



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Kolmannen sektorin rooli mielenterveysasiakkaiden hoidossa

Halttunen, Joanna
Kaksonen, Taina

2017 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Kolmannen sektorin rooli mielenterveysasiakkaiden hoidossa

Halttunen Joanna
Kaksonen Taina
Hoitotyö
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2017

Halttunen Joanna, Kaksonen Taina

Kolmannen sektorin rooli mielenterveysasiakkaiden hoidossa

Vuosi	2017	Sivumäärä	41
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella tutkittua tietoa narratiivisen eli kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoin. Kirjallisuuskatsauksen avulla selvitettiin kolmannen sektorin roolia mielenterveysasiakkaiden hoidossa sekä kartoitettiin kolmannen sektorin tuottamia palveluita. Tavoitteena oli tuottaa teoreettista tietoa Morfeus-hankkeelle (1.1.2015-30.6.2017), joka on Laurea-ammattikorkeakoulun ja Aalto-yliopiston monitieteinen hanke, jossa tutkitaan kehittävän toimintatutkimuksen otteella hyvinvointipalvelujen ekosysteemejä ja kehitetään niitä palvelumuotoilun, tietomallintamisen ja tulevaisuuden tutkimusten lähestymistavoilla huomioiden myös sopimuskäytännöt.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jossa tutkittavaa aihetta tarkasteltiin aiemman tutkimusaineiston avulla. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin 5 tutkimusta ja 1 artikkeli, jotka läpäisivät sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Tietoa haettiin sähköisenä eri tiedonhakuportaaleista ja tiedonhaussa käytettiin suomen- ja englanninkielisiä hakutermejä. Tutkimukset analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä tavoiteltiin luotettavaa tietoa aiheesta, jotta tulevaisuudessa tiedetään enemmän kolmannen sektorin roolista mielenterveysasiakkaiden hoitamisesta. Hakusanoina olivat kolmas sektori ja mielenterveys. Kaikkien alkuperäistutkimusten tuli läpäistä laadun arvioinnin peruskriteerit.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voitiin todeta, että kolmannen sektorin rooli mielenterveysasiakkaiden hoitamisessa on merkittävä. Kolmas sektori toimii keskeisenä kuntoutuspalveluiden tuottajana ja täydentää erityisesti julkisen sektorin palveluaukkoja. Opinnäytetyössä mukana olleiden tutkimusten perusteella kolmas sektori tarjoaa laaja-alaisesti erilaisia psyykkistä hyvinvointia edistäviä ja mielenterveysongelmia ehkäiseviä palveluita.

Halttunen Joanna, Kaksonen Taina

Role of the third sector in the mental health customers' care

Year	2017	Pages	41
------	------	-------	----

The purpose of the present thesis is to collate information through a narrative, or a descriptive, review of literature. The role of the third sector in the care of the mental health customers was examined, and the services provided by the third sector were studied. The aim was to produce theoretical information for the Morfeus Project (1.1.2015- 30.6.2017), which is a multidisciplinary undertaking of Laurea University of Applied Sciences and Aalto University, and which, using an action research inquiry process, studies the ecosystems of the welfare services, and develops them with the help of approaches such as service design, building information modelling, and futurology, and which also takes into consideration contractual usages.

The thesis was carried out as a review of literature, in which the subject matter was explored by means of earlier research material. 5 studies and 1 article, which passed the inclusion and exclusion criteria, were included in the review of the literature. Information was sought in the form of electronic information via various information retrieval portals, and in the search for information both Finnish and English search terms were applied. The results of the inquiries were analyzed using content analysis. By means of the content analysis, reliable knowledge of the subject matter was pursued in order to know more of the role of the third sector in taking care of mental health customers. The search words were third sector and mental health. All the original studies had to pass the quality evaluation standards.

On the basis of the results of the thesis it was possible to state that the role of the third sector in taking care of mental health customers is significant. The third sector operates as a central producer of rehabilitation services and especially complements the service gaps in the public sector. According to the studies included in the final project, the third sector in a comprehensive manner provides various services which promote mental well-being and prevent mental problems.

Keywords: third sector, mental health

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettinen tausta	7
	2.1 Kolmas sektori	7
	2.2 Mielenterveys	9
	2.3 Mielenterveystyö	11
	2.4 Morfeus-hanke	12
3	Lainsäädännöllinen tausta.....	13
	3.1 Mielenterveyslaki.....	13
	3.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	14
4	Tutkimusmenetelmä, tarkoitus ja tavoitteet	14
	4.1 Tarkoitus ja tavoitteet	14
	4.2 Kirjallisuuskatsaus	15
	4.3 Tutkimusetiikka	16
	4.4 Tutkimuksen luotettavuus	17
	4.5 Alkuperäistutkimusten luotettavuus ja eettisyys.....	18
	4.6 Otos ja aineiston kerääminen	19
	4.6.1 Otos.....	19
	4.6.2 Aineiston keruu	19
	4.6.3 Alkuperäistutkimuksien hakeminen	20
	4.6.4 Valitut alkuperäistutkimukset.....	21
	4.7 Aineiston analyysi	26
	4.8 Toteutuksen kuvaus.....	27
5	Tulokset.....	27
	5.1 Yhteenveto	29
	5.2 Pohdinta	29
	Lähteet	32
	Kuviot	35
	Liitteet.....	36

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön aiheena oli kolmannen sektorin rooli mielenterveysasiakkaiden hoitamisessa. Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikuttivat aiheen mielenkiintoisuus ja sen tarjoamat haasteet. ”Suomessa mielenterveyspalvelujen käyttö on lisääntynyt, mutta palvelujen saataavuudessa on ongelmia ja alueellisia eroja” (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013, 46.) Tämän opinnäytetyön aihe rajautui 18-50-vuotiaisiin mielenterveysasiakkaisiin, koska aikuiset hakevat useimmiten huonommin apua ongelmiinsa. Tarkoituksena oli saada luotettavaa tietoa aiheesta, jotta tulevaisuudessa tiedettäisiin enemmän kolmannen sektorin roolista mielenterveysasiakkaiden hoitamisesta sekä kolmannen sektorin tarjoamista palveluista.

Opinnäytetyö toteutui kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jossa tutkittavaa aihetta tarkasteltiin aiemman tutkimusaineiston avulla. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat kolmas sektori, mielenterveys.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella tutkittua tietoa narratiivisen eli kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoin. Kirjallisuuskatsauksen avulla selvitettiin kolmannen sektorin roolia mielenterveysasiakkaiden hoidossa sekä kartoitettiin kolmannen sektorin tuottamia palveluita. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa teoreettista tietoa Morfeus-hankkeelle. Morfeus-hanke (1.1.2015 - 30.6.2017) on Laurea-ammattikorkeakoulun ja Aalto-yliopiston monitieteinen hanke, jossa tutkitaan kehittävän toimintatutkimuksen otteella hyvinvointipalvelujen monitoimijaisia ekosysteemejä ja kehitetään niitä palvelumuotoilun, tietomallintamisen ja tulevaisuuden tutkimuksen lähestymistavoilla huomioiden myös sopimuskäytännöt.

2 Teoreettinen tausta

2.1 Kolmas sektori

”Kolmannen sektorin tärkein tehtävä on löytää uusia keinoja väestön hyvinvoinnin lisäämiseksi, kokeilla niitä käytännössä ja tehdä toimintamallit, joiden avulla toiminta voidaan laajentaa koskemaan kaikkia” (Salmi 2014.) Kolmannen sektorin rooli on merkittävä hoitotarpeiden tunnistamisessa, palvelujen suunnittelussa sekä kansalais- ja ammatillisten kolmannen sektorin järjestöjen kehittämisessä (Kuhanen ym. 2013, 50.) Kolmas sektori voidaan määritellä julkisen sektorin markkinoiden ja kotitalouksien väliin jääväksi alueeksi. Se käsittää vapaaehtoistyön järjestökentän ja muun kansalaisaktiivisuuden toiminnan. Kolmas sektori on myös koettu yritysten, valtion, kuntien ja perheiden vuorovaikutusta edistävänä elämäalueena. (Laamanen 2002, 23.) Ominaista kolmannelle sektorille ovat muun muassa ei voittoa tavoitteleva kansalaistoiminta ja vapaaehtoisuus. Kolmannen sektorin organisaatioihin luetaan yleisesti muun muassa virkistysyhdistykset, urheiluseurat, avustusjärjestöt, kirkot, ammatilliset järjestöt, avustussäätiöt ja erilaiset hyvinvointiorganisaatiot. (Kolmas sektori 2015.)

Kolmannen sektorin tehtävät voidaan jakaa neljään kokonaisuuteen: edunvalvontaan sekä asiantuntijatoimintaan, aktiivisen yhdessäolonfoorumien tarjoamiseen, palvelujen tuottamiseen ja verkostoitumiseen. Nämä tehtävät painottuvat eri tavoin järjestöstä riippuen. Nykäsenojan (2015) mukaan kolmannen sektorin ytimeen kuuluvia yhteisöjä ovat järjestöt, säätiöt ja muutamat työttömille järjestetyt korjaus- ja kierrätyskeskukset. Kolmannen sektorin avainarvoja ovat epäitsekkyyks, hyväntekeväisyys ja myötätunto, jotka on tarkoitettu välittämään kolmannen ja muiden sektoreiden sekä yksilön ja yhteiskunnan välisiä suhteita. Järjestöt ovat hyvinvointivaltion täydentäjä ja jatke, ja lisäksi tärkeä osa järjestöjen toimintaa on sosiaalinen yhdessäolo ja vertaistoiminta. Myös tieteellisen tutkimustyön tukeminen on merkittävä osa kolmatta sektoria. Sen keskeisenä kannustajana ja kustantajana Suomessa on ollut Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. (Nykäsenoja 2015.)

Keskeisimpiä toimijoita ovat kuntien palveluja toiminnallaan täydentävät sosiaali- ja terveysalan järjestöt. Suomalaisen järjestötoiminnan perusta on yhdistymisvapaus, joka antaa myös sosiaali- ja terveysalan yhdistyksille ja säätiöille lähtökohdan. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöt tuottavat hyvinvointipalveluita palkatun työvoiman turvin, vapaaehtoisten täydentämänä. (Myllymäki 2003, 16-17.) ”Kuntien on mahdollista tehdä kumppanuuteen perustuvia sopimuksia kolmannen sektorin järjestämistä palveluista. Kunnat voivat myös perustaa yhteistoimintaorganisaatioita monitoimijamallin mukaisesti yhdessä muiden kuntien, sairaanhoitopiirin sekä kolmannen sektorin järjestöjen kanssa.” (Kuhanen ym. 2013, 50.)

Mannerheimin lastensuojeluliiton aloittama lasten neuvolatoiminta on historiallisesti merkittävintä kolmannen sektorin toimintaa. Toiminta alkoi jo vuosikymmeniä ennen kuin siitä tuli lakisääteinen vuonna 1944. (Salmi 2014.)

Suomessa toimii myös Sosiaali- ja terveys ry (SOSTE), joka on valtakunnallinen kattojärjestö, joka pitää sisällään yli 200 sosiaali- ja terveysalan järjestöä. Niistä 24 toimii mielenterveys- ja päihdejärjestönä. SOSTEn perustajajäsenet ovat Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry, Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry ja Terveiden edistämisen keskus ry. SOSTEn tavoitteena on paremmin voivat ihmiset. (SOSTE 2016.)

Suomen Mielenterveysseura on maailman vanhin mielenterveysalan kansalaisjärjestö, joka on perustettu vuonna 1897. Mielenterveysseuran tarkoituksena on edistää mielenterveyttä ja ehkäistä ongelmia sekä puolustaa yhtäläistä oikeutta hyvään mielenterveyteen. (Suomen mielenterveysseura 2016.)

Suomessa toimii myös Mielenterveyden keskusliitto, jonka perustehtävänä on keskus- ja yhteistyöjärjestönä valvoa ja ajaa mielenterveyspotilaiden etuja, tuottaa heidän tarvitsemiaan palveluita ja toimia asiantuntijana heitä koskeissa kysymyksissä, sekä huomioida myös mielenterveyspotilaiden läheisiä. (Mielenterveyden keskusliitto 2014.)

Kolmannen sektorin toiminta voi olla myös ongelmallista. Salmen (2014) mukaan on perustettu yhdistyksiä, joiden tehtävänä on vain kerätä rahaa yhdistyksen toimihenkilöille, eikä ohjata sitä yleishyödyllisiin tarkoituksiin. Suomessa ei-julkinen sektori nimikkeellä rajaus valtiolliseen sektoriin on ongelmallinen, koska maassamme on julkisoikeudellisiksi yhteisöiksi luokiteltuja järjestöjä. Esimerkkinä Punainen Risti, jonka toiminta pohjautuu henkilöjäsenyyteen ja se toteuttaa luonteeltaan humanitaarisia tehtäviä. Tällaisten järjestöjen kuulumista vapaaehtoisjärjestöihin on ongelmallista tulkita. (Saukkonen 2003, 15.)

Siisiäisen (2000, 7-35) mukaan kolmas sektori voidaan nähdä toimintakenttänä, rakenteellisenä verkostona tai toimijaverkostona. Siisiäinen on analysoinut erilaisia lähestymistapoja, ja hänen mukaansa sektorista käyty keskustelu voidaan jakaa neljään: yhteisöperusteinen normatiivinen, yksilöllisanalyttinen, yksilöperusteinen normatiivinen ja rakenneanalyttinen tutkimus.

Möttösen ja Niemelän (2005) mukaan järjestötoimintaa on pidetty kautta aikojen luontevana uudistuksena. Erään tulkinnan mukaan järjestöissä kuullaan palvelujen käyttäjien ääntä, ja asiakaslähtöinen innovaatiotoiminta onkin nousemassa sosiaali- ja terveysalan keskiöön. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen keskeisin olemassaolon perusidea on työskennellä paitsi itse varsinaisen ongelman, myös sen aiheuttaman identiteettihaasteen parissa. Suomen Punainen Risti

määrittelee vapaaehtoistoiminnan omasta halusta lähteväksi ja tasa-arvoiseksi toisen ihmisen auttamiseksi ja tukemiseksi elämän eri tilanteissa. Vapaaehtoistyötä ja diakoniaa on järjestöjen ohella myös kirkolla. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon mukaan lamavuodet opettivat suomalaisille, että ammattiavun lisäksi tarvitaan oma-aloitteista vastuun kantamista toisista ihmisistä ilman taloudellista korvausta, kaikkea kansalaisten tarvitsemaa apua ei voi antaa palkkatyön välityksellä. Kirkko elää ja toimii seurakuntalaistensa varassa, koska ilman seurakuntalaisten omaehtoista panosta kirkkoa ei olisi olemassa. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen olennainen tavoite on luoda kanavia lähimmäisenrakkauden, solidaarisuuden ja epäitsekkyuden toteutumiseksi. (Möttönen & Niemelä 2005, 69-78.)

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry:ssä on 124 jäsenyhteisöä. Järjestö on perustettu vuonna 1978. YTY:n jäsenjärjestöjen piirissä toimii 6500 paikallisyhdistystä, joissa on yli miljoona henkilöjäsentä. Toiminta keskittyy järjestöjen yhteistyöhön kotimaassa. Sosiaali- ja terveysjärjestöille jatkuva keskustelunaihe on muun muassa ihmisen vapaaehtoinen osallistuminen toimintaan, vapaaehtoistoiminta ja vertaistuki. Tavoitteena on asiakkaan tarpeet ja niiden tyydyttäminen. Raha-automaattiyhdistys (RAY) kokoaa vuosittain toimintatiedot avustuksen saajiltaan. Vuonna 2003 avustusta sai 1200 liittoa, yhdistystä ja säätiötä. Avustusten saajien palveluksessa oli 29000 ammattihenkilöä, pääasiassa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. (Kittilä 2005.)

2.2 Mielenterveys

Mielenterveys toimii perustana ihmisen hyvinvoinnille, terveydelle ja toimintakyvylle. Se ei ole pysyvä tila, vaan mielenterveys muovautuu persoonallisen kasvun ja kehityksen myötä koko elämän ajan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) WHO (2013) määrittelee mielen-terveyden hyvinvoinnin tilaksi, jossa ihminen pystyy tunnistamaan omat kykynsä ja selviytymään elämän haasteista sekä työskentelmään tuottavasti ja toimimaan osana omaa yhteisöään.

Mielenterveyden käsite on lääketieteellisessä ajattelussa ymmärretty usein negatiivisesti painottuvana, jolloin se on yhdistetty helpommin mielen sairauksiin kuin mielenterveyteen. Mielenterveys on olennainen osa hyvinvointia. Jokainen kokee psyykkisen hyvinvoinnin yksilöllisesti, mikä tekee sen tarkasta määrittelystä hankalaa. Yksiselitteisen määritelmän löytymistä vaikeuttaa myös eri aikakauden, kulttuurin ja määrittelijän vaikutus siihen, mitä mielenterveydellä milloinkin tarkoitetaan. Nykyisin ongelmia, jotka liittyvät mielenterveyteen, ei enää pidetä sairauksina vaan enemmänkin eri asteisina häiriöinä. Niiden luonne käsitetään dynaamisemmaksi ja elämäntilanteisiin liittyväksi. Sairauskäsitettä on käytetty ja käytetään edelleen yleensä vain vakavista mielenterveyshäiriöistä, esimerkkinä skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. Mielenterveys-käsitteellä voidaan tarkoittaa myös samaa kuin normaali-

suudella, mutta normalisuus ei kuitenkaan ole yksiselitteistä. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2009, 8-9.)

Nykyisin mielenterveyttä käsiteltäessä on alettu korostaa niin sanottua positiivista mielenterveyttä, joka nähdään sekä arvona ja elämässä tavoiteltavana asiana, että taitona selviytyä elämässä. Käsitys positiivisesta mielenterveydestä sisältää ajatuksen monien erilaisten yksilössä ja hänen ympäristössään olevien tekijöiden vaikutuksen psyykkiseen hyvinvointiin. Yhteiskunnalliset, kulttuuriset ja elämän historialliset tekijät vaikuttavat siihen jatkuvasti, eli mielenterveys ei riipu vain yksilön ominaisuuksista tai perimästä. Nämä tekijät voivat olla joko suotuisia tai epäsuotuisia. Suotuisia eli suojaavia seikkoja voivat olla esimerkiksi tunne omasta hyvinvoinnista, omanarvon ja hallinnan tunne sekä myönteinen elämänasenne. Myönteiset edellytykset mielenterveyden kokemiselle luovat myös taito solmia kestäviä ja tyydyttäviä ihmissuhteita sekä kyky tunnistaa omaa psyykkistä tilaa ja tarpeita. Epäsuotuisia tekijöitä eli niin sanottuja riskitekijöitä ovat esimerkiksi yksilön persoonaan liittyvä itsetunnon haavoittuvuus, vieraantuneisuuden tunne tai koettu avuttomuus. Psykkisen hyvinvoinnin riskitekijöiksi helposti muodostuvia asioita ovat esimerkiksi yksilön vuorovaikutustaitojen kapealaisuus, eristäytyneisyys ja kokemus ihmissuhteiden epätyytyväisyydestä. Kuvio 1. kuvaa yksilön ja ympäristön mielenterveyttä suojaavia- ja riskitekijöitä. (Vuori-Kemilä ym. 2009.)

	Suojaavia tekijöitä	Riskitekijöitä
Yksilössä	<ul style="list-style-type: none"> omanarvontunne hallinnantunne myönteinen elämänasenne vuorovaikutustaidot tunnetaidot fyysinen terveys hyvä kunto 	<ul style="list-style-type: none"> itsetunnon haavoittuvuus koettu avuttomuus vieraantuneisuuden tunne vuorovaikutustaitojen kapeus eristäytyneisyys sairaudet
Ympäristössä	<ul style="list-style-type: none"> rakkaus ja empatia koulusta, työstä ja yhteisöstä saatu tuki turvallinen elinympäristö riittävä toimeentulo työ- ja koulutusmahdollisuudet hyväksyvät asenteet mielenterveyden kannalta suotuisat arvot 	<ul style="list-style-type: none"> perhesuhteiden ongelmat kehnot elinolot köyhyys kriisit, erot, menetykset epätyytyttävät ihmissuhteet työttömyys syrjäytyminen leimaavat asenteet mielenterveyden kannalta kielteiset arvot

Kuvio 1: Yksilön ja ympäristön mielenterveyttä suojaavia- ja riskitekijöitä (Vuori-Kemilä ym. 2009, 10.)

2.3 Mielenterveystyö

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan mielenterveyslain ja -asetuksen (1990/111) mukaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, paranemista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, jotka on tarkoitettu mielisairauksia ja muita mielenterveyshäiriöitä poteville. (Vuori-Kemilä ym. 2009, 21.)

Avainasemassa mielenterveyden edistämässä on ehkäisevä mielenterveystyö. Ehkäisemällä mielenterveyden häiriöitä pyritään vähentämään tai poistamaan mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä ja rakenteita sekä yksilön että yhteisön tasolla. Etenkin nuorten kohdalla esimerkiksi koulu tai oppilaitos, aikuisilla työpaikka ja työkaverit, voivat olla tärkeässä asemassa psyykkisen oireilun tunnistamisessa. Merkkejä mielenterveysongelmista voivat olla esimerkiksi erilainen häiriökäyttäytyminen, väsymys ja aloitekyvyttömyys, poissaolot ja hygienian heikkeneminen. Samoja piirteitä voidaan havaita myös aikuisissa. Psyykkisen oireilun ja mielenterveyden häiriöiden varhainen tunnistus ja hoito ovat oleellisen tärkeässä osassa sekä opiskelukyvyn että aikuisiän terveyden ja työkyvyn kannalta. Psyykkisesti oireilleista nuorista noin puolella oireilu jatkuu vielä aikuisiässäkin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyä sekä avohoidon merkitystä ja ensisijaisuutta korostetaan voimakkaasti myös mielenterveystyötä ohjaavassa lainsäädännössä. Nykyisin mielenterveysongelmien hoidossa pyritään ensisijaisesti edistämään mielenterveyttä mielisairauksien parantamisen sijaan. Tämä edistävä toiminta pyrkii vahvistamaan yksilöiden ja perheiden selviytymiskeinoja ja voimavaroja. Toiminnan tärkeitä työmuotoja ovat yksilöihin ja ryhmiin kohdistettu ohjaus ja neuvonta sekä eri viranomaisten välinen yhteistyö. (Vuori-Kemilä ym. 2009, 21.)

Yksi yhteydessä oleva tekijä potilaan itsenäiseen selviytymiseen ja hoidon tuloksellisuuteen on riittävä tieto sairaudesta ja siihen liittyvästä hoidosta. Tutkimuksissa on todettu, että potilaan yksilöllisiä tiedon tarpeita ei huomioida riittävästi, vaikka potilaan tiedonsaanti toteutuukin yleensä melko hyvin. Riittävän tiedon saannin toteutumisessa potilaan omalla aktiivisuudella on suuri merkitys. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013, 82.)

Mielenterveystyössä sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ovat ensisijaisia, mistä johtuen suurin osa mielenterveystyöstä tehdään juuri näissä peruspalveluissa. Mielenterveyden häiriö liittyy noin kolmannekseen terveyskeskuskäynneistä, tavalla tai toisella. Terveydenhuollon peruspalveluihin kuuluvat terveyskeskuksen yleiset palvelut, joita ovat muun muassa lääkärin, hoitajan tai psykologin vastaanotto, vuodeosastopalvelut, kotisairaanhoido, työterveyshuolto

ja sairaankuljetus. Mielensterveyskeskuksen palveluihin kuuluvat vastaanottotoiminta, psykoterapiapalvelut ja kuntoutuspalvelut. Vastaanottotoiminta kattaa psykiatrian erikoislääkärin, sairaanhoitajat, psykologit, sosiaalityöntekijät ja toimintaterapeutit. Psykoterapiapalvelut sisältävät eri psykoterapiasuuntauksien mukaiset yksilö-, ryhmä- ja perheterapiat. Kuntoutuspalvelut ovat esimerkiksi asu- ja asumispalveluita, päivätoimintakeskuksia, työtoimintapalveluja, kuntoutuskursseja ja leirejä. (Vuori-Kemilä ym. 2009, 26-27.)

Terveystieteiden erikoistason palveluihin luetaan sairaanhoitopiirien yhteydessä tarjottavat mielensterveystyön erityis- ja palvelut, joita ovat avo- sekä laitospalvelut, eli päivystys- ja poliklinikkatoiminta, päiväsaunalapalvelu, liikkuvat kriisipalvelut, psykiatriset avo-osastot, psykiatriset suljetut osastot ja kuntoutusosastot. Päihdehuollon, lastensuojelun, vanhustenhuollon, vammaistenhuollon palvelut sekä kotipalvelut katsotaan sosiaalihuollon palveluiksi. (Vuori-Kemilä ym. 2009, 26-27.)

Nykäsenoja kuvaa väitöskirjassaan (2015), että Suomessa eräs tärkeä mielensterveystyön hallinnan piirre on se, että alalla toimii huomattavan laaja ja vahvasti eriytynyt järjestösektori, mutta vain murto-osa toimii mielensterveystyön hoidon aihepiirissä. Mielensterveystyöhön syntyi kolmas sektori noin 1980- ja 1990 -luvulla laitoshoidon alasajon myötä. Sektori sisältää ammatillisen sekä vapaaehtoistyön, jotka vertaistuen myötä limittyvät toisiinsa. (Nykäsenoja 2015.)

2.4 Morfeus-hanke

Tämä opinnäytetyö on osa Morfeus-hanketta. Morfeus =Mallinnettu informaatio, Osallistavat työtavat, Rakentuva tulevaisuus, Fasilitoitu yhteistyö ja Ennakoiva innovointi Uudistuvassa Sosiaali- ja terveydenhuollossa. Morfeus-hanke (1.1.2015 - 30.6.2017) on Laurea-ammattikorkeakoulun ja Aalto-yliopiston monitieteinen hanke, jossa tutkitaan kehittävän toimintatutkimuksen otteella hyvinvointipalvelujen monitoimijaisia ekosysteemejä ja kehitetään niitä palvelumuotoilun, tietomallintamisen ja tulevaisuuden tutkimuksen lähestymistavoilla huomioiden myös sopimuskäytännöt. Ekosysteemin toimijat eli hyvinvointialan yritykset, julkisen ja kolmannen sektorin organisaatiot sekä toimijoiden väliset suhteet erityisesti päihde-, mielensterveys- ja lastensuojelupalveluiden kokonaisuus ovat tarkastelun kohteena. Hankkeen lähtökohta on asiakaslähtöisyys ja case-esimerkkiperheen tarvitseman palvelukokouksen avulla tutkitaan ja kehitetään palveluekosysteemiä. Hankkeen tutkimus- ja kehittämistyö toteutetaan hankekumppaneiden avustuksella tiiviinä viiden yhteiskehittämisen syklin kokonaisuutena. Hankekumppanit edustavat kattavasti palveluekosysteemin osapuolia Uudeltamaalta kuntasektorilta, hyvinvointipalveluiden tuottajista sekä digitaalisten työvälineiden ja konsulttipalveluiden tuottajista. Laureassa hanke toteutetaan kolmen kampuksen (Hyvinkää, Lohja ja Porvoo) yhteistyönä. Hankekumppaneina toimivat Pelastakaa lapset ry, Sosi-

aalitaito Oy, Mielenterveyden keskusliitto, Kalliolan settlementti, A-klinikkasäätiö, Uudenmaan liitto, Sininauhaliitto, Porvoon kaupunki ja Porvoon ammattiopisto sekä Espoon kaupunki, Softability Group, HUS, Solita, Helsingin diakonissalaitos ja FCG Oy. Hankkeen rahoittajana toimii Tekes, ja hanke on liitetty Tekesin innovaatiot sosiaali- ja terveyspalveluissa -ohjelmaan. ”Tekes tarjoaa innovaatorahoitusta yrityksille, tutkimusorganisaatioille ja julkisten palvelujen tuottajille. Kansainvälistyvät ja kasvua hakevat pienet ja keskisuuret yritykset ovat tärkein rahoituksen kohderyhmä.” (Tekes 2015.)

Hankkeen päätutkimusongelmana on: Miten organisaatorajat ylittävää yhteistyötä voidaan fasilitoida asiakaslähtöisen hyvinvointipalveluiden ekosysteemin kehittämisen kontekstissa? Kaikki palvelun hankkimiseen ja tuottamiseen tarvittava tieto voidaan liittää hankkeessa kehitettävään palvelualoille soveltuvaan tietomallinnuksen kehikoon. Tietomallinnus toimii selkiyttäjänä toimijoiden välisille rooleille, suhteille ja tietotarpeille, jotta tulevaisuudessa voidaan kehittää, tuottaa ja hankkia uudenlaisia palveluja kustannustehokkaammin ja asiakaslähtöisemmin. Hankkeen tulokset mahdollistavat uudenlaisten digitaalisten työvälineiden kehittämisen palveluekosysteemin toiminnan tueksi. (Viitala 2015.)

3 Lainsäädännöllinen tausta

3.1 Mielenterveyslaki

Mielenterveystyöllä (1 §) tarkoitetaan mielenterveyslain ja -asetuksen (1990/111) mukaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, paranemista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, jotka on tarkoitettu mielisairauksia ja muita mielenterveyshäiriöitä poteville. (Vuori-Kemilä ym. 2009, 21.) Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. (Mielenterveyslaki 1990/111.)

Kunnan on huolehdittava (4 §), että sisällöltään ja laajuudeltaan mielenterveyspalvelut järjestetään sellaisiksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveyspalvelut järjestetään ensisijaisesti avopalveluina ja itsenäistä suoritumista sekä oma-aloitteista hoitoon tuloa tuetaan. Mielenterveyspalvelujen antaminen edellyttää toimivaa työnohjauksen järjestelmää. (Mielenterveyslaki 1990/111.)

Tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon määräämisen edellytykset (8 §) ovat, että henkilön todetaan olevan mielisairas ja mielisairautensa vuoksi hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi hänen turvallisuuttaan, terveyttään taikka muiden henkilöiden turvalli-

suutta tai terveyttä. Mikäli mitkään muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä tai eivät sovellu käytettäväksi voidaan henkilö määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon. (Mielenterveyslaki 1990/111.)

3.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Lakia potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) sovelletaan järjestettäessä terveyden- ja sairaanhoitoa. Terveydenhuollon palvelut ovat Suomessa pysyvästi asuvan henkilön käytettävissä. Potilaan hoito on järjestettävä siten, että se on laadultaan hyvää. Potilaan yksityisyyttä ja vakaumusta tulee kunnioittaa, eikä hänen ihmisarvoaan tule loukata. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Potilaan itsemääräämisoikeus (6 §) tarkoittaa, että potilaalla on oikeus määrätä itse hoidostaan. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä ja potilaan kieltäytyessä tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä on häntä hoidettava jollain muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Mikäli aikuinen, 18 vuotta täyttänyt potilas ei pysty päättämään hoidostaan, esimerkiksi kehitysvammaisuuden tai mielenterveydenhäiriön vuoksi, on potilaan laillista edustajaa, lähiomaista tai muuta läheistä kuultava hoitopäätöksen tekemisen yhteydessä potilaan tahdon selvittämiseksi. Laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen on otettava huomioon potilaan aiemmin ilmaisema tahto suostumusta antaessa tai kieltäessä. Ellei hoitotahtoa ole ilmaistu, tulee huomioida potilaan henkilökohtainen etu. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

4 Tutkimusmenetelmä, tarkoitus ja tavoitteet

Tämä opinnäytetyö toteutui kirjallisuuskatsauksena. Tietoa haettiin aihetta koskevista tutkimuksista ja tutkimusaineisto kerättiin käyttäen Laurean omia tietokantoja, esimerkiksi Mediciä. Tekstin selkeyttämisen vuoksi tässä opinnäytetöissä käytettiin synonyymeinä käsitteitä järjestö ja yhdistys kuvaamaan kolmannen sektorin toimijoita. Osa toimijoista on viralliselta nimeltään järjestöjä ja osa yhdistyksiä. Kirjallisuudessa käsitteillä voi olla myös merkittäviä eroja, kuten esimerkiksi suomalaisissa tutkimuksissa käytetään yleisimmin käsitettä kolmas sektori, kun taas kansainvälisissä lähteissä useimmin käytössä on voittoa tavoittelematon sektori, eli nonprofit sector. Tästä syystä myös niitä käytettiin tässä kirjallisuuskatsauksessa toistensa synonyymeinä.

4.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella tutkittua tietoa narratiivisen eli kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoin. Kirjallisuuskatsauksen avulla selvitettiin kolmannen sektorin

roolia mielenterveysasiakkaiden hoidossa sekä kartoitettiin kolmannen sektorin tuottamia palveluita. Tavoitteena oli tuottaa teoreettista tietoa Morfeus-hankkeelle.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Mikä on kolmannen sektorin rooli mielenterveysasiakkaiden hoitamisessa?
2. Mitä palveluita kolmas sektori tarjoaa?

4.2 Kirjallisuuskatsaus

Salmisen (2011) mukaan kirjallisuuskatsaus on tutkimustekniikka ja metodi, jossa tutkitaan tehtyä tutkimusta. Kirjallisuuskatsauksessa kootaan tutkimuksien tuloksia, jotka ovat perustana uusille tutkimustuloksille.

Kirjallisuuskatsauksia tehdään eri tarkoituksiin. Katsaustyyppit jaetaan kolmeen päätyyppiin: 1) kuvailevat katsaukset (narratiivinen), 2) systemaattiset kirjallisuuskatsaukset sekä 3) määrällinen meta-analyysi ja laadullinen meta-analyysi (Stolt, Axelin & Suhonen 2016.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kuvailevaa eli narratiivista kirjallisuuskatsausta. Narratiivisten katsausten tehtävä on kuvata ja kertoa aiheeseen liittyvää aikaisempaa tutkimusta, laajuutta, syvyyttä ja määrää. Tällaisessa katsauksessa pyrittiin kuvailemaan aikaisempaan samaan aihealueeseen kohdistunutta tutkimusta. Kirjallisuuskatsauksen kysymyksenasettelu on usein laaja ja laajuudeltaan erilainen ja sisältää erilaisia rajoituksia. Tämä opinnäytetyö rajautui vuosien 2010-2016 välillä tehtyihin tutkimuksiin. Katsauksessa tarkastellaan julkaisuja tieteellisistä tutkimuksista ja keskitytään vertaisarvioinnin käyneiden tutkimusten tarkasteluun. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa materiaalin hankinta on prosessi, jossa tekstiaineisto on yleensä taulukoidukossa muodossa helpottaakseen muun muassa analyysin tekemistä. Katsauksessa voi kuitenkin olla heikkouksia, kuten valitun materiaalin valikoituminen tai sen luotettavuus. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä. Tämän kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää kolmannen sektorin roolia mielenterveysasiakkaiden hoidossa. Kirjallisuuskatsausta voi luonnehtia yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Käytetyt aineistot ovat laajoja ja aineiston valintaa eivät rajaa metodiset säännöt. Tutkittava ilmiö pystytään kuitenkin kuvaamaan laajalaisesti ja tarvittaessa luokittelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. Tutkimuskysymykset ovat väljempää kuin systemaattisessa katsauksessa tai meta-analyysissä. Kuvaileva katsaus toimii itsenäisenä metodina, mutta sen katsotaan myös tarjoavan uusia tutkittavia ilmiöitä systemaattista kirjallisuuskatsausta varten. Kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta erottuu kaksi hieman erilaista orientaatiota, joita ovat narratiivinen ja integroiva katsaus. Erityisesti integ-

roivalla kirjallisuuskatsauksella on useita yhtymäkohtia systemaattiseen katsaukseen. (Salminen 2011.)

Kirjallisuuskatsuksista kevyin muoto on narratiivinen kirjallisuuskatsaus. Tämän avulla voidaan kuvailla käsittelevän aiheen kehityskulkua ja historiaa tai antaa laaja kuva käsiteltävästä aiheesta. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus pyrkii helppolukuiseen lopputulokseen. Narratiivisessa katsauksesta voi olla kolme toteutumistapaa: yleiskatsaus, kommentoiva sekä toimituksellinen. Yleiskatsaus on laajin toteuttamistapa. Yleensä narratiivisesta kirjallisuuskatsauksesta tarkoitetaan narratiivista yleiskatsausta, jonka tarkoituksena on tiivistää aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Analyysin muoto on kuvaileva, jonka yhteenveto on tehty johdonmukaisesti ja ytimekkäästi. Kommentoivat katsaukset ovat keskustelua herättäviä, eikä kirjoittajalla ole tiukkaa toimintatapaa, eli kirjoittajan itsensä tuoman panoksen ideana on herättää keskustelua. Toimituksellisessa katsauksessa taas vieraileva kirjoittaja tai julkaisun päätoimittaja suorittaa lyhyen kirjallisuuskatsauksen, joka tukee lehdessä tai artikkelissa käsiteltävää teemaa. Näissä on huomioidaan, että läpikäyty aineisto on vähäistä ja mahdollisesti vain alle kymmenen lähdetä. (Salminen 2011.)

4.3 Tutkimusetiikka

Tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Usein tutkimusetiikka luokitellaan normatiiviseksi etiikaksi, joka pyrkii vastaamaan kysymykseen tutkimuksessa noudatettavista oikeista säännöistä. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 211) mukaan Pietarinen (2002) on todennut, että tutkija saa erinomaisen pohdintaperustan eettisen vaatimuksen listan avulla. Lista pitää sisällään älyllisen kiinnostuksen, tunnollisuuden, rehellisyyden ja sosiaalisen vaatimuksen sekä vaaran eliminoimisen, ihmisarvon kunnioittamisen, kollegiaalisen arvostuksen ja ammatinharjoituksen edistämisen. Tutkimusetiikka voidaan jakaa kahteen osaan, tieteen sisäiseen ja sen ulkopuoliseen osaan. Tieteen sisäisellä etiikalla tarkoitetaan luotettavuutta ja todellisuutta, jolloin tarkastellaan tutkimuskohteen suhdetta sen tavoitteeseen ja koko tutkimusprosessiin. Perusvaatimuksena on esimerkiksi se, ettei tutkimusaineistoa väärennetä ja luoda tyhjistä. Tieteen ulkopuolinen tutkimusetiikka käsittelee miten asiaa tutkitaan ja mitkä seikat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211-212.)

Tutkimuksen eettisyys Suomessa on turvattu Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti. Helsingin julistus on hyväksytty kansainvälisesti ja vuonna 2001 uusi suomennos hyväksyttiin Suomen lääkäriliiton hallituksessa. Vaikka Helsingin julistus onkin tehty lääketieteellisiä tarpeita varten, soveltuu tämä myös etiikan ohjeeksi hoitotieteelliseen tutkimukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212.)

Etiikka kattaa koko tutkimusprosessin aina aiheen valinnasta tutkimuksen tuloksiin saakka. Eettiset kysymykset yleensä liittyvät tutkimuskohteen ja menetelmän valintaan, aineiston hankintaa, tutkimustulosten vaikutuksiin ja tiedon luotettavuuteen. Etiikka on vähän kuin osa arkista elämää, jossa pohditaan suhtautumista omiin ja toisten tekemisiin, sitä mitä voi ja ei voi sallia ja miksi sallitaan. (Kuula 2013, 11-12.)

Etiikalla tarkoitetaan ihmisten tekoihin kohdistuvia moraalisia kysymyksiä. Moraali velvoittaa ihmisiä sääntöjen noudattamiseen. Tutkimustyössä moraaliset kysymykset voivat olla eettisiä, mutta usein ovat sitä, mikä on tutkijan ammatissa eettisesti suositeltavaa ja hyväksyttävää. Tutkimusetiikka voidaan jakaa kolmeen pääryhmään, jotka ovat tiedon luotettavuus ja totuuden etsiminen, ihmisarvoa noudattavat normit sekä tutkijoiden suhteiden keskinäiset normit. (Kuula 2013, 21-24.)

Tämä opinnäytetyö pyrittiin tekemään eettisiä ratkaisuja käyttäen. Aineistohaku tehtiin suunnitelmallisesti käyttäen opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen perusteella valittuja hakutermejä. Lähteet valittiin myös lähdekriittisesti, joka on osa eettistä ajattelua.

4.4 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on tutkimuksen tieteellinen menetelmäsuuntaus, jossa pyritään ymmärtämään tutkimuksen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Tehtäessä kvalitatiivista tutkimusta työskennellään useimmiten yksin, jolloin tekijä voi tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen. Holistisesta harhaluulosta tai virhepäätelmästä varoitellaan tutkimuskirjallisuudessa, joka tarkoittaa sitä, että tutkimusprosessin edetessä tutkija on yhä varmempi johtopäätöksensä oikeellisuudesta ja että hänen muodostamansa malli on todennukainen, vaikei näin välttämättä ole. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa yleisimmin käytettäviä kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Yhä edelleen kvalitatiivisten tutkimusraporttien arvioinnin pohjana käytettäviä kriteereitä ovat esittäneet muun muassa Cuba ja Lincoln (1981 ja 1985). Uskottavuus edellyttää sitä, että tulokset on kuvattu tarpeeksi selkeästi, jotta lukija ymmärtää tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset sekä miten analyysi on tehty. Tällöin tarkastellaan sekä tulosten validiteettia että analyysiprosessia. Uskottavuus kuvaa myös tutkijan kategoriat kattavan aineiston tai tutkijan muodostamat luokitukset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Tärkeä luotettavuuskysymys on kuvaus aineiston ja tulosten suhteesta, mikä edellyttää analyysin mahdollisimman tarkkaa kuvausta. Tällöin on hyvä käyttää taulukointeja ja liitteitä, jotka kuvaavat analyysin etenemistä alkuperäistekstistä lähtien. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten mahdollista siirrettävyyttä muuhun kontekstiin, eli tutkimusympäristöön. Huolellisella tutkimuskontekstin kuvauksella, osallistujien valinnalla ja taustojen selvittämisellä, aineiston

keruulla ja analyysin kuvauksella varmistetaan tutkimustulosten siirrettävyys. Kvalitatiivisten tutkimusten raporteissa käytetään usein suoria lainauksia, esimerkiksi haastatteluja, jolloin on tärkeää varmistaa, ettei tutkimukseen osallistunutta pystytä tunnistamaan tekstistä esimerkiksi murreilmausten ansiosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta pystytään arvioimaan erilaisten kriteerien kautta. Tutkimuksen tarkoitusta voidaan arvioida tutkimuskysymysten perustelun ja selkeyden avulla. Tutkimuksen sisältöä arvioidaan sen mukaan, miten se pohjautuu kirjallisuuteen. Tutkimusasetelmaa voidaan arvioida tarkastelemalla asetelman ja metodin selkeyttä ja menetelmän sopivuutta ilmiöön nähden. Otosta arvioidaan arvioimalla sen sopivuutta otoksen valinnan menetelmiin, ja analyysimenetelmää voidaan arvioida sen asianmukaisella perusteella. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan aiheen tulkinnan lisäksi myös tutkimusprosessin ja aiheen kuvausta ja aineiston käyttöä tutkimuksen tukena. Myös tutkijan reflektiivisyys vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen eli arvioidaan kuinka tutkimus vaikuttaa tutkijaan ja onko tutkija suorittanut kriittistä itsearviointia. Lisäksi tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös eettiset näkökulmat, eli onko tutkija toiminut tutkimuksen eettisten periaatteiden mukaan. Lopuksi arvioidaan tutkimuksen relevanssia ja siirrettävyyttä, jolloin arvioidaan onko tutkimus saavuttanut asetetut tavoitteet ja miten tutkimustulokset ovat yhteneväisiä toisten samasta aiheesta tehtyjen tutkimusten tulosten kanssa. Kaikkia tutkimuksen luotettavuuden kriteerejä ei kuitenkaan voida käyttää kaikissa aineistoissa, joten tutkijan on valittava itse omaan tutkimukseensa sopivat kriteerit, joilla luotettavuutta arvioidaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Tässä opinnäytetyössä tietoa haettiin mahdollisimman tarkasti ja aineiston keskeisiä aiheita avattiin laajasti. Tiedonhaussa käytettiin apuna tiedonhaun ammattilaista, eli informaattikkoa, jotta saataisiin kerättyä mahdollisimman kattava ja luotettava aineisto. Tietoa haettiin eri tietokannoista järjestelmällisesti eri hakusanoja käyttäen. Luotettavuuden arviointiin vaikuttaa opinnäytetyöhön sopivien tutkimusten vähäisyys, sillä ikäryhmän tai vuosilukujen perusteella osa löydetyistä tutkimuksista oli epäsopivia. Tutkimuskysymykset oli muodostettu tarkasti ja näihin tutkimuskysymyksiin vastaavaa tutkittua tietoa löytyi niukasti. Opinnäytetyön tekijöillä ei ollut aiempia oletuksia tutkittavasta aiheesta, joten vain löydetty tieto ohjasi työskentelyä, ei aiemmat oletukset. Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi käytettyjen lähteiden luotettavuus.

4.5 Alkuperäistutkimusten luotettavuus ja eettisyys

Kaiken toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Tutkimusetiikan tarkoituksena on pyrkiä vastaamaan kysymykseen oikeista säännöistä, joita tulee tutkimuksessa noudattaa. Tähän opinnäytetyöhön valikoituneet alkuperäistutkimukset noudattivat tutkimuksen eettisiä periaatteita. Alkuperäistutkimuksissa tutkimuseettiset seikat oli huomioitu kaikissa tutkimuksen vai-

heissa. Hoitotieteellisten tutkimusten eettisiä periaatteita ovat osallistumisen vapaaehtoisuus ja tutkimuksesta aiheutuvien negatiivisten seuraamusten rehellinen kertominen. Tutkijan tulee työllään edistää hyvää ja samalla minimoida sekä estää mahdolliset haitat. Jokaisen tutkimukseen osallistuvan on oltava samanarvoinen. Eettinen kestävyys tulee näkyä tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimukseen osallistuvan on tietoisesti annettava suostumukset tutkimukseen osallistumisesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Tähän kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa täyttyivät eettiset periaatteet ja tutkimuksissa noudatettiin hyvää eettistä tutkimuskäytäntöä. Tähän opinnäytetyöhön valitut tutkimukset olivat vuosilta 2010-2016 eli tutkimustieto oli uutta ja paransi lähteiden luotettavuutta. Tekijät arvioivat sekä alkuperäistutkimusten että opinnäytetyönsä luotettavuutta koko opinnäytetyöprosessin ajan. Tarkat sisäänottokriteerit takasivat lähteiden luotettavuuden.

4.6 Otos ja aineiston kerääminen

4.6.1 Otos

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tavoitellaan tilastollisen yleistettävyyden sijaan teoreettista yleistettävyyttä. Kokemukset, tapahtumat ja yksittäiset tapaukset ovat kvalitatiivisen tutkimuksen otoksen keskiössä, eikä suinkaan tutkittavien yksilöiden määrä. Keskeisesti tutkimuksen aineistoon ja kokoon vaikuttavat tutkimuksen laajuus, aineiston laatu, tutkimuksen asetelma ja tutkittavan ilmiön laatu. Selkeä ongelma on hyvä rajata, sillä tutkimuksen laajuus määrittää, kuinka paljon aikaa aineiston keruuseen menee. Tutkittavan ilmiön luonne puolestaan vaikuttaa aineiston kokoon. Koska aihe oli selkeä, sujui aineiston keruu nopeammin, kuin jos aihetta ei olisi tarkkaan rajattu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin valikoivaa eli tarkoituksenmukaista otantaa, mikä tarkoittaa sitä, että tutkijat valitsivat tietyt osallistujat, tapahtumat ja osiot tutkimusaineistokseen. Koska opinnäytetyö oli kirjallisuuskatsaus, valitsivat tutkijat tietyt osiot teoreettisesta tiedosta osaksi tutkimustaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

4.6.2 Aineiston keruu

Tämän kirjallisuuskatsauksen sisäänottokriteerinä oli, että tutkimuksen tuli käsitellä 18-50 vuotiaita aikuisia. Tutkimusten piti käsitellä kolmannen sektorin roolia aikuisten mielenterveysasiakkaiden hoidossa, jotta ne olivat päteviä kirjallisuuskatsaukseen valittaviksi alkuperäistutkimuksiksi. Tutkimusten tuli olla vuosien 2010 - 2016 väliltä, jotta tutkimustieto oli ajankohtaista ja paikkansapitävää. Tästä syystä yksi poissulkukriteereistä oli, että tutkimus oli liian vanha. Vanhaksi rajautui tässä kirjallisuuskatsauksessa ennen vuotta 2010

tehdyt tutkimukset. Eräs sisäänottokriteereistä oli alkuperäistutkimuksen luotettavuus. Tutkimusten tuli olla tehty tarpeeksi objektiivisesti ja laaja-alaisesti tullakseen hyväksytyksi kirjallisuuskatsaukseen. Kaikkien kirjallisuuskatsaukseen valikoitujen alkuperäistutkimusten tuli täyttää tutkimuksen laadun peruskriteerit. Riittävää lähdekritiikkiä käytettiin myös aineistoa etsittäessä. Yhtenä poissulkukriteerinä oli, että tutkimus ei ollut vähintään yliopistossa tehdyn pro gradun tasoinen työ. Tutkimuksen tuli myös käsitellä 18-50 vuotiaita aikuisia, tai muuten tutkimus oli epäsopiva tähän kirjallisuuskatsaukseen. Kaikki kansainväliset tilastot ja hoitolinjaukset, jotka eivät ole Euroopassa päteviä, poissuljettiin tästä kirjallisuuskatsauksesta. Myös laadultaan heikot tai epäluotettavat tutkimukset suljettiin pois.

Tähän kirjallisuuskatsaukseen valittiin 5 tutkimusta ja 1 artikkeli, jotka läpäisivät vaadittavat hakukriteerit. Kirjallisuuskatsaukseen etsittiin tutkimuksia ja artikkeleita eri kirjallisuuslähdeistä käyttäen hyväksi eri hakukoneita sekä manuaalisesti että sähköisesti. Hakusanoina olivat kolmas sektori ja mielenterveys. Aineistoa etsittiin sekä suomen että englannin kielellä.

4.6.3 Alkuperäistutkimusten hakeminen

Tämän kirjallisuuskatsauksen teko aloitettiin hakemalla eri tietokannoista aineistoa. Tässä kirjallisuuskatsauksessa aineistoa haettiin käyttämällä Laurea-ammattikorkeakoulun käytössä olevia tietokantoja. Tietoa etsittiin Laurea-kirjaston ylläpitämästä Laurus-aineistotietokannan lisäksi myös Laurean kirjaston tarjoamasta NELLI -tiedonhakuportaalista. Laurus-aineistotietokanta pitää sisällään Laurea-kirjaston kokoelmien aineiston, kuten kirjat, lehdet ja opinnäytetyöt. NELLI -tiedonhakuportaalista löytyy tuhansia eri alojen lehtiä, useita tuhansia e-kirjoja, portaaleja ja hakuteoksia. Laurean NELLIn kautta pääsee yli kymmeneen erilaiseen aineistotietokantaan ja sen kautta onnistuu myös kansainväliseen aineistoon pääsy. NELLIn on valittu myös runsaasti internetin ilmaisia aineistoja. Tässä kirjallisuuskatsauksessa tiedonhaussa käytetyt asiasanat on valittu opinnäytetyön tavoitteiden perusteella. Sen jälkeen aineistoon haetut ja valitut lähteet analysoitiin, jonka jälkeen kirjallisuuskatsauksen tulokset koottiin raportointia varten. Prosessin oleellinen osa oli myös luotettavuuden arviointi. Aineiston analyysissä käytettiin laadullista sisällönanalyysiä ja sen ohjaajina toimivat kysymykset: mikä on kolmannen sektorin rooli mielenterveysasiakkaiden hoitamisessa ja mitä palveluja kolmas sektori tarjoaa. Alkuperäistutkimuksia haettiin vuosilta 2010-2016 ja niiden tuli rajoittua 18-50-vuotiaisiin aikuisiin.

Alkuperäistutkimusten etsimiseen käytettiin erilaisia tietokantoja, kuten Finna, Melinda, Medic, Cinahl, Tampub julkaisuarkisto ja Doria. Hakusanoiksi valitsimme teoriaan liittyviä sanoja, kuten kolmas sektori, mielenterveys ja mielenterveystyö. Lopullisiksi hakusanoiksi määrytyi kolmas sektori ja mielenterveys*, yleishyödylliset yhteisöt ja mielenterveys*, mielenterveys? AND kolmas sektori, Private sektor, ”kolmas sektori” AND mielenterveys*, ”kolmas

sektori”, Third sector or non-profit organizations AND mental health, kolmas sektori ja mielenterv*, kolmas sektori ja mielenterveys. Aluksi alkuperäistutkimuksia haettiin hakusanoilla suomalaisista hakukannoista. Kun niistä ei löytynyt aiheeseen sopivia tutkimuksia, siirryttiin kansanvälisiin aineistoihin.

Finna- tietokannasta haettiin hakusanoilla kolmas sektori ja mielenterveys*, jolloin saatiin 3 osumaa, joista lopulliseen työhön ei kelpuutettu yhtäkään. Toisella hakukerralla Finnasta haettiin sanoilla yleishyödylliset yhteisöt ja mielenterveys*, jolloin tuloksia saatiin 0. Molemmilla kerroilla julkaisujen tuli olla vuosilta 2010-2017. Melinda-tietokannasta haettiin käyttämällä hakusanoja mielenterveys? and kolmas sektori, jolloin hakukone löysi 13 osumaa, joista työhön valikoitui sisäänottokriteereiden perusteella 2. Toisella hakukerralla Melindasta haettiin sanoilla kolmas sektori ja mielenterv*, jolloin osumia tuli 14 ja lopulliseen työhön valittiin 1. Rajauksina oli vuodet 2010-2017. Medicistä haettiin hakusanoilla private sector, jolloin osumia tuli 0. Toisella hakukerralla käytettiin hakusanoja ”kolmas sektori” ja mielenterveys*, jolloin tuloksia löytyi myös 0. Kriteerinä oli jälleen vuosiluvut 2010-2017. Kolmas haku Medicistä tehtiin hakusanoilla kolmas sektori ja mielenterv*, jolloin hakukone löysi 2 osumaa, joista 1 valittiin lopulliseen työhön. Finnasta haettiin vielä sanoilla ”kolmas sektori”, jolloin osumia tuli 37, mutta yksikään ei täyttänyt sisäänottokriteereitä. TamPub-julkaisuarkistosta haettiin sanoilla kolmas sektori JA mielenterveys, jolloin hakukone löysi 2 tutkimusta, joista toinen valittiin lopulliseen työhön. TamPub-arkistosta haettiin vielä sanoilla kolmas sektori JA mielenterv*, jolloin tuloksia löytyi 6, mutta lopulliseen työhön kelpuutettiin 0. Tutkimuksia haettiin vuosilta 2010-2016. Doria-tietokannasta haku tapahtui hakusanalla kolmas sektori, jolloin osumia tuli 543, mutta yksikään ei täyttänyt vaadittuja kriteereitä. Toinen haku Doria-tietokannasta tehtiin hakusanalla mielenterveys, jolloin hakukone löysi 244 osumaa, mutta näistäkään lopulliseen työhön ei kelpuutettu yhtäkään. EBSCOinahl - tietokannassa haku tehtiin sanoilla third sector or nonprofit organizations and mental health, jolloin osumia tuli 58, joista lopulliseen työhön valikoitui 1 artikkeli.

4.6.4 Valitut alkuperäistutkimukset

Tähän opinnäytetyöhön valikoitui yhteensä 5 tutkimusta ja 1 artikkeli. Ala-Kauhaluoman, Henrikssonin ja Saarisen (2013) tutkimuksessa ”Kolmas sektori kuntoutuksen toimijana” selvitettiin työikäisille suunnattuja kuntoutustoimintoja Suomessa. Tutkimukseen valituilta toimipaikoilta tiedusteltiin kuntoutustoimintoihin liittyvistä menneistä ja tulevista muutoksista ja haasteista, sekä kolmannen ja julkisen sektorin yhteistyöhön liittyvistä asioista.

Peiposen (2015) väitöskirjassa ”Sosiaalisesti koettu ja jaettu työuupumus - Työuupumus puolisoien kokemana” selvitettiin millaisia tulkintoja puoliset tekevät työuupumuksesta ja miten se muuntuu sosiaalisesti koetuksi ja jaetuksi kokemukseksi. Tutkimusaineisto hankittiin kol-

mannen sektorin kehittämisprojektissa, jonka tavoitteena oli kehittää sosiaalisen tuen malleja työuupuneiden perheille.

Kotisaaren (2012) pro gradu -tutkielmassa ”Vertaistukea verkossa - Virtuaalivuorovaikutuksen tutkimus sosiaalisen tuen rakentumisesta Tukinetissä” pohdittiin kolmannen sektorin roolia mielenterveyspalvelujen tuottajana.

Valkosen, Henrikssonin, Tuulio-Henrikssonin ja Autti-Rämön (2011) tutkimuksessa ”Eri sektorit psykoterapiapalveluiden tuottajina” selvitettiin nimensä mukaisesti eri sektoreiden rooleja psykoterapiapalveluiden tuottamisessa.

Nykäsenojan (2015) väitöskirjassa ” Kolmas sektori mielenterveystyön hallinnassa -Yhdessä julkisen ja yksityisen sektorin kanssa” pohdittiin, että mikä luonnehtii erityisesti kolmatta sektoria mielenterveystyön hallinnassa Suomessa sekä sellaisenaan että suhteessa kahteen muuhun sektoriin.

Millerin (2013) artikkelissa ”Third sector organisations: unique or simply other qualified providers?” pohdittiin kolmannen sektorin tarjoamia palveluita sekä niiden tarpeellisuutta.

Ala-Kauhaluoman ym. (2013) mukaan kolmannen sektorin rooli on ollut alusta asti keskeinen kuntoutuksen alulle paneva voima sekä kuntoutuspalvelujen tuottaja, vaikka heidän mukaansa sillä ei ole ollut lainsäädännössä määriteltyä vastuuta kuntoutuksesta. Kolmannen sektorin kuntoutuksen asiakasmääristä ei kuitenkaan ole tietoa saatavilla.

Peiponen (2015) taas kuvaa väitöskirjassaan kolmannen sektorin roolin ja tehtävän olevan julkisen sektorin palveluaukkojen paikkaaminen ja täydentäminen. Erityisesti hyvinvointipalveluiden sektorilla kolmannen sektorin toimijat ovat olleet keskeisessä roolissa jo pitkään. Peiponen on liittänyt tutkimukseensa erityisesti kolmatta sektoria edustavan mielenterveysyhdistyksen, jonka toimintaa voidaan luonnehtia myös käsitteellä järjestölähtöinen auttamistyö. Tämä tarkoittaa toimintaa, joka asettuu palvelujen ja vapaaehtoistoiminnan välimaastoon. Mielenterveysyhdistykset ja -järjestöt ovat yhteiskunnallisesti tärkeitä psyykkisen hyvinvoinnin edistäjiä ja palvelujen tuottajia sekä sosiaalisen tuen antajia. Niiden roolia pidetään merkittävänä suomalaisen demokratian ja hyvinvointiyhteiskunnan rakentajana. (Peiponen 2015.)

Valkosen ym. (2011) mukaan kolmannen sektorin järjestöt ja yhdistykset täydentävät lakisääteisiä mielenterveyspalveluita.

Kotisaari (2012) toteaa pro gradu -tutkielmassaan, että kolmannen sektorin merkitys sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajana kasvaa entisestään, jonka myötä myös vapaaehtoistyön tarve sekä merkitys kasvaa ja kansalaisvastuu korostuu. Kolmas sektori pyrkii vastaamaan julkisen

hoitojärjestelmän puutteisiin tuottamalla omia korvaavia palveluja yhdistellen sekä ammatilista että vapaaehtoista henkilöstöresurssia. Kolmas sektori onkin onnistunut luomaan kokonaan uusia palvelumuotoja julkisten palveluiden rinnalle. Kehitys on kuitenkin johtanut siihen, että kolmannen sektorin palveluilla pyritään jo olemassa olevien rankenteiden täydentämisen sijaan korvata hoitojärjestelmän puuttuvia osia. Kotisaari toteaa myös, että kolmannelle sektorille on jo nyt jäänyt liian suuri vastuu palveluiden tuottamisessa, sillä järjestöjen resurssit vastata yhteiskunnan ongelmiin ovat selvästi pienemmät kuin kunnilla ja valtiolla. Kolmas sektori tulisikin nähdä tasavertaisena osana palvelurakennetta, eikä sille pitäisi antaa roolia julkisen sektorin ongelmien korjaajana. Hyvinvointipalveluja tulisi sekä uudistaa että puolustaa samaan aikaan. Kuntien puolestaan tulisi tarkastella, onko kolmannella sektorilla sellaisia voimavaroja, joiden käyttöä voitaisiin vahvistaa kunnan ja järjestöjen yhteistyöllä. Kolmas sektori pitäisi päättäjien keskuudessa huomioida palvelujen tarvitsijoiden edustajana, sillä kolmas sektori on sosiaalisena yhteisönä lähellä ihmisiä ja perustuu ihmisten omakohtaiseen ja kokemuseräiseen tietoon. Tästä syystä kolmas sektori yleensä kykeneekin vastaamaan julkista sektoria paremmin lähes minkä tahansa vuorovaikutteisen yhteisöllisyyden tarpeeseen. (Kotisaari 2012.)

Väitöskirjassaan Nykäsenoja (2015) kertoo, että kolmas sektori yhdistää yksityisen sektorin tehokkuuden ja asiantuntemuksen sekä julkisen sektorin vastuuvollisuuden ja yleisen edun. Kolmannen sektorin rooli on myös merkittävä esimerkiksi syrjäytyneiden työllistäjänä Suomessa. Järjestöbarometrin mukaan vuonna 2013 sosiaali- ja terveysalalla toimi 155 valtakunnallista järjestöä ja 4 466 paikallisyhdistystä. Järjestöt ovat merkittävässä roolissa työllistettävien ja osatyökykyisten ihmisten työllistäjinä. Vuonna 2013 Työ- ja elinkeinoministeriön mukaan työllistettyinä oli noin 30 000 henkilöä. Kolmas sektori ei pysty kuitenkaan työllistämään henkilöitä pysyviin työsuhteisiin, koska toiminnan rahoitus on kiinni kuntien maksusitoumusten jatkuvuudesta, epävarmoista avustuksista, kilpailuasetelmista ja keräystuotoista. (Nykäsenoja 2015.)

Artikkelissaan Miller (2013) kertoo kolmannen sektorin olleen osana sosiaali- ja terveyspalveluita jo kauan, ja nykypäivänä sen rooli on merkittävä. Miller kuvaa kolmannen sektorin luonteen olevan hajanainen, dynaaminen ja muuttuva, minkä vuoksi on vaikeaa saada tarkkaa tietoa sen laajuudesta ja osallistumisesta mielenterveyspalveluihin. Sektori pitää sisällään hyväntekeväisyysjärjestöt, vapaaehtoistyön ja sosiaalialan järjestöt, ja niiden määrä, valikoima ja rooli jatkaa kokoajan kasvuaan. (Miller 2013.)

Ala-Kauhaluoman ym. (2013) tutkimuksesta käy ilmi, että valtakunnallisten järjestöjen toimintaan sisältyy ehkäisevä työ. Kolmas sektori tarjoaa muun muassa sopeutumisvalmennus- ja kuntoutumiskursseja. Järjestöt järjestävät myös ryhmämuotoisia avokuntoutuspalveluita ja työkykyä ylläpitävän kuntoutuksen jaksoja sekä kuntoutusta yksilöllisenä laitospalveluksena.

Toiseksi yleisintä kuntoutuspalvelua on ohjaus-, neuvonta ja tietopalvelut sekä ylläpitävät ammatillisia erityisoppilaitoksia. Päätaavoitteena ehkäisevässä työssä voidaan pitää syrjäytymisen ehkäisyä. Kuntoutuksen näkökulmasta kyse on potilaan kyvystä selviytyä erilaisista sosiaalisista tilanteista. Erilaiset mielenterveyskuntouttajien päivät- ja työtoimintapalvelut kolmas sektori tarjoaa kuntoutuspalveluiksi kunnille. Kuntoutuspalvelujen ohella kolmas sektori kehittää ja ylläpitää kuntoutustoimintaa sekä edistää sosiaalista toimintakykyä ehkäisten syrjäytymistä. (Ala-Kauhaluoma ym. 2013.)

Peiposen (2015) väitöskirjassa esillä ollut mielenterveysyhdistys tarjoaa tukea ja apua psykiatristen potilaiden lisäksi myös potilaiden läheisille sekä tekee ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä. Yhdistyksen toiminta-ajatuksena on tukea psyykkisesti tai muuten vaikeasti sairaiden läheisten mahdollisuuksia elää tasapainoista elämää. Yhdistyksen toiminta pyrkii myös lisäämään sairastuneiden omaisten tietämystä psyykkisistä sairauksista ja sen myötä vähentämään niihin kohdistuvia ennakkoluuloja. Mielenterveysyhdistyksen toiminnan keskeisenä tavoitteena on ihmisten auttaminen arjen ongelmien hallinnassa sekä tehdä ennaltaehkäisevää, perhelähtöisiä mielenterveystyötä. Painopiste yhdistyksen toiminnalle löytyy vertaistuesta, vastavuoroisista kokemuksista ja selviytymiskeinojen jakamisesta. Lisäksi mielenterveysyhdistyksen toimintaan kuuluu koulutusta, virkistystä ja kuntouttavaa toimintaa. Mielenterveysongelmista kärsivillä tai niistä toipuneilla sekä heidän omaisillaan on mahdollisuus osallistua myös potilasjärjestöissä tehtävään, mielenterveyttä tukevaan toimintaan haluamansa mukaan joko paikallisesti tai valtakunnallisesti. Potilasjärjestöjen toiminta konkretisoituu esimerkiksi juuri mielenterveysyhdistyksissä, joiden katsotaan toimivan sairauksista kärsivien ja heidän omaistensa tarvitsemien tukitoimintojen koordinoijina ja tukiverkoston rakentajina. (Peiponen 2015.)

Kolmannen sektorin toiminta on usein huomaamatonta ja sille on arjen kysyntää, mutta se ei näy virallisissa tilastoissa. Kolmas sektori edustaa yhteiskunnallisesti ”välitöntä yhteistoiminnallista jakoa tai vaihtoa”, mikä sopii kuvaamaan esimerkiksi lähtökohtia vertaistukitoiminnalle. Paikallisella yhdistystoiminnalla toivotaan myös saavutettavan vaikeassa elämäntilanteessa olevia ihmisiä, joilla on mielenterveysongelmien lisäksi ongelmia muillakin elämän osa-alueilla. Kolmannen sektorin rooli on merkittävä myös syrjäytyneiden ja syrjittyjen edustajana ja tienraivaajana uusille toimintatavoille. Kolmas sektori ei kuitenkaan ole ainoastaan sosiaali- ja terveysalan yhdistyksiä ja toimintaa, vaan siihen kuuluu myös muiden alojen yleishyödyllinen toiminta. Lisäksi kolmannen sektorin toimintaa esiintyy myös paljon muuallakin kuin järjestöjen alaisuudessa, kuten vapaamuotoisissa ja ei-rekisteröityneissä ryhmissä. (Peiponen 2015.)

Valkosen ym. (2011) tutkimuksessa käsitellään eri sektoreita psykoterapiapalveluiden tuottajina. Tutkimuksesta käy ilmi, että yksityisen ja julkisen sektorin rinnalla myös kolmas sektori

toimii psykoterapiapalveluiden tuottajana. Tutkimuksessa kolmannen sektorin järjestöt ja yhdistykset luettiin ”muihin palveluntuottajiin” yhdessä YTHS:n ja seurakuntien kanssa. Tutkimuksen mukaan muut palveluntuottajat tarjoavat 7% kaikista psykoterapiapalveluista. Psykoterapeutit, jotka toimivat kolmannen sektorin järjestöissä tai yhdistyksissä olivat keskimääräistä useammin sosiaalialan tai muun koulutuksen saaneita ja erityistason psykoterapiakoulutuksen suorittaneita. Myös perheterapiakoulutus oli keskimääräistä yleisempää. Muissa palveluntarjoajissa keskimääräistä suurempia olivat myös ratkaisukeskeisen terapian kriisi- ja traumaterapian sekä EMDR-terapian koulutuksen saaneiden osuus. Yleisin tarjolla ollut terapiamuoto oli yksilöterapia. Kolmannen sektorin toimijoille perhe- ja pariterapian osuus oli keskimääräistä suurempi. Muiden palveluntuottajien tarjoama psykoterapia oli useimmiten kestoltaan lyhyttä, alle vuoden kestävä. (Valkonen ym. 2011.)

Nykäsenoja (2015) kertoo väitöskirjassaan, että kolmas sektori tarjoaa esimerkiksi kuntouttavaa tilapäistä työtä, virikkeellistä toimintaa, vertaistukea ja muita toimintamuotoja syrjäytymisvaarassa oleville sekä mielenterveysongelmista toipujille.

Kotisaaren (2012) pro gradussa puhutaan kolmannen sektorin kyvystä vastata ihmisen monimuotoisiin ongelmiin verrattuna julkiseen sektoriin, joka keskittyy yksilotteiseen järjestelmäänsä vastaten vain yhteen ongelmaan kerrallaan. Sisältöä tärkeämpää on usein palvelujen yhtäaikainen saatavuus, jolloin järjestöjen suppeampi palvelutarjonta ei tuota ongelmia. Etenkin järjestöt, jotka hyödyntävät vapaaehtoistoimintaa, kykenevät paneutumaan asiakkaan tilanteeseen yksityiskohtaisemmin sekä tarjoamaan sosiaalista tukea ja vertaistoimintaa. Tärkeää on myös mahdollisuus tarjota apua niille, joiden avun tarve ei ole tarpeeksi suuri päästäkseen mielenterveyspalvelujonoissa eteenpäin. Tällaisessa tilanteessa voivat olla esimerkiksi läheisensä tilanteesta huolestuneet ihmiset. Kotisaaren tutkimuksen keskiössä ovat kolmannen sektorin tarjoamat vertaistukiryhmät, joiden periaatteena on, että jäsenet asettavat itse tavoitteensa, mutta ryhmän perustajalla on myös yhteiskunnallisesti orientoituneita tavoitteita. Ryhmän perustajan tehtävänä on yrittää vaikuttaa päätöksentekijöihin ja neuvoa ryhmän jäseniä eteenpäin. Siispä vertaistukiryhmien lähtökohdat ovat ryhmän jäsenissä, ruohonjuuritasolla ja kolmannen sektorin palveluissa. Ryhmät toimivat palvelujärjestelmässä lähinnä täydentävinä tekijöinä, mutta ryhmien perustaneiden organisaatioiden yhteiskunnalliset tavoitteet tekevät ryhmistä merkittäviä. Päätäjät saavat tietoa sosiaalisen tuen tarpeesta pelkästään ryhmien olemassaolon ja uusien perustamisen ansiosta. (Kotisaari 2012).

Artikkelissaan Miller (2013) kertoo kolmannen sektorin tuottavan lukuisia erilaisia palveluja mielenterveysongelmista kärsiville, kuten ohjeistusta ja neuvontaa, opetusta ja asumispalveluja. Kolmas sektori toimii myös mielenterveysongelmista kärsivien kuntouttavana työllistäjänä. Kolmas sektori on yhdessä yksityisen sektorin kanssa suurin tuottaja kolmen eri osa-alueen palveluissa, joita ovat yhteisöpohjainen tuki, kuten päivähoitopalvelut, työllistämishjelmat

ja kotipohjainen tuki, tukipalvelut, kuten asianajo ja informointi, ja asumispalvelut, joihin sisältyvät sekä asumis- että hoivapalvelut. (Miller 2013.)

4.7 Aineiston analyysi

Kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä voidaan käyttää analyysimenetelmänä sisällönanalyysiä. Aineistoa alettiin analysoida sisällönanalyysin avulla aineiston keräämisen ja läpikäymisen jälkeen. Vielä tutkimusprosessin edetessäkin oli mahdollista löytää uutta aineistoa ja löytynyt aineisto olisi otettu kirjallisuuskatsaukseen mukaan, jos se olisi läpäissyt sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Tässä opinnäytetyössä sisällön analysointiin käytettiin induktiivista analyysiä eli aineistolähtöistä analyysiä. Induktiivisessa analyysissä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus niin, etteivät aiemmat havainnot, tiedot tai teorit ohjaa analyysiä. Aineiston analyysi etenee vaiheittain pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan. Raportointi on aineistolähtöistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Grönforsin (1985) mukaan aineiston analyysissä analyysi sekä synteesi yhdistyvät. Kerätty aineisto hajotetaan käsitteellisiin osiin ja nämä osat kootaan uudelleen tieteellisiksi johtopäätöksiksi synteessin avulla. Johtopäätökset irrotetaan yksittäisistä tapauksista ja siirretään yleiselle teoreettiselle ja käsitteelliselle tasolle tutkimusaineiston järjestelyn jälkeen. Ennen analysoinnin aloittamista tulee aineiston olla analysoitavassa muodossa. (Metsämuuronen 2008.)

Havaintojen pelkistäminen ja arvoituksen ratkaiseminen ovat laadullisen analyysin vaiheita. Aineiston tarkastelussa huomiota kiinnitetään vain olennaisiin asioihin huomioiden teoreettinen viitekehys ja tutkimuskysymysten asettelu. Aineistoa tarkastellaan vain tietystä teoreettis-metodologisesta näkökulmasta. Etsimällä havainnoille yhteinen nimittäjä ja piirre yhdistetään yksittäiset havainnot havaintojen joukoksi. Laadullisessa analyysissä ei tähdätä tyyppitapausten määrittelyyn vaan yhdenkin poikkeuksen löytyessä asia pitää pohtia uudelleen. Arvoituksen ratkaisemisella tarkoitetaan käytettävissä olevien havaintojen pohjalta tehtävää ilmiön merkitystulkintaa. Tässä vaiheessa, jota kutsutaan myös rakennekokonaisuuden muodostamiseksi, voidaan erottaa arvoitusten erityyppisiä ratkaisukeinoja teoreettisten ydinkäsitteiden mukaan. (Alasuutari 2011.)

Tässä opinnäytetyössä aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on perinteinen menetelmä ja sen avulla on mahdollista kuvata ja analysoida erilaisia aineistoja. Sisällönanalyysin avulla voi tiivistää aineistoa sekä kuvata tutkittavia ilmiöitä yleistävästi. Tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet voidaan myös sisällönanalyysillä esittää. Prosessissa esiintyy viisi vaihetta; analyysikön valitseminen, aineistoon tutustuminen, analysoitavaan aineistoon pelkistäminen, - luokittelu ja - tulkinta sekä luotetta-vuuden arviointi. Sisällönanalyysin tavoit-

teena on ilmiön kuvaaminen tiiviisti ja laajasti. Vahvuuksia sisällönanalyysin tutkimusmenetelmissä ovat sisällöllinen herkkyys ja joustavuus. Sisällönanalyysillä tuotetaan yksinkertaistettuja aineiston kuvauksia, joilla tavoitetaan ilmiön merkityksiä, sisältöä ja seurauksia. Asiantuntijat ovat sitä mieltä, että sisällönanalyysimenetelmää pidetään hyvin yksinkertaisena tekniikkana ja ettei se ole riittävän laadullinen. Sisällönanalyysi voi olla joko aineistolähtöistä tai teorialähtöistä. Tutkijoiden mukaan enemmän on ollut käytössä aineistolähtöinen sisällönanalyysi kuin teorialähtöinen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

4.8 Toteutuksen kuvaus

Tämä opinnäytetyöprosessi alkoi aiheen valinnalla ja toteutustavaksi muodostui kirjallisuuskatsaus. Aloittaminen vaati pitkää pinnaa ja taustaselvittelyä, sillä menetelmänä kirjallisuuskatsaus oli molemmille vieras, joka omalta osaltaan lisäsi työmäärää. Opinnäytetyö oli haastava prosessi, koska sen ajankäytön kanssa oli ajoittain ongelmia. Kaksin kun tekee yhteistä työtä, täytyy löytää yhteistä aikaa työn tekemiselle, jotta prosessi etenisi. Lopulta tekijät sopivat yhteisen aikataulun, jolloin työ loppujen lopuksi eteni vaivatta. Tekijät tapasivat loppuvaiheessa säännöllisin väliajoin opinnäytetyön parissa ja työ eteni suunnitelmien mukaan.

5 Tulokset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä narratiivinen eli kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka avulla selvitettiin kolmannen sektorin roolia mielenterveysasiakkaiden hoidossa sekä kartoitettiin kolmannen sektorin tuottamia palveluita.

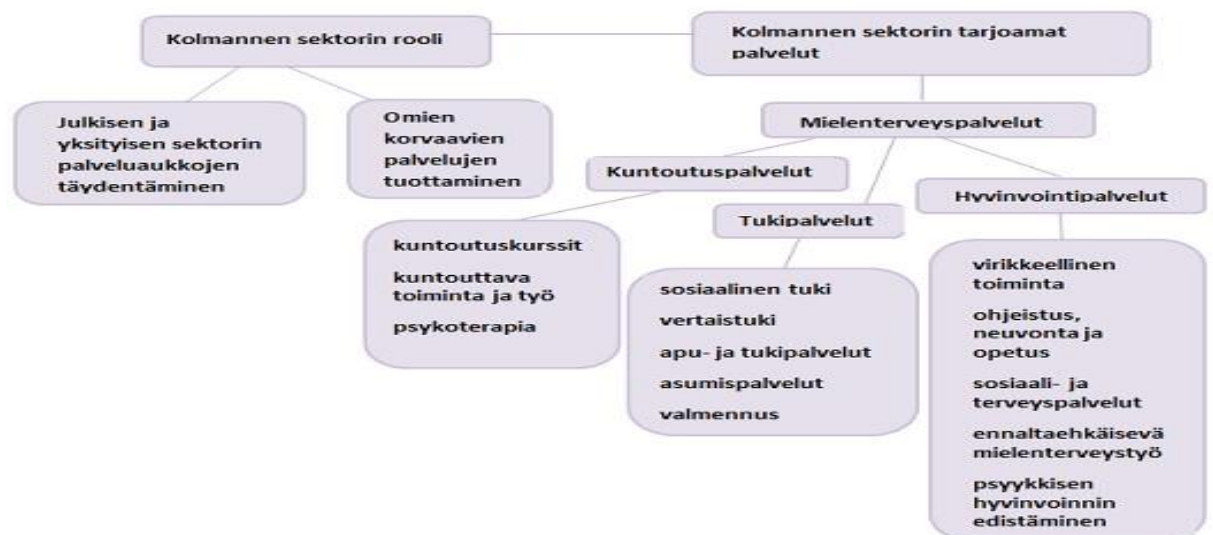
Tässä opinnäytetyössä valittu aineisto läpikäytiin aineistolähtöisellä eli induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi koostuu viidestä eri vaiheesta, joita ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166.) Tässä opinnäytetyössä analyysiyksiköksi valittiin kaikki ajatuskokonaisuudet, jotka vastasivat valittuihin tutkimuskysymyksiin, jotka olivat ”Mikä on kolmannen sektorin rooli mielenterveysasiakkaiden hoidossa?” ja ”Mitä palveluita kolmas sektori tarjoaa?”

Seuraavaksi valittuun aineistoon tutustuttiin tarkemmin lukemalla tutkimukset hyvin läpi. Tässä vaiheessa tekstistä alleviivattiin tutkimuskysymykseen vastaavia kohtia ja etsittiin yhteneväisiä alkuperäisilmaisuja. Aineiston läpikäymisen jälkeen löydetty alkuperäisilmaisut kerättiin ja pelkistettiin yksinkertaisemmiksi. Tämän jälkeen pelkistettyjä ilmaisuja alettiin ryhmittelemään eli kaikki keskenään samankaltaiset ilmaisut ryhmiteltiin omiksi joukoikseen. Jokainen ryhmä nimettiin niiden sisällön perusteella. Ryhmistä muodostui edelleen alakategorioita, joista saman sisältöisistä muodostettiin edelleen yläkategorioita, jotka nimettiin si-

sällön mukaan. Lopulta yläkategorioista muodostui kaksi pääkategoriaa, joista saatiin vastaukset opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin.

Sisällönanalyysin tuloksista selvisi, että kolmannen sektorin rooli oli pääkategorian perusteella julkisen ja yksityisen sektorin palveluaukkojen täydentäminen. Kolmannen sektorin toiminta pyrkii siis tarjoamaan omia palveluitaan jo olemassa olevien julkisen ja yksityisen sektorin mielenterveyspalveluiden tueksi. (Kotisaari, 2012; Ala-Kauhaluoma ym. 2013; Miller, 2013; Nykäsenoja, 2015; Peiponen, 2015; Valkonen ym. 2011.)

Toiseksi pääkategoriaksi muodostui mielenterveyspalvelut. Kolmas sektori tarjoaa laajalaisesti erilaisia mielenterveyspalveluja mielenterveysasiakkaiden hoidon tueksi. Sisällönanalyysissä yläkategorioiksi muodostuivat edelleen kuntoutus- ja tukipalvelut, hyvinvointipalvelut ja palveluaukkojen täydentäminen. Kolmannen sektorin tuottamiin palveluihin kuuluvat kuntoutus- ja tukipalvelut ja hyvinvointipalvelut jakoutuivat edelleen alakategorioihin, joita olivat kuntoutus, psyykkinen hyvinvointi ja sosiaalinen tuki. Aineiston ryhmittelyssä kuntoutus piti sisällään erilaisia kuntoutuspalveluita, kuntoutuskursseja, kuntouttavaa toimintaa ja työtä sekä psykoterapiapalveluita. Psyykkinen hyvinvointi kattoi sekä hyvinvointipalvelut että ennaltaehkäisevän mielenterveystyön. Hyvinvointipalveluihin luokiteltiin virikkeellinen toiminta, ohjeistus, neuvonta ja opetus sekä sosiaali- ja terveyspalvelut. Ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä oli psyykkisen hyvinvoinnin edistäminen, hyväntekeväisyystyö, järjestöt ja vapaaehtoistyö. Sosiaalisen tuen ryhmä piti sisällään sosiaalisen tuen lisäksi myös vertaistuen. Sosiaalisesti tueksi luettiin erilaiset työllistämishjelmat ja -palvelut, sopeutumisvalmennus, apu- ja tukipalvelut potilaille ja läheisille sekä erilaiset asumispalvelut. Vertaistukea esiintyi joko yksilöllisenä tai vertaistukiryhminä. (Kotisaari, 2012; Ala-Kauhaluoma ym. 2013; Miller, 2013; Nykäsenoja, 2015; Peiponen, 2015; Valkonen ym. 2011.) Kuviossa 2. on kuvattu opinnäytetyön tuloksia.



Kuvio 2: Opinnäytetyön tulokset

5.1 Yhteenveto

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että kolmannen sektorin rooli mielenterveysasiakkaiden hoidossa on merkittävä. Kolmas sektori toimii keskeisenä kuntoutuspalveluiden tuottajana ja täydentää erityisesti julkisen sektorin palveluaukkoja. Kolmannen sektorin järjestöt ovat olleet keskeisessä roolissa erityisesti hyvinvointipalveluiden tuottajana jo pitkään. Eri mielenterveysyhdistykset ja -järjestöt ovat yhteiskunnallisesti tärkeitä psyykkisen hyvinvoinnin edistäjiä. Kolmannen sektorin merkitys sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajana kasvaa jatkuvasti, josta johtuen myös vapaaehtoistyön merkitys kasvaa. Jatkuvan kasvun ongelmana voi kuitenkin olla, että kolmannen sektorin palveluilla yritetään korvata julkisen hoitojärjestelmän puutteita, vaikka järjestöjen resurssit ovat selvästi kuntia ja valtiota pienemmät. Hyvinvointipalveluiden tuottamisen lisäksi kolmannen sektorin rooli on merkittävä myös esimerkiksi syrjäytyneiden työllistämässä. Järjestöt ovat merkittävässä roolissa työllistettävien ja osatyökykyisten ihmisten työllistäjänä.

Opinnäytetyössä mukana olleiden tutkimusten perusteella kolmas sektori tarjoaa laajalajaisesti erilaisia psyykkistä hyvinvointia edistäviä ja mielenterveysongelmia ehkäiseviä palveluita. Esimerkiksi sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskurssit kuuluvat kolmannen sektorin ennaltaehkäiseviin palveluihin. Mielenterveysyhdistykset tarjoavat tukea tukea ja apua psykiatristen potilaiden lisäksi myös potilaiden läheisille sekä tekevät ennaltaehkäisevää mielenterveysystyötä. Keskeisinä tavoitteina on ihmisten auttaminen arjen ongelmien hallinnassa, ja painopiste yhdistysten työlle on vertaistuuessa. Lisäksi yhdistykset tarjoavat kuntoutusta ja virkistystoimintaa.

Kolmannen sektorin toiminta on usein huomaamatonta ja sille löytyykin paljon arjen kysyntää. Kolmas sektori toimii myös syrjäytyneiden ja syrjittyjen edustajana ja tienraivaajana uusille toimintatavoille. Kolmannen sektorin toimintaan sisältyy sosiaali- ja terveysalan yhdistysten lisäksi myös yleishyödyllinen toiminta ja vapaamuotoiset ja ei-rekisteröityneet ryhmät.

5.2 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla kolmannen sektorin roolia mielenterveysasiakkaiden hoitamisessa sekä kuvata kolmannen sektorin tarjoamia palveluja. Saimme aiheen opinnäytetyöllemme keväällä 2015. Aihe oli ennalta määrätty, sillä se oli osa Morfeus-hanketta. Työ toteutui kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aiheesta oli vaikea löytää ajankohtaista tutkimustietoa, koska tutkimuksia kolmannen sektorin roolista mielenterveysasiakkaiden hoitamisessa oli niukasti. Opinnäytetyön tekeminen venyi yli vuoden mittaiseksi prosessiksi, koska muut koulutehtävät, työt ja perhe-elämä veivät väkisin aikaa. Lisäksi koska tekijöitä oli kaksi, aikataulujen yhteen sovittaminen osoittautui yllättävän haasteelliseksi. Aluksi myös työhön motivoituminen ja aiheeseen syventyminen oli haasteellista.

ta, sillä molemmat tekijät suuntautuvat somaattiselle puolelle. Lisäksi työtä aloitettaessa mielenterveyden työharjoittelut olivat molemmilla vielä suorittamatta, joten kokemus psykiatrisesta hoitotyöstä oli vielä saamatta.

Alkuperäistutkimusten hakusanat määräytyivät helposti. Hakusanoilla löytyi runsaasti lähteitä, mutta niistä vain murto-osa käsitteli opinnäytetyömme aihetta. Valittujen alkuperäistutkimusten tulokset on pyritty esittämään niin, että niistä käy ilmi vastaukset asettamiimme tutkimuskysymyksiin. Arvioimme sekä alkuperäistutkimusten että oman opinnäytetyömme luotettavuutta koko prosessin ajan. Tarkat sisäänottokriteerit takasivat lähteiden luotettavuuden.

Tämän opinnäytetyön tekeminen on antanut meille paljon lisätietoa eri sektoreiden, etenkin kolmannen sektorin, toiminnasta mielenterveyspalveluiden tuottajina. Olemme saaneet vastauksia tutkimuskysymyksiimme, ja sitä kautta tietoa erilaisista tarjolla olevista kolmannen sektorin palveluista. Tätä tietoa voimme hyödyntää valmiina sairaanhoitajina esimerkiksi kohdatessamme mielenterveysongelmista kärsivän potilaan, jolla on vaikeuksia joko pitkien jonojen tai hoitoon hakeutumattomuuden vuoksi päästä julkisen hoidon piiriin. Meillä on nyt tietoa, mitä erilaisia hoitomuotoja kolmannen sektorin ylläpitämät järjestöt pystyvät tarjoamaan. Tarpeen vaatiessa osaamme antaa palveluista tietoa myös mielenterveysongelmista kärsivän omaisille. Lisäksi tämän opinnäytetyön tekemisen ansiosta olemme saaneet uutta näkökulmaa tulevaisuutta varten, esimerkiksi erilaisia työllistymismahdollisuuksia ajatellen.

Mielestämme opinnäytetyössämme on pystytty vastaamaan asettamiimme tutkimuskysymyksiin. Kolmannen sektorin rooli on merkittävä sekä julkisen että yksityisen sektorin palvelukenttien täydentäjänä ja kolmannen sektorin yhdistykset tarjoavat monia erilaisia palveluita mielenterveysongelmista kärsiville ja heidän omaisilleen. Tämän opinnäytetyön löydöksiä ja tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten keskuudessa. Tuotettua tietoa voidaan käyttää ennaltaehkäisyssä mielenterveysaikaan kohdistuvassa hoitotyössä.

Mielenkiintoisia jatkotutkimusaiheita olisi esimerkiksi kerätä tietoa siitä, miten hyvin kolmannen sektorin tarjoamat mielenterveyspalvelut tavoittavat asiakkaat. Annetaanko esimerkiksi julkisen sektorin avohoidossa potilaalle tietoa erilaisista mielenterveysyhdistyksistä tai järjestöistä, joista voisi hakea esimerkiksi vertaistukea? Toisena jatkotutkimusaiheena voisikin olla ammattilaisten tietoisuus kolmannen sektorin tarjoamista mielenterveyspalveluista. Monissa opinnäytetyöhön valituista alkuperäistutkimuksista puhuttiin kolmannen sektorin yhdistysten tarjoavan niin kutsuttuja matalan kynnyksen palveluja, jotka olisivat helposti asiakkaan löydettävissä. Olisikin mielenkiintoista kuulla asiakkaiden kokemuksia, jotka ovat tavalla tai toisella päässeet jonkin kolmannen sektorin tarjoaman yhdistyksen tai järjestön asiakkaak-

si. Myös kolmannen sektorin palvelujen laatu ja niistä koettu hyöty voisivat toimia tutkimusaiheena.

Lähteet

- Ala-Kauhaluoma, M., Henriksson, M., Saarinen, T. 2013. Kolmas sektori kuntoutuksen toimijana. Teoksessa U. Ashorn, I. Autti-Rämö, J. Lehto, & M. Rajavaara (toim.) Kuntoutus muuttuu, entä kuntoutusjärjestelmä. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kittilä, R (toim). 2005. Sosiaali- ja terveysjärjestöt Suomessa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys.
- Kolmas sektori. 2015. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 17.02.2015.
<http://kans.jyu.fi/sanasto/sanat-kansio/kolmas-sektori>
- Kotisaari, T. 2012. Vertaistukea verkossa - Virtuaalivuorovaikutuksen tutkimus sosiaalisen tuen rakentumisesta Tukinetissä. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kuula, A. 2013. Tutkimusetiikka - aineistojen hankint, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Laamanen, E. 2002. Kuntien ja kolmannen sektorin projektiyhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollossa : kokemuksia ja kehittämisajatuksia. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. 1992. Finlex. Viitattu 24.08.2016.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Mielenterveyden keskusliitto. 2014. Jokainen meistä. Viitattu 16.12.2016.
http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/MTKL-strategia-2014_nettiin.pdf

Mielenterveyslaki 1990/1116. 1990. Finlex. Viitattu 25.02.2015.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Miller, R. 2013. Third sector organisations: unique or simply other qualified providers? *Journal of Public Mental Health* 12/2013, 103-113.

Myllymäki, A. 2003. Kolmas sektori kilpailuyhteiskunnan hyvinvointipalveluiden täydentäjänä. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Möttönen, S. & Niemelä, J. 2005. Kunta ja kolmas sektori. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Nykäsenoja, J. 2015. Kolmas sektori mielenterveystyön hallinnassa- yhdessä julkisen ja yksityisen sektorin kanssa. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.

Peiponen, Leila. 2015. Sosiaalisesti koettu ja jaettu työuupumus - Työuupumus puolison kokemuksenä. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja.

Salmi, T. 2014. Kolmannen sektorin toiminta-alue laajenee. *Suomen lääkärilehti* 35/2014, 2092-2093.

Salminen A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan Yliopiston julkaisuja. Viitattu 23.03.2015.
http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Saukkonen, S-M. 2003. Kolmas sektori vanhuspalvelujen järjestäjänä. Kuopion yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

Siisiäinen, M. 2000. Social capital, power and the third sector. Teoksessa M. Siisiäinen, P. Kinnunen & E. Hietanen. *The third sector in Finland. Review to research of the Finnish Third Sector*. Helsinki: Hakapaino Oy.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. *Turun yliopisto* 73/2016, 7-10.

Suomen Mielenterveysseura. 2016. Mielenterveysseura. Viitattu 16.12.2016.
<http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveysseura>

Suomen Sosiaali ja terveys ry SOSTE. Tietoa sote järjestöistä. Viitattu 16.12.2016.
<http://www.soste.fi/elinvoimaiset-jarjestot/tietoa-sote-jarjestoista.html>

Tekes. 2015. Viitattu 22.4.2015. <http://www.tekes.fi/rahoitus/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Mielen hyvinvointi. Viitattu 21.12.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistaminen-eri-toimialoilla/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/mielen-hyvinvointi>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Mielenterveyden häiriöiden ehkäisy. Viitattu 21.12.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistaminen-eri-toimialoilla/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/mielen-hyvinvointi/mielenterveyden-hairioiden-ehkaisy>

Valkonen, J., Henriksson, M., Tuulio-Henriksson, A. & Autti-Rämö, I. 2011. Eri sektorit psykoterapiapalveluiden tuottajina. Kuntoutus-lehti 3/2011, 5-11.

Viitala, S. 2015. MORFEUS - Tulevaisuuden arvonluonti hyvinvointipalveluverkostossa. Viitattu 10.09.2015. <http://www.morfeus.fi/tutkimus-research/esittely-slash-introduction>

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2009. Mielenterveys- ja päihde-työ: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOYpro Oy.

WHO. 2013. Mental health action plan 2013-2020. Viitattu 21.12.2016. http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/bw_version.pdf?ua=1

Kuviot

Kuvio 1: Yksilön ja ympäristön mielenterveyttä suojaavia- ja riskitekijöitä	10
Kuvio 2: Opinnäytetyön tulokset	28

Liitteet

Liite 1: Aineistonkeruutaulukko	37
Liite 2: Alkuperäistutkimukset	38

Liite 1: Aineistonkeruutaulukko

Tietokanta	hakusanat	osumat	käytetty
Finna	Kolmas sektori JA mielenterveys*	3	0
Finna	Yleishyödylliset yhteisöt JA mielenterveys*	0	0
Melinda	mielenterveys? AND kolmas sektori	13	2
Medic	Private sektor	0	0
Medic	”kolmas sektori” AND Mielenterveys*	0	0
Finna	”Kolmas sektori”	37	0
EBSCOCinahl	Third sector or non-profit orginazations AND mental health	58	1
TamPub Julkaisuarkisto	kolmas sektori JA mielenterveys	2	1
TamPub Julkaisuarkisto	kolmas sektori JA mielenterv*	6	0
Doria	kolmas sektori	543	0
Doria	mielenterveys	244	0
Medic	kolmas sektori AND mielenterv*	2	1
Melinda	kolmas sektori AND mielenterv*	14	1

Liite 2: Alkuperäistutkimukset

Tekijät	Tutkimuksen nimi	Keskeiset tulokset
Kotisaari, T.	Vertaistukea verkossa - Virtuaalivuorovaikutuksen tutkimus sosiaalisen tuen rakentumisesta Tukinetissä	Tässä tutkielmassa on pohdittu kolmannen sektorin roolia mielenterveyspalvelujen tuottajana. Kolmannella sektorilla todettiin olevan julkista sektoria paremmat mahdollisuudet tarjota sosiaalista tukea, sillä pitkät jonot, tehokkuusvaatimukset tai lainsäädäntö eivät rajaa ketään palveluiden ulkopuolelle. Erityisen merkittäväksi kolmannen sektorin palveluista tekee vertaistuen korostaminen, sillä vaikeiden asioiden käsitteleminen samankaltaisessa tilanteessa olevien kanssa koetaan yleensä tärkeäksi osaksi selviytymisprosessia viranomaiskontaktien ohella. Koko vastuuta mielenterveyspalveluista ei voida kuitenkaan asettaa järjestöille.
Nykäsenoja, J.	Kolmas sektori mielenterveystyön hallinnassa -Yhdessä julkisen ja yksityisen sektorin kanssa	Mikä luonnehtii erityisesti kolmatta sektoria mielenterveystyön hallinnassa Suomessa sekä sellaisenaan että suhteessa kahteen muuhun sektoriin? Tässä tutkimuksessa on osoitettu, että maassamme vallitsee monilta osin epätydyttävä tilanne mielenterveyden edistämässä ja häiriöistä on syntynyt vakava ongelma. Hoito-, ohjaus- ja kuntoutusresurssit ovat liian niukat. Hallinnan harjoittaminen ihmisen hyvinvoinnin näkökulmasta on ratkaiseva ajattelu- ja toimintakaava, jolla julkinen, yksityinen ja kolmas sektori voitaisiin saada yhdistämään voimavaroja yleisen mielenterveyden hyväksi.

Ala-Kauhaluoma, M., Henriksson, M. ja Saarinen, T.	Kolmas sektori kuntoutuksen toimijana	Esiselvityksen ja kyselyn perusteella Suomessa on vähintään 300 toimipaikkaa, jotka toteuttavat työkäisten kuntoutustoimintoja. Toimipaikoilta tiedusteltiin avomuotoisilla kysymyksillä kuntoutustoimintoihin liittyvistä menneistä ja mahdollisesti tulevista muutoksista ja haasteista, sekä kolmannen ja julkisen sektorin yhteistyöhön liittyvistä asioista. Viime vuosien suurimpia muutoksia asiakkaiden kannalta olivat vastaa- jien mukaan asiakasmäärien lisääntyminen, moniongelmaisten asiakkaiden aiempaa suurempi määrä sekä aiempaa nuoremmat asiakkaat.
Peiponen, L.	Sosiaalisesti koettu ja jaettu työuupumus -Työuupumus puolison kokemana	Tutkimuksessa selvitettiin millaisia tulkintoja puoliset tekevät työuupumuksesta ja miten työuupumus muuntuu sosiaalisesti koetuksi ja jaetuksi kokemukseksi. Tutkimusaineisto hankittiin kolmannen sektorin kehittämiprojektissa, jonka keskeisenä tavoitteena oli kehittää sosiaalisen tuen, erityisesti vertaistuen, malleja työuupuneiden perheille. Tutkimus osoittaa, että työuupuneen jaksamattomuus, sen aiheuttama arjen vastavuoroisuuden katoaminen ja vanhemmuusvastuun epätasainen jakautuminen heikentävät työuupuneiden perheenjäsenten hyvinvointia. Lisäksi perheissä koettu työuupumus aiheuttaa jännitteitä sosiaalisiin lähisuh-teisiin.

<p>Valkonen, J., Henriksson, M., Tuulio-Henriksson, A. ja Autti-Rämö, I.</p>	<p>Eri sektorit psykoterapiapalveluiden tuottajina</p>	<p>Kyselyssä selvitettiin vastaajien pääasiallinen työnantaja sekä psykoterapiapalveluiden tuottamista. Yksityisellä sektorilla psykoterapiapalveluita tarjosi 59% vastaajista, julkisella sektorilla 32% vastaajista ja muina palveluntuottajina, joihin kolmas sektori tässä tutkimuksessa lukeutuu, 7% vastaajista. 3% vastaajista ei voitu sijoittaa mihinkään luokkaan. Eri sektorit täydentävät toisiaan asiakkaan ohjaamisessa hänen tarpeittensa mukaiseen hoitoon ja kuntoutukseen.</p>
<p>Miller, R.</p>	<p>Third sector organisations: unique or simply other qualified providers?</p>	<p>Artikkelin mukaan kolmas sektori tuottaa valikoiman mielenterveyspalveluita, etenkin liittyen asumiseen, neuvontaan, asianajoon ja työllistymiseen. Kolmas sektori myös kampanjoi ja kehittää uusia lähestymistapoja mielenterveyspalveluille.</p>

