on löytää ratkaisuja kuntoutujan arjen haasteisiin, ja tarvittaessa myös läheiset voivat osallistua prosessiin. Sosiaalihojaaja voi toimia myös kuntoutujan omaohjaajana. Hän auttaa kuntoutujia hakemaan tukia ja avustuksia sekä tekee yhteistyötä eri toimijoiden kanssa, kuten Kansaneläkelaitoksen ja aikuissosiaalityön edustajien. Sosiaalihojaaja tukee kuntoutujaa itsenäisessä asumisessa ja arjen askareissa, kuten kodinhoidossa, sekä kannustaa ja motivoi kuntoutujaa aktiiviseen elämään. Hän voi myös auttaa vuokrasopimusten ja maksupäätösten valmistelussa ja järjestää päivätoimintaa asumisyksikössä. Kuntoutus on osa asumisen tuen sosiaalihojaajan tehtäviä. Hän on mukana laatimassa ja toteuttamassa kuntoutujan kuntoutussuunnitelmaa, jonka tavoitteena on parantaa kuntoutujan toimintakykyä ja tukea sen ylläpitämistä omatoimisesti. Sosiaalihojaaja edistää kuntoutujan kuntoutumista yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti, ottaen huomioon kuntoutujan henkilökohtaiset tarpeet ja voimavarat. (Helminen 2022, 130-131.)

Sosiaalihojaus on kehittyvä sosiaalipalvelu, jonka rooli on kasvamassa. Vuoden 2023 alusta lähtien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyy kunnista ja kuntayhtymistä hyvinvointialueille. Hyvinvointialueilla on tärkeää edistää sosiaalihojauksen kehittämistä osana sosiaalipalveluja tutkimuksen, kehittämisprojektien ja innovaatioiden avulla. Lisäksi sosiaalihojauksen ja muiden sosiaalialan ohjaustehtävissä toimivien työtehtäviä, sekä sosiaalihojauksen ja sosiaalityön rooleja on tarpeen selkeyttää ja määritellä tarkemmin toisiinsa nähden. (Helminen 2022, 6.)

Sosiaalihojauksessa tuen tarjoaminen ja käytännön toiminta kulkevat käsi kädessä. Toiminta perustuu ennalta määriteltyihin tavoitteisiin ja suunnitelmaan, jotka ovat osa osallistumista ja kuntoutusprosessia. Toiminnan sisältö määräytyy tavoitteiden mukaan, kuten esimerkiksi arjen taitojen harjoittelusta. Yksilölliseen psykososiaaliseen tukeen ja lähityöhön voivat

sisältyä kotikäynnit, erilaiset tukitoimet ja tarjolla olevat palvelut. (STM 2017, 57.) Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 14 §:n mukaan (29.12.2022/1280) hyvinvointialue vastaa muun muassa sosiaaliohjauksen, tuetun asumisen ja mielenterveystyön järjestämisestä. Sosiaalihuollon ammattilainen tekee yhteistyötä kuntoutujan kanssa auttaakseen häntä saavuttamaan asiakassuunnitelmassa määritellyt tavoitteet (THL 2023b).

Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030 korostaa mielenterveyden huomioimista kokonaisvaltaisesti kaikilla yhteiskunnan aloilla ja tasoilla. Ohjelma asettaa selkeitä tavoitteita ja painottaa, että mielenterveyspalveluiden ja niihin liittyvien toimintojen tulee olla monipuolisia, tarpeenmukaisia ja saavutettavissa. Strategiassa korostetaan myös mielenterveyshäiriöistä kärsivien perusoikeuksien toteutumista, jotka pohjautuvat perustuslaissa taattuihin ihmisoikeuksiin ja perusoikeuksiin. Tavoitteena on varmistaa yhdenvertaiset oikeudet, kuten sosiaaliturva, itsemääräämisoikeus, tahdonvapaus ja osallisuus. Jokaisella on oikeus päättää itse, miten parhaiten selviytyy arjesta, ja saada tukea valitsemiensa keinojen toteuttamiseen. (Vorma, Rotko, Larivaara & Kosloff 2020, 10-25.)

Kansainvälisessä kehitystyössä mielenterveyspalveluita on kehitetty kohti mallia, jossa mielenterveyskuntoutujan tarpeet ovat palveluiden suunnittelun keskiössä. Psykkisiä häiriöitä sairastavat voivat kärsiä samanaikaisesti muista sairauksista ja kaipaavat tukea vaikeusasteensa mukaan, esimerkiksi sosiaalipalveluita tai apua asumiseen. Mielenterveysongelmat voivat heikentää henkilön kykyä käyttää palveluita tai hoitaa omia asioitaan. Siksi palvelujärjestelmän on oltava joustava, monipuolinen ja helposti saavutettava, jotta se vastaa kuntoutujien moninaiisiin tarpeisiin. Yksi tapa edistää tätä on hyödyntää digitaalisia palveluita. (Vorma ym. 2020, 29-31.)

#### 4.1 Asumisen tuki

Sosiaalihuoltolain 21§:n (26.8.2022/790) mukaan itsenäinen asuminen sosiaaliohjauksen tuella tarkoittaa tuettua asumista (26.8.2022/790) (Sosiaalihuoltolaki). Tuettu asuminen tarjoaa apua, ohjausta ja neuvontaa päivittäisissä toiminnoissa, toimintakyvyn ylläpitämisessä sekä elämänhallinnan ja osallisuuden tukemisessa (Helsingin kaupunki 2024c). Asumispalvelut ovat kokonaisuus, jossa yhdistyvät asunto ja asumisen tuen palvelut sitä tarvitseville. Tuettu asumisen tuki toteutetaan sosiaaliohjauksen tai muiden sosiaalipalveluiden tuen avuin asiakkaille, joilla on itsenäiseen asumiseen liittyvä tuen tarve. Mielenterveyskuntoutujalla tämä voi toteutua voimavaroja, toimintakykyä vahvistavana vaihtoehtona tarvittavilla tuki- ja palvelumuotojen tuilla. (STM 2017, 64-66.)

Tuetussa asumisessa henkilö saa tarvitsemaansa apua arjen askareisiin, vuorovaikutukseen ja osallistumiseen sekä pitkäaikaissairauksien hoitoon liittyvissä toimenpiteissä. Tämä tuki mahdollistaa erityisesti vammaisten henkilöiden mahdollisimman itsenäisen asumisen omia tarpeita ja toiveita kunnioittaen. Asumisen tuki voi sisältää henkilökohtaisen avun,

sosiaaliohjauksen, kotihoidon tai muita tukipalveluja, ja se voidaan järjestää joustavasti eri asumismuotoihin kuten yksityisasuntoihin, ryhmäasuntoihin tai muuhun normaalin asuntokannan seassa olevaan asumiseen. Palveluiden määrää ja toteutustapaa mukautetaan yksilöllisesti henkilön asiakassuunnitelman ja tuen tarpeen mukaan. Tärkeää on, että asumisen tuki turvaa henkilön mahdollisuuden osallistua yhteisönsä, toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan ja että turvallisuus varmistetaan erityisesti silloin, kun avun puute voisi aiheuttaa vakavia vaaratilanteita. (THL 2024b.)

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden palveluiden asumisen tukeen haetaan täyttämällä hakemus, joka on suositeltavaa tehdä yhdessä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen kanssa, joka tuntee tuen hakijan. Hakemuksen sisältöön kuuluu palvelutarpeen arviointi ja selvittäminen, johon sisältyvät tiedot fyysisestä, psyykkisestä, kognitiivisesta ja sosiaalisesta toimintakyvystä. Tavoitteena on arvioida, ylläpitää ja edistää kykyä sekä mahdollisuuksia kuntoutumiseen. Hakemuksen lähityön asiakkaaksi käsittelee ensin asumisen tuen arviointipäällikkö, minkä jälkeen se siirtyy "Selvitä, Arvioi ja Sijoita" (SAS) -ryhmän käsiteltäväksi, joka tekee päätöksen tuen myöntämisestä. Palvelut ovat määräaikaista, ja niiden tarpeen arviointi toteutetaan säännöllisin väliajoin. (Helsingin kaupunki 2024b.)

Asumispalveluja järjestetään sosiaalihuoltolain (1301/2014) ja vammaispalvelulain (675/2023) perusteella. Vammaispalvelulain mukaisia palveluja tarjotaan, jos vammaisen henkilö ei saa tarvitsemiaan palveluja sosiaalihuoltolain mukaan. Hyvinvointialue päättää, mitä lakia sovelletaan ja miten asuminen järjestetään, ottaen kuitenkin huomioon asiakkaan toiveet ja etu. Hyvinvointialueella on erityinen velvollisuus järjestää asumisen tukea. Tämä tarkoittaa, että esimerkiksi vammaisella henkilöllä tai mielenterveyskuntoutujalla on oikeus saada asumisen tukea, mikäli vammaispalvelulaissa määritellyt ehdot täyttyvät. Hyvinvointialueen on tarjottava tämä palvelu riippumatta käytettävissä olevista määrärahoista. Tuettua asumista järjestetään henkilölle, joka erityisestä syystä tarvitsee hyvinvointialueen apua tai tukea joko itsenäisessä asumisessa tai siirtyessään itsenäiseen asumiseen. (THL 2024b.)

Asumisen tuen tarkoituksena on mahdollistaa kuntoutujalle mahdollisimman itsenäinen asuminen, vaikka hän tarvitsee apua. Tuki kattaa avun päivittäisissä toiminnoissa, vuorovaikutuksessa, osallisuudessa ja terveyden ylläpidossa, kuten pitkäaikaissairauksien hoidossa. Asumisen tuki ei yleensä sisällä asuntoa, mutta ryhmämuotoisessa asumisessa se voi olla osa kokonaisuutta. (THL 2024b.)

Päivittäisillä toimilla tarkoitetaan toistuvia, tavanomaisia toimia, kuten liikkumista, asiointia, kotitöitä, lastenhoitoa, pukeutumista ja henkilökohtaista hygieniaa. Asiointi voi tapahtua joko kotona tai kodin ulkopuolella, ja kotitöihin kuuluvat muun muassa ruoanlaitto, siivous ja vaatteiden huolto. Apu esimerkiksi suurten kotitöiden, kuten siivouksen tai remontoinnin osalta ei oikeuta asumisen tukeen.

Asumisen tukeen voidaan tarvittaessa liittää terveydenhuollon palveluja. Terveyden ylläpitämiseen liittyvät itsehoitoon verrattavat toimenpiteet, sekä kotisairaanhoidon, sosiaalihuollon palveluja, kuten kotihoitoa ja sosiaaliohjausta. Palvelut muodostavat kokonaisuuden, joka vastaa henkilön yksilöllisiä tarpeita. Terveydenhuollon viranomaiset ovat vastuussa palveluiden sisällöstä ja toteutuksesta. Terveydenhuollon vastuulla on myös perehdyttää vammaisen henkilön apulaiset, kuten avustajat tai omaishoitajat, tarpeen mukaan. Asumisen tukea järjestävän tahon on huolehdittava, että vammaisen henkilön terveydenhuollon tarpeet välittyvät oikeille tahoille. (THL 2024b.)

Mielenterveyskuntoutujille tukiasuminen on yleensä väliaikaista ja sisältää tiivistä kuntoutusta, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa pärjäämään itsenäisemmin ja luomaan yhteydet paikallisiin palveluihin. Siirtyminen omatoimisempaan asumismuotoon pyritään toteuttamaan heti, kun se on mahdollista. Vammaisten henkilöiden kohdalla tukiasuminen voi sen sijaan olla pitkäaikaisempaa. (Terveyskylä 2023.)

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) määrittelee sosiaalitoimen tarjoamat yleiset palvelut osana sosiaalista kuntoutusta. Lain mukaan sosiaalinen kuntoutus tarkoittaa tehostettua tukea, jota annetaan sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen avulla. Sen tavoitteena on syrjäytymisen ehkäisy, osallisuuden parantaminen ja toimintakyvyn vahvistaminen. Tavoitteet voivat sisältää esimerkiksi päihdeettömän elämän hallinnan, tuen itsenäisessä asumisessa, arjen taitojen omaksumisen sekä työssä tai opiskelussa tarvittavien valmiuksien kehittämisen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 302, 304; Kettunen ym. 2017, 208.) Sosiaalisessa kuntoutuksessa yhdistyy toiminnallinen ja yksilöllinen tuki (STM 2021).

Yleisiin sosiaalipalveluihin kuuluvat esimerkiksi sosiaalityö, koti- ja asumispalvelut sekä perhe- ja kasvatuksen neuvonta. Sosiaalisen kuntoutuksen erityispalveluista säädetään erillisissä laeissa, kuten vammaispalvelulaissa (380/1987) ja päihdehuoltolaissa (41/1986). Näihin erityispalveluihin kuuluu muun muassa päihdehuolto, lastensuojelu, vammaispalvelut ja kuntouttava työtoiminta (Kettunen ym. 2017, 201, 208). Mielenterveys- ja päihdelainsäädäntöä on päivitetty 1.1.2023 alkaen. Mielenterveyshoitoa, päihde- ja riippuvuushoitoa sekä sosiaalihuollon mielenterveys- ja päihdetyötä säädellään nykyisin pääasiassa terveydenhuoltolaissa ja sosiaalihuoltolaissa. (STM 2024c.)

Ihmisen asumisratkaisut voidaan nähdä jatkumona, jossa toisessa päässä on täysin itsenäinen asuminen omassa kodissa ja toisessa päässä laitoshoidon. Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut sijoittuvat näiden ääripäiden välimaastoon. (Salmi 2006, 14, 18.) Asuminen on jokaisen ihmisen perustarve ja -oikeus, ja siksi myös asumiskuntoutusyksiköiden toiminta perustuu lakiin. Perustuslain (731/1999) mukaan julkisella vallalla on velvollisuus edistää ihmisten oikeutta asuntoon ja tukea heidän mahdollisuuksiaan järjestää asumisensa itse. Mielenterveyslain (14.12.1990/1116) mukaan mielenterveyskuntoutujille on tarjottava tarpeen mukaan

kuntoutukseen liittyvää tuki- ja palveluasumista yhteistyössä kunnan sosiaalitoimen kanssa, riittävän hoidon ja palvelujen lisäksi.

Asumispalveluja tarjotaan Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaan henkilöille, jotka tarvitsevat erityistä tukea asumisessaan tai sen järjestämisessä, kuten mielenterveyskuntoutujille. Palveluja järjestettäessä on tärkeää huolehtia henkilön yksityisyyden ja osallisuuden kunnioittamisesta sekä siitä, että hänelle tarjotaan tarpeelliset kuntoutus- ja terveyspalvelut.

Mielenterveyskuntoutusta tehdään moniammatillisesti yhteistyössä muiden ammattilaisten kanssa. Moniammatillisuudella tarkoitetaan eri alojen asiantuntijoiden välistä yhteistyötä. Ryhmä koostuu ammattilaisista, jotka tuovat kukin oman asiantuntemuksensa ja työskentelevät yhdessä yhteisen tavoitteen eteen. Tämä tavoite on usein sellainen, jota ammattilainen ei pysty toteuttamaan itsenäisesti, vaan se vaatii moniammatillisen tiimin panoksen. Vaikka moniammatillinen työskentely saattaa tuntua itsestäänselvydeltä, se ei synny automaattisesti, vaan sitä tulee aktiivisesti kehittää. (Katajamäki 2012, 25-28.) STM:n (2022) selvityksen mukaan moniammatillisesta yhteistyöstä käytetään myös käsitteitä monitoimisuus ja monialaisuus. Näillä on eroja, mutta eri määritelmille on kuitenkin yhteistä seuraavat tekijät: yhteinen tavoite, luottamus ja kyky tehdä yhteistyötä. (STM 2022, 14.)

#### 4.2 Mielenterveyskuntoutujien kanssa tehtävä lähityö

Lähityö on sosiaalityön muoto, joka painottaa yhteisöllisyyttä, yhdenvertaisuutta ja monipuolisia toimintatapoja. Sen tarkoituksena on parantaa yksilöiden ja yhteisöjen hyvinvointia sekä tarjota paikallisia ratkaisuja erilaisiin ongelmiin. (Innokylä 2024.) Sosiaalihuollossa toteutettava mielenterveystyö lähityönä vastaa tarpeeseen tarjota eri tasoista tukea psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisen kohdanneille henkilöille. Lähityö kattaa asumispalvelut, niihin liittyvän sosiaalityön, sosiaaliohjauksen ja sosiaalisen kuntoutuksen mielenterveyskuntoutujille. Lähityöhön kuuluu kotikäyntejä, asiakkaan tukemista asioiden hoitamisessa, kasvatuksellista tukea sekä mukana kulkemista. Lisäksi tarjolla on toiminnallisia ryhmiä, vertaistukea, mahdollisuuksia osallistua vapaaehtoistoimintaan ja ryhmätoimintaa. Näitä tukitoimia toteutetaan osana asiakkaan kanssa sovittua suunnitelmaa. (STM 2024f.)

Helsingin kaupungin tarjoama mielenterveyskuntoutujien lähityö tarjoaa sosiaalista ohjausta niille, jotka asuvat omassa vuokra- tai omistusasunnossaan. Tässä lähityössä hyödynnetään digitaalisia työkaluja tukemaan elämänhallintaa ja arkea. Työskentely koostuu etätapaamisista ja kotikäynneistä, joissa kuntoutuja voi käyttää omaa älylaitettaan tai tarvittaessa saada lainaksi tabletin. Työskentelyn tavoitteet määritellään yhteistyössä kuntoutujan kanssa. (Helsingin kaupunki, 2024b.)

Lähityö ja hyvinvointityö voivat liittyä läheisesti toisiinsa. Raitakarin, Güntherin ja Räsänen (2022,) mukaan hyvinvointityö käsittää sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen tarjoaman

neuvonnan, ohjauksen, hoidon ja psykososiaalisen tuen. Lisäksi siihen voi kuulua kotiapua, mielenterveys- ja päihdepalveluja sekä tukea asunnottomuuden kanssa työskenteleville. Hyvinvointityön tavoitteena on edistää mielenterveyskuntoutujien hyvinvointia, toimintakykyä ja terveyttä sekä vahvistaa niitä. Sen päämääränä on ehkäistä ongelmien pahenemista erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten kohdalla. (Raitakari, Günther ja Räsänen 2022, 7-9.) Hyvinvointityö on laaja käsite, joka sisältää erilaisia toimenpiteitä ja palveluita yksilön fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tukemiseksi. Lähtyö puolestaan keskittyy erityisesti mielenterveyskuntoutujien tarpeisiin ja heidän kohtaamiinsa haasteisiin, kun taas hyvinvointityö kattaa laajemman ja monimuotoisemman kokonaisuuden.

#### 4.3 Etäpalvelu

Valviran mukaan etäpalvelut ovat palveluita, joissa kuntoutujan tutkiminen, diagnosointi, seuranta, hoito sekä hoitoon liittyvät päätökset tai suositukset perustuvat esimerkiksi videoyhteyteen, älypuhelimien kautta jaettuun tietoihin tai dokumentteihin (Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut 2016). Etäpalveluissa käytetään erilaisia etäteknologioita, kuten tietokoneita, matkapuhelimia, sensorilaitteita (esimerkiksi älykelloja) tai näihin pohjautuvia sovelluksia, jotka tukevat ammattilaisen ja kuntoutujan tavoitteellista yhteistyötä. (TTL 2024.)

Etäpalvelut ovat digitaalisia, reaaliaikaisia vuorovaikutuspalveluita, joissa osallistujat voivat olla eri paikoissa. Sosiaalihuollossa niitä käytetään esimerkiksi mielenterveyskuntoutujan toimintakyvyn tukemiseen, kotona asumisen helpottamiseen sekä asiakassuunnitelmien seurantaan ja arviointiin etäyhteyden kautta. Terveydenhuollossa etäpalvelut voivat sisältää esimerkiksi videoyhteyden tai älylaitteiden välityksellä jaettujen tietojen hyödyntämisen potilaan hoidossa. (Valvira 2024a.)

Etäpalveluille ei ole tarkkoja säädöksiä laissa, mutta niitä koskevat samat periaatteet julkisella ja yksityisellä sektorilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö vastaa aina antamansa etäpalvelun laadusta ja asianmukaisuudesta. Etäpalvelu edellyttää asianmukaisia tiloja, toimivia järjestelmiä ja koulutettua henkilökuntaa. Palvelun on oltava lakien sekä hyvien käytäntöjen mukaista, ja kuntoutujan tai potilaan turvallisuus on varmistettava. Käytettävien järjestelmien ja tunnistamismenetelmien on täytettävä salassapito-, tietosuojaja- ja tietoturva-vaatimukset. Palveluntarjoaja vastaa sekä yhteyksien että henkilötietojen käsittelyn tietosuojasta ja tietoturvasta. Valvira valvoo sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan asianmukaisuutta. Se myös valvoo ministeriöiden asettamia vaatimuksia, mukaan lukien etäohjaukseen liittyvät säädökset. (Valvira 2024a; Valvira 2024b.)

#### 4.4 Etäohjaus ja etäsosiaalihojaus

Etäsosiaalihojaus tarkoittaa sosiaalihojauksen toteuttamista etäyhteyksien avulla, hyödyntäen erilaisia digitaalisia välineitä, kuten videopuheluita tai muita verkkopohjaisia kommunikaatiovälineitä. Sosiaalihuollon etäpalvelut, kuten etähoivapalvelut, keskittyvät kuntoutujan toimintakyvyn ylläpitämiseen, kotona asumisen tukemiseen sekä asiakassuunnitelmien seurantaan ja uudelleenarviointiin. Kaikki tämä tapahtuu etäyhteyksien kautta, jolloin vuorovaikutus kuntoutujan kanssa tapahtuu verkon välityksellä. (Valvira 2024a)

Sosiaali- ja terveysministeriö on määrittänyt, että etänä annettavat terveydenhuollon palvelut ovat pääsääntöisesti verrattavissa perinteisiin vastaanottokäynteihin. Etäpalveluissa potilasta voidaan tutkia ja hoitaa esimerkiksi internetin avulla videoyhteyden kautta. Ministeriö korostaa, että terveydenhuollon ammattihenkilön on huolellisesti arvioitava, sopiiko palvelu toteutettavaksi etänä, ja palvelun soveltuvuus on arvioitava aina erikseen kullekin potilaalle. Tarvittaessa potilas tulee ohjata tavalliselle vastaanotolle. Potilasturvallisuus ja tietosuojat on huomioitava samalla tavalla kuin muussakin palvelutoiminnassa. (STM 2015.)

Terveydenhuollon etäpalveluissa potilaan arviointi, tutkiminen, diagnoosin tekeminen, seuranta ja hoito toteutetaan hyödyntäen videoyhteyksiä tai älypuhelimilla välitettyjä tietoja ja dokumentteja. Hyvinvointialueiden kuntoutuspalveluissa on kehitetty erilaisia toimintamalleja ja ohjeistuksia etäkuntoutuspalveluiden tarjoamiseksi sopiville asiakasryhmille. (TTL 2024.)

Salmisen & Hiekkalan (2019, 3) mukaan etäkuntoutus on kansainvälisen tutkimustiedon perusteella vakiinnuttanut paikkansa osana kuntoutuspalveluja. Myös Suomessa on kertynyt positiivisia kokemuksia sen käytöstä. Sekä asiakkaat että palveluntarjoajat kaipaavat kuntoutukseen monipuolisia ja innovatiivisia toteutustapoja, jotka täyttävät yhä paremmin digitalisoituvan yhteiskunnan vaatimukset.

Salminen, Hiekkala & Stenberg ovat tehneet Kelalle selvityksen 2016, jossa kerrotaan, että digitaalisten palveluiden avulla ihmiset voivat paremmin huolehtia terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Näiden ratkaisujen ansiosta voidaan myös tarjota uusia sosiaali- ja terveystalviteita, joita voi käyttää riippumatta asuinpaikasta tai palveluntarjoajasta. Tieto- ja viestintäteknologian laitteet ja sovellukset ovat yleistyneet kuntoutuksen tukena, mutta kattava ja järjestelmällisesti kerätty tieto etäkuntoutuksesta on edelleen vähäistä. Tämä Salmisen, Hiekkalan ja Stenbergin selvitys on suunniteltu Kelan etäkuntoutus-hankkeen tueksi, jonka tavoitteena on kehittää palveluita niin, että asiakkaille voidaan tarjota mahdollisuus osallistua kuntoutukseen teknologian avulla silloin, kun se on tarkoituksenmukaista. Selvityksen tarkoituksena on toimia ohjeena sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille etäkuntoutuksen toteuttamisessa. Etäkuntoutus määritellään kuntoutuksen muotona, jossa käytetään erilaisia etäteknologian sovelluksia, kuten puhelimia, tietokoneita (myös tabletteja), laitteiden

yhteiskäyttöä tai televisiosovelluksia. Etäkuntoutus on tavoitteellista, ammattilaisen ohjaa-  
maa ja seurattua toimintaa, jolla on selkeä alku ja loppu, kuten muillakin kuntoutuksen muo-  
doilla. (Salminen ym. 2016.)

Kelan etäkuntoutus-hanke toteutettiin vuosina 2016-2022. Hankkeessa toteutettiin 13 pilotti-  
projektia, joissa kokeiltiin erilaisia etäkuntoutusmuotoja, kuten verkkokuntoutusta ja vi-  
deoneuvotteluja. Kohteena olivat mielenterveyskuntoutujia ja erilaisia somaattisia sairauksia  
sairastavia. Tulokset osoittivat, että etäkuntoutus parantaa palveluiden saavutettavuutta ja  
joustavuutta, mutta vaatii panostusta tietoturvaan ja asiakaslähtöisyyteen. Etäkuntoutuksen  
suositellaan täydentävän perinteisiä kuntoutusmuotoja parhaan hyödyn saavuttamiseksi. (Sal-  
minen & Hiekkala 2019.)

## 5 Mielenterveyskuntoutujien digiosallisuus

Digitalisaatiossa on viime vuosina tapahtunut merkittävä teknologinen kehitys, joka on vaikut-  
tanut lähes kaikkiin toimialoihin. Se on muuttanut tapojamme kirjoittaa, kuunnella musiikkia,  
katsella elokuvia, hoitaa pankkiasioita, ylläpitää sosiaalisia suhteita ja työskennellä. Digitaali-  
set palvelut ovat yleistyneet myös terveydenhuollossa, liikenteessä ja oppimisessa. Erityisesti  
etäyhteyksien käyttö lisääntyi huomattavasti koronapandemian aikana. Käynnissä on historial-  
linen teknologinen ja taloudellinen murros, jossa digitalisaatio ja datatalous mahdollistavat  
hyvinvoinnin ja työn tuottavuuden merkittävän kasvun. Sitra on tunnistanut teknologian su-  
lautumisen osaksi kaikkea toimintaa yhdeksi keskeiseksi megatrendiksi. Tulevaisuuden mah-  
dollisuutena Sitra mainitsee reilun digimaailman, johon liittyy digitaalinen sivistys. (Sitra  
2023.)

Valjakan (2017) tutkimuksessa tarkastellaan digitaalisten palveluiden käyttöä vammaisten  
henkilöiden ja mielenterveyskuntoutujien näkökulmasta. Vaikka saavutettavuus hyödyttää  
kaikkia, se on erityisen tärkeää henkilöille, joilla on näkövamma, kognitiivisia rajoitteita tai  
muita toimintarajoitteita. Saavutettava ympäristö mahdollistaa itsenäisen elämän ja osalli-  
suuden ilman toisen henkilön apua. (Valjakka 2017; Hänninen ym. 2021.) Digitalisaatio mah-  
dollistaa toimintatapojen merkittävän uudistamisen tietotekniikan avulla, mikä edistää yksi-  
löiden osallistumista yhteiskunnan eri toimintoihin. Terveydenhuollossa digitalisaatiota voi-  
daan kuvata termillä "eHealth". Digiteknologialla viitataan laitteisiin, kuten mobiililaitteisiin,  
tietokoneisiin, tabletteihin, joiden avulla tietoa voidaan luoda, käsitellä, tallentaa ja välit-  
tää. (Parviainen, Tihinen, Kääriäinen & Teppola 2017.)

Digitalisaatio on laaja yhteiskunnallinen, kulttuurinen ja taloudellinen prosessi, jossa yksilöt,  
ryhmät, yhteisöt ja organisaatiot omaksuvat ja hyödyntävät digitaalisia teknologioita. Di-  
giosallisuus puolestaan tarkoittaa digitaalisten välineiden ja palveluiden kautta toteutuvaa

osallistumista. Osallisuuden tunne perustuu yhteenkuuluvuuden kokemukseen sekä mahdollisuuden vaikuttaa omaa elinympäristöä ja arkea koskeviin asioihin ja toimintoihin. Osallistuminen on keskeinen osa osallisuuden kokemusta, mutta ei täysin sama asia kuin osallisuus. Digiosallisuus viittaa siihen, että yksilöt tai ryhmät osallistuvat yhteiskunnan toimintaan hyödyntäen digitaalisia välineitä ja palveluita tavalla, joka on heille merkityksellistä ja arkea sujuvoittavaa. Digitaaliset sisällöt ja palvelut suunnitellaan ensisijaisesti käyttäjiä ja kansalaisia varten, jotta ne tukisivat heidän päivittäistä elämäänsä ja tarpeitaan. Digiosallisuus tarkoittaa vapaaehtoista ja arjen sujuvuuden kannalta riittävän aktiivista osallistumista yhteiskunnan toimintaan digitaalisten välineiden, sovellusten ja palveluiden avulla, tavalla, joka on yksilölle tai yhteiskunnalliselle ryhmälle mielekäs ja merkityksellinen. (Hänninen ym. 2022, 17, 21.)

### 5.1 Digikuilut ja haavoittuvat ryhmät

Digiosallisuus tarkoittaa osallistumista yhteiskuntaan digitaalisten välineiden ja palveluiden avulla, ja se perustuu yhteenkuuluvuuden kokemukseen sekä mahdollisuuteen vaikuttaa omaan arkeen. Puutteet palveluiden saavutettavuudessa voivat kuitenkin estää osallisuuden toteutumisen ja lisätä syrjäytymisen riskiä, erityisesti mielenterveyskuntoutujien keskuudessa. Heidän digiosallisuuttaan rajoittavat usein riittämättömät teknologiataidot, tiedon puute ja yksilöllisen tuen vähäisyys. Tämä liittyy laajemmin digikuiluun, joka tarkoittaa digitaalisten teknologioiden ja internetin saatavuuden, käytön ja osaamisen epätasaista jakautumista eri ryhmien välillä. Digikuilun kaventaminen on tärkeää osallisuuden ja yhdenvertaisuuden edistämiseksi. (Hänninen ym. 2022, 17-21.)

Nykykäsityksen mukaan digikuilua voidaan tarkastella kolmella tasolla. Ensimmäinen taso keskittyy internetin ja digitaalisten laitteiden saatavuuteen, toinen taso digitaitoihin ja kolmas taso niiden hyödyntämiseen arjessa ja yhteiskunnallisessa osallistumisessa. Kolmannella tasolla korostuu, miten digitaaliset välineet vaikuttavat yksilöiden ja ryhmien arkeen sekä osallistumiseen yhteiskunnassa, ja miten nämä vaikutukset heijastuvat elämään myös verkon ulkopuolella. Vaikka internetin ja laitteiden saatavuus paranee, sosiaalinen epätasa-arvo voi säilyä, koska digitaalinen lukutaito, käyttötavat ja osallistumisen aste vaihtelevat merkittävästi eri ihmisryhmien välillä. Taustatekijät, kuten ikä, sukupuoli, koulutustaso ja ammatti, ovat keskeisiä tekijöitä näissä eroissa. (Hänninen ym. 2021, 18-19.)

Digikuilun ratkaiseminen ei onnistu pelkästään infrastruktuuria parantamalla. Vaikka kaikilla olisi käytössään laadukkaat yhteydet ja laitteet, osalla käyttäjistä puutteet digitaaloissa ja käyttömahdollisuuksissa voivat yhä estää digitaalisten palveluiden hyödyntämisen täysinmääräisesti. Tämä edellyttää monitasoisia ratkaisuja, joissa huomioidaan myös käyttäjien tarpeet ja taidot. Digitaalisen osallisuuden puute voi johtaa syrjäytymiseen erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien keskuudessa. Monilta puuttuvat tarvittavat taloudelliset resurssit tai

yhdenvertaiset mahdollisuudet käyttää ja hyödyntää digiteknologiaa. Lisäksi puutteellinen infrastruktuuri ja heikot tietoturvakäytännöt voivat muodostaa esteitä digitaaliseen osallisuuteen. (Hänninen ym. 2021, 18-20.)

Suomessa on alettu pohtia digitaalisen syrjäytymisen ongelmaa ja sitä, miten tärkeää on turvata mahdollisuus käyttää perinteisiä kasvokkain tarjottavia palveluita. Tämä herättää tarpeen seurata tarkasti digitalisaation kehitystä, erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon alalla. Jotta palvelujärjestelmää voidaan johtaa tehokkaasti ja vastata kattavasti kaikkien kansalaisten tarpeisiin, on välttämätöntä ylläpitää ajankohtaista kokonaiskuvaa sähköisten palveluiden käytöstä ja niiden saavutettavuudesta.

Hyvinvointialueiden palvelujen yhdistäminen ja digitalisaation edistyminen voivat luoda mahdollisuuksia ehkäistä digitaalista syrjäytymistä. Tämä kuitenkin edellyttää, että heikommassa asemassa oleville tarjotaan riittävästi digitukea. Esimerkiksi näkövammaiset, maahanmuuttajat, iäkkäät ja alaikäiset saattavat kohdata erityisiä haasteita digitaalisten palveluiden käytössä, mikä korostaa tukitoimien merkitystä. (THL 2021.)

Tutkimuksen mukaan monilla asiakkaila oli puutteita älylaitteiden käytössä, mutta erityisesti digitaidot osoittautuivat heikoiksi. Sosiaalisesti syrjäytyneillä henkilöillä tärkeimmät digituen tarpeet liittyvät monipuolisten sähköisten palveluiden hyödyntämiseen arjen hallinnassa. On tärkeää pohtia, tulisiko digitaalisesti syrjäytyneille tarjota aktiivisemmin mahdollisuuksia käyttää sähköisiä palveluita, jos he itse haluavat. Tällainen tuki voisi lisätä heidän osallisuuttaan ja parantaa elämänlaatua. Samalla on olennaista huomioida, että yksilöiden tarpeet ja toiveet vaihtelevat, joten ratkaisujen tulisi olla joustavia ja räätälöityjä. (THL 2021.)

## 5.2 Haavoittuvien ryhmien digiosallisuuden vahvistaminen lisää sote-ammattilaisten osaamisvaatimuksia

Digitaalisten taitojen puute ja palveluiden saavutettavuuden esteet haavoittuvassa asemassa oleville luovat uusia osaamisvaatimuksia sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Rantanen ym. (2023, 61-63) korostavat, että henkilöstön on hallittava digituen tarjoamiseen liittyvä teoreettinen ja eettinen tieto, kyettävä kohtaamaan asiakkaita empaattisesti, opastamaan heitä digitaalisten palveluiden käytössä sekä motivoimaan heitä ohjauksen kautta. Näitä taitoja tarvitaan erityisesti työskenneltäessä heikoimmassa asemassa olevien kanssa digituen parissa.

Kaihasen ym. (2021) mukaan koronapandemian aikana suurin osa mielenterveyskuntoutujien palveluista siirtyi kokonaan etämuotoon. Tutkimuksessa todettiin, että monilla mielenterveyskuntoutujilla, sosiaalipalveluja käyttävillä nuorilla aikuisilla ja erityisesti paljon terveyspalveluja käyttävillä henkilöillä digitaidot eivät olleet riittäviä etäpalvelujen sujuvaan käyttöön. Taitojen puute vaikeutti tai jopa esti yleisen tietotekniikan hyödyntämistä. Tämä havainto

korostaa, kuinka tärkeää on tarjota näille ryhmille tukea digitaalisten taitojen kehittämisessä.

Haastatteluissa mielenterveyskuntoutujat ja sosiaalipalveluja käyttävät nuoret aikuiset toivat esiin tarpeen parantaa etäpalveluista tiedottamista. He toivoivat erityisesti, että tietoa etäpalveluista jaettaisiin heille sopivissa kanavissa. Tämä havainto korostaa, kuinka tärkeää on kehittää etäpalveluiden saavutettavuutta ja tiedotuskäytäntöjä, jotta palvelut tavoittavat kohderyhmänsä paremmin. (Kaihlainen ym. 2021.)

Kaihlasen ym. (2021) mukaan mielenterveyskuntoutujat ja sosiaalipalveluja käyttävät nuoret aikuiset kokivat, että etenkin monimutkaisissa tilanteissa tai uuden palvelun kohdalla oli haastavaa ilmaista omia tarpeitaan ja tunteitaan puhelimitse tai kirjoittamalla verkossa. Tämä tuo esiin tarpeen kehittää viestintäkanavia, jotka tukevat parempaa vuorovaikutusta ja ymmärrystä. Mielenterveyskuntoutujien mukaan etäyhteyksien kautta tapahtuvassa vuorovaikutuksessa suurimpia haasteita olivat aitouden ja lämmön puute. Siksi on tärkeää luoda viestintätapoja, jotka mahdollistavat aidon ja välittävän vuorovaikutuksen myös etäympäristössä. Lisäksi etäryhmätoimintaa ohjaavilta ammattilaisilta toivottiin enemmän panostusta ryhmän ohjaamiseen ja toiminnan kehittämiseen. Nämä havainnot korostavat tarvetta parantaa viestintämenetelmiä ja etäryhmätoiminnan käytäntöjä, jotta ne tukisivat paremmin osallisuutta ja vuorovaikutusta.

Kaihlasen ym. (2021) tutkimuksessa mielenterveyskuntoutujat ja sosiaalipalveluja käyttävät nuoret aikuiset toivat esiin, että heidän kognitiivinen toimintakykynsä oli heikentynyt. Tämä ilmeni esimerkiksi keskittymisvaikeuksina tai kielellisinä haasteina, kuten dysfasiana. Tällaiset tekijät vaikeuttivat tekstin ymmärtämistä, mikä puolestaan hankaloitti etäpalveluiden käyttöä ja niiden saavutettavuutta.

Mielenterveyskuntoutujat kokivat usein turvattomuutta siirtyessään etäpalveluiden käyttöön. Nopeasti toteutettu siirtymä herätti epäilyksiä siitä, ovatko etäalustat riittävän tietoturvallisia herkkiä keskusteluja varten. Kuntoutujilla oli myös vaikeuksia luoda ja ylläpitää luottamusta etäympäristössä, olipa kyse vuorovaikutuksesta muiden kuntoutujien tai ammattilaisten kanssa. Lisäksi yksityisyyden säilyttäminen kotioloissa oli haastavaa, erityisesti silloin, kun herkkiä asioita piti käsitellä muiden läsnä ollessa. Kuntoutujat toivoivat, että kansalliset säädökset varmistavat heidän käyttämiensä palveluiden tietoturvan. (Kaihlainen ym. 2021.)

## 6 Integratiivinen kirjallisuuskatsaus osana opinnäytetyötä ja prosessin eteneminen

### 6.1 Kirjallisuuskatsauksen periaatteita

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jossa tarkastellaan aiempia tutkimuksia. Sen avulla tehdään ns. "tutkimusta tutkimuksesta", mikä tarkoittaa, että kerätään yhteen aiempien tutkimusten tuloksia, jotka muodostavat pohjan uusille löydöksille ja luo täysin uusia näkökulmia. Kirjallisuuskatsauksen avulla voi arvioida olemassa olevia teorioita kriittisesti. Katsaus tarjoaa mahdollisuuden hahmottaa laajempi kokonaiskuva käsiteltävästä aiheesta, tuoda esiin siihen liittyviä ongelmakohtia sekä tarkastella, miten teoria on kehittynyt ajan saatossa. Tämän prosessin tueksi tarvitaan pelisääntöjä ja menetelmällisiä ohjeita. (Salminen 2011, 1-3; Baumeister & Leary 1997, 312.)

Kirjallisuuskatsauksia tehdään eri tarkoituksiin, minkä vuoksi niitä on useita erilaisia tyyppisiä. Yleisesti ottaen katsaukset voidaan jakaa kolmeen pääkategoriaan: kuvailevat katsaukset, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset sekä laadullinen ja määrällinen meta-analyysi. (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 8.) Kuvailevat katsaukset jaetaan kahteen tyyppiin: narratiivinen ja integroiva kirjallisuuskatsaus (Salminen 2011, 6). Tämä kirjallisuuskatsaus tehdään integratiivisena eli integroivana katsauksena.

Kun tavoitteena on tarkastella ilmiötä monipuolisesti ja eri näkökulmista, integratiivinen kirjallisuuskatsaus soveltuu siihen hyvin (Torraco 2016, 403). Integratiivinen kirjallisuuskatsaus on tehokas keino luoda uutta tietoa jo käsitellyistä aiheista. Se tukee myös kirjallisuuden tarkastelua, kriittistä arviointia ja synteesiä. Tämän tyyppinen katsaus voi olla osa laajempaa systemaattista kokonaisuutta, jossa on mukana narratiivisia elementtejä. (Suhonen ym. 2016, 13.) Integratiivinen kirjallisuuskatsaus toimii eräänlaisena siltana narratiivisen ja systemaattisen katsauksen välillä (Cooper 1982, 1984). Integratiivinen kirjallisuuskatsaus on kattavin katsaustyyppi, ja se voi sisältää sekä empiiristä että teoreettista aineistoa tai molempia, riippuen tutkimuskysymyksistä (Suhonen ym. 2016, 13). Heikkoutena kuitenkin on, että menetelmä ei tarjoa selkeää ohjeistusta siihen, miten uudet teoreettiset oivallukset syntyvät osana yhdistävää prosessia (Vilka 2023, 20).

Kun integratiivisen kirjallisuuskatsauksen aihe ja tarkoitus määritellään selkeästi, se tukee katsauksen rakenteen jäsentämistä ja kirjoittamista johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi. (Torraco 2016, 413).

### 6.2 Integratiivinen kirjallisuuskatsaus tutkimuksista

Kirjallisuuskatsaus voi olla artikkeli, esitys tai opinnäytetyön osa, jossa analysoidaan ja esitellään, mitä aiheesta tai ilmiöstä on jo tutkittu ja tiedetään (Ikonen, Isojärvi & Malmivaara 2009). Kirjallisuuskatsaus voi toimia myös opinnäytetyön menetelmänä. YAMK-tutkinnon

opinnäytetöissä on hyödynnetty sekä integratiivisia että systemaattisia kirjallisuuskatsauksia. Lisäksi korkeakouluissa on tehty kuvailevia, kuten narratiivisia tai perinteisiä, kirjallisuuskatsauksia eri aloilla. (Kunnela 2023.)

Kirjallisuuskatsauksen avulla muodostetaan kokonaiskuva opinnäytetyön aiheesta. Sen avulla kartoitetaan, kuinka paljon aiheesta on olemassa tutkimustietoa, mitä näkökulmia on käytetty ja millaisilla menetelmillä aihetta on lähestytty. Jokaisessa opinnäytetyössä on teoreettinen viitekehys, jossa avataan työn tärkeimmät käsitteet. Tämä viitekehys rakentuu systemaattisen tiedonhaun pohjalta, joka kuvaa työn taustaa sekä sen yhteyttä aiempaan tutkimukseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 121.)

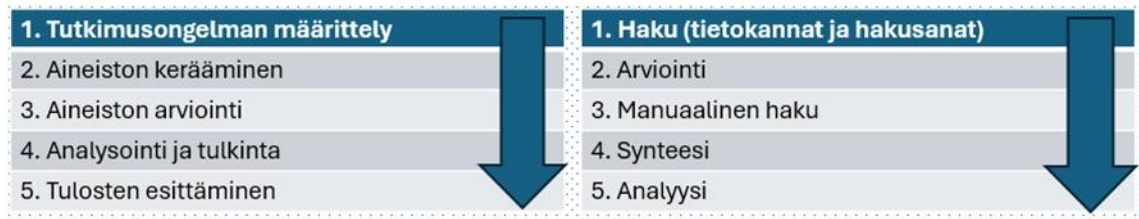
Kirjallisuuskatsauksen laatiminen on perusteellista ja aikaa vievää työtä. Se vaatii kirjoittajalta laajan aineiston lukemista ja kriittistä tarkastelua sen suhteen, miten hyvin se vastaa tutkimuskysymyksiin. Monia lähteitä joudutaan jättämään pois, mikä voi aiheuttaa epävarmuutta etenkin aloitteleville tutkijoille. Katsauksessa on tärkeää nostaa esiin kirjallisuuden väliset eroavaisuudet, ristiriidat ja mahdolliset puutteet. Onnistunut aineiston valinta edellyttää tutkijalta hyvää aihepiirin tuntemusta ja kykyä muodostaa tärkeitä lähteistä tiivis ja johdonmukainen kokonaisuus. (Hirsjärvi ym. 2009, 109.)

### 6.3 Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen prosessi

Cooper (1982, 1984) jakaa integratiivisen kirjallisuuskatsauksen viiteen päävaiheeseen, joita Whittemore ja Knafl (2005) ovat muokanneet. Vaiheet ovat: 1) tutkimusongelman määrittely, 2) aineiston kokoaminen, 3) aineiston arviointi, 4) analyysi sekä tulosten tulkinta ja 5) raportointi (Cooper 1982, 1984; Whittemore & Knafl 2005, 546-553).

Katsauksen ajankäytön suunnitteluun ja laadun parantamiseen suositellaan käyttämään SALSA-kehystä, sillä sen viisi keskeistä vaihetta soveltuvat eri katsaustyypeille. Tämä kehys auttaa tunnistamaan prosessin tärkeimmät ja eniten aikaa vievät kohdat ja tukee työskentelytapojen suunnittelua kussakin vaiheessa ajankäytön tehostamiseksi. SALSA-kehys on hyödyllinen myös tutkimuskysymyksen määrittelyssä, koska kysymyksen laajuus, rajaukset ja systemaattisuuden taso vaikuttavat koko prosessin toteutustapaan ja siihen, kuinka paljon aikaa se vaatii. (Booth ym. 2022, 72, 90; Grant & Booth 2009, 104.)

Vaikka katsauksia on erilaisia, SALSA-kehyksessä niillä on tietyt yhteiset perusosat. Näihin osiin kuuluvat kirjallisuuden haku (Search), aineiston (kriittinen) arviointi (Appraisal), aineistosta tehtävä synteesi (Synthesis) ja analyysi (Analysis), joita kutsutaan lyhenteellä SALSA. Eri katsaustyypeillä on omat erityispiirteensä menetelmien suhteen, mutta ne eroavat toisistaan hienovaraisesti muun muassa katsauksen tarkoituksessa, aineiston keruussa tai valinnassa, määrittelyssä ja analyysimenetelmissä. (Whittemore 2005, 56-62.)



Kuvio 1: Kirjallisuuskatsauksen viisi päävaihetta sekä SALSA-kehiksen viisi virstanpylvästä (mukaillen Vilkka 2023)

SALSA-kehiksen neljä päävaihetta ovat kaikki olennaisia riippumatta siitä, onko katsauksen aikataulu muutaman kuukauden vai kokonaisen vuoden. Jokainen vaihe on siis sisällytettävä sekä lyhyisiin että pitkiin katsausprosesseihin. Useimmiten eniten aikaa vie keskivaihe, jossa tehdään manuaalista hakuja. Jos katsauksen tekemiseen on varattu vain vähän aikaa, tästä vaiheesta kuitenkin usein luovutaan, vaikka se voisi tuoda esiin tutkimuskysymysten kannalta merkittäviä tutkimuksia. (Vilkka 2023, 17.)

#### 6.4 Opinnäytetyön tiedonhaun eteneminen

Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset perustuvat yleensä vertaisarvioituihin tutkimusartikkeleihin. Jos tarkastelutapaa kuitenkin laajennetaan narratiivisten ja integratiivisten katsauksien tavoitteiden mukaisesti, aineistona voidaan käyttää myös muita kuin vertaisarvioituja tutkimuksia. (Vilkka 2023, 33.)

Toteutin opinnäytetyön tiedonhaun joulukuussa 2024 ja tammikuussa 2025. Alkuvaiheessa sain ohjausta Laurea-ammattikorkeakoulun tiedonhaun asiantuntijalta. Päämenetelmänä käytin sähköisiä hakuja, joita täydensin lopuksi manuaalisella tiedonkeruulla. Sähköiset haut tein Laurean intranetin kautta hyödyntäen keskeisiä kotimaisia ja kansainvälisiä tietokantoja, jotka olivat olennaisia opinnäytetyön aiheen kannalta (Finna, Medic, Cinahl, Google Scholar). Opinnäytetyössä hyödynnetyt tietokannat, hakutermit, rajausehdot ja hakutulokset on koottu ja esitetty omassa taulukossaan (kuva 2).

Tutkimusaineiston valinnassa korostettiin erityisesti tutkimusten tieteellistä laatua. Aineistoksi hyväksyttiin ainoastaan väitöskirjoja, luotettavien julkaisijoiden tutkimusraportteja, puheenvuoroartikkeli sekä vertaisarvioituja tieteellisiä artikkeleita. Tutkimusmenetelmiä tai asetelmia ei rajattu, mutta valitun aineiston tuli olla sellainen, että sen luotettavuus ja tulosten sovellettavuus voitiin arvioida raportin tai artikkelin perusteella.

Tiedonhaku aloitettiin kotimaisista tietokannoista. Ensimmäiset haut tehtiin Laurean Finna-tietokantaan sekä Medic-tietokantaan. Hakusanoina käytettiin muun muassa "etäpalvelu" ja "mielenterveys", joita yhdisteltiin ja katkaistiin eri tavoin haun eri vaiheissa. Finna-tietokannassa yksi hakulauseke tuotti kolme osumaa, joista yksi valittiin tarkempaan tarkasteluun

otsikon ja tiivistelmän perusteella. Tämä tutkimus hyväksyttiin osaksi opinnäytetyötä. Haku-  
sanojen eri katkaisumenetelmillä saatiin yhteensä 40 osumaa, joista yksi valittiin tarkempaan  
tarkasteluun ja myöhemmin opinnäytetyöhön. Hakuyhdistelmällä "etä\*" ja "kunt\*" saatiin 148  
osumaa, joista kaksi analysoitiin tarkemmin, mutta ne eivät täyttäneet asetettuja valintakri-  
teerejä.

Medic-tietokannassa eri hakulausekeyhdistelmillä saatiin yhteensä 14 osumaa, joista kahteen  
perehdyttiin tarkemmin. Nämä eivät kuitenkaan vastanneet valintakriteerejä, joten niitä ei  
sisällytetty opinnäytetyöhön. Hakuyhdistelmällä "etä\*" ja "kunt\*" saatiin 31 osumaa, joista yksi  
valittiin tarkempaan tarkasteluun, mutta se ei lopulta täyttänyt valintakriteerejä.

Kansainvälisessä EBSCO Cinahl-tietokannassa hakusanoina käytettiin "mental health" ja "tele-  
health", mikä tuotti 260 osumaa. Näistä viisi valittiin tarkempaan tarkasteluun otsikon ja tii-  
vistelmän perusteella, ja kaikki viisi hyväksyttiin osaksi opinnäytetyötä.

Viimeisenä osana tehtiin manuaalisella haulla Google Scholarista hakuja, josta löytyi kolme  
opinnäytetyöhön hyväksyttävää artikkelia. Osa opinnäytetyöhön valituista tutkimusartikke-  
leista löytyi myös valittujen tutkimusten lähdeluetteloista.

Tiedonhaun onnistumista osoittaa se, että samat tutkimukset toistuivat sekä lähdeluetteloita  
tarkasteltaessa että sähköisen haun eri vaiheissa. Tämä viittaa siihen, että olennaisimmat kri-  
teerit täyttävät tutkimukset on todennäköisesti saatu kattavasti mukaan kirjallisuuskatsauk-  
seen.

## TIEDONHAKUTAULUKKO

| Tietokanta ja hakusanat      | Kaikki hakusanoilla tulleet artikkelit, tutkimusraportit ja tutkimusjulkaisut vuosilta 2020–2024 | Otsikon perusteella valitut | Tiivisteiden perusteella valitut | Opinnäytetyöhön mukaan otetut |
|------------------------------|--|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <b>Medic</b>                 |  |                             |                                  |                               |
| Etäpalv*                     | 6  | 1                           | 1                                | 0                             |
| Etä* ja mielenter*           | 8  | 1                           | 1                                | 0                             |
| Etä* ja kunt*                | 31   | 1                           | 1                                | 0                             |
| <b>Finna</b>                 |  |                             |                                  |                               |
| Etäpalvelu ja mielenterveys  | 3  | 1                           | 1                                | 1                             |
| Etäpalv*                     | 34   | 1                           | 1                                | 1                             |
| Etä* ja mielenter*           | 6  | 2                           | 2                                | 0                             |
| Etä* ja kunt*                | 148  | 2                           | 2                                | 0                             |
| <b>Cinahl</b>                |  |                             |                                  |                               |
| Mental health and telehealth | 260  | 5                           | 5                                | 5                             |
| <b>Yhteensä</b>              | <b>496</b>   | <b>14</b>                   | <b>14</b>                        | <b>7</b>                      |

Taulukko: Tiedonhakutaulukko

## 6.5 Tutkimusten analysointi

Integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan eri menetelmillä tehtyjä tutkimuksia ja kootaan yhteen niistä saatua tietoa. Sen tavoitteena on muodostaa mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva käsiteltävästä aiheesta, arvioida tutkimustulosten luotettavuutta ja tehdä johdopäätöksiä alan nykytilanteesta. (Flinkman & Salanterä 2007, 84-86.)

Aineiston analyysin tavoitteena on koota yhteen ja tulkita valittujen tutkimusten tulokset niin, että niistä muodostuu selkeä synteesi, jonka avulla voidaan vastata tutkimuskysymyksiin. Käytännössä analyysi tarkoittaa laajan tutkimusaineiston jäsentämistä selkeiksi

kokonaisuuksiksi sekä sen tiivistämistä helpommin ymmärrettäväksi. Integratiivisessa katsauksessa haasteena voi olla erilaisten tutkimusmenetelmien, kuten määrällisen ja laadullisen tutkimuksen, yhdistäminen yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. (Flinkman & Salanterä 2007, 84-99.)

Tutkimuskysymykset ohjaavat opinnäytetyötä laadullisesta näkökulmasta, ja analyysin avulla pyritään rakentamaan selkeä rakenne vastausten hahmottamiseksi. Aineiston analysoinnissa hyödynnetään sisällönanalyysia, joka on laajasti käytetty menetelmä laadullisessa tutkimuksessa ja mahdollistaa erilaisten tekstien, äänitteiden tai kuvien sisällön jäsentämisen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-94.)

Sisällönanalyysin prosessi etenee kolmessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa valitaan aineistosta tutkimuksen kannalta oleelliset osat tutkimuskysymysten ja rajauksen mukaisesti. Toisessa vaiheessa aineisto litteroidaan ja koodataan, eli tunnistetaan ja erotellaan tutkimuksen tavoitteisiin liittyvät sisällöt. Koodaaminen auttaa jäsentämään aineistoa ja toimii tutkijan apuvälineenä. Kolmannessa vaiheessa aineisto analysoidaan esimerkiksi teemoittelemalla, luokittelemalla tai tyypittelemällä tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-94.) Elo ja Kyngäs (2008) jakavat sisällönanalyysin kolmeen päävaiheeseen: valmisteluun, analyysiin ja raportointiin.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on toisen asteen tutkimusta, jossa aiempaa tutkimustietoa tarkastellaan ja yhdistetään uudella tavalla. Se syventää jo olemassa olevaa tietoa ja on keskeinen menetelmä näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä. Kirjallisuuskatsauksessa käytetään usein sisällönanalyysia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123-124.)

Sisällönanalyysissä voidaan hyödyntää kahta eri lähestymistapaa: induktiivista, jossa analyysi perustuu aineistosta nouseviin havaintoihin, ja deduktiivista, jossa tarkastelu pohjautuu ennalta määriteltyyn teoriaan tai viitekehykseen (Elo & Kyngäs 2008). Keskeinen ero näiden kahden lähestymistavan välillä on se, että induktiivisessa analyysissä tutkija luo luokittelun suoraan aineistosta ilman ennalta määriteltyä rakennetta. Deduktiivisessa analyysissä sen sijaan käytetään valmiiksi laadittua luokittelumatriisia, joka ohjaa analyysin etenemistä ja aineiston tarkastelua. (Graneheim & Lundman 2004; Kyngäs & Kaakinen 2020.)

Teorialähtöinen analyysi edellyttää, että aiheesta on olemassa riittävästi aiempaa tutkimusta tai teoreettista taustaa, jonka pohjalta analyysirunko voidaan rakentaa. Jos taas aihetta on tutkittu vain vähän, aineistolähtöinen analyysi on suositeltavampi, sillä se antaa mahdollisuuden muodostaa luokittelun suoraan aineistosta ilman valmiita viitekehyksiä. (Elo, Kajula, Tohmola & Kääriäinen 2022, 215-225.) Koska mielenterveyskuntoutujien kokemuksia etäpalveluista on tutkittu vähän, tämän opinnäytetyön sisällönanalyysi tehdään aineistolähtöisenä eli induktiivisena.

*Valmistautumisvaihe:* Ennen analyysin aloittamista määritellään, mikä osa aineistosta toimii analyysin yksikkönä. Tämä voi olla yksittäinen sana, lause tai laajempi ajatuskokonaisuus. Useimmiten analyysiyksikkönä käytetään lausetta tai ajatuskokonaisuutta, sillä yksittäiset sanat voivat tehdä tulkinnasta liian kapeaa. Ajatuskokonaisuus voi koostua useammasta lauseesta ja sisältää useita merkityksiä, jotka liittyvät tutkimuskysymykseen eri näkökulmista. Jos aineisto ei ole valmiiksi tekstinä, se kirjoitetaan tarkasti auki eli litteroidaan. Tämä varmistaa analyysin luotettavuuden ja auttaa hahmottamaan aineistoa kokonaisuutena. Litterointitapa riippuu siitä, analysoidaanko vain suoraa sisältöä vai myös piilossa olevia viestejä, kuten taukoja, ilmeitä tai eleitä esimerkiksi videoaineistoissa. Ennen varsinaista analyysiä aineisto luetaan huolellisesti läpi, jotta siitä saadaan kokonaiskuva ja voidaan varmistaa, että se vastaa tutkimuskysymyksiin. Laadullisessa tutkimuksessa tässä vaiheessa voidaan myös tarkentaa tutkimuskysymyksiä, jos se tukee aineiston tulkintaa ja analyysin tavoitteita. (Graneheim & Lundman 2004; Busetto, Wick & Gumbinger 2020.)

*Analyysivaihe:* Aineistolähtöinen analyysi etenee vaiheittain kohti aineiston tiivistämistä ja luokittelua. Ensin poimitaan tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaukset, jotka pelkistetään säilyttäen alkuperäinen merkitys. Tämän jälkeen aineisto koodataan, eli siihen tehdään jäsenystä helpottavia merkintöjä. Luokitteluvaiheessa samankaltaiset ilmaisut ryhmitellään alaluokiksi, jotka nimetään tarkasti. Näitä yhdistämällä muodostetaan ylä- ja pääluokkia tutkimuksen tarpeiden mukaan. Analyysin luotettavuuden varmistamiseksi alkuperäiseen aineistoon palataan toistuvasti, jotta voidaan arvioida, että muodostetut luokat vastaavat aineiston sisältöä. Luokittelua jatketaan niin pitkälle kuin on tarpeellista, ja analyysin oikeellisuus varmistetaan vertaamalla tuloksia alkuperäiseen aineistoon. Lopputuloksena syntyy tiivis kokonaisuus, joka voidaan esittää taulukoina tai kuvioina selkeyden lisäämiseksi. (Elo & Kyngäs 2008; Kylmä & Juvakka 2014; Graneheim & Lundman 2004; Kyngäs 2020.)

*Tulosten raportoiminen:* Aineiston analyysi etenee yksityiskohtaisista alkuperäisilmauksista kohti laajempia kokonaisuuksia, mutta tulokset raportoidaan esittelemällä ensin pää- ja yläluokat. Näitä voidaan käyttää alaotsikkoina, joiden alla tarkennetaan luokittelua. Tämä auttaa hahmottamaan analyysin etenemistä ja tekee raportista selkeän. Tulokset kannattaa esittää suoraan tutkimuskysymyksiin vastaavina, mikä tekee tekstistä sujuvampaa ilman tarpeetonta luokkien nimeämistä. Havainnollistamiseksi raporttiin voidaan lisätä taulukko tai kuvio, joka näyttää, miten analyysi on jäsentynyt ja varmistaa, että johtopäätökset perustuvat järjestelmälliseen tarkasteluun. Lopuksi tuloksia verrataan aiempiin tutkimuksiin ja pohditaan niiden merkitystä tutkimuksen kokonaisuuden kannalta. (Elo & Kyngäs 2008; Elo ym. 2022; Graneheim, Lindgren & Lundman 2017; Kyngäs, Elo, Pölkki & Kääriäinen 2011.)

## 6.6 Opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten analyysi

Analysointiprosessi alkoi valittujen tutkimusartikkelien perusteellisella läpikäynnillä, jossa jokainen artikkeli luettiin useaan kertaan. Viimeisten lukukertojen aikana tutkimusten olennaiset tiedot koottiin analyysitaulukkoon. Taulukkoon sisällytettiin perustietojen lisäksi tutkimuksen tarkoitus/tavoite, aineistonhankintamenetelmät, kohderyhmä, otoskoko, analyysimenetelmät sekä keskeiset tulokset. Lisäksi arvioitiin tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. Näistä tiedoista laadittiin tiivistetyt yhteenvedot jokaisesta käsitellystä tutkimuksesta (liite 2).

Tutkimusten tuloksista koottiin taulukkoon ne kohdat, jotka olivat merkityksellisiä opinnäytetyön tutkimuskysymyksen kannalta (hyvät ja huonot kokemukset). Tämän jälkeen tulokset eriteltiin ja koodattiin tutkimuksen numeroinnin mukaisesti, mikä helpotti niiden seurantaan raportointivaiheessa.

## 7 Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tulokset

### 7.1 Yhteenvedoa valituista tutkimuksista

Kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valittiin lopulta kymmenen tutkimusta, joista systemaattisella haulla valikoitui seitsemän ja manuaalisella haulla Google Scholarista valikoitui kolme tutkimusta. Varsinaisesta mielenterveyskuntoutujien etäsosiaaliohjauksesta löytyi vain vähän tutkittua tietoa, joten mukana valituissa tutkimuksissa on myös mielenterveyskuntoutujien terveydenhuollon etäpalveluiden kokemuksia. Yhdeksän tutkimusta perustui vertaisarvioituihin tutkimusartikkeleihin, jotka oli julkaistu korkeatasoisissa tieteellisissä julkaisuissa ja yksi oli puheenvuoroartikkeli. Kuusi tutkimusta oli englanninkielisiä ja neljä suomenkielisiä. Viisi tutkimusta oli tehty Suomessa ja muut tutkimukset oli tehty Yhdysvalloissa (1), Filippiineillä (1), Kanadassa (1), Australiassa (1) ja Intiassa (1). Tutkimusten julkaisuvuodet olivat 2020-2024 välillä.

Tutkimuksissa oli käytetty erilaisia tutkimusasetelmia ja -menetelmiä. Tutkimuksista neljä oli toteutettu laadullisena tutkimuksena (kvalitatiivisena), kolme tutkimusta määrällisenä tutkimuksena (kvantitatiivisena poikkileikkaus- ja kohorttitutkimuksena), kaksi oli monimenetelmä tutkimusta ja yksi oli puheenvuoroartikkeli.

Kaiken kaikkiaan, raportoidut tutkimukset olivat tieteellisesti luotettavia. Menetelmällisesti tutkimukset olivat huolellisesti toteutettuja. Tutkimusten eri vaiheet olivat hyvin kuvattu ja tulokset olivat hyvin raportoitu. Tutkimuksissa ilmeni kuitenkin rajoitteita, jotka voivat vaikuttaa niiden tulosten yleistettävyyteen. Joissakin tutkimuksissa otoskoko oli pieni, mikä voi rajoittaa tulosten kattavuutta suhteessa laajempaan väestöön. Lisäksi aineistonkeruu rajoittui

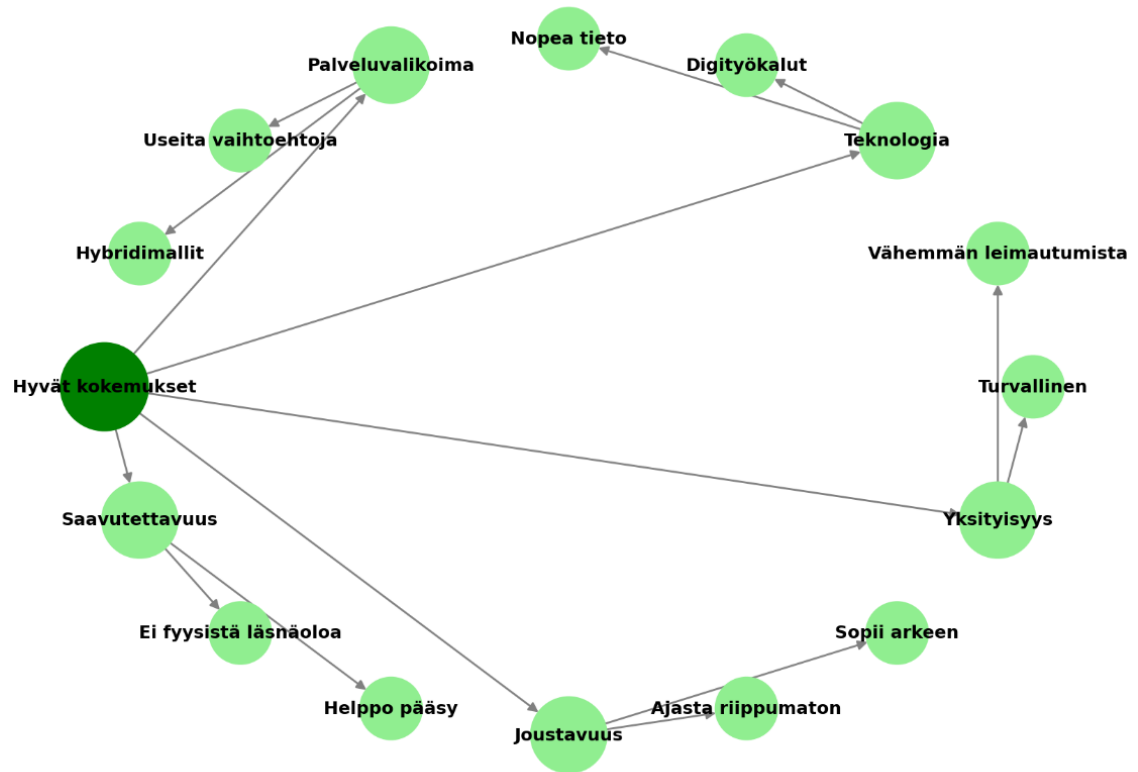
usein tietylle maantieteelliselle alueelle tai yhteen organisaatioon, mikä voi vaikuttaa tulosten sovellettavuuteen muihin konteksteihin. Itseraportointiin perustuvat kyselyt ja haastattelut voivat myös sisältää sosiaalisen hyväksynnän vinoumaa, eli vastaajat saattavat antaa yhteiskunnallisesti hyväksyttäviä vastauksia todellisten kokemustensa sijaan. Tulosten yleistettävyys on rajallista tietyissä konteksteissa, ja sen vuoksi tutkimuksien tuloksia tulisi tarkastella kriittisesti.

## 7.2 Tutkimusten tulokset

Tässä luvussa kuvataan integratiivisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta saadut tulokset. **Tutkimuskysymyksenä oli ”Miten mielenterveyskuntoutujien hyviä ja huonoja kokemuksia saamastaan etäsosiaaliohjauksesta on kuvattu tutkimuksissa?”**

**Mielenterveyskuntoutujien hyvät kokemukset** etäpalveluista korostavat niiden saavutettavuutta, joustavuutta ja yksityisyyttä. Etäpalvelut ovat mahdollistaneet osallistumisen ilman fyysistä läsnäoloa, erityisesti syrjäseuduilla asuville ja liikuntarajoitteisille henkilöille. Joustavuus on lisännyt hoitoon sitoutumista ja mahdollistanut palveluiden hyödyntämisen osana arkea. Asiakkaat ovat kokeneet etäpalvelut helppokäyttöisiksi, ja teknologian avulla on voitu kehittää uusia hoitomuotoja, kuten chat-palveluja ja mobiilisovelluksia. Lisäksi etäpalvelut ovat tarjonneet turvallisen ja leimautumisvapaan ympäristön, mikä on vähentänyt kynnystä hakeutua mielenterveyspalveluihin. Vaikka teknologia mahdollistaa laajemman palveluvalikoiden ja vaihtoehtojen teraputin valinnassa, kasvokkaista vuorovaikutusta pidetään edelleen tärkeänä erityisesti luottamuksen rakentamisessa. (Kuva 3). Näin ollen etäpalvelut ovat osoittautuneet arvokkaiksi mielenterveyskuntoutujille, mutta niiden onnistunut käyttö edellyttää jatkuvaa kehitystyötä ja asiakaslähtöisiä ratkaisuja.

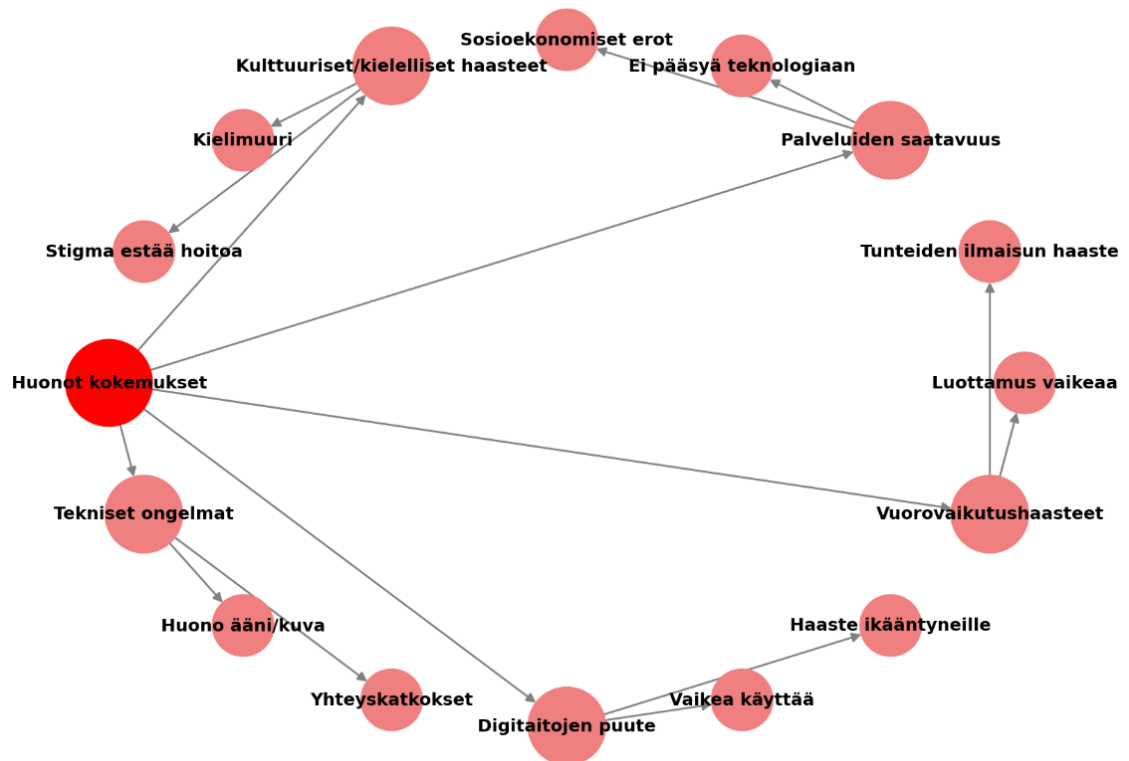
## MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN HYVÄT KOKEMUKSET ETÄPALVELUISTA



Kuva 3: Mielenterveyskuntoutujien hyvät kokemukset etäpalveluista

**Mielenterveyskuntoutujien huonot kokemukset** liittyivät teknisiin ongelmiin, digitaitoihin, vuorovaikutuksen haasteisiin, palveluiden saavutettavuuteen sekä kieli- ja kulttuurisiin eroihin. Teknisten häiriöiden ja heikon internet-yhteyden vuoksi osa käyttäjistä luopui palveluista kokonaan. Monet, erityisesti ikääntyneet ja sosiaalisesti haavoittuvassa asemassa olevat, tarvitsivat tukea digipalveluiden käyttöön. Etäpalveluiden vuorovaikutus koettiin osittain etäiseksi, ja kasvokkaista kontaktia pidettiin tärkeänä luottamuksen rakentamisessa. Lisäksi sosioekonomiset erot ja teknologisten laitteiden puute rajoittivat palveluiden käyttöä. Kielelliset haasteet ja kulttuuriset erot vaikeuttivat palveluiden saavutettavuutta, ja mielenterveyspalveluihin liittyvä stigma vähensi avun hakemista. (Kuva 4)

## MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIEN HUONOT KOKEMUKSET ETÄPALVELUISTA



Kuva 4: Mielenterveyskuntoutujien huonot kokemukset etäpalveluista

### 8 Pohdinta

Tutkimustulokset osoittavat, että etäsosiaaliohjaus on potentiaalinen ja joustava työmuoto mielenterveyskuntoutujien tukemisessa. Se mahdollistaa palveluiden saavutettavuuden parantamisen erityisesti niille asiakkaille, joille fyysinen käynti vastaanotolla olisi haastavaa. Tämä tukee aiempaa viitekehykseen sisältyvää tutkimustietoa, jonka mukaan digitaaliset palvelut voivat tarjota matalan kynnyksen tukea mielenterveyspalvelujen käyttäjille.

Analysoidut tutkimukset toivat esiin etäpalveluiden saavutettavuuden edut, kuten joustavuuden ja mahdollisuuden saada palveluita ajasta ja paikasta riippumatta. Tämä on linjassa viitekehyksen kanssa, jonka mukaan digitalisaatio voi edistää yhdenvertaisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tarjoamalla vaihtoehtoisia tapoja osallistua kuntoutukseen. Toisaalta tutkimuksista nousi esiin myös huoli siitä, että palveluiden digitalisoituminen voi lisätä eriarvoisuutta, jos asiakkailla ei ole riittäviä digitaaitoja tai pääsyä teknisiin laitteisiin. Tämä havainto tukee aiempia tutkimuksia, joissa on tuotu esille digitaalisen syrjäytymisen riski erityisesti haavoittuvassa asemassa olevilla ryhmillä, kuten mielenterveyskuntoutujilla.

Etäsosiaaliohjauksen tehokkuus on vahvasti sidoksissa asiakkaiden ja ammattilaisten digitaitoihin sekä teknologian toimivuuteen. Tutkimukset osoittivat, että osa kuntoutujista koki etäpalvelut helppokäyttöisiksi ja hyödyllisiksi, mutta toiset tarvitsivat lisätukea teknologian käyttöön. Tämä ilmiö on havaittu myös aiemmissa tutkimuksissa, joissa on todettu, että digitaitojen puute voi estää palveluiden käytön ja vaikuttaa palveluiden saavutettavuuteen. Lisäksi tekniset ongelmat, kuten heikko internet-yhteys ja yhteyskatkokset, voivat heikentää asiakkaan kokemusta ja vähentää palveluiden luotettavuutta.

Vaikka etäpalvelut voivat vähentää yksinäisyyttä ja tarjota tukea, niiden suurin haaste liittyy vuorovaikutuksen laatuun. Tutkimusten perusteella moni mielenterveyskuntoutuja koki, että etäyhteyden kautta oli vaikeampi rakentaa luottamuksellista suhdetta ohjaajaan. Tämä tukee aiempia havaintoja siitä, että nonverbaalinen viestintä ja läsnäolon tunne ovat merkittäviä tekijöitä mielenterveyspalveluiden vaikuttavuudessa. Viitekehys korostaa myös hybridimallien kehittämisen tarvetta, joissa yhdistetään etä- ja lähikontaktit yksilöllisesti asiakkaan tarpeiden mukaan. Tämä tukee tutkimusten suosituksia siitä, että etäsosiaaliohjausta tulisi kehittää osaksi laajempaa palvelukokonaisuutta, eikä sen tulisi täysin korvata perinteisiä tapaamisia.

Etäsosiaaliohjauksen kehittäminen vaatii monitasoisia toimenpiteitä. Tutkimusten perusteella on tärkeää tarjota asiakkaille digitaitokoulutusta, lisätä teknistä tukea ja varmistaa, että palvelut suunnitellaan käyttäjälähtöisesti. Lisäksi sosiaaliohjaajien ammatillisia valmiuksia etäpalveluiden käyttöön tulisi vahvistaa, jotta he voivat tarjota laadukasta ja vaikuttavaa ohjausta myös digitaalisessa ympäristössä. Viitekehys tukee tätä näkemystä ja korostaa tarvetta panostaa ammattilaisten koulutukseen sekä digitaalisten palveluiden kehittämiseen.

Etäpalvelut ovat tulleet jäädäkseen osaksi mielenterveyspalveluita, mutta niiden onnistunut käyttöönotto edellyttää jatkuvaa kehitystyötä ja käyttäjien tarpeiden huomioimista. Jatkossa olisi tärkeää tutkia, miten etäpalveluiden ja lähikontaktien yhdistäminen vaikuttaa palveluiden laatuun ja asiakkaiden hyvinvointiin pitkällä aikavälillä. Lisäksi olisi hyödyllistä selvittää, miten teknologisia ratkaisuja voitaisiin kehittää edelleen, jotta ne tukisivat paremmin mielenterveyskuntoutujien yksilöllisiä tarpeita.

## 9 Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden arviointia

Tieteellisen tutkimuksen tekemiseen liittyy tiukat vaatimukset, jotka takaavat sen luotettavuuden ja eettisyyden. Tutkimuksen tulee perustua objektiivisuuteen ja riippumattomuuteen, eli sen ei pidä heijastaa tutkijan omia mielipiteitä tai ulkopuolisten tahojen vaikutusta. Lisäksi tutkimustulosten avoimuus on tärkeää, jotta tiedeyhteisö voi arvioida niiden paikkansapitävyyden ja tarvittaessa korjata mahdollisia virheitä. Eettisyys on keskeinen osa tutkimustyötä, ja se tarkoittaa sekä tutkimuksen vaikutusten arvioimista yhteiskunnassa että

vastuullisuutta sen kaikissa vaiheissa. Tutkijoiden tulee pyrkiä tuottamaan tietoa, joka edistää yhteistä hyvää ja välttää toimintatapoja, joilla voisi olla haitallisia seurauksia. Myös tutkimusaiheen valinnassa on tärkeää huomioida sen merkitys yhteiskunnalle. Lisäksi tutkimukseen osallistuvien henkilöiden oikeudet ja hyvinvointi on turvattava, ja koko prosessin tulee perustua rehellisyyteen ja läpinäkyvyyteen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 23-28.)

Kun tutkimusta tehdään tai analysoidaan, on tärkeää kiinnittää huomiota sen luotettavuuteen ja siihen vaikuttaviin tekijöihin. Määrällisessä tutkimuksessa luotettavuus arvioidaan usein kahden keskeisen käsitteen avulla: reliabiliteetti, joka viittaa tulosten toistettavuuteen ja yleistettävyyteen, sekä validius, joka kertoo, kuinka hyvin tutkimus mittaa juuri sitä, mitä on tarkoitus tutkia. Laadullisen tutkimuksen kohdalla näiden käsitteiden soveltaminen ei ole yhtä suoraviivaista. Sen sijaan laadullisen tutkimuksen luotettavuus perustuu tutkimusprosessin eri vaiheiden, valintojen ja ratkaisujen tarkkaan kuvaamiseen ja perusteluun, jotta lukija voi arvioida niiden johdonmukaisuutta ja uskottavuutta. (Hirsjärvi ym. 1997, 216-218.)

Kirjallisuuskatsaus kuuluu teoreettisen tutkimuksen piiriin ja sitä pidetään niin sanottuna toisen asteen tutkimuksena (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 123-124). Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys pohjautuvat pitkälti siihen, kuinka huolellisesti valitut alkuperäistutkimukset on toteutettu. Tässä opinnäytetyössä mukaan otetut yhdeksän tutkimusta olivat peräisin arvostetuista tieteellisistä julkaisuista, joissa ne olivat läpikäyneet vertaisarvioinnin. Yksi oli puheenvuoroartikkeli. Artikkeleissa oli käsitelty tutkimusten eettisiä käytäntöjä ja luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä, mikä vahvisti niiden soveltuvuutta osaksi tätä kirjallisuuskatsausta.

Hirsjärvi ym. mukaan tieteellisen tutkimuksen yleisissä ohjeissa painotetaan erityisesti sitä, että tutkijalla tulee olla vahva tietämys omasta tieteenalastaan, hyvä menetelmällinen osaaaminen sekä kyky tarkastella asioita kriittisesti. (Hirsjärvi ym. 1997, 24-25). Olen vielä aloitteleva tutkija, minulla ei ollut aiempaa syvällistä kokemusta mielenterveyskuntoutujien etäsosi-aaliohjauksesta. Tämä on voinut vaikuttaa työn eettisyyteen ja luotettavuuteen sekä hyödyllisesti että haasteellisesti. Toisaalta aiheeseen perehtyminen ilman ennakkokäsityksiä on mahdollistanut avoimen ja monipuolisen tarkastelun, mutta samalla kokemattomuus on saattanut rajoittaa kykyäni hahmottaa kaikkia tilanteita täysin kattavasti. Olen pyrkinyt tekemään huolellista taustatyötä ja hyödyntämään erilaisia näkökulmia ja lähteitä, jotta tarkasteluni perustuisi monipuoliseen tietoon. Työn eri vaiheissa tekemäni valinnat ja muodostamani käsitykset olen pyrkinyt perustelemaan selkeästi. Olen tehnyt suurimman osan aineiston hausta, valinnasta ja analysoinnista itsenäisesti. Vaikka olen pyrkinyt lähestymään tutkimusta mahdollisimman objektiivisesti, kokemattomuuteni voi olla vaikuttanut siihen, miten olen jäsentänyt ja tulkinnut tietoa. Tästä syystä olen kiinnittänyt erityistä huomiota siihen, että olen arvioinut aineistoa kriittisesti.

Kirjallisuuskatsauksen toteuttamiseen ei tarvittu erillistä tutkimuslupaa tai osallistujien suostumuksia, sillä aineisto koostui aiemmin julkaistuista tutkimuksista. Valitut tutkimukset oli jo käyty läpi eettisten periaatteiden mukaisesti, ja niissä oli hankittu tarvittavat luvat sekä tutkimuseettisiltä toimikunnilta että osallistujilta. Olen pyrkinyt toimimaan koko tutkimusprosessin ajan mahdollisimman rehellisesti ja vastuullisesti. Olen pyrkinyt noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) Hyvää tieteellistä käytäntöä (HTK). Tärkeä osa tätä on ollut lähteiden huolellinen käyttö, tarkka tulkinta ja asianmukainen merkitseminen, jotta kaikki tiedot perustuvat luotettavasti alkuperäisiin lähteisiin.

Integratiivinen kirjallisuuskatsaus on oikein toteutettuna luotettava tapa koota ja analysoida aiempaa tutkimustietoa. Luotettavuuteen voi vaikuttaa se, että eri tietokannat eivät ole täysin yhdenmukaisia, mikä voi johtaa siihen, että osa olennaisista tutkimuksista jää huomaamatta. Lisäksi alkuperäistutkimusten päällekkäisjulkaisut voivat olla vaikeasti tunnistettavissa, mikä saattaa vaikuttaa analyysin tarkkuuteen. Myös tutkimusten laatu vaihtelee, eivätkä kaikki aineistoon sisältyvät tutkimukset ole yhtä luotettavia, mikä tekee arvioinnista haastavaa. Lisäksi se, millä perusteilla tutkimukset valitaan mukaan, voi osaltaan ohjata tulosten painottumista. (Kääriäinen & Lahtinen 2006.)

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus riippuu erityisesti siitä, kuinka huolellisesti ja tarkasti sen eri vaiheet on dokumentoitu. Selkeästi kuvattu prosessi mahdollistaa katsauksen toistamisen myöhemmin, esimerkiksi jos aiheesta halutaan päivittää tietoa. On kuitenkin mahdollista, että vaikka menetelmät olisivat samat, eri tutkijat voisivat tehdä hieman erilaisia valintoja tutkimuksia valitessaan, mikä voisi johtaa osittain erilaisiin johtopäätöksiin. Joitakin olennaisia tutkimuksia on saattanut jäädä pois, jos niiden kokotekstejä ei ollut saatavilla käytössä olleilla resursseilla. Kuitenkin tiedonhaun kattavuudesta kertoo se, että haun edetessä samoja tutkimuksia alkoi toistuvasti nousta esiin eri tietokannoissa sekä niiden lähdeluetteloissa, joiden sisältöön perehdyttiin tarkemmin.

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston määrä määrittyy sen mukaan, kuinka paljon tietoa tarvitaan tutkimusaiheen ja asetetun tutkimustehtävän kannalta. Yksi tapa arvioida aineiston riittävyttä on saturaatio, eli kylläntyminen. Tämä tarkoittaa, että aineistoa pidetään riittävänä silloin, kun uudet havainnot eivät enää tuota olennaisesti uutta tietoa tutkimusongelman kannalta, vaan samat teemat alkavat toistua. Tällöin voidaan katsoa, että aineisto on kattava ja tutkimus voi edetä analyysivaiheeseen. (Eskola & Suoranta 1998, 62-63.) Aineistossa toistui paljon samoja asioita, eli jonkinasteista saturaatiota ilmeni.

## 10 Kehittämissuunnitelma

### **Etäsosiaaliohjauksen kehittäminen mielenterveyskuntoutujien palveluissa**

Mielenterveyskuntoutujien etäsosiaaliohjauksen onnistumista haittaavat merkittävästi digitaitojen puutteet ja tekniset ongelmat. Tutkimusaineiston perusteella osa käyttäjistä kokee teknologian käytön haastavaksi ja tarvitsee lisätukea etäpalveluiden hyödyntämisessä. Lisäksi yhteyskatkokset ja ohjelmistojen monimutkaisuus voivat heikentää etäohjauksen laatua ja asiakaskokemusta. Näiden haasteiden ratkaisemiseksi ehdotetaan digitaito- ja teknisen tukipalvelun luomista mielenterveyskuntoutujille.

Ensimmäinen kehittämistoimi on **digitaito- ja tekninen valmennus**, joka järjestetään sekä yksilöllisesti että ryhmämuotoisesti. Valmennuksessa asiakkaille opetetaan perusasiat laitteiden ja sovellusten käytöstä, tietoturvesta sekä etäyhteyksien hyödyntämisestä sosiaaliohjauksessa. Lisäksi hyödynnetään vertaisohjausta, jossa kokeneemmat mielenterveyskuntoutajat voivat tukea muita käyttäjiä teknologian haltuunotossa. Valmennus toteutetaan hybridimallina, jossa yhdistetään lähivalmennukset ja etäopetus, jotta osallistujat pääsevät harjoittelemaan oppimiaan taitoja käytännössä.

”Digitaidot kuntoon”- Digitaito- ja tekninen valmennus mielenterveyskuntoutujille voidaan toteuttaa 6 viikon hybridikurssina, jossa yhdistyvät lähiopetus ja etäohjaus. Valmennuksen tavoitteena on parantaa osallistujien kykyä hyödyntää etäsosiaaliohjausta itsenäisesti ja sujuvasti. Ensimmäisellä viikolla kartoitetaan lähtötaso ja opetellaan laitteiden peruskäyttö, kuten kirjautuminen ja navigointi verkkopalveluissa. Toisella viikolla harjoitellaan videopuheluiden ja viestintäsovellusten käyttöä sekä vuorovaikutusta etäympäristössä. Kolmannella viikolla keskitytään tietoturvaan, salasanojen suojaamiseen ja turvalliseen tunnistautumiseen. Neljännellä viikolla tutustutaan mielenterveyden itsehoitosovelluksiin ja harjoitellaan etäajanvarausta. Viidennessä viikolla järjestetään simuloitu etäohjaustilanne, jossa osallistujat saavat vertaistukea ja yksilöllistä neuvontaa. Viimeisellä viikolla osallistujat soveltavat opittuja taitoja oikeassa etäpalvelussa ja saavat jatkotukea.

Valmennuksen käytännölläisyys, pieni ryhmäkoko ja hybridimalli tukevat oppimista ja itsestä palveluiden käyttöä. Jokainen osallistuja saa yksilöllistä ohjausta ja mahdollisuuden kokeilla palveluita turallisessa ympäristössä. Lisäksi vertaistuki vahvistaa oppimista ja madaltaa kynnystä hyödyntää etäpalveluita. Tämä malli tarjoaa konkreettisen keinon vähentää teknologian aiheuttamia esteitä ja parantaa mielenterveyskuntoutujien osallisuutta digitaalisiin palveluihin.

Toinen keskeinen kehittämistoimi on **matalan kynnyksen tekninen tukipalvelu**, josta mielenterveyskuntoutajat voivat saada apua teknisiin ongelmiin, kuten yhteyskatkoksiin, sovellusten käyttöön ja laitteiden toimintahäiriöihin. Tukipalvelu toteutetaan monikanavaisesti, eli tukea on saatavilla puhelimitse, chatin ja videoyhteyden kautta, jotta se on helposti saavutettavissa eri käyttäjäryhmille. Lisäksi sosiaaliohjaajia koulutetaan tarjoamaan perusneuvontaa

teknologian käyttöön, jotta asiakkaat voivat saada apua nopeasti ilman tarvetta erilliselle tukipalvelulle.

Mielenterveyskuntoutujille suunnattu "DigiTuki Helposti" -palvelu tarjoaa matalan kynnyksen teknistä tukea etäpalveluiden käytössä. Se toimii monikanavaisesti, jolloin tukea on saatavilla puhelimitse, chatissa, videoyhteydellä ja lähitukipisteissä. Palvelun tarkoituksena on auttaa asiakkaita ratkaisemaan teknisiä ongelmia nopeasti ja tarjota yksilöllistä opastusta etäpalveluiden käyttöön.

Palvelun tukipisteet, kuten kirjastot, mielenterveyskeskukset ja järjestöjen toimitilat, tarjoavat mahdollisuuden paikan päällä annettavaan apuun niille, joilla ei ole laitteita tai jotka kokevat etäohjauksen vaikeaksi. Lisäksi palveluun kuuluu pikavideo-oppaat ja yksinkertaiset ohjeet, joita voi käyttää itsenäisesti ennen teknisen tuen hakemista. Tämän palvelun avulla voidaan vähentää teknisten ongelmien aiheuttamaa stressiä ja lisätä mielenterveyskuntoutujien mahdollisuuksia käyttää etäpalveluita sujuvasti. Helposti saavutettava ja selkeä tukipalvelu madaltaa kynnystä hakea apua ja parantaa digitaalisen osallisuuden edellytyksiä.

Näiden kehittämisehdotusten avulla voidaan vähentää digitaalista syrjäytymistä ja lisätä etäpalveluiden saavutettavuutta. Ne parantavat mielenterveyskuntoutujien itsenäistä asiointia ja osallisuutta digitaalisessa yhteiskunnassa sekä vähentää teknisten ongelmien aiheuttamaa turhautumista. Samalla asiakkaiden sitoutuminen etäpalveluihin vahvistuu, kun palveluiden käyttö on sujuvampaa ja esteetöntä. Näin ollen digitaito- ja teknisen tukipalvelun käyttöönotto tukisi mielenterveyskuntoutujien etäsosiaaliohjauksen laatua ja tehokkuutta merkittävästi.

## Lähteet

Autti-Rämö, I. & Salminen, A-L. 2016. Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki; Kustannus Duodecim, 14-17.

Bassman, R. 2006. The evolution from advocacy to self-determination. Teoksessa Mental Health, United States, 2004. Toim. Manderscheid RW & Berry JT. US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 14-22. Viitattu 17.2.2024. [https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=C\\_-3U2yn-pNoC&oi=fnd&pg=PA14&dq=Bassman,+R.+2006+The+evolution+from+advocacy+to+self-determination&ots=INeUD97f8f&sig=oMZ-4huwxffPB6NAkZHmg8C\\_178&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=C_-3U2yn-pNoC&oi=fnd&pg=PA14&dq=Bassman,+R.+2006+The+evolution+from+advocacy+to+self-determination&ots=INeUD97f8f&sig=oMZ-4huwxffPB6NAkZHmg8C_178&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Baumeister, R. & Leary, M. 1997. Writing Narrative Literature Reviews. Review of General Psychology 1: 3, 311-320.

Booth, A., Sutton, A., Clowes, M. & Martyn-St James, M. 2022. Systematic Approaches to a Successful Literature Review. Kolmas painos. Lontoo: Sage.

Busetto L., Wick W. & Gumbinger C. 2020. How to use and assess qualitative research methods. Neurological Research and Practice 2(14).

Cooper, H. 1982 Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. Review of Educational Research 52 (2), 291-302.

Cooper, H. 1984. The Integrative Research Review: A systematic approach. Applied Social Research Methods Series, Volume 2. Sage Publications, California.

Dela Cruz, E., Marcelo, R., Naling, B. & Ty, W. 2023. "Hello, can you hear me?": Narratives of online mental health counselling among Filipino adults during the pandemic. Viitattu 28.1.2025. <https://research-ebSCO-com.nelli.laurea.fi/linkprocessor/v2-external?opid=4kfiy3&recordId=57t6x3yyvc&url=https%3A%2F%2Fwww.doi.org%2F10.1002%2Fcapr.12592>

Dennett, A., Taylor, N., Williams, K., Lewis, A., Brann, P., Hope, J., Wilton, A. & Harding, K. 2022. Consumer perspectives of telehealth in ambulatory care in an Australian health network. Viitattu 29.1.2025. <https://research-ebSCO-com.nelli.laurea.fi/c/4kfiy3/search/details/jgzl6ogcbv?db=c8h&isDashboardExpanded=true&limiters=None&q=Consumer+perspectives+of+telehealth+in+ambulatory+care+in+an+Australian+health+network>.

- Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A. & Kääriäinen, M. 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede*. 34 (4), 215-225.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107-115.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Flinkman, M. & Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus - eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A 51. Turku, 2007:84-100.
- Graneheim, UH., Lindgren B-M. & Lundman, B. 2017. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today* 56, 29-34.
- Graneheim, UH. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24(2), 105-112.
- Grant, JM. & Booth, A. 2009. A Typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26, 91-108. Viitattu 3.11.2024. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2014. *Mieli ja terveys*. Helsinki: Edita Publishing.
- Helminen, J. 2022. Sosiaaliohjauksen tekijät ja tehtävät. *Diak Työelämä* nro 27. Verkkojulkaisu. Viitattu 25.11.2024. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/782653/DIAK\\_TYOELAMA\\_27\\_web.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/782653/DIAK_TYOELAMA_27_web.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Helminen, J. 2021. Nyt on sosiaaliohjauksen aika. *Talentia-lehti*. Artikkelinä 21.6.2021. Viitattu 25.11.2024. <https://www.talentia.fi/talentia-lehti/nyt-on-sosiaaliohjauksen-aika/>
- Helsingin kaupunki. 2024b. Mielenterveyskuntoutujien lähityö. Viitattu 23.11.2024. <https://www.hel.fi/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveydenhoito/mielenterveyspalvelut/mielenterveysasiakkaiden-asumispalvelut/mielenterveyskuntoutujien-lahityo>
- Helsingin kaupunki. 2024a. Mielenterveyskuntoutujien tuettu asuminen. Viitattu 22.1.2025. <https://www.hel.fi/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveydenhoito/mielenterveyspalvelut/mielenterveysasiakkaiden-asumispalvelut/mielenterveyskuntoutujien-tuettu-asuminen>

Helsingin kaupunki. 2024c. Tuettu asuminen. Viitattu 25.11.2024. <https://www.hel.fi/fi/sosi-aali-ja-terveyspalvelut/vammaispalvelut/asuminen/tuettu-asuminen>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä (2005).

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huotari, K., Törmä, S., Pitkänen, S. & Hatsala, A. 2018. Selvitys mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asuntokannan tilasta ja asumista tukevista palveluista. Viitattu 25.11.2024. [https://www.ara-hankepankki.fi/project/get\\_file/450/a490bbd2f14258a4/download](https://www.ara-hankepankki.fi/project/get_file/450/a490bbd2f14258a4/download)

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Shubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoito-työ. Helsinki: Sanoma Pro. E-kirja.

Hänninen, R., Karhinen, J., Korpela, V., Pajula, L., Pihlajamaa, O., Merisalo, M., Kuusisto, O., Taipale, S., Kääriäinen, J. & Wilska T-A. 2021. Digiosallisuuden käsite ja keskeiset osa-alueet. Digiosallisuus Suomessa -hankkeen väliraportti. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2021:25. Viitattu 12.12.2024. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163036/VNTEAS\\_2021\\_25.pdf?sequence=1&utm\\_source=chatgpt.com](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163036/VNTEAS_2021_25.pdf?sequence=1&utm_source=chatgpt.com)

Hänninen, R., Karhinen, J., Korpela, V., Pajula, L., Pihlajamaa, O., Merisalo, M., Kuusisto, O., Taipale, S., Kääriäinen, J. & Wilska, T-A. 2022. Digiosallisuus käsitteenä. Teoksessa: Hänninen, R., Karhinen, J., Korpela, V., Pajula, L., Pihlajamaa, O., Merisalo, M., Kuusisto, O., Taipale, S., Kääriäinen, J. & Wilska, T-A. Digiosallisuus Suomessa. 2022. Kuusisto, O., Merisalo, M. & Kääriäinen, J. (toim.). Valtioneuvosto. Selvitys- ja tutkimustoiminta. Viitattu 12.12.2024. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163789/VNTEAS\\_2022\\_10.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163789/VNTEAS_2022_10.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ikonen, T., Isojärvi, J. & Malmivaara, A. 2009. Esikartoitus hyödyttää terveydenhuollon menetelmien arviointia. Suomen Lääkärilehti 2009, 64, 39, 3209-3214.

Innokylä. 2024. Toimintamalli. Lähityö. Viitattu 24.1.2025. <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/lahityo>

Järvikoski, A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:43. Viitattu 23.11.2024. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70263/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3457-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70263/URN_ISBN_978-952-00-3457-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Kaihlanen, A., Virtanen, L., Valkonen, P., Kilpinen, J., Hietapakka, L., Buchert, U., Hörhammer, I., Isola, A-M, Laukka, E., Kouvonen, A., Kujala, S. & Heponiemi, T. 2021. Haavoittuvat ryhmät etäpalvelujen käyttäjinä: kokemuksia COVID-19-epidemian ajalta. Viitattu 30.1.2025. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142805/URN\\_ISBN\\_978-952-343-687-9.pdf](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142805/URN_ISBN_978-952-343-687-9.pdf)
- Katajamäki, E. 2012. Arvot moniammatilliseen toimintaan oppimisessa. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt, 25-28. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2017. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kielitoimiston sanakirja. 2024. Mielenterveyskuntoutuja. Viitattu 20.11.2024. <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/#/mielenterveyskuntoutuja?searchMode=all>
- Kopelowicz, A. & Liberman, RP. 2003. Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. *Psychiatric Services* 54, 1491-1498. Viitattu 17.2.2024. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.54.11.1491>
- Koskisuus, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita Prima.
- Kunnela, A. 2023. Kirjallisuuskatsaukset. Jamk. Viitattu 28.11.2024. <https://help.jamk.fi/opinnaytetyon-ohjaus/fi/kirjallisuuskatsaukset/>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2014. Laadullinen terveystutkimus. Edita, Bookwell Oy, Porvoo.
- Kyngäs, H. 2020. Inductive Content analysis. Teoksessa Mikkonen, K. & Kääriäinen, M. *Content Analysis in Systematic Reviews*. Cham: Springer, 13-22.
- Kyngäs H., Elo S., Pölkki T., Kääriäinen M. & Kanste O. (2011) Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23(2), 138-148.
- Kyngäs, H. & Kaakinen, P. 2020. Deductive Content Analysis. Teoksessa Mikkonen, K. & Kääriäinen, M. 2020. *Content Analysis in Systematic Reviews*. Cham: Springer, 23-30.
- Kyytsönen, M., Vehko, T., Jormanainen, V., Aalto, A-M. & Mölläri, K. 2021. Terveydenhuollon etäasioinnin trendit vuosien 2013-2020 Avohilmon aineistossa. STM:n hallinnonalan avoin julkaisuarkisto. Viitattu 25.11.2024. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-639-8>
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* Vol 18, no 1/06: 37-45.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Finlex. Viitattu 7.11.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. Finlex. Viitattu 7.11.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987. Finlex. Viitattu 7.11.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380>

Laukkala, T., Tuisku, K., Fransman, H. & Vormaa, H. 2015. Työikäisten mielenterveyskuntoutus. Suomen Lääkärilehti 21/2015.

Lee, H., Palmer, J., Mullick, P. & Kiely, C. 2023. Patient experience with telehealth service in a mental health setting. Viitattu 28.1.2025. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2023.03.001>

McGurk, S. R. & Wykes, T. 2008. Cognitive Remediation and Vocational Rehabilitation. Psychiatric rehabilitation journal, 31(4). 350-359. Viitattu 5.3.2024. <https://doi.org/10.2975/31.4.2008.350.359>

Mielenterveyslaki 1116/1990. Finlex. Viitattu 20.11.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mieli. 2024. Tilastotietoa mielenterveydestä. Viitattu 25.11.2024. <https://mieli.fi/yhteiskunta/mielenterveys-suomessa/tilastotietoa-mielenterveydesta/>

Mutscler, C., Rouse, J., McShane, K. & Habal-Brosek, 2018. BMC Health Services Research. Developing a realist theory of psychosocial rehabilitation: the Clubhouse model. Article number: 442 (2018). Viitattu 22.11.2024. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3265-9>

Narayan, S., Mok, H., Ho, K. & Kealy, D. 2023. "I don't think they're as culturally sensitive": a mixed-method study exploring e-mental health use among culturally diverse populations. Viitattu 28.1.2025. <https://research-ebSCO-com.nelli.laurea.fi/linkprocessor/v2-external?opid=4kfiy3&recordId=5wl3rwmvc5&url=https%3A%2F%2Fwww.doi.org%2F10.1080%2F09638237.2022.2091762>

Nieminen, I. 2017. Koulutusinterventio osana mielenterveyskuntoutujien kuntoutusta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 11.2.2024. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100449/978-952-03-0316-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OECD. 2018. Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. Viitattu 25.11.2024. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)

Paalanen, A. 2017. Asiakaslähtöiset kuntoutuspalvelut. Jamk. Opinnäytetyö. Viitattu 12.11.2024. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/128082/Paalanen%20Anu.pdf?sequence=1>

Parviainen, P., Tihinen, M., Kääriäinen, J. & Teppola, S. 2017. Tackling the Digitalisation Challenge: How to Benefit from Digitalisation in Practice. Viitattu 12.12.2024. <https://cris.vtt.fi/en/publications/tackling-the-digitalisation-challenge-how-to-benefit-from-digital>

Perustuslaki 731/1999. Finlex. Viitattu 20.11.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Pyykönen, A-M. & Taipale, S. 2022. Sosiaalihuollon asiakasturvallisuus ja sähköinen asiointi. Janus: sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti, 30(4), 415-422. Viitattu 30.1.2025. <https://doi.org/10.30668/janus.121552>

Raitakari, S., Günther, K. & Räsänen, J-M. 2022. Koti hyvinvointityön ja haavoittuvuuden kohtaamisen ympäristönä. Viitattu 20.11.2024. [https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/142730/01\\_Raitakari\\_ym\\_Johdanto\\_Koti\\_hyvinvointityon\\_ja\\_haavoittuvuuden\\_kohtaamisen\\_ymparistona.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/142730/01_Raitakari_ym_Johdanto_Koti_hyvinvointityon_ja_haavoittuvuuden_kohtaamisen_ymparistona.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Rantanen, T., Gluschkoff, K., Silvennoinen, P. & Heponiemi, T. 2021. The Associations Between Mental Health Problems and Attitudes Toward Web-Based Health and Social Care Services: Evidence From a Finnish Population-Based Study. Viitattu 20.1.2025. <http://www.theseus.fi/handle/10024/505622>

Rantanen, T., Juujärvi, S., Silvennoinen, P. & Järveläinen, E. 2023. Haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien digitaalinen syrjäytyminen sosiaali- ja terveysalan osaamisen haasteena. Ammattikasvatuksen aikakauskirja, 25 (3), 50-69. Viitattu 25.12.2024. <https://doi.org/10.54329/akakk.137484>

Rehman, U., Shahnawaz, M G., Kashyap, D., Gupta, K., Kharshiing, K D., Khursheed, M., Khan, N H. & Uniyal, R. 2023. Risk perception, social distancing, and distress during COVID-19 pandemic: Exploring the role of online counseling and perceived social support. Viitattu 30.1.2025. <https://research-ebSCO-com.nelli.laurea.fi/c/4kfiy3/search/details/bdc4ws7rdr?db=bsh%2Cs3h%2C8gh%2Clxh%2Cnlebk%2Cc8h%2Cer%2Cmedm%2Cddu%2Cpdh&isDashboardExpanded=true&limiters=None&q=Risk+perception%2C+social+distancing%2C+and+distress+during+COVID-19+pandemic%3A+Exploring+the+role+of+online+counseling+and+perceived+social+support>

Salminen, A-L. & Hiekkala, S. 2019. Kokemuksia etäkuntoutuksesta. Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia. Viitattu 24.1.2025.

<https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/822abcf7-8855-4e83-a484-4e6be9493367/content>

Salminen, A-L., Hiekkala, S. & Stenberg, J-H. 2016. Etäkuntoutus. Kelan tutkimus 2016. Viitattu 13.12.2024. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/731dd5ea-1a52-4ea1-b07a-b5458e4a6e12/content>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Viitattu 3.11.2024.

[https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Salmi, V. 2006. Asumalla kuntoon? Kuntoutuskäsitteen ulottuvuuksia asumispalveluissa. Viitattu 25.12.2024. [https://vesasalmi.net/wp-content/uploads/2010/06/asumalla\\_kuntoon\\_verkko.pdf](https://vesasalmi.net/wp-content/uploads/2010/06/asumalla_kuntoon_verkko.pdf)

Sayed, T. 2020. Aikuisten ja ikääntyvien parissa tehtävä sosiaaliohjaus. Sosiaaliohjaus mielen-terveystyössä. Teoksessa Helminen, J. 2020. (toim.) Sosiaaliohjaus- lähtökohtia ja käytäntöjä. Helsinki: Edita. 129-143. E-kirja.

Sharfstein, S. & Dickerson, F. 2006. PERSPECTIVE - Psychiatry and the consumer movement. Health affairs (Millwood, Va.), 25(3), pp. 734-736. Viitattu 17.2.2024.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.3.734>

Sitra. 2023. Megatrendit. Viitattu 13.12.2024. <https://www.sitra.fi/julkaisut/megatrendit-2023/>

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Finlex. Viitattu 7.11.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2023. Hoitopaikan valinta. Viitattu 3.3.2025.

<https://stm.fi/hoitopaikan-valinta>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030. Viitattu 20.11.2024. [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)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2024a. Mielenterveyspalvelut. Mielenterveyden hoito. Viitattu 24.11.2024. <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2024c. Mielenterveys- ja päihdelainsäädännön uudistus. Viitattu 20.11.2024. <https://stm.fi/mielenterveys-ja-paihdelainsaadannon-uudistus>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2024d. Mielenterveystyön palvelut. Viitattu 25.11.2024.

<https://stm.fi/mielenterveystyon-palvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Sosiaalihuoltolain soveltamisopas. Julkaisuja 2017:5. Viitattu 20.11.2024.

[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80391/05\\_17\\_Sosiaalihuoltolain%20soveltamisopas.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80391/05_17_Sosiaalihuoltolain%20soveltamisopas.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2024f. Sosiaalihuoltolain soveltamisopas 2024. Viitattu 24.1.2025.

[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165650/STM\\_2024\\_13.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165650/STM_2024_13.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2024b. Sosiaalipalvelut. Viitattu 25.11.2024.

<https://stm.fi/sosiaalipalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2024e. Sosiaalityö ja sosiaaliohjaus. Viitattu 25.11.2024.

<https://stm.fi/sosiaalityo>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2022. Sote- integraation edellyttämä monialainen yhteistyöosaaminen. Selvityshenkilön raportti. Viitattu 12.11.2024.

[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164410/STM\\_2022\\_22\\_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164410/STM_2022_22_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Turku: Juvenes Print, 7-22.

Suomen lääkäriliitto. 2021. Yksityinen ja julkinen terveydenhuolto. Viitattu 3.3.2025.

<https://www.laakariliitto.fi/laakarin-etiikka/laakari-potilas-ja-kolmas-osapuoli/yksityinen-ja-julkinen-terveydenhuolto/>

Tan, B-L. 2009. Profile of cognitive problems in schizophrenia and implications for vocational functioning. Australian Occupational Therapy Journal, 56, 220-228. Viitattu 5.3.2024.

<https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2008.00759.x>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Finlex. Viitattu 3.3.2025.

<https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2010/1326>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2024b. Asumisen tuki. Viitattu 6.11.2024.

<https://thl.fi/julkaisut/kasikirjat/vammaispalvelujen-kasikirja/ajankohtaista/uusi-vammaispalvelulaki/asumisen-tuki>

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2024a. Kansallinen mielenterveysstrategia. Viitattu 24.11.2024. <https://thl.fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-mielenterveysstrategia>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2023a. Mielenterveys. Mielenterveyspalvelut. Asuminen. Viitattu 6.11.2024. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/asuminen>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2023b. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 6.11.2024. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023c. Sosiaalipalvelut. Viitattu 1.12.2024. <https://thl.fi/aiheet/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/sosiaalipalvelut/sosiaalihuollon-asiakkuus>
- Terveyskylä. 2023. Tuettu asuminen. Viitattu 12.11.2024. <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/tietoa/oikeudet-ja-etuudet/kuntoutukseen-ja-pitkaaikaissairauteen-liittyvat-etuudet-ja-palvelut/kotona-asumisen-tukimuodot-ja-palvelut/tuettu-asuminen>
- Torraco, R.-J. (2016). Writing Integrative Literature Reviews: Using the Past and Present to Explore the Future. *Human Resource Development Review*, 15(4), 404-428. Viitattu 3.11.2024. <https://doi.org/10.1177/1534484316671606>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.
- Tuulio-Henriksson, A. 2014. Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä. *Duodecim lehti*. Viitattu 25.11.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo11478>
- Työterveyslaitos. 2024. Terveydenhuollon digitaaliset etäpalvelut. Viitattu 1.12.2024. <https://www.ttl.fi/oppimateriaalit/uudista-etapalveluilla-onnistuneesti/terveydenhuollon-digitaaliset-etapalvelut>
- Valjakka, S. 2017. Näkökulmia vammaisten ihmisten ja mielenterveyskuntoutujien tietotekniikan ja digipalvelujen käyttöön. Digitaalinen arki -selvitysprojekti. Aspa- selvityksiä 1/2017. Viitattu 12.12.2024. <https://docplayer.fi/46449805-Nakokulmia-vammaisten-ihmisten-ja-mielenterveyskuntoutujien-tietotekniikan-ja-digipalvelujen-kayttoon.html>
- Valvira. 2024a. Etäpalvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa. Viitattu 1.12.2024. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/etapalvelut>
- Valvira. 2024b. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjän ja palveluntuottajan viranomaisvalvonta. Viitattu 1.12.2024. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/viranomais-valvonta>

Vammaispalvelulaki 675/2023. Finlex. Viitattu 7.11.2024.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2023/20230675>

Verhaeghe, M. & Bracke, P. 2011. Stigma and Trust Among Mental Health Service Users. Archives of psychiatric nursing, 25(4), pp. 294-302. Viitattu 17.2.2024.

<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.02.001>.

Vilka, H. 2023. Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina. Printon: Tallinna.

Virtanen, L. Kaihlanen, A-M., Isola, A-M., Laukka, E. & Heponiemi T. 2021. Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia etäpalveluiden hyödyistä COVID-19 aikakaudella: Laadullinen kuvaileva tutkimus. Artikkele. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2021: 58: 266-283. Viitattu

5.11.2024. <https://journal.fi/sla/article/view/107405>

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Kosloff, A. 2022. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu

2020:6. Viitattu 1.11.2024. [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)

Whitley, R. & Drake, RE. 2010. Recovery: A dimensional approach. Psychiatric Services 61, 1248-1250. Viitattu 17.2.2024. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ps.2010.61.12.1248>

Whittemore, R. 2005. Combining evidence in nursing research: methods and implications. Nursing research 54 (1), 56-62.

Whittemore, R. & Knafl, K. 2005. The integrative review: updated methodology, Journal of Advanced Nursing 52 (5), 546-553.

Tämän tekstin kieliasun muokkaamisessa on hyödynnetty ChatGPT:tä

## Kuvat

|   |    |
|---|----|
| Kuvio 1: Kirjallisuuskatsauksen viisi päävaihetta sekä SALSA-kehysten viisi virstanpylvästä (mukaillen Vilkka 2023) ..... | 31 |
| Taulukko: Tiedonhakutaulukko .....  | 33 |
| Kuvio 2: Mielensterveyskuntoutujien hyvät kokemukset etäpalveluista .....   | 38 |
| Kuvio 3: Mielensterveyskuntoutujien huonot kokemukset etäpalveluista .....  | 39 |

## Liitteet

|   |    |
|---|----|
| Liite 1: Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset .....                    | 57 |
| Liite 2: Yhteenveto opinnäytetyöhön valikoituista tutkimuksista ..... | 58 |
| Liite 3: Laajemmat tutkimustulokset .....                             | 75 |

## Liite 1: Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset

|   |  |
|---|--|
| 1. Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia etäpalveluiden hyödyistä COVID-19-aikakaudella: Laadullinen kuvaileva tutkimus.   | Virtanen, L., Kaihlanen, A.-M., Isola, A.-M., Laukka, E. & Heponiemi, T. 2021.<br>Suomi  |
| 2. Sosiaalihuollon asiakasturvallisuus ja sähköinen asiointi.   | Pyykönen, A-M. & Taipale, S. 2022.<br>Janus: sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti, 30(4), 415-422.<br>Suomi  |
| 3. Patient experience with telehealth service in a mental health setting.   | Lee, H., Palmer, J., Mullick, P. & Kiely, C. 2023.<br>Yhdysvallat  |
| 4. "Hello, can you hear me?": Narratives of online mental health counselling among Filipino adults during the pandemic.   | Dela Cruz, E., Marcelo, R., Naling, B. & Ty, W. 2023.<br>Filippiinit   |
| 5. "I don't think they're as culturally sensitive": a mixed-method study exploring e-mental health use among culturally diverse populations.                        | Narayan, S., Mok, H., Ho, K. & Kealy, D. 2023.<br>Kanada   |
| 6. Consumer perspectives of telehealth in ambulatory care in an Australian health network.  | Dennett, A., Taylor, N., Williams, K., Lewis, A., Brann, P., Hope, J., Wilton, A. & Harding, K. 2022.<br>Australia   |
| 7. Risk perception, social distancing, and distress during COVID-19 pandemic: Exploring the role of online counseling and perceived social support.                 | Rehman, U., Shahnawaz, M G., Kashyap, D., Gupta, K., Kharshiing, K D., Khursheed, M., Khan, N H. & Uniyal, R. 2023.<br>Intia   |
| 8. Haavoittuvat ryhmät etäpalvelujen käyttäjinä: kokemuksia COVID-19-epidemian ajalta.  | Kaihlanen, A., Virtanen, L., Valkonen, P. Kilpinen, J., Hietapakka, L., Buchert, U., Hörham-mer, I., Isola, A-M, Laukka, E., Kouvonen, A., Kujala, S. & Heponiemi, T. 2021.<br>Suomi |
| 9. Haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien digitaalinen syrjäytyminen sosiaali- ja terveysalan osaamisen haasteena.   | Rantanen, T., Juujärvi, S., Silvennoinen, P. & Järveläinen, E. 2023.<br>Suomi  |
| 10. The Associations Between Mental Health Problems and Attitudes Toward Web-Based Health and Social Care Services: Evidence From a Finnish Population-Based Study. | Rantanen, T., Gluschkoff, K., Silvennoinen, P. & Heponiemi, T. 2021.<br>Suomi  |

Liite 2: Yhteenveto opinnäytetyöhön valikoiduista tutkimuksista

**1. Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia etäpalveluiden hyödyistä COVID-19-aikakaudella: Laadullinen kuvaileva tutkimus.** Virtanen, L., Kaihlanen, A.-M., Isola, A.-M., Laukka, E. & Heponiemi, T. (2021). <https://journal.fi/sla/article/view/107405>

**Tarkoitus:** Selvitettiin, millä tavoin etäyhteydellä toteutetut sosiaali- ja terveyspalvelut sekä viestintäpalvelut tukivat mielenterveyskuntoutumista COVID-19-epidemian aikana

**Aineiston kerääminen ja analysointi:**

**Tutkimusmenetelmänä** käytettiin kuvailevaa laadullista lähestymistapaa. Aineisto koostui mielenterveyskuntoutujien puhelimitse toteutetuista puolistrukturoiduista yksilohaastatteluista, jotka tehtiin COVID-19-pandemian toisen aallon aikana marraskuun 2020 ja helmikuun 2021 välillä.

Haastatteluissa osallistujilta tiedusteltiin muun muassa, miten pandemia oli vaikuttanut heidän sosiaalisiin suhteisiinsa, mitä viestintäpalveluita he olivat käyttäneet yhteydenpitoon ja millaisia kokemuksia heillä oli etäpalveluista pandemian aikana. Lisäksi heiltä kysyttiin, miten etäpalveluita voitaisiin kehittää.

Otos: N=12 täysi-ikäistä mielenterveyskuntoutujaa, joilla oli erilaisia mielenterveyshäiriöitä ja oireiden vakavuusaste vaihteli. Kaikki osallistajat olivat käyttäneet mielenterveyspalveluita joko ennen pandemiaa, sen aikana tai molemmilla ajanjaksoilla. Haastattelut rekrytoitiin kuudesta kolmannen sektorin järjestöstä eri puolilta Suomea. Nämä järjestöt tarjosivat ryhmämuotoista keskusteluapua, vertaistukea ja päivätoimintaa, joiden tavoitteena oli edistää mielenterveyttä, hyvinvointia, sosiaalista osallisuutta sekä työ- ja toimintakykyä.

Haastatteluiden analysointiin käytettiin induktiivista sisällönanalyysyä, mikä mahdollisti kuntoutujien henkilökohtaisten kokemusten syvällisemmän ymmärtämisen uudenlaisen yhteiskunnallisen tilanteen aikana.

**Yhteenveto keskeisimmistä tuloksista ja johtopäätöksistä:**

Tutkimus osoitti, että etäpalvelut ovat olleet tärkeä tuki mielenterveyskuntoutujille pandemian aikana. Ne ovat auttaneet vähentämään yksinäisyyden kokemusta, tukeneet mielenterveyttä ja mahdollistaneet palveluihin pääsyn tilanteissa, joissa fyysinen osallistuminen ei ollut mahdollista. Etäpalveluiden kautta kuntoutujat pystyivät myös ylläpitämään sosiaalisia suhteita ja arjen rutiineja. Palveluiden hyödyllisyyttä lisäsivät niiden helppokäyttöisyys, toimiva teknologia ja asiakkaiden riittävät digitaidot.

Haasteina tunnistettiin kuitenkin yksityisyyden turvaaminen, teknologian käytön sujuvuus ja rajoitukset vuorovaikutuksessa. Vaikka etäpalvelut tarjosivat arvokkaan vaihtoehdon, ne eivät täysin korvanneet kasvokkain tapahtuvaa tukea.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että etäpalveluiden kehittämisessä tulisi keskittyä niiden saavutettavuuteen, käyttäjäystävällisyyteen ja tietoturvaan. Erityistä huomiota on kiinnitettävä heikoimmassa asemassa olevien ryhmien tarpeisiin sekä yksilöllisten ratkaisujen tarjoamiseen. Etäpalvelut voivat toimia tärkeänä lisänä perinteisten palveluiden rinnalla, etenkin poikkeustilanteissa, kuten pandemioissa.

#### **Luotettavuuden arviointia:**

Aineistosta alkoi ilmetä saturaation merkkejä 12. haastattelun kohdalla, mikä puolistrukturoiduissa haastattelututkimuksissa on usein riittävä määrä saturaation saavuttamiseksi.

Analyysiprosessi toteutettiin kahden tutkijan yhteistyönä, jotta voitiin varmistaa tulosten tarkkuus, luotettavuus ja johdonmukaisuus.

Tulosten läpinäkyvyyden varmistamiseksi ne on esitelty aineistotteiden avulla.

Tutkimuksen luotettavuutta rajoittaa se, että haastateltavat valittiin etäpalveluita tarjoavista järjestöistä, eikä tuloksia voida yleistää kaikista heikoimmassa asemassa oleviin, joilla ei ollut pääsyä etäpalveluihin. Vaikka analyysi osoitti saturaation merkkejä, suurempi otoskoko voisi tuoda uusia näkökulmia. Lisäksi tutkimuksen laadullinen luonne ja etäpalveluiden moninaisuus rajoittavat tulosten yleistettävyyttä kaikkiin palveluihin.

**2. Sosiaalihuollon asiakasturvallisuus ja sähköinen asiointi.** Pyykönen, A-M. & Taipale, S. (2022). Janus: sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti, 30(4), 415-422. <https://doi.org/10.30668/janus.121552>

Puheenvuoro

#### **Tarkoitus:**

Puheenvuorossa tarkastellaan, miten sähköinen asiointi sosiaalihuollossa on toteutunut asiakasturvallisuuden kannalta korona-aikana. Lisäksi käsitellään sähköisen asioinnin mukanaan tuomia eettisiä haasteita niin asiakkaille kuin työntekijöillekin.

#### **Aineiston kerääminen ja analysointi:**

Tarkastelu pohjautuu Kymenlaaksossa ja Kainuussa toteutettujen sosiaalityön koulutus- ja kehittämishankkeiden sekä Sähköisen

asioinnin harmaa alue-tutkimushankeen aikana kerättyihin tutkimusaineistoihin ja näistä kirjoitettuun raporttiin.

Ensin kerättiin kyselyin koronarajoitusten ollessa tiukimmillaan ja sosiaalihuollossa oli otettu käyttöön uudenlaisia työskentelytapoja. Kohteena oli sosiaalihuollon työntekijät (N=173) usealta eri hyvinvointialueelta.

Kyselyaineistosta nousseiden teemojen pohjalta toteutettiin teemahaastatteluja aikuissosiaalipalvelujen asiakkaille (N=9) ja työntekijöille (N=11) keväällä 2021 Kainuussa ja kymenlaaksossa.

### **Yhteenveto keskeisimmistä tuloksista ja johtopäätöksistä:**

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että koronapandemia lisäsi etäasiointia sosiaalihuollossa, mutta sähköisten palvelujen käyttö oli edelleen vähäistä erityisesti aikuissosiaalipalveluissa. Vaikka työntekijät kokivat etätöiden ja sähköisen asioinnin joustavaksi ja tehokkaaksi, kasvokkaiset tapaamiset säilyivät ensisijaisina asiakaskontakteina. Asiakkaiden näkökulmasta suurimpina haasteina nousivat esiin digiosaamisen puute, teknologian saatavuus ja vuorovaikutuksen rajallisuus etäyhteyksissä.

Lisäksi työntekijöiden haastatteluissa ilmaistiin huoli siitä, että etäyhteydellä asioitaessa voi jäädä epäselväksi, keitä ruudun toisella puolella on; voiko joku vaikuttaa taustalla asiakkaaseen siten, ettei hän uskalla kertoa kaikkea haluamaansa. Asiakaskin voi olla epätietoinen siitä, onko työntekijän lisäksi tilassa joku ulkopuolinen, joka kuulee asiakkaan ja työntekijän välisen keskustelun.

Tutkimusaineistosta esiin nousivat erityisesti täydentävän toimeentulotuen sähköinen hakemuslomake ja lisäselvityspyyntöjen sähköinen käsittely. Kelan käyntipalvelujen sulkemisen myötä osa aikuissosiaalipalveluiden asiakkaista ei voinut asioida sähköisesti, joten he hakeutuivat sosiaalipalveluihin, joissa tapaamiset olivat edelleen mahdollisia. Tarvittaessa työntekijät auttoivat asiakkaita täyttämään Kelan sähköisiä lomakkeita asiakaskoneilla.

Sosiaalityöntekijöiden mukaan aikuissosiaalipalveluiden asiakkaiden tilanteet ovat usein muita asiakasryhmiä monimutkaisempia, ja heidän palvelutarpeensa muuttuvat jatkuvasti. Hajanaiset palvelurakenteet hankaloittavat tuen saamista, mutta asiakastyön perusluonne on säilynyt samana - keskeistä on edelleen ihmisten kohtaaminen ja heidän tilanteidensa selvittäminen. Koska osa asiakkaista tarvitsee henkilökohtaisia tapaamisia, on tärkeää, että perinteiset palvelut pysyvät saatavilla sähköisten palveluiden rinnalla.

### **Luotettavuuden arviointia:**

Puheenvuorossa ei ollut mainittuna tutkimusmenetelmää tai miten analysointi on tehty. Kyseessä on puheenvuoroartikkeli, joka perustuu tutkimukseen. Tuloksia voidaan verrata Sosiaalibarometrin (Eronen ym. 2020) kyselyyn koronakeväänä 2020.

**3. Patient experience with telehealth service in a mental health setting.** Lee, H., Palmer, J., Mullick, P. & Kiely, C. (2023). <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2023.03.001>

#### Tarkoitus:

Selvittää, millaisia kokemuksia potilailla on mielenterveyspalveluiden etäterveydenhuollosta pandemian aikana ja miten palveluita voitaisiin parantaa.

#### Aineiston kerääminen ja analysointi:

N=49 täysi-ikäistä mielenterveyspalveluiden etäterveyspalveluja käyttäneitä potilaita, joilla on erilaisia psykiatrisia diagnooseja.

Tutkimus suoritettiin Länsi-Pennsylvaniassa sijaitsevassa psykiatrian avovastaanottoklinikassa. Tutkimuksessa käytettiin poikkeileikkaustutkimusmenetelmää, jossa toteutettiin kysely. Pandemian myötä klinikka otti käyttöön HIPAA-vaatimusten mukaisen etäterveyspalvelualustan, joka mahdollisti reaaliaikaiset etä vastaanotot potilaiden kanssa. Tutkimukseen osallistuneet potilaat täyttivät kyselyn joko ennen tai jälkeen vastaanoton lokakuun ja joulukuun 2021 välisenä aikana.

Potilaita pyydettiin ilmoittamaan, mitä laitteita he käyttivät etäterveyspalveluihin, mikä oli heidän suosikkilaitteensa ja millä tavoin he halusivat saada hoitoa tulevaisuudessa. Lisäksi he arvioivat, kuinka usein he käyttäisivät lääkäripalveluita etäterveyspalvelujen ollessa saatavilla ja kuinka paljon heidän terveytensä parantuisi näiden palveluiden avulla.

Etäpalveluiden käytettävyyttä arvioitiin Telehealth Usability Questionnaire (TUQ) -mittarilla, joka sisältää 21 itsearviointiväitettä. Mittari koostuu kuudesta osa-alueesta: hyödyllisyys, käytön helppous, käyttöliittymän laatu, vuorovaikutuksen laatu, luotettavuus ja tyytyväisyys/tuleva käyttö. Vastajat antoivat arviot asteikolla 1 (täysin eri mieltä) - 7 (täysin samaa mieltä).

#### Yhteenveto keskeisimmistä tuloksista ja johtopäätöksistä:

Etäterveyspalvelut lisäsivät mielenterveyspalvelujen saavutettavuutta ja joustavuutta, ja suurin osa potilaista koki ne helppokäyttöisiksi. Erityisesti iäkkäämmät potilaat suosivat perinteisiä

vastaanottoja, kun taas nuoremmat suhtautuivat myönteisemmin etäterveyspalveluihin. Älypuhelimet olivat yleisin ja suosituin väline etähoidossa. Vaikka monet hyötyivät etäpalveluista, kasvokkaisia tapaamisia pidettiin edelleen tärkeinä erityisesti luottamuksen ja vuorovaikutuksen kannalta. Etäpalvelut saivat parhaat arviot käytön helppoudesta, mutta niiden luotettavuuteen liittyi eniten epävarmuutta.

Etäterveyspalvelut voivat täydentää perinteistä mielenterveyshoitoa, mutta ne eivät täysin korvaa henkilökohtaisia vastaanottoja. Koska älypuhelimet ovat ensisijainen väline etähoidossa, muita puhelimen ominaisuuksia, kuten tekstiviestejä ja videopuheluita, voitaisiin hyödyntää laajemmin. Palveluiden kehittämisessä tulisi huomioida käytettävyys, teknologian luotettavuus ja digitaalisen syrjäytymisen ehkäisy. Tulevaisuudessa niiden käyttö riippuu lainsäädännöstä ja rahoitusmalleista, mutta niillä on merkittävä potentiaali hoidon saavutettavuuden parantamisessa.

#### **Luotettavuuden arviointia:**

Tutkimuksen rajoituksiin kuuluu pieni otoskoko ja se, että aineisto kerättiin vain yhdestä klinikasta kaupunkialueella. Tulosten yleistettävyys on siten rajallinen, erityisesti maaseutualueilla, joissa julkinen liikenne ja internet-yhteydet voivat vaikuttaa etäterveyspalvelujen käyttöön. Lisäksi tutkimuksessa ei tarkasteltu potilaiden taustatietojen, kuten iän, diagnoosin tai koulutuksen, vaikutusta kokemuksiin.

**4. "Hello, can you hear me?": Narratives of online mental health counselling among Filipino adults during the pandemic.** Dela Cruz, E., Marcelo, R., Naling, B. & Ty, W. (2023). <https://research-ebSCO-com.nelli.laurea.fi/linkprocessor/v2-external?opid=4kfiy3&recordId=57t6x3yycv&url=https%3A%2F%2Fwww.doi.org%2F10.1002%2Fcapr.12592>

#### **Tarkoitus:**

Filippiineillä perinteinen mielenterveysapu on usein vaikeasti saavutettavissa maantieteellisten, taloudellisten ja kulttuuristen syiden vuoksi. Monille kasvokkainen terapia ei ole vaihtoehto joko leimautumisen pelon, kustannusten tai ammattilaisten rajallisen saatavuuden vuoksi. Artikkelin keskeinen sisältö käsittelee filippiiniläisten aikuisten kokemuksia verkkopohjaisesta mielenterveysneuvonnasta COVID-19-pandemian aikana. Tutkimuksessa selvitettiin, mitkä tekijät edistivät avun hakemista verkossa ja miten osallistujat kokivat prosessin sekä pyrittiin ymmärtämään, mitkä tekijät vaikuttavat heidän avunhakemiseensa ja neuvontaprosessin onnistumiseen.

#### **Aineiston kerääminen ja analysointi:**

N=11 filippiiniläistä aikuista, jotka olivat käyttäneet verkkoneuvontapalveluita vähintään kerran COVID-19-pandemian aikana. Osallistujat valittiin lumipallomenetelmällä, jossa aiemmat osallistujat suosittelivat uusia vastaajia. Tavoitteena oli saada mahdollisimman monipuolinen kuva verkkoneuvonnan vaikutuksista erilaisissa elämäntilanteissa.

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jossa käytettiin narratiivista analyysia. Tiedonkeruu toteutettiin puolistrukturoiduilla haastatteluilla, joissa osallistujat kertoivat omista kokemuksistaan verkkoneuvonnassa. Haastattelut toteutettiin verkkoympäristössä, mikä mahdollisti autenttisen kontekstin neuvonnan kokemuksille.

Haastattelut analysoitiin käyttäen temaattista analyysiä, jossa aineisto jaettiin eri vaiheisiin liittyviin teemoihin. Tärkeimmät teemat olivat: neuvontaan hakeutumisen syyt, neuvontaprosessin kokemukset ja neuvonnan jälkeiset vaikutukset. Tämä analyysi auttaa ymmärtämään verkkoneuvonnan merkitystä mielenterveyskuntoutujille ja tarjoaa suosituksia sen kehittämiseksi tulevaisuudessa.

#### **Yhteenveto keskeisimmistä tuloksista ja johtopäätöksistä:**

Tutkimus osoitti, että verkkoneuvonta tarjosi joustavan ja helposti saatavilla olevan tavan hakea apua ilman leimautumisen pelkoa. Tärkeimpiä syitä hakeutua verkkoneuvontaan olivat psyykinen kuormitus, palvelun saavutettavuus ja mahdollisuus käsitellä mielenterveysasioita yksityisesti.

Neuvontaprosessin onnistumiseen vaikuttivat erityisesti terapeutin kyky luoda läsnäolon tunnetta digitaalisessa ympäristössä, teknologian toimivuus ja viestinnän laatu. Kuitenkin vuorovaikutuksen rajoitteet, kuten pelkkä tekstipohjainen viestintä, eivät riittäneet kaikille osallistujille.

Neuvonnan jälkeen monet kokivat saaneensa uusia keinoja mielenterveytensä hallintaan, mutta osa osallistujista koki edelleen haasteita, kuten oireiden uusiutumista tai pitkäaikaisen tuen puutetta. Verkkoneuvonta toimi monille tärkeänä ensiaskelena mielenterveyspalveluihin, mutta kasvokkaista tukea pidettiin yhä tarpeellisena joissakin tapauksissa.

Johtopäätöksenä tutkimus osoittaa, että verkkoneuvonta on tehokas ja saavutettava vaihtoehto perinteiselle mielenterveyshoidolle, erityisesti tilanteissa, joissa kasvokkaiset palvelut eivät ole helposti saatavilla. Teknologian avulla voidaan lisätä matalan kynnyksen palveluita ja tarjota yksilöllistä tukea mielenterveysongelmista kärsiville.

Kehityskohteina tunnistettiin verkkoneuvonnan käytettävyyden parantaminen, palveluiden laajentaminen ja terapeuttien koulutus digitaalisiin kohtaamisiin. Lisäksi tarvitaan lisää tutkimusta siitä, miten verkkoneuvonta voi toimia pitkäaikaisena hoitomuotona ja miten sen tehokkuutta voidaan arvioida suhteessa perinteisiin terapiamuotoihin.

#### **Luotettavuuden arviointia:**

Löydökset perustuvat vain 11 filippiiniläisen aikuisen tarinoihin, joista suurin osa oli naisia. Kaikilla oli keskipitkä sosioekonominen asema ja heillä oli vähintään korkeakoulutason koulutus, mikä edistää autonomian roolia heidän kertomuksissaan. Vastajien DASS-21-pisteet (Depression Anxiety and Stress Scale 21) määrittivät vahvasti lopullisen osallistujapoolin, koska eettisen paneelin suositus esti tutkijoita huomioimasta vastaajia, joilla oli vaikea tai erittäin vaikea DASS-21-pistemäärä.

**5. "I don't think they're as culturally sensitive": a mixed-method study exploring e-mental health use among culturally diverse populations.** Narayan, S., Mok, H., Ho, K. & Kealy, D. (2023). <https://research-ebSCO-com.nelli.laurea.fi/linkprocessor/v2-external?opid=4kfiy3&recordId=5wl3rwmvc5&url=https%3A%2F%2Fwww.doi.org%2F10.1080%2F09638237.2022.2091762>

#### **Tarkoitus:**

Tarkastella kulttuurisesti monimuotoisten väestöryhmien (CDP) eMH-palveluiden käyttöä ahdistus- ja masennushäiriöiden hoidossa. Tarkoituksena pyrkiä tuottamaan tietoa, joka voi auttaa kehittämään kulttuurisesti reagoivia eMH-palveluita.

#### **Aineiston kerääminen ja analysointi:**

Tässä monimenetelmätutkimuksessa osallistajat (N=136) vastasivat kyselyyn (suljettuja kysymyksiä), jossa kartoitettiin heidän e-MentalHealth-kokemuksiaan, mielenterveydentilaansa ja sosiodemografisia ominaisuuksiaan. Tämän jälkeen osa osallistujista (N=14) jakoi kokemuksiaan puolistrukturoiduissa ryhmäkeskusteluissa. Ensimmäinen ryhmäkeskustelu järjestettiin kasvokkain, mutta COVID-19-pandemian vuoksi loput kolme toteutettiin virtuaalisesti.

Osallistujien tuli olla vähintään 19-vuotiaita, asua Metro-Vancouverin alueella Kanadassa ja kuulua näkyvään vähemmistöön, eli muihin kuin alkuperäiskansoihin tai valkoihoisiin. Heidän tuli hakea hoitoa ahdistus- tai masennusoireisiin sekä ymmärtää englantia joko itse tai avustettuna, sillä käännöspalveluja ei tarjottu. Tutkimuksesta suljettiin pois henkilöt, jotka eivät kyenneet antamaan suostumustaan kognitiivisten tai muiden syiden

vuoksi, sekä ne, jotka eivät kuuluneet etniseen vähemmistöryhmään.

Aineiston analyysissä suljettujen kysymysten kuvailevat tilastot laskettiin Qualtrics Core XM -alustalla ja Microsoft Excelillä. Avomien kysymysten vastaukset analysoitiin NVivo 12.6.1 -ohjelmistolla, jossa vastaukset koodattiin ja luokiteltiin esiintymistiheyden mukaan (teemoiteltiin). Tutkimusryhmä tutustui aineistoon toistuvasti, kehitti alustavan koodikirjan ja suoritti systemaattisen koodaamisen. Analyysiä valvoi kokenut tutkija varmistaen laadullisen aineiston tulkinnan tarkkuuden ja luotettavuuden. Koska aiemmassa tutkimuksessa on ollut rajoitteita ja koska laadulliset menetelmät soveltuvat erityisesti herkkiin aiheisiin, kuten mielenterveyteen, keskustelujen analyysi perustui kuvailevaan fenomenologiseen lähestymistapaan.

### **Yhteenveto keskeisimmistä tuloksista ja johtopäätöksistä:**

**Kysely:** Suurin osa osallistujista oli käyttänyt eMH-palveluita, erityisesti mobiilisovelluksia, verkkosivustoja ja verkkovideoita, pääasiassa ahdistuksen ja masennuksen hoitoon sekä yleiseen hyvinvointiin. Käyttäjät arvostivat palveluiden saavutettavuutta, helppoutta ja kustannustehokkuutta, mutta jotkut kokivat ne liian yleisluontoisiksi, persoonattomiksi tai lyhytkestoisesti vaikuttaviksi. Kulttuurisen reagoivuuden (palveluiden ja toimintatapojen sopeuttamista eri kulttuuritaustoista tulevien ihmisten tarpeisiin) osalta suurin osa koki, että palvelut eivät olleet riittävän kulttuurisesti räätälöityjä, vaikka ne olivatkin usein saatavilla heidän haluumallaan kielellä. Kielen lisäksi kaivattiin kulttuurisia ilmauksia, symboleja, edustusta ja ymmärrystä kulttuurisista haasteista.

**Haastattelut:** Ryhmäkeskusteluissa nousi esiin kolme keskeistä teemaa: rajoittunut kielivalikoima, kulttuurinen edustus ja osaaminen sekä kulttuuriin liittyvä stigma. Osallistujat kokivat, että eMH-palveluiden saatavuus vain tietyillä kielillä rajoitti niiden käyttöä, ja monille yhteisön jäsenille palvelut eivät olleet saavutettavissa. Kulttuurisesti sensitiiviset ja edustavat palvelut koettiin tärkeiksi, ja osa oli saanut positiivisia kokemuksia, kun palveluntarjoajat ymmärsivät heidän kulttuurista taustaansa. Toisaalta moni osallistuja kertoi, että palveluista puuttui kulttuurinen osaaminen, mikä heikensi hoitokokemusta. Terveystieteiden ammattilaisilla ei aina ollut riittävää kulttuurista ymmärrystä, mikä näkyi muun muassa ennakkoluuloisina asenteina, joustamattomina käytäntöinä ja puutteellisena tietämyksenä eri kulttuurien tavoista hahmottaa mielenterveys. Lisäksi kulttuuriin liittyvä stigma vaikeutti avun hakemista, ja eMH-palveluiden anonyymius tarjosi joillekin keinon kiertää sosiaalinen stigma.

**Johtopäätökset:** Tutkimuksen tulokset korostavat tarvetta kehittää kulttuurisesti mukautettuja eMH-palveluita, jotka sisältävät

monipuolisempia kielivaihtoehtoja, kulttuurisensitiivisiä esimerkkejä ja henkilökohtaisempaa tukea. Tämä voi edistää mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta ja vaikuttavuutta kulttuurisesti monimuotoisille yhteisöille sekä auttaa vähentämään mielenterveysongelmiin liittyvää stigmaa. Kun väestön kulttuurinen monimuotoisuus kasvaa, on entistä tärkeämpää varmistaa, että mielenterveyspalvelut ovat saavutettavissa ja vaikuttavia kaikille. Tämä tutkimus tarjoaa suuntaviivoja sille, miten eMH-palveluita voidaan kehittää, jotta ne vastaisivat paremmin kulttuurisesti monimuotoisten yhteisöjen tarpeisiin ja edistäisivät tasa-arvoista mielenterveyden hoitoa.

#### Luotettavuuden arviointia:

Tutkimuksen vahvuutena on monimenetelmäinen lähestymistapa, joka yhdistää määrällisen kyselytutkimuksen ja laadulliset ryhmäkeskustelut tarjoten kattavan kuvan eMH-palveluiden kulttuurisesta reagoivuudesta. Käytetyt validoidut mittarit sekä systemaattinen temaattinen analyysi lisäävät tulosten uskottavuutta. Lisäksi monikanavainen rekrytointi tavoitti osallistujia sekä kliinisistä että ei-kliinisistä ympäristöistä, mikä parantaa tutkimuksen monimuotoisuutta ja tulosten sovellettavuutta.

Yleistettävyyys on rajoitettua otoskoon, kielirajoitusten ja osallistujien valikoitumisen vuoksi. Jatkossa suuremmilla ja monikielisemmällä aineistoilla voitaisiin vahvistaa löydöksiä ja tarjota entistä kattavampaa tietoa eri kulttuuriryhmien tarpeista.

**6. Consumer perspectives of telehealth in ambulatory care in an Australian health network.** Dennett, A., Taylor, N., Williams, K., Lewis, A., Brann, P., Hope, J., Wilton, A. & Harding, K. (2022). <https://research-ebSCO-com.nelli.laurea.fi/c/4kfiy3/search/details/jgzl6ogcbv?db=c8h&isDashboardExpanded=true&limiters=None&q=Consumer+perspectives+of+telehealth+in+ambulatory+care+in+an+Australian+health+network>.

#### Tarkoitus:

Tutkia asiakkaiden kokemuksia avohoidon etäterveyspalveluista ja selvittää, erosivatko asiakkaiden kokemukset sen mukaan, saivatko he konsultaationsa puhelimitse vai videoteknologian avulla, sekä tarkastella kuluttajien kokemuksia COVID-19-pandemian aikana nopeasti käyttöön otetuista etäterveydenhuollon palveluista avohoidossa ja yhteisöpalveluissa, joissa painopiste oli liitännäisterveydenhuollossa ja moniammatillisissa palveluissa.

#### Aineiston kerääminen ja analysointi:

Tutkimukseen osallistui asiakkaita yhteisökuntoutuksesta, yhteisöterveydenhuollosta, liitännäisterveydenhuollon

avohoitoyksiköistä, moniammatillisista erikoisklinikoista ja mielenterveyspalveluista (N = 379), joista 245 sai puhelinkonsultaation (65 %) ja 134 videokonsultaation (35 %).

Tutkimus on kohorttitutkimus, jonka strukturoidut puhelinhaastattelut tehtiin asiakaskuluttajien kanssa, jotka olivat hiljattain saaneet etäkonsultaation joko puhelun tai videopuhelun välityksellä paikallisissa avohoidon liitännäisterveydenhuollon tai moniammatillisten palveluiden yksiköissä suuressa julkisessa metropolialueen terveysverkostossa. Vastajia pyydettiin kertomaan kokemuksistaan ja tulevista valinnoistaan etäterveydenhuollon suhteen. Asiakkaiden vastauksia, jotka olivat saaneet puhelin- ja videokonsultaatioita, vertailtiin keskenään.

Puhelinhaastattelut tehtiin noin kolme kuukautta sen jälkeen, kun COVID-19-pandemian vuoksi oli otettu käyttöön fyysisen etäisyyden rajoitukset.

Tutkimuksessa käytettiin sekä määrällistä että laadullista analyysiä. Määrällinen aineisto analysoitiin kuvailevasti prosenttiosuuksia käyttäen, ja ryhmien eroja (puhelinkonsultaatio vs. videokonsultaatio) vertailtiin khiin neliö -testeillä. Jos tilastollisia eroja havaittiin, suoritettiin Bonferroni-korjattuja post hoc -testejä tunnistamaan eron lähteet. Avoimien kysymysten vastaukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, jossa kaksi tutkijaa koodasi vastaukset itsenäisesti ja ryhmitteli ne teemoiksi.

#### **Yhteenveto keskeisimmistä tuloksista ja johtopäätöksistä:**

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että sekä puhelin- että videokonsultaatiot vastasivat useimpien asiakkaiden tarpeisiin, mutta niillä oli erilaisia etuja ja haasteita. Videokonsultaatiot tarjosivat paremman vuorovaikutuksen ja ylittivät useammin asiakkaiden odotukset, mutta niissä esiintyi enemmän teknisiä ongelmia. Puhelinkonsultaatiot olivat helpommin saavutettavissa ja teknisesti luotettavampia, mutta visuaalisen kontaktin puute heikensi joillakin asiakkailla vuorovaikutusta ja hoitokokemusta. Vaikka lähes puolet vastaajista olisi suosinut kasvokkain tapahtuvaa tapaamista, noin kolmannes oli valmis käyttämään etäterveydenhuoltoa uudelleen, erityisesti silloin, kun se soveltui heidän tilanteeseensa. Tuloksissa ja johtopäätöksessä korostuu, että jatkossa terveydenhuoltojärjestelmien tulisi tarjota joustavampia hoitovaihtoehtoja, investoida tekniseen tukeen ja infrastruktuuriin sekä varmistaa, että etäterveydenhuollon palvelut vastaavat eri potilasryhmien tarpeisiin tehokkaasti ja saavutettavasti.

#### **Luotettavuuden arviointia:**

Tutkimuksen vahvuudet, kuten suuri otos ja monipuolinen analyysi, tekevät tuloksista arvokkaita ja sovellettavia erityisesti

avohoidon ja yhteisöpalveluiden etäterveydenhuoltoon. Kuitenkin osallistujien valikoituminen, seuranta-ajan lyhyys ja tekniset rajoitteet voivat vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen. Jatkossa tarvitaan laajempia ja pitkäkestoisempia tutkimuksia, joissa tarkastellaan etäterveydenhuollon vaikutuksia eri potilasryhmissä ja palveluympäristöissä.

**7. Risk perception, social distancing, and distress during COVID-19 pandemic: Exploring the role of online counseling and perceived social support.** Rehman, U., Shahnawaz, M G., Kashyap, D., Gupta, K., Kharshiing, K D., Khursheed, M., Khan, N H. & Uniyal, R. (2023).

<https://research-ebSCO-com.nelli.laurea.fi/c/4kfiy3/search/details/bdc4ws7rdr?db=bsh%2Cs3h%2C8gh%2Clxh%2Cnlebk%2Cc8h%2Ce-ric%2Ccmedm%2Cddu%2Cpdh&isDashboardExpanded=true&limiters=None&q=Risk+perception%2C+social+distancing%2C+and+distress+during+COVID-19+pandemic%3A+Exploring+the+role+of+online+counseling+and+perceived+social+support>

**Tarkoitus:**

Tutkimuksessa tarkasteltiin sosiaalisen etäännyttämisen ja psykologisen ahdistuksen välistä suhdetta sekä sosiaalisen etäännyttämisen riskitekijöitä. Lisäksi verkkopsykiatriset palvelut ja koettu sosiaalinen tuki tutkittiin mahdollisina välittävinä tekijöinä sosiaalisen etäännyttämisen ja ahdistuksen välillä.

**Aineiston kerääminen ja analysointi:**

Tutkimukseen osallistui 300 henkilöä Intiasta, joista 160 oli miehiä ja 140 naisia, iältään 18-60 vuotta. Osallistujista 60 % asui kaupunkialueilla ja 40 % maaseudulla. Suurin osa (71,7 %) ilmoitti käyttävänsä sosiaalista mediaa säännöllisesti. Osallistujat valittiin mukavuusotannalla, ja he täyttivät kyselyn sähköisesti vapaaehtoisesti.

Tutkimuksessa esitettiin kolme hypoteesia: (1) sosiaalinen etäännyttäminen on yhteydessä korkeampaan psykologiseen ahdistukseen, (2) verkkohoidon käyttö ja koettu sosiaalinen tuki lieventävät sosiaalisen etäännyttämisen ja ahdistuksen välistä yhteyttä sekä (3) sosiaalisen median käyttö, asuinpaikka ja sukupuoli vaikuttavat sosiaalisen etäännyttämisen kokemukseen.

Tutkimuksessa käytettiin sähköistä kyselyä, joka sisälsi sosiaalisen etäännyttämisen, psykologisen ahdistuksen ja koetun sosiaalisen tuen asteikot sekä kysymyksiä verkkohoidon käytöstä ja demografisista tiedoista. Sosiaalisen etäännyttämisen ja psykologisen ahdistuksen välisiä yhteyksiä analysoitiin korrelaatio- ja regressiomalleilla, ja moderaatioanalyysiä käytettiin arvioimaan verkkohoidon ja sosiaalisen tuen suojaavaa vaikutusta. Lisäksi

khiin neliö -testejä sovellettiin verkkohoitoa käyttäneiden ja käyttämättömien ryhmien vertailuun.

#### **Yhteenveto keskeisimmistä tuloksista ja johtopäätöksistä:**

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että sosiaalinen etäännyttäminen oli yhteydessä korkeampaan psykologiseen ahdistukseen, mutta verkkohoito ja koettu sosiaalinen tuki lievensivät tätä vaikutusta. Sosiaalisen median käyttö oli merkittävä sosiaalisen etäännyttämisen ennustaja, ja aktiivisemmat käyttäjät kokivat suurempaa eristäytymistä. Vain 16 % vastaajista oli käyttänyt verkkopohjaisia mielenterveyspalveluja, ja yleisimmät esteet niiden käytölle olivat vähäinen tietoisuus, sosiaalinen stigma ja epäluottamus palveluihin.

Koska verkkohoidon käyttö oli vähäistä, on tärkeää lisätä tietoisuutta ja vähentää siihen liittyvää stigmaa, jotta mielenterveyspalvelut olisivat paremmin kaikkien saatavilla.

#### **Luotettavuuden arviointia:**

Tutkimuksen vahvuutena oli validoitujen mittareiden käyttö, tilastollisesti merkittävät analyysit sekä monipuolinen otanta, joka sisälsi osallistujia eri taustoista. Tämä parantaa tulosten luotettavuutta ja sovellettavuutta laajemmalle väestölle. Kuitenkin mukavuusotanta ja itseraportointiin perustuva aineisto voivat aiheuttaa valikoitumisharhaa ja sosiaalisen hyväksynnän vinoumaa. Lisäksi tutkimus oli poikkileikkaustutkimus, mikä estää syy-seuraussuhteiden vahvistamisen, ja verkkohoidon käyttö oli vähäistä, mikä rajoittaa johtopäätöksiä sen vaikutuksesta. Jatkossa olisi hyödyllistä tehdä pitkittäistutkimuksia ja laajempia satunnaisotantoja, jotta tuloksia voidaan yleistää tarkemmin.

#### **8. Haavoittuvat ryhmät etäpalvelujen käyttäjinä: kokemuksia COVID-19-epidemian ajalta.**

Kaihlanen, A., Virtanen, L., Valkonen, P. Kilpinen, J., Hietapakka, L., Buchert, U., Hörhammer, I., Isola, A-M, Laukka, E., Kouvonen, A., Kujala, S. & Heponiemi, T. (2021).

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142805/URN\\_ISBN\\_978-952-343-687-9.pdf](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142805/URN_ISBN_978-952-343-687-9.pdf)

#### **Tarkoitus ja tavoite:**

Selvittää haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien kokemuksia etäpalveluista COVID-19-epidemian aikana. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää etäpalvelujen kehittämisessä, niiden saatavuuden ja saavutettavuuden parantamisessa sekä digitaalisen tasa-arvon edistämässä.

#### **Aineiston kerääminen ja analysointi:**

Tutkimusasetelma oli laadullinen kuvaileva tutkimus. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduin yksilöhaastatteluin, jotka toteutettiin puhelimitse lokakuun 2020 ja huhtikuun 2021 välillä.

Kohderyhmänä olivat haavoittuvassa asemassa olevat ryhmät, joiden mahdollisuudet hyödyntää etäpalveluita saattoivat olla rajoitettuja. Näihin ryhmiin kuuluivat muun muassa ikääntyneet, vammaiset henkilöt, maahanmuuttajat, matalasti koulutetut sekä vähävaraiset henkilöt.

Tutkimuksessa tarkasteltiin (1) etäpalvelujen käyttöä pandemian aikana, (2) esteitä, jotka vaikeuttivat tai estivät niiden hyödyntämistä, sekä (3) keinoja, joilla etäpalvelujen käyttöä ja niistä saatavaa hyötyä voitaisiin parantaa. Etäpalveluilla tarkoitettiin sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä muiden julkisten palveluiden verkkosivuilla tapahtuvaa asiointia, viestintää ja etävastaanottoja.

Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällön analyysia.

#### **Yhteenveto keskeisimmistä tuloksista ja johtopäätöksistä:**

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien etäpalveluiden käyttö oli vaihtelevaa ja monilla oli vaikeuksia niiden hyödyntämisessä teknisten taitojen, laitteiden puutteen ja digitaalisen osaamisen erojen vuoksi. Esteitä olivat myös kielelliset haasteet, heikko saavutettavuus ja epäluottamus etäpalveluihin. Vaikka osa vastaajista koki etäpalvelut hyödyllisiksi ja helpottaviksi, monet tarvitsivat lisätukea niiden käyttöön. Tulokset korostavat, että palveluiden kehittämisessä on tärkeää varmistaa niiden käyttäjäystävällisyys, tarjota teknistä ohjausta ja edistää digitaalista tasa-arvoa. Jotta etäpalvelut voivat aidosti hyödyttää kaikkia, tarvitaan rakenteellisia ja poliittisia toimenpiteitä tukemaan niiden saavutettavuutta ja käyttömahdollisuuksia.

#### **Luotettavuuden arviointia:**

Tutkimus on luotettava, sillä se keskittyi haavoittuvassa asemassa oleviin ryhmiin, käytti monipuolista aineistoa ja tarjosi ajankohtaista tietoa etäpalveluiden saavutettavuudesta pandemian aikana. Kuitenkin otannan vinouma, itseraportointiin perustuva aineisto ja poikkileikkaustutkimuksen rajoitteet voivat vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen. Jatkossa tarvitaan laajempia ja satunnaistettuja tutkimuksia, jotta etäpalveluiden pitkäaikaiset vaikutukset ja niiden saavutettavuuden kehitystä voidaan arvioida tarkemmin.

**9. Haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien digitaalinen syrjäytyminen sosiaali- ja terveysalan osaamisen haasteena.** Rantanen, T., Juujärvi, S., Silvennoinen, P. & Järveläinen, E. (2023). <https://journal.fi/akakk/article/view/137484/86012>

**Tavoite:**

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten digitaalinen syrjäytyminen vaikuttaa sosiaali- ja terveysalan koulutuksen osaamisvaatimukseen. Erityisesti tarkastellaan haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien, kuten rikostaustaisten henkilöiden, kokemuksia ja niiden vaikutusta ammattilaisten osaamistarpeisiin. Lisäksi tutkimus yhdistää asiakkaiden ja asiantuntijoiden näkökulmia, jotta voidaan paremmin ymmärtää, millaisia valmiuksia sosiaali- ja terveysalan työntekijät tarvitsevat tukemaan digitaalisten palveluiden käyttöä.

**Aineiston kerääminen ja analysointi:**

Tavoitetta lähestyttiin kahden laadullisen aineiston avulla. Tutkimuksen aineisto kerättiin vuosina 2019 ja 2020 haastatteleamalla yhteensä 47 henkilöä. Asiakashaastatteluihin osallistui 26 rikostaustaista henkilöä, erityisesti valvotussa koevapaudessa olevia, jotka rekrytoitiin avovankiloiden ja järjestöjen kautta. Heidän ikänsä vaihteli 24-67 vuoden välillä. Lisäksi 21 asiantuntijaa haastateltiin lumipallo-otannalla, ja he edustivat digituen kehittäjiä, järjestöjä sekä sosiaalipalveluiden työntekijöitä, jotka työskentelevät haavoittuvien ryhmien parissa. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluna, jossa asiakkaiden kohdalla keskityttiin digitaaliseen osallisuuteen ja syrjäytymiseen, kun taas asiantuntijoiden kanssa käsiteltiin digituen kehittämistä ja ammatillisia osaamistarpeita. Koronapandemian vuoksi osa haastatteluista tehtiin etäyhteyksien avulla.

Asiantuntijahaastatteluissa käsiteltiin kolmea pääteemaa: asiakkaiden tarpeita, heidän tukemistaan sähköisten palveluiden käytössä sekä työntekijöiden osaamisvaatimuksia, jotka ovat keskeisiä asiakastuen tarjoamisessa.

Asiakashaastatteluissa keskityttiin teemoihin: rikollisuudesta irrottautumiseen, työntekijöiltä saadun tuen vaikutukseen sekä digitaalisten palveluiden rooliin

Asiakashaastattelujen analyysi toteutettiin laadullisen asennetutkimuksen periaatteiden mukaisesti kahdessa vaiheessa. Ensin tehtiin luokittelu, jossa arvioitiin haastateltavien mielipiteitä eri väittämiin sekä niiden perusteluja. Sen jälkeen aineistoa tarkasteltiin syvällisemmin tulkitsevan analyysin avulla, jossa pyrittiin ymmärtämään vastausten taustalla olevia näkökulmia ja merkityksiä.

Asiantuntijahaastattelujen analyysi tehtiin aineistolähtöisesti NVivo-ohjelmalla. Aluksi vastauksista tunnistettiin 42

yksityiskohtaisempaa alaluokkaa, jotka yhdistettiin 13 laajempaan yläluokkaan. Lopuksi nämä ryhmiteltiin neljäksi pääluokaksi teoriaohjaavan analyysin avulla, mikä auttoi jäsentämään keskeiset teemat ja ilmiöt tutkimuksen viitekehykseen.

#### **Yhteenveto keskeisimmistä tuloksista ja johtopäätöksistä:**

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että digitaalisten palveluiden käyttö haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden keskuudessa riippuu heidän asenteistaan, taidoistaan ja palveluiden saavutettavuudesta. Rikostaustaiset henkilöt kokivat digipalvelut hyödyllisiksi arkisissa asioinneissa, mutta ne eivät aina soveltuneet tilanteisiin, joissa tarvittiin luottamuksellista vuorovaikutusta. Vankilaympäristössä rajoitettu pääsy digipalveluihin lisäsi digisyrjäytymistä. Asiantuntijoiden mukaan työntekijöiden on tärkeää tunnistaa asiakkaiden digitaitojen haasteet, tarjota tarvittavaa tukea ja huolehtia tietoturvasta. Lisäksi heidän tulee osata motivoita asiakkaita hyödyntämään digitaalisia palveluita ja edistää heidän yhteiskunnallista osallisuuttaan.

Digitalisaation myötä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten on tärkeää tunnistaa digitaalisen eriarvoisuuden vaikutukset ja osata tarjota asiakkaille tarvittavaa tukea. Digitaitojen puutteet voivat lisätä syrjäytymisriskiä, ja ammattilaisten rooli on varmistaa, että haavoittuvassa asemassa olevat henkilöt, kuten rikostaustaiset, saavat riittävää ohjausta palveluiden käyttämiseen. Digituen asiantuntijat painottivat, että työntekijöiltä vaaditaan teknisen ja eettisen osaamisen lisäksi myös kohtaamistaitoja, ohjauskykyä ja motivaation tukemista. Digitaalisen osallisuuden varmistaminen edellyttää laajempaa ymmärrystä siitä, miten teknologiset ratkaisut voivat sekä tukea että rajoittaa asiakkaiden mahdollisuuksia käyttää palveluita itsenäisesti.

#### **Luotettavuuden arviointia:**

Tutkimuksen luotettavuutta vahvisti useiden tekijöiden yhteisvaikutus. Haastatellut henkilöt olivat aiheeseen perehtyneitä joko omakohtaisten kokemustensa tai asiantuntijuutensa kautta, mikä toi aineistoon syvyyttä. Lisäksi tutkimuksessa yhdistettiin sekä asiakkaiden että työntekijöiden näkökulmat, mikä tarjosi laajemman ja monipuolisemman kuvan ilmiöstä. Analyysiprosessi toteutettiin huolellisesti ja johdonmukaisesti, jotta tulokset perustuivat vahvasti aineistoon. Tutkijoiden välinen keskustelu ja kriittinen tarkastelu auttoivat arvioimaan tulosten paikkansapitävyyttä, ja niiden vertailu muihin tutkimushankkeen julkaisuihin toi lisävahvistusta löydöksille.

**10. The Associations Between Mental Health Problems and Attitudes Toward Web-Based Health and Social Care Services: Evidence From a Finnish Population-Based Study.** Rantanen, T., Gluschkoff, K., Silvennoinen, P. & Heponiemi, T. (2021). <http://www.theseus.fi/handle/10024/505622>

**Tavoite:**

Selvitetään, miten mielenterveysongelmat vaikuttavat ihmisten kykyyn ja halukkuuteen käyttää verkkopalveluita. Lisäksi tarkastellaan, millainen yhteys sosiodemografisilla tekijöillä, kuten iällä, sukupuolella, koulutuksella ja taloudellisella tilanteella, on digitaalisten palveluiden käyttöön. Tutkimus tutkii myös ihmisten asenteita verkkopalveluita kohtaan ja sitä, miten ne vaikuttavat niiden hyödyntämiseen. Lopuksi pohditaan, voivatko myönteiset asenteet auttaa vähentämään digitaalista syrjäytymistä, joka johtuu mielenterveysongelmista tai muista rajoitteista.

**Aineiston kerääminen ja analysointi:**

Tutkimuksen aineisto kerättiin verkkokyselyllä, joka oli saatavilla nettisivulla ja levitettiin eri sosiaalisen median kanavien kautta. Tutkimukseen osallistui 850 henkilöä, joista enemmistö oli naisia, miehiä oli hieman vähemmän ja pieni osa tunnistautui muunsukupuolisiksi. Osallistujat olivat iältään 18-75-vuotiaita ja heidän koulutustaustansa vaihtelivat perusasteen koulutuksesta korkeakoulututkintoihin. Taloudellinen tilanne vaihteli matalista tuloista korkeampiin ansioihin. Osallistujat asuivat joko kaupunkitai maaseudulla. Mukana oli sekä niitä, jotka käyttivät verkkopalveluita säännöllisesti, että niitä, jotka eivät hyödyntäneet niitä lainkaan. Lisäksi noin kolmasosalla osallistujista oli diagnosoitu mielenterveysongelmia, mikä mahdollisti digitaalisten palveluiden käytön tarkastelun myös tästä näkökulmasta.

Tutkimusaineiston analyysissa hyödynnettiin tilastollisia menetelmiä. Ensin tehtiin kuvaileva analyysi, jossa tarkasteltiin verkkopalveluiden käyttöä, mielenterveyden tilaa sekä vastaajien sosiodemografisia taustatekijöitä. Seuraavaksi korrelaatioanalyysillä selvitettiin muuttujien välisiä yhteyksiä, esimerkiksi miten mielenterveys liittyy verkkopalveluiden käyttöön. Lopuksi regressioanalyysiä käytettiin tunnistamaan tekijöitä, jotka ennustavat digipalveluiden käyttöä, erityisesti mielenterveysongelmien ja asenteiden vaikutusta palveluiden hyödyntämiseen.

**Yhteenveto keskeisimmistä tuloksista ja johtopäätöksistä:**

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että mielenterveysongelmat, sosiodemografiset tekijät ja asenteet vaikuttavat

verkkopalveluiden käyttöön. Mielenterveysdiagnoosin saaneet käyttivät digipalveluita harvemmin ja tarvitsivat enemmän tukea niiden hyödyntämisessä. Nuoremmat, korkeammin koulutetut ja taloudellisesti paremmassa asemassa olevat käyttivät verkkopalveluita enemmän kuin vanhemmat tai heikommassa taloudellisessa tilanteessa olevat. Positiivinen asenne digipalveluihin lisäsi niiden käyttöhalukkuutta ja auttoi vähentämään mielenterveysongelmien aiheuttamia esteitä.

Tulokset korostavat, että verkkopalveluiden kehittämisessä tulee huomioida käyttäjien tarpeet, tarjota riittävää ohjausta ja varmistaa palveluiden saavutettavuus haavoittuville ryhmille.

#### **Luotettavuuden arviointia:**

Tutkimuksen luotettavuutta heikentävät itsearviointiin perustuva aineisto, poikkileikkausasetelma ja mahdollinen valikoitumis-harha, sillä osallistujat rekrytoitiin verkkokyselyn kautta. Tämä voi tarkoittaa, että täysin digitaalisten palveluiden ulkopuolella olevat eivät ole tutkimuksessa edustettuina. Lisäksi syy-seuraussuhteita ei voida vahvistaa, eikä tuloksia voida suoraan yleistää eri maiden ja kulttuurien palvelujärjestelmiin.

### Liite 3: laajemmat tutkimustulokset

**Ensimmäisessä tutkimuksessa** selvitettiin, millä tavoin etäyhteydellä toteutetut sosiaali- ja terveyspalvelut sekä viestintäpalvelut tukivat mielenterveyskuntoutumista COVID-19-epidemian aikana. (Liite 2, tutkimus 1.)

**HYVÄT KOKEMUKSET:** Mielenterveyskuntoutujat kokivat etäpalvelut hyödyllisiksi monin eri tavoin. Ne tarjosivat mahdollisuuden pitää yhteyttä muihin ja lisäsivät yhteisöllisyyttä, mikä vahvisti sosiaalisia suhteita, auttoi lievittämään yksinäisyyttä ja eristäytyneisyyden tunnetta. Erityisesti ryhmämuotoiset palvelut ja vertaistuki koettiin arvokkaiksi. Mielenterveyden tukeminen helpottui, kun keskustelut ammattilaisten, kuten psykoterapeuttien ja sairaanhoitajien kanssa olivat mahdollisia etänä. Tämä auttoi hallitsemaan ahdistusta ja muita mielenterveyden haasteita. Palveluiden saavutettavuus parani, sillä etäyhteydet mahdollistivat asioiden hoitamisen ilman matkustamista, mikä oli erityisen tärkeää heikossa psyykkisessä voinnissa. Joustavat aikataulut tekivät etäpalveluista käytännöllisiä, ja niiden avulla sai nopeasti luotettavaa tietoa terveyden ja hyvinvoinnin tueksi. Monille etäpalvelut olivat miellyttävämpi vaihtoehto kuin fyysiset tapaamiset, erityisesti sosiaalisia tilanteita jännittäville ja introverteille. Lisäksi palveluiden paikkariippumattomuus lisäsi käytön helppoutta. Kaiken kaikkiaan etäpalvelut koettiin hyödylliseksi keinoksi tukea mielenterveyttä ja lisätä sosiaalista osallisuutta, erityisesti poikkeusoloissa.

**HUONOT KOKEMUKSET:** Mielenterveyskuntoutujien kokemuksissa ilmeni useita haasteita, jotka heikensivät etäpalveluiden toimivuutta. Yksityisyyden puute kotona vaikeutti luottamuksellisten asioiden käsittelyä, ja luottamuksen rakentaminen etäyhteyksien kautta koettiin haastavaksi, erityisesti silloin, kun keskustelukumppania ei ollut tavattu aiemmin kasvokkain. Lisäksi tietoturvaan liittyvät epävarmuudet saivat osan käyttäjistä varovaisiksi henkilökohtaisten asioiden jakamisessa. Vuorovaikutuksen heikkous nousi myös esiin, sillä ilmeiden ja eleiden puuttuminen teki keskusteluista etäisiä ja epäluonteivia, ja ryhmämuotoisissa palveluissa puheenvuorojen jakaminen hankaloitti keskustelun sujuvuutta. Teknologiset haasteet, kuten huono äänen- ja kuvanlaatu, yhteensopivuusongelmat sekä digitaisten puute, vaikeuttivat palveluiden käyttöä, ja monimutkaiset verkkopalvelut aiheuttivat turhautumista. Myös aikataulu- ja saavutettavuusongelmat nousivat esiin, sillä pitkät jonotusajat ja epäselvät soittajat johtivat siihen, että osa asiakkaista jäi palvelun ulkopuolelle. Lisäksi fyysisten tapaamisten puute heikensi palveluiden vaikuttavuutta, sillä etäyhteys ei täysin korvannut läsnäoloa ja yhteisöllisyyden tunnetta, joita monet palvelut edellyttävät. Kokonaisuudessaan etäpalvelut eivät kaikilta osin vastanneet kuntoutujien tarpeisiin, ja niiden rajoitukset, kuten vuorovaikutuksen haasteet, tekniset ongelmat ja tietoturvaan liittyvät epävarmuudet, vaikuttivat palvelukokemukseen negatiivisesti.

**Toinen oli tutkimukseen pohjautuva puheenvuoro.** Puheenvuorossa käsiteltiin sähköistä asiointia sosiaalihuollossa asiakasturvallisuuden toteutumisen näkökulmasta korona-aikana. Puheenvuorossa pohdittiin myös, millaisia eettisiä haasteita sähköinen asiointi tuo asiakkaille ja työntekijöille. Tarkastelu perustui tutkimusaineistoihin, jotka kerättiin Kainuussa ja Kymenlaaksossa toteutettujen sosiaalityön koulutus- ja kehittämishankkeiden sekä Sähköisen asioinnin harmaa alue -tutkimushankkeen yhteydessä. Lisäksi tarkastelun pohjana käytettiin näistä aineistoista laadittua raporttia. (Liite 2, tutkimus 2.)

**HYVÄT KOKEMUKSET (vain asiakkaiden):** Tutkimuksen mukaan asiakkaat kokivat etäasioinnissa useita hyötyjä, erityisesti sen joustavuuden ja saavutettavuuden osalta. Monet asiakkaat olivat käyttäneet videoyhteyttä jo ennen koronaa, etenkin alueilla, joilla fyysiset palvelut olivat heikosti saatavilla. Tämä mahdollisti palveluiden jatkumisen ilman keskeytyksiä ja tarjosi

vaihtoehdon perinteisille käyntipalveluille. Vaikka korona-aika vähensi tapaamisia, ne järjestettiin pääosin edelleen kasvokkain silloin, kun se oli mahdollista, ja vaihtoehtoisesti yhteydenpito hoidettiin puhelimitse. Asiakkaat kokivat puhelinyhteyden sujuvaksi erityisesti ajanvaraukseen ja tietojen päivittämiseen liittyvissä asioissa, ja myös tekstiviestit sekä sähköposti olivat käytössä täydentävänä yhteydenpitomuotona. Lisäksi etäasiointi vähensi matkustamisen tarvetta ja helpotti palveluiden saatavuutta, mikä oli erityisen hyödyllistä niille, joilla oli haasteita liikkumisessa. Digitaaliset palvelut madalsivat kynnystä ottaa yhteyttä ja mahdollistivat nopeamman asioinnin ilman pitkiä odotusaikoja. Asiakkaat, joilla oli jo ennestään hyvät digitaidot, kokivat sähköiset palvelut toimiviksi ja hyödyllisiksi arjen sujuvuuden kannalta. Kaiken kaikkiaan etäasiointi tarjosi asiakkaille lisää vaihtoehtoja ja joustavuutta sosiaalipalveluiden käytössä.

**HUONOT KOKEMUKSET** (vain asiakkaiden): Vaikka etäpalvelut tarjosivat monille joustavuutta ja saavutettavuutta, asiakkaat kokivat myös merkittäviä haasteita niiden käytössä. Yksi keskeisimmistä ongelmista oli se, ettei kaikilla ollut mahdollisuutta käyttää sähköisiä palveluja esimerkiksi laitteiden, internetyhteyden tai digitaitojen puutteen vuoksi. Tämä johti siihen, että osa asiakkaista jäi palveluiden ulkopuolelle. Erityisesti aikuissosiaalipalveluissa työskentelevät työntekijät arvioivat tämän suurimmaksi esteeksi sähköisten palvelujen tarjoamiselle. Vuoro-vaikutuksen rajallisuus etäyhteyksissä oli toinen merkittävä haaste. Asiakkaat kokivat, että etäpalveluissa ei ollut samanlaista vuorovaikutusta ja henkilökohtaista kontaktia kuin kasvokkaisissa tapaamisissa. Tämä vaikeutti luottamuksellisen suhteen rakentamista työntekijän kanssa ja heikensi palvelun vaikuttavuutta. Lisäksi asiakkaiden oli hankalaa varmistaa, keitä ruudun toisella puolella oli, mikä saattoi aiheuttaa epävarmuutta ja estää avoimen keskustelun. Monet kokivat myös, että etäasiointi ei ollut riittävän selkeää ja helppokäyttöistä. Erityisesti sosiaalipalveluiden verkkosivustot ja lomakkeet koettiin monimutkaisiksi ja vaikeaselkoisiksi, mikä lisäsi stressiä ja teki palveluiden hyödyntämisestä haastavaa. Asiakkaat toivoivat enemmän tukea ja ohjausta digitaalisten palveluiden käyttöön, sillä uusien järjestelmien oppiminen vei aikaa eikä siihen aina ollut tarjolla riittävästi apua. Lisäksi osa asiakkaista koki, että sähköinen asiointi oli kaukana heidän arjestaan ja tarpeistaan. Aikuissosiaalipalveluiden asiakaskunnan monimuotoisuus tarkoitti, että osalle sähköinen asiointi oli luontevaa, mutta toisille se oli täysin vierasta ja vaikeaa. Tämä lisäsi eriarvoisuutta palveluiden saatavuudessa, sillä osa asiakkaista hyötyi etäpalveluista, kun taas toiset eivät voineet käyttää niitä lainkaan.

Kaiken kaikkiaan asiakkaiden kokemukset etäpalveluista olivat kaksijakoisia: ne tarjosivat joustavuutta ja nopeutta asiointiin, mutta samalla ne loivat haasteita, jotka liittyivät käytettävyyteen, saavutettavuuteen ja vuorovaikutuksen heikkouteen. Näiden ongelmien vuoksi osa asiakkaista jäi palveluiden ulkopuolelle tai koki niiden käytön liian monimutkaiseksi.

**Kolmannessa tutkimuksessa** selvitettiin, millaisia kokemuksia potilailla on mielenterveyspalveluiden etäterveydenhuollosta pandemian aikana ja miten palveluita voitaisiin parantaa. Tutkimus suoritettiin Länsi-Pennsylvaniassa sijaitsevassa psykiatrian avovastaanottoklinikassa. Tutkimus on yhdysvaltalainen. (Liite 2, tutkimus 3.)

**HYVÄT KOKEMUKSET:** Potilaat kokivat etäpalvelut pääosin myönteisinä, sillä ne lisäsivät joustavuutta ja helpottivat hoitoon pääsyä. Monet potilaat käyttivät älypuhelinä etäpalveluiden hyödyntämiseen ja kokivat sen sujuvaksi sekä käteväksi tavaksi asioida terveydenhuollossa. Etäpalvelut mahdollistivat tiheämmät lääkärikäynnit, mikä paransi hoidon jatkuvuutta ja vähensi hoidon keskeytymisiä. Lisäksi lähes puolet potilaista koki terveydentilansa kohentuneen etäpalveluiden ansiosta, sillä niiden avulla hoitokontakti säilyi säännöllisenä ja palvelut olivat paremmin saavutettavissa. Videovälitteinen terapia ja etävastaanotot tarjosivat mielenterveyspalveluita ilman fyysistä läsnäoloa, mikä madalsi kynnystä hakeutua hoitoon ja vähensi

matkustamisen tarvetta. Myös palveluiden joustavuus nousi esiin positiivisena kokemuksena, sillä potilaat pystyivät valitsemaan, halusivatko asioida etänä vai kasvokkain. Erityisesti kotona asioiminen lisäsi turvallisuuden tunnetta ja vähensi hoitoon liittyvää stressiä. Kokonaisuudessaan etäpalvelut koettiin hyödyllisiksi, sillä ne mahdollistivat parempaa hoitoon pääsyä ja tukivat mielenterveyden hoitoa joustavalla ja saavutettavalla tavalla.

**HUONOT KOKEMUKSET:** Vaikka etäpalvelut toivat joillekin potilaille hyötyjä, niissä ilmeni myös monia haasteita, jotka heikensivät niiden käytettävyyttä ja vaikuttavuutta. Yksi merkittävä ongelma oli vuorovaikutuksen puute ja ihmiskontaktin heikkeneminen. Potilaat kokivat, että etäpalvelut rajoittivat luonnollista vuorovaikutusta, sillä ilmeet, eleet ja kehonkieli eivät välittyneet videoyhteyksien kautta samalla tavalla kuin kasvokkaisissa tapaamisissa. Tämä teki keskusteluista etäisiä ja vaikutti luottamuksen syntymiseen hoitohenkilökunnan kanssa. Lisäksi jotkut potilaat kokivat, että etäyhteyden kautta annetut hoitosuositukset eivät olleet yhtä vaikuttavia kuin perinteiset vastaanotot. Tekniset haasteet ja käytettävyysongelmat nousivat esiin toisena merkittävänä ongelmana. Monet potilaat kokivat ongelmia videoyhteyksien laadussa, kuten huonossa äänenlaadussa, katkeilevissa yhteyksissä ja ohjelmistojen vaikeassa käytettävyydessä. Joillekin potilaille tietotekniikka oli vierasta, ja he kokivat etäpalveluiden käytön hankalaksi, koska heiltä puuttui tarvittava tekninen osaaminen. Lisäksi osa potilaista ei omistanut sopivia laitteita tai heillä ei ollut vakituista internetyhteyttä, mikä esti heitä osallistumasta etäpalveluihin. Saavutettavuuden ja yhdenvertaisuuden haasteet olivat myös esillä. Kaikilla potilailla ei ollut samanlaisia mahdollisuuksia hyödyntää etäpalveluita, mikä johti eriarvoisuuteen palveluiden saatavuudessa. Erityisesti ikääntyneemmät potilaat ja heikomilla digitaidoilla varustetut henkilöt kokivat, että perinteiset vastaanotot olivat heille parempi vaihtoehto. Lisäksi osa potilaista koki, että he eivät saaneet riittävästi ohjausta tai tukea etäpalveluiden käyttöön, mikä vaikeutti palveluiden hyödyntämistä. Palveluiden vaikuttavuuden rajoitukset nousivat esiin, sillä etäpalvelut eivät täysin vastanneet kaikkien potilaiden tarpeisiin. Monet kokivat, että kasvokkaiset tapaamiset olivat tärkeämpiä tietyissä hoitotilanteissa, kuten uusien hoitosuunnitelmien laatimisessa tai kriisitilanteissa. Potilaat, jotka tarvitsivat intensiivisempää tukea, kokivat etäpalvelut riittämättömiksi ja olisivat tarvinneet enemmän henkilökohtaista ohjausta ja läsnäoloa. Kaiken kaikkiaan tutkimus osoittaa, että vaikka etäpalvelut voivat parantaa mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta, ne eivät sovi kaikille potilaille samalla tavalla. Teknologiset ongelmat, vuorovaikutuksen heikkous ja palveluiden saavutettavuuden rajoitukset vaikuttivat negatiivisesti osan potilaista kokemuksiin, ja monet kokivat, että perinteiset kasvokkaiset tapaamiset olivat edelleen tärkeä osa mielenterveyshoitoa.

**Neljännän tutkimuksen sisältö** käsittelee filippiiniläisten aikuisten kokemuksia verkkopohjaisesta mielenterveysneuvonnasta COVID-19-pandemian aikana. Tutkimuksessa selvitettiin, mitkä tekijät edistivät avun hakemista verkossa ja miten osallistujat kokivat prosessin sekä pyrittiin ymmärtämään, mitkä tekijät vaikuttavat heidän avunhakemiseensa ja neuvontaprosessin onnistumiseen. (Liite 2, tutkimus 4.)

**HYVÄT KOKEMUKSET:** Mielenterveyskuntoutujien positiiviset kokemukset etäpalveluista liittyivät ennen kaikkea saavutettavuuteen, joustavuuteen ja anonymiteettiin. Monet kokivat, että etävastaanotot olivat helpommin saatavilla kuin perinteiset kasvokkaiset tapaamiset, mikä mahdollisti nopeamman pääsyn mielenterveyspalveluihin. Lisäksi etäpalvelut tarjosivat joustavuutta aikataulujen suhteen, mikä helpotti hoitoon osallistumista esimerkiksi työ- ja perhe-elämän rinnalla. Asiakkaat arvostivat myös mahdollisuutta osallistua terapiaan omasta kodistaan, mikä loi turvallisuuden tunnetta ja vähensi sosiaaliin tilanteisiin liittyvää stressiä. Erityisesti joillekin asiakkaista anonyymiyden tunne oli tärkeä, sillä se madalsi kynnystä hakea apua ja mahdollisti avoimemman keskustelun ilman pelkoa sosiaalisesta leimautumisesta. Lisäksi useat asiakkaat kokivat, että terapeutin ja asiakkaan välinen yhteys oli yhtä vahva kuin perinteisessä vastaanotossa, ja he saivat tarvitsemansa tuen etäyhteydenkin välityksellä.

**HUONOT KOKEMUKSET:** Taloudelliset rajoitteet olivat yksi keskeinen haaste, sillä monet asiakkaat kokivat mielenterveyspalveluiden olevan liian kalliita. Tämä johti siihen, että jotkut joutuivat priorisoimaan fyysiseen terveyteen liittyvät kulut mielenterveyspalveluiden edelle. Toinen merkittävä haaste oli epätasainen saavutettavuus ja tietoisuuden puute. Monet asiakkaat kokivat, että mielenterveyspalveluiden tieto ja resurssit olivat ensisijaisesti koulutettujen ja nuoremman sukupolven saatavilla, mikä rajoitti palveluiden hyödyntämistä laajemmin yhteiskunnassa. Etäpalveluiden luotettavuus ja vuorovaikutuksen puute aiheuttivat myös haasteita. Joillekin asiakkaille fyysinen läsnäolo oli tärkeää luottamuksen ja avoimen keskustelun mahdollistamiseksi, eikä etäterapia pystynyt täysin korvaamaan kasvokkain tapahtuvaa kohtaamista. Neuvonnan jälkeen osa osallistujista koki edelleen haasteita, kuten oireiden uusiutumista tai pitkäaikaisen tuen puutetta. Lisäksi asiakkaat kokivat, että etäpalveluiden tietoturva ja yksityisyyden suoja ei ollut riittävästi takeita, mikä loi epävarmuutta niiden käytössä. Vaikka tutkimuksen mukaan etäpalvelut toivat monille hyötyjä, ne eivät olleet kaikille asiakkaille yhtä saavutettavia tai luotettavia. Erityisesti taloudelliset haasteet, puutteellinen tekninen osaaminen ja inhimillisen kontaktin rajoitteet heikensivät joidenkin asiakkaiden mahdollisuuksia hyödyntää palveluita tehokkaasti.

**Viidennessä tutkimuksessa** tarkasteltiin kulttuurisesti monimuotoisten väestöryhmien (CDP) eMH- palveluiden (e-MentalHealth) käyttöä ahdistus- ja masennushäiriöiden hoidossa. Tarkoituksena oli pyrkiä tuottamaan tietoa, joka voi auttaa kehittämään kulttuurisesti reagoivia eMH- palveluita. Osallistujien tuli asua Metro-Vancouverin alueella Kanadassa ja kuulua näkyvään vähemmistöön, eli muihin kuin alkuperäiskansoihin tai valkoihoisiin. (Liite 2, tutkimus 5.)

**HYVÄT KOKEMUKSET:** Asiakkaat kokivat etäpalvelut pääasiassa saavutettaviksi, joustaviksi ja kustannustehokkaiksi. Monet osallistuivat palveluihin mobiilisovellusten, verkkosivustojen tai videopuheluiden kautta, ja he arvostivat mahdollisuutta käyttää palveluita omien aikataulujensa mukaan. Melkein puolet vastaajista koki palveluiden saavutettavuuden suurena etuna, sillä etäpalvelut tarjosivat helpomman pääsyn mielenterveyspalveluihin ilman fyysistä käyntiä. Osa vastaajista piti palveluiden käytännöllisyyttä tärkeänä, koska ne eivät vaatineet matkustamista tai erityisiä järjestelyjä. Lisäksi osa vastaajista koki, että etäpalvelut olivat edullisempia kuin perinteiset terapiakäynnit. Muut asiakkaiden myönteiset kokemukset liittyivät yksityisyyteen ja palveluiden joustavuuteen. Osa vastaajista koki, että etäterapia mahdollisti anonymimmän ja vähemmän leimaavan tavan hakea apua, mikä auttoi erityisesti niitä, jotka kokivat häpeää mielenterveyspalveluihin hakeutumisesta. Lisäksi osa vastaajista arvosti sitä, että palveluita oli mahdollista käyttää juuri silloin ja siellä, missä se itselle sopi parhaiten. Käytettävyys oli myös yksi etäpalveluiden vahvuuksista. Osa vastaajista koki, että palvelut olivat helppokäyttöisiä ja selkeitä, ja osa vastaajista arvosti palveluiden tarjoamaa informatiivisuutta ja opastusta mielenterveyden hoitoon liittyen.

Yhteenvetona voidaan todeta, että asiakkaat arvostivat erityisesti etäpalveluiden saavutettavuutta, joustavuutta, kustannustehokkuutta ja yksityisyyttä. Etäterapia koettiin hyödylliseksi vaihtoehdoksi perinteisille mielenterveyspalveluille, ja monille se tarjosi matalan kynnyksen mahdollisuuden hakea apua.

**HUONOT KOKEMUKSET:** 21 % asiakkaista oli tyytymättömiä saamiinsa etäpalveluihin. Yleisin valituksen aihe oli liian yleisluontoinen sisältö, sillä osa asiakkaista koki, että saatavilla oleva tieto ei ollut riittävän yksilöllistä tai räätälöityä heidän tarpeisiinsa. Monet joutuivat selaamaan lukuisia resursseja löytääkseen itselleen sopivaa tietoa. Lisäksi osa asiakkaista piti sisältöä liian monimutkaisena tai vaikeasti ymmärrettävänä, koska se sisälsi liikaa teknistä tai tieteellistä kieltä. Toinen merkittävä ongelma oli ihmiskontaktin puute, sillä 17 % asiakkaista koki, että palvelut olivat liian automatisoituja eikä niissä ollut inhimillistä vuorovaikutusta.



**Seitsemännessä tutkimuksessa** tarkasteltiin sosiaalisen etäännyttämisen ja psykologisen ahdistuksen välistä suhdetta sekä sosiaalisen etäännyttämisen riskitekijöitä. Lisäksi verkkopsykiatriset palvelut ja koettu sosiaalinen tuki tutkittiin mahdollisina välittävänä tekijöinä sosiaalisen etäännyttämisen ja ahdistuksen välillä. Tutkimus oli intialainen. (Liite 2, tutkimus 7.)

**HYVÄT KOKEMUKSET:** Tutkimuksen mukaan etämielenterveyspalveluista oli asiakkaille monia hyötyjä. Saavutettavuus oli yksi suurimmista eduista, sillä palvelut mahdollistivat hoitoon pääsyn ilman tarvetta matkustaa. Tämä oli erityisen tärkeää maaseudulla asuville, liikuntarajoitteisille ja kiireisille asiakkaille, jotka kokivat fyysiset vastaanotot haastaviksi aikataulujen tai liikkumisen kannalta. Ajansäästö ja joustavuus nousivat myös esiin merkittävinä hyötyinä. Asiakkaat arvostivat mahdollisuutta sovittaa terapiakäynnit omiin aikatauluihinsa ja osallistua hoitoon omasta kodistaan käsin. Etäterapia tarjosi myös enemmän valinnanvaraa hoitopaikkojen ja terapeuttien suhteen, koska asiakkaat eivät olleet sidottuja asuinpaikkansa lähellä toimiviin palveluihin. Yksityisyys ja turvallisuus olivat monille asiakkaille tärkeitä etuja. Etäpalveluiden ansiosta asiakkaat pystyivät keskustelemaan mielenterveysasioistaan ilman pelkoa siitä, että heitä havaittaisiin vierailemassa vastaanotolla. Tämä madalsi kynnystä hakeutua hoitoon ja edisti hoitoon sitoutumista. Monet asiakkaat kokivat myös, että etäterapia oli tehokasta ja vuorovaikutus terapeutin kanssa laadukasta, erityisesti silloin, kun terapeutti osasi hyödyntää teknologiaa hyvin. Videoyhteyden avulla terapeutit pystyivät havainnoimaan asiakkaan ilmeitä ja kehonkieltä, mikä auttoi tunteiden ja ajatusten ilmaisemisessa. Kaiken kaikkiaan asiakkaiden keskeisimmät hyödyt etämielenterveyspalveluista olivat parempi saavutettavuus, joustavuus, ajansäästö ja yksityisyys, mikä teki palveluista monille houkuttelevan vaihtoehdon perinteisille mielenterveyspalveluille.

**HUONOT KOKEMUKSET:** Vaikka etämielenterveyspalvelut tarjosivat monille joustavuutta ja helppokäyttöisyyttä, niiden käyttöön liittyi myös haasteita. Tekniset ongelmat olivat merkittävä este, sillä osa asiakkaista koki yhteysohjelmaa, äänen ja kuvan katkeilua sekä vaikeuksia käyttää alustoja. Tämä heikensi vuorovaikutuksen laatua ja aiheutti turhautumista. Ihmiskontaktin puute nousi toiseksi keskeiseksi ongelmaksi. Monille asiakkaille etäpalvelut eivät tarjonneet samaa tunnetta yhteydestä terapeuttiin kuin kasvokkainen tapaaminen. Tämä vaikutti hoitosuhteen rakentumiseen ja luottamuksen syntymiseen, mikä voi olla keskeistä mielenterveyden hoidossa. Hoitosisällön puutteet ja yksilöllisyyden rajoitukset olivat myös yleisiä huonoja kokemuksia. Jotkut asiakkaat kokivat, että etäterapia ei ollut tarpeeksi syvällistä tai että se ei vastannut täysin heidän tarpeisiinsa. Erityisesti ne, joilla oli monimutkaisempia mielenterveysongelmia, kokivat etähoidon pinnalliseksi ja liian standardisoiduksi. Ympäristötekijät ja keskittymisvaikeudet vaikuttivat myös kokemuksiin. Joillekin asiakkaille oli vaikeaa keskittyä terapiaistuntoihin kotona, jossa oli häiriötekijöitä. Tämä saattoi vähentää terapian tehokkuutta ja vaikeuttaa asiakkaan syventymistä käsiteltäviin asioihin. Yhteenvetona etämielenterveyspalveluiden suurimmat haasteet liittyivät teknisiin ongelmiin, vuorovaikutuksen puutteeseen, hoidon yksilöllisyyden rajoitteisiin sekä keskittymisvaikeuksiin kotona. Nämä tekijät vaikuttivat joidenkin asiakkaiden kokemuksiin ja saivat heidät kyseenalaistamaan etäpalveluiden soveltuvuuden omiin tarpeisiinsa.

**Kahdeksannessa tutkimuksessa** tarkasteltiin haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien kokemuksia etäpalveluista COVID-19-pandemian aikana. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, joka tukee etäpalveluiden kehittämistä, parantaa niiden saatavuutta ja saavutettavuutta sekä edistää digitaalista yhdenvertaisuutta. Tutkimus oli tehty osana DigiCOVID- ja DigiIN-hanketta. Tutkimus oli suomalainen. (Liite 2, tutkimus 8.)

**HYVÄT KOKEMUKSET:** Etäpalvelut toivat monille osallistujille hyötyjä, erityisesti saavutettavuuden ja joustavuuden näkökulmasta. Syrjäseuduilla tai mökkeillessä asuvat kokivat etäpalvelut hyödyllisiksi, koska ne mahdollistivat terveyspalveluiden käytön ilman matkustamista.

Lisäksi mielenterveyskuntoutujien ja sosiaalipalveluja käyttävien nuorten aikuisten joukossa oli paljon digitaalisesti taitavia henkilöitä, joille etäpalvelut olivat ennestään tuttuja, ja he pitivät niitä hyödyllisinä. Osallistujat, joilla oli aiempaa kokemusta etäpalveluista ja teknologian käytöstä, suhtautuivat palveluihin myönteisesti ja kokivat niiden tarjoavan helpon ja tehokkaan tavan hoitaa asioita. Venäjänkieliset ikääntyneet ja työttömät käyttivät aktiivisesti sosiaalista mediaa ja internetiä tiedonhakuun ja yhteydenpitoon, ja osa heistä koki etäpalvelut hyödyllisiksi yksinkertaisten asioiden, kuten liitteiden lähettämisen, ajanvarausten ja terveystietojen tarkastelun, hoitamisessa. Koronaepidemian aikana monet huomasivat, että etäpalveluiden tarjonta oli kasvanut merkittävästi, mikä mahdollisti laajemmat palvelut ja paremman saavutettavuuden. Osa osallistujista, erityisesti introvertit ja sosiaalisista tilanteista kuormittuvat, kokivat etäpalvelut jopa fyysisiä palveluja mieluisammaksi vaihtoehdoksi. Monet toivoivat, että etäpalvelut jäisivät pysyvästi osaksi palvelutarjontaa, ja etäpalveluiden kehittämiseen liittyi toiveita monipuolisemmista toteutustavoista, kuten laajemmasta videovastaanottojen, chat-palveluiden ja ajanvarausten mahdollisuudesta. Lisäksi etäpalveluiden lisääntynyt tarjonta vähensi monille tarpeen liikkua fyysisesti palvelupisteisiin, mikä helpotti erityisesti liikuntarajoitteisia ja kaukana palveluista asuvia henkilöitä.

**HUONOT KOKEMUKSET:** Mielenterveyskuntoutujat ja muut tutkimukseen osallistuneet ryhmät kokivat etäpalveluissa useita haittoja, jotka vaikeuttivat palveluiden käyttöä ja niiden hyödyntämistä. Yksi merkittävimmistä haasteista oli digitaitojen puute, mikä vaikeutti monilla palvelujen itsenäistä käyttöä. Ikääntyneiden, mielenterveyskuntoutujien ja sosiaalipalveluja käyttävien nuorten aikuisten joukossa oli monia, jotka eivät osanneet käyttää digitaalisia palveluja ilman apua, mikä johti ulkopuolisuuden kokemuksiin ja palvelujen saavutettavuuden heikentymiseen. Osa koki myös pelkoa teknisten virheiden tekemisestä ja niiden mahdollisista seurauksista, mikä esti palvelujen käyttöä. Selkokieliisyyden puute vaikeutti monien osallistujien asiointia, sillä etäpalveluissa käytetty kieli oli usein liian monimutkaista, ja palveluiden käyttö vaati hallinnollisen termistön ymmärtämistä. Tämä johti tilanteisiin, joissa asiakkaat joutuivat hakemaan apua muilta tai lopulta menemään fyysisesti paikan päälle hoitamaan asioitaan. Erityisesti mielenterveyskuntoutujat kokivat kognitiivisten haasteiden, kuten keskittymisvaikeuksien tai lukihäiriön, vaikeuttavan etäpalveluiden käyttöä entisestään. Vuorovaikutuksen rajoitteet ja fyysisen kohtaamisen puute olivat myös merkittävä haaste, sillä moni koki, ettei etäpalveluissa ollut mahdollista ilmaista omaa palvelutarvettaan ja tunteitaan samalla tavalla kuin kasvokkain. Keskustelu etäyhteyksin tuntui usein pinnalliselta, eikä etäpalvelu kyennyt tarjoamaan samaa lämpöä ja aitoutta kuin fyysinen tapaaminen. Tämä korostui erityisesti mielenterveyskuntoutujilla, jotka kokivat kasvokkain tapahtuvan terapian merkityksellisempänä. Samalla etäpalveluiden käyttöä rajoitti yksityisyyden puute kotiympäristössä, sillä kaikki eivät voineet keskustella vapaasti muiden perheenjäsenten läsnä ollessa. Tekniset ongelmat ja tietoturvaan liittyvät huolenaiheet olivat myös merkittävä este etäpalvelujen käytölle. Osalla käyttäjistä ei ollut käytössään asianmukaisia laitteita, kuten tietokoneita, tabletteja tai toimivia verkkoyhteyksiä, mikä vaikeutti palveluihin osallistumista. Myös palveluiden tekniset ongelmat, kuten hitaat järjestelmät tai epäselvät käyttöliittymät, lisäsivät turhautumista. Lisäksi etäpalveluiden tietoturva herätti huolta erityisesti mielenterveyskuntoutujien keskuudessa, sillä he kokivat, että arkaluonteisia asioita oli vaikea käsitellä turvallisesti etäympäristössä. Kaiken kaikkiaan etäpalveluiden suurimmat haasteet liittyivät digitaitojen ja selkokieliisyyden puutteeseen, vuorovaikutuksen rajoitteisiin, teknisiin haasteisiin sekä tietoturvaan liittyviin epävarmuuksiin. Nämä ongelmat vaikeuttivat palveluiden saavutettavuutta ja vähensivät niiden hyötyä erityisesti niille, jotka tarvitsivat eniten tukea ja henkilökohtaista ohjausta.

**Yhdeksännen tutkimuksen** tavoitteena oli selvittää, miten digitaalinen syrjäytyminen vaikuttaa sosiaali- ja terveysalan koulutuksen osaamisvaatimuksiin. Erityisesti siinä tarkasteltiin haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien, kuten rikostaustaisten henkilöiden, kokemuksia ja niiden vaikutusta ammattilaisten osaamistarpeisiin. Lisäksi tutkimus yhdisti asiakkaiden ja

asiantuntijoiden näkökulmia, jotta voidaan paremmin ymmärtää, millaisia valmiuksia sosiaali- ja terveysalan työntekijät tarvitsevat tukemaan digitaalisten palveluiden käyttöä. Tutkimus oli suomalainen. (Liite 2, tutkimus 9.)

**HYVÄT KOKEUMUKSET (asiakkaat):** Rikostaustaisten henkilöiden kokemien hyötyjen perusteella digipalvelut ovat tuoneet monia myönteisiä vaikutuksia heidän elämäänsä. Haastateltavat kokivat digitaalisten palvelujen helpottaneen taloudellisten etuuksien hakemista sekä asunnon ja työn etsimistä. Digitaaliset palvelut mahdollistivat myös asioiden hoitamisen itsenäisesti ilman tarvetta fyysiselle läsnäololle, mikä helpotti arkea ja vähensi tarvetta viranomaiskäynneille. Erityisesti pankkipalvelut, Kela-asiointi ja muut hallinnolliset järjestelmät koettiin tärkeiksi, ja niiden käytön oppiminen nähtiin osana yhteiskuntaan sopeutumista. Lisäksi digipalvelujen käyttö nähtiin osana uusien taitojen oppimista, joka voisi tukea sopeutumista vapautteen ja vähentää riippuvuutta muista ihmisistä. Haastateltavat toivoivat, että rikostaustaisille henkilöille tarjottaisiin räätälöityä koulutusta digipalveluiden käytössä, jotta he voisivat hallita itsenäisesti arkeensa liittyviä asioita. Myös henkilökohtainen tuki palveluiden käytössä koettiin merkitykselliseksi, mutta painotettiin neuvonnan ja ohjauksen tärkeyttä sen sijaan, että asiat hoidettaisiin heidän puolestaan.

Vaikka digipalvelut tarjoavat merkittäviä hyötyjä, on tärkeää varmistaa, että käyttäjillä on riittävästi taitoja ja tukea niiden hyödyntämiseen. Erityisesti rikostaustaisille henkilöille ja muille haavoittuvassa asemassa oleville ihmisille suunnatut tukipalvelut voivat vähentää digitaalista syrjäytymistä ja helpottaa heidän sopeutumistaan yhteiskuntaan.

**HUONOT KOKEUMUKSET (asiakkaat):** Rikostaustaisten henkilöiden digitaalisten palveluiden käyttöön liittyy monia haasteita ja haittoja, jotka voivat syventää heidän jo valmiiksi vaikeaa asemaansa. Suurin ongelma on digitaalinen syrjäytyminen, joka johtuu muun muassa laitteiden ja internet-yhteyden puutteesta sekä vaikeuksista saada pankkitunnuksia, jotka ovat välttämättömiä sähköisessä asiointissa. Lisäksi vankiloiden rajoitukset estävät monia oppimasta digipalveluiden käyttöä ennen vapautumista. Puutteellinen digiosaaminen, epävarmuus ja pelko virheistä vaikeuttavat monimutkaisten sähköisten lomakkeiden täyttämistä, mikä voi johtaa siihen, että tärkeitä etuuksia ja palveluita jää saamatta. Monille rikostaustaisille henkilöille digitaalisten palveluiden käyttö ei ole itsestään selvää, ja ilman riittävää ohjausta ja tukea he eivät kykene hyödyntämään niitä. Lisäksi digipalveluiden käyttö voi johtaa sosiaaliseen eristäytymiseen, sillä ne eivät korvaa ihmiskontaktia ja kasvokkaista tukea, jota esimerkiksi mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät erityisesti tarvitsevat. Luottamukselliset asioinnit hoidetaan mieluummin kasvotusten. Digitaalisen asiointin monimutkaisuus, järjestelmien pirstaleisuus ja tunnistautumiskäytännöt aiheuttavat lisähaasteita, ja ilman selkeää neuvontaa ja riittäviä tukipalveluita moni kokee digitaaliset palvelut liian vaikeiksi tai jopa mahdottomiksi käyttäen.

**Kymmenennessä tutkimuksessa** selvitettiin, miten mielenterveysongelmat vaikuttavat ihmisten kykyyn ja halukkuuteen käyttää verkkopalveluita. Lisäksi tarkasteltiin, millainen yhteys sosiodemografisilla tekijöillä, kuten iällä, sukupuolella, koulutuksella ja taloudellisella tilanteella, on digitaalisten palveluiden käyttöön. Tutkimus tutkii myös ihmisten asenteita verkkopalveluita kohtaan ja sitä, miten ne vaikuttavat niiden hyödyntämiseen. Tutkimus oli suomalainen. (Liite 2, tutkimus 10.)

**HYVÄT KOKEUMUKSET:** Osallistujien kokemuksista nousi esiin useita hyötyjä verkkopohjaisista sosiaali- ja terveyspalveluista. Ensinnäkin digitaaliset palvelut tarjoavat helpon ja nopean pääsyn terveystietoihin ja -palveluihin, mikä vähentää tarvetta fyysisille käynneille ja mahdollistaa palveluiden käytön joustavasti ajasta ja paikasta riippumatta. Erityisesti nuoremmat

käyttäjät ja korkeammin koulutetut kokivat verkkopohjaiset palvelut hyödyllisiksi, sillä ne tarjoavat mahdollisuuden omaehtoiseen tietojen etsimiseen ja itsenäiseen asiointiin. Lisäksi luotettavaksi ja turvalliseksi koetut digipalvelut tukevat erityisesti nuorten mielenterveyspalveluiden käyttöä, sillä käyttäjät voivat hyödyntää anonyymisti erilaisia tukimuotoja, kuten keskusteluryhmiä ja itsehoito-ohjelmia. Tutkimuksessa todettiin myös, että verkkopohjaiset terveyspalvelut voivat vähentää sosiaalista stigmaa, erityisesti mielenterveyden haasteiden kohdalla, sillä ihmiset voivat hakea apua ilman pelkoa leimautumisesta. Sosiaalisen median ja muiden verkkopohjaisten kanavien kautta tapahtuva vertaistuki koettiin tärkeäksi erityisesti vakavista mielenterveysongelmista kärsivien keskuudessa, sillä se mahdollistaa kokemusten jakamisen ja tuen saamisen muilta samankaltaisessa tilanteessa olevilta. Digipalveluiden jous-tavuus ja saavutettavuus tukevat myös taloudellisesti heikommassa asemassa olevia, joilla voi olla vaikeuksia liikkua palvelupisteisiin tai saada perinteisiä terveyspalveluita. Vaikka verkko-pohjaiset palvelut eivät täysin korvaa kasvokkaista tukea, niiden yhdistäminen perinteisiin terveyspalveluihin voi parantaa palveluiden saavutettavuutta ja tehokkuutta. Kokonaisuutena verkkopalvelut tarjoavat monille käyttäjille hyödyllisen lisän terveyden ja hyvinvoinnin tuke-miseen, erityisesti jos ne ovat käyttäjäystävällisiä, turvallisia ja yksilöllisesti räätälöityjä.

**HUONOT KOKEMUKSET:** Tutkimuksen mukaan osallistujat kokivat verkkopohjaisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvän useita haasteita ja huonoja kokemuksia, jotka voivat heikentää palveluiden käyttöä ja saavutettavuutta. Yksi merkittävimmistä ongelmista oli puutteellinen tietoturva ja yksityisyyden suojaan liittyvät epäilykset. Monet osallistujat kokivat, että heidän henkilökohtaiset terveystietonsa eivät ole riittävän hyvin suojattuja digitaalisissa järjestelmissä, mikä heikensi heidän luottamustaan verkkopohjaisiin palveluihin. Toinen merkittävä haaste oli verkkopalveluiden käytön monimutkaisuus ja vaikeaselkoisuus. Erityisesti vanhemmat ja matalamman koulutustason omaavat käyttäjät kokivat palveluiden navigoinnin hankalaksi, ja he tarvitsivat enemmän tukea verkkopalveluiden käyttöön. Monimutkaiset käyttöliit-tymät ja tekniset ongelmat, kuten hitaat latausajat tai kirjautumisvaikeudet, aiheuttivat turhautumista ja johtivat siihen, että osa osallistujista jätti palvelut kokonaan käyttämättä. Li-säksi tutkimuksessa havaittiin, että digipalvelut eivät pysty täysin korvaamaan kasvokkaista vuorovaikutusta, mikä koettiin erityisen ongelmalliseksi mielenterveyspalveluissa. Monet osal-listujat pitivät verkkopalveluita etäisinä ja epäpersoonallisina, ja he kaipasivat ihmiskontak-tia, joka auttaisi heitä tuntemaan olonsa ymmärretyksi ja kuulluksi. Erityisesti mielenterveys-ongelmista kärsivät kokivat, että verkkopalvelut eivät tarjoa samaa tukea kuin fyysiset vas-taanotot. Myös digitaalinen eriarvoisuus nousi esiin haasteena, sillä köyhyys ja sosioekonomi-nen asema vaikuttivat merkittävästi siihen, miten hyvin osallistujat pystyivät hyödyntämään verkkopohjaisia palveluita. Matalan tulotason omaavat henkilöt eivät välttämättä omistaneet tarvittavia laitteita tai vakaata internetyhteyttä, mikä esti heitä käyttämästä palveluita tehokkaasti. Lisäksi monet kokivat, että heillä ei ollut riittäviä digitaalisia taitoja palveluiden hyödyntämiseen, ja ilman henkilökohtaista opastusta palveluiden käyttö jäi vähäiseksi. Lo-puksi asenteet ja motivaation puute olivat myös merkittäviä esteitä verkkopalveluiden käy-tölle. Osa osallistujista koki, että verkkopohjaiset palvelut eivät ole tarpeellisia tai että ne eivät tuo lisäarvoa heidän tilanteeseensa. Erityisesti iäkkäämmät käyttäjät olivat skeptisiä verkkopalveluiden hyödyistä ja mieluummin hoitivat asiansa perinteisin menetelmin.