

Eino Susanna
Myllymäki Johanna

ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA NUORTEN VASTAANOTON
MIELENTERVEYSPALVELUJEN SAATAVUUDESTA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2009

ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA NUORTEN VASTAANOTON MIELENTERVEYSPALVELUJEN SAATAVUUDESTA

Eino, Susanna
Myllymäki, Johanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Tammikuu 2009
THM Keppola, Outi-Kaisa
YKL:59.563
Sivumäärä: 76

Asiasanat: nuoret, mielenterveys, mielenterveyspalvelut

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa nuorten kokemuksia Nuorten Vastaanoton mielenterveyspalvelujen saatavuudesta. Lisäksi halusimme saada tietoa mistä johtuvat mahdolliset käyttämättä jätetyt ajat. Halusimme myös koota laajemman tietopaketin nuoruudesta, sen kehityshäiriöistä, mielenterveydestä ja mielenterveysongelmista. Opinnäytetyön tavoitteena oli vaikuttaa nuorten mielenterveyspalvelujen saatavuuden parantamiseen. Halusimme saada nuoren äänen kuuluviin, kun kysytään mitä he odottavat mielenterveyspalveluilta ja mitä mieltä he ovat tämän hetkisestä tilanteesta.

Opinnäytetyössämme käytetään kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, jonka aineistonkeruu toteutettiin kyselylomakkeella. Kyselylomakkeet jaettiin Nuorten Vastaanoton 13–22-vuotiaille asiakkaille. Vastausprosentti oli 83. Kyselylomake oli jaettu osioihin, joissa kartoitettiin ensin nuoren taustatietoja, jonka jälkeen kysyttiin mielenterveyspalvelujen saatavuudesta ja viimeisessä osiossa selvitettiin käyttämättä jätettyjä aikoja.

Tutkimustulosten perusteella voidaan sanoa, että suurin osa Nuorten Vastaanoton vastanneista asiakkaista oli tyttöjä ja suurin osa vastaajista oli 17–18-vuotiaita. Tulosten perusteella suurin osa nuorista on tyytyväisiä Nuorten Vastaanoton mielenterveyspalveluun, eivätkä koe jonotusaikoja liian pitkiksi. Melko moni nuorista kuitenkin koki leimautumisen pelon olevan hankaloittava tekijä Nuorten Vastaanottoon hakeutuessa. Tulokset eivät kuitenkaan ole yleistettävissä, mutta ne ovat suuntaa antavia. Tulokset tuovat esille sen, että kehittämisen varaa on. Osa vastaajista ei ollut tyytyväisiä saamaansa apuun/tukeen tai koki jonkin asian hankaloittavan hakeutumista Nuorten Vastaanottoon.

Opinnäytetyöhömmme pohjautuen voisi tutkia, mikä on pohjimmainen syy nuorten käyttämättä jättämiin aikoihin ja miten nuorta voisi motivoida sitoutumaan hoitoon paremmin.

CLIENTS EXPERIENCIES ON THE AVAILABILITY OF MENTAL HEALTH SERVICES OFFERED BY NUORTEN VASTAANOTTO

Eino, Susanna
Myllymäki, Johanna
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Health Care
January 2009
Keppola, Outi-Kaisa
PLC:59.563
Number of Pages: 76

Key Words: young people, mental health, mental health services

The purpose of this thesis was to survey the experiences of the young on the availability of mental health services offered by Nuorten Vastaanotto. In addition, we wanted to find out the reasons behind canceled appointments in Nuorten Vastaanotto. One of our aims was also to gather a wide information package on youth in general and development disorders, mental health and mental health problems of the young. The main goal of this thesis was to have an effect in improving the availability of mental health services for the young. Also we wanted bring forward the opinions that the young had concerning the current condition of mental health services offered for the young and what expectations they had for the mental health services offered for them.

The research method used in this thesis was quantitative. The data acquisition was carried out with a questionnaire, which was given to 13-22 years old clients of the Nuorten Vastaanotto. The response rate was 83%. The questionnaire was divided into three sections. The first section mapped the backgrounds of the young, the second asked opinions on the availability of mental health services and the third section gathered the reasons behind the canceled appointments.

Based on the results of the research it can be said, that most of the clients of Nuorten Vastaanotto, who answered the questionnaire, were female and between 17 and 18 years old. The research showed that most of them were satisfied with the services offered by Nuorten Vastaanotto and they also felt that the queuing time for the services was not too long. A large amount of the answerers considered that the main problem in seeking help from Nuorten Vastaanotto was the fear of “becoming marked”. The results of the research cannot be generalized but can be considered directional. The results show that there is still room for development. Some of the answerers were not satisfied with the help/support they received from Nuorten Vastaanotto or experienced that seeking treatment from Nuorten Vastaanotto was not completely without hindrances.

Based on our thesis, one could conduct more research to find out what are the main reasons for canceled appointments and how the young could be motivated to commit more to the treatment.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	5
2 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	6
3 NUORUUS	7
4 MIELENTERVEYS.....	10
5 NUORUUSIÄN YLEISIMMÄT MIELENTERVEYSONGELMAT.....	11
6 NUORTEN MIELENTERVEYSPALVELUT	16
6.1 Mielenterveyspalvelujen tarve	18
6.1.1 Sukupuolieroavaisuus palvelujen tarpeessa	21
6.2 Mielenterveysavopalvelujen kehittämistarpeet	22
6.3 Mielenterveystyön hankkeet ja suositukset	23
7 HOITOTAKUU	24
8 PORIN NUORTEN VASTAANOTTO.....	26
9 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KYSYMYKSET	29
10 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	29
10.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä ja kohderyhmä.....	29
10.2 Aineiston keruumenetelmä.....	30
10.3 Aineiston analysointi	31
11 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA	32
12 TUTKIMUSTULOKSET	33
12.1 Taustatiedot	34
12.2 Nuorten Mielenterveyspalvelujen saatavuus.....	36
12.3 Käyttämättä jätetyt ajat.....	44
12.4 Avoimet kysymykset.....	50
13 JOHTOPÄÄTÖKSET	52
14 POHDINTA	56
LÄHTEET.....	59
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheen valinta lähti liikkeelle molempien kiinnostuksesta nuorten mielenterveyttä koskeviin asioihin. Nuorten pahoinvointi on lisääntynyt ja on siksi hyvin ajankohtainen ja tärkeä aihe. Tulevaisuudessa haluamme työskennellä nuorten mielenterveyttä koskevien asioiden parissa ja vaikuttaa nuorten hyvinvointiin. Pohdimme mahdollista yhteistyökumppania ja päädyimme Nuorten Vastaanottoryhmään (VOR), joka muutti nimensä vuoden 2008 alussa Nuorten Vastaanotoksi. Nuorten Vastaanoton toiminta-ajatuksena on toteuttaa 13–22 vuotiaiden porilaisten tai Porissa opiskelevien nuorten ongelmien arviointia. Lisäksi antaa kriisihoitoa sekä selvittää tarpeellinen jatkohoitopaikka. Vastaanotto on matalan kynnyksen palvelu, joka toteuttaa varhaisen puuttumisen ja nopean intervention periaatetta. Nuorten Vastaanoton kohderyhmänä ovat nuoret, jotka ovat päässeet hoidon piiriin, kuitenkin joutumatta hoitoon vasten tahtoaan. Uskomme, että tutkimus on luotettavampi kun kyseessä on ns. ”matalan kynnyksen” –palvelu, jossa asiointi on vapaaehtoista. Vapaaehtoisuus tarvitsee kuitenkin rinnalleen nuoren motivaation ongelmien ratkaisemiseksi, jonka taas uskomme lisäävän tulosten luotettavuutta.

Otimme yhteyttä Nuorten Vastaanoton henkilökuntaan ja sovimme tapaamisen, jolloin voisimme kertoa heille ajatuksemme. Vastaanotto suostui tekemään yhteistyötä kanssamme ja siitä alkoi varsinainen työn kypsyttely. Nuoren itseään vahingoittava käyttäytyminen on tärkeä ja kiinnostava aihe, joten päätimme lähteä työstämään opinnäytetyötä sen ympärille. Jouduimme kuitenkin muokkaamaan aihetta uudelleen, koska otoksen koko olisi voinut olla kovin pieni johtuen Vastaanoton asiakaskunnan monimuotoisuudesta. Henkilökunnan mukaan on satunnaista, että nuoren hoidon tarve liittyy nimenomaan itseään vahingoittavaan käyttäytymiseen. Keskusteltuamme henkilökunnan kanssa ilmeni, että yhtenä suurena ongelmana ovat pitkät jonotusajat ja täten palvelujen ruuhkautuminen. Aloimme pohtia aiheitamme tarkemmin ja pidimme tärkeänä, että opinnäytetyössämme saisimme tuoda nuoren oman äänen kuuluviin, koska on tärkeää muistaa kenelle palvelut ovat suunnattu. Työmme aiheeksi muokkautui lopulta ”Asiakkaiden kokemuksia Nuorten Vastaanoton mielenterveyspalvelujen saatavuudesta”.

2 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Nuorten mielenterveyteen liittyviä tutkimuksia on tehty paljon, mutta nimenomaan aiheeseemme liittyvää nuorten näkökulmasta tehtyä työtä ei löytynyt. Aihepiiriä sivuavia tutkimuksia kuitenkin löytyi. Esimerkkeinä tällaisista töistä ”Nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmä Suomessa” (Kauppinen 2004), jonka tavoitteena oli kartoittaa minne nuori mielenterveyspotilas pääsee hoitoon Suomessa. Tutkimuksen perusteella suurimmat ongelmat ja puutteet mielenterveyspalvelujärjestelmään Suomessa liittyvät resurssien vähäisyyteen. Vaikka henkilökunnalla onkin hyvä koulutus ja ammattitaito, on se samaan aikaan uupunutta suuresta työmäärästä johtuen.

Opinnäytetyössä ”Mielenterveyttä uhkaavat ongelmat ja avunsaanti nakkilalaisen nuoren kokemana” (Heittola & Saine 2006) selvitettiin minkä verran nakkilalaiset nuoret kärsivät mielenterveyttä uhkaavista ongelmista ja mistä he hakevat apua ongelmiinsa sekä minkälaisena he ovat kokeneet avunsaantinsa. Tutkimuksesta selvisi, että he olivat yleisesti ottaen tyytyväisiä avunsaantiinsa, jota useimmiten haettiin perheeltä tai ystäviltä.

Opinnäytetyö ”Asiakaslähtöisyys mielenterveysasiakkaiden avopalvelujen kehittämisessä Kokemäellä” (Lehtinen 2001) selvitti kokemäkeläisten mielenterveyden avopalveluja käyttävien kokemuksia saamistaan avopalveluista. Tutkimuksen mukaan palvelujen laatu koettiin melko hyväksi ja lähes kaikki pääsivät hoitoon, kun olivat sen tarpeessa.

”Nuorten arviointia mielenterveyspalvelujen SIHTI- kehittämishankkeesta Kuopiossa, Lappeenrannassa ja Imatralla” (Kallio 2006) tarkoituksena oli selvittää miten SIHTI-hanke oli onnistunut kehittämään toimintamallia nuorten psykososiaalisten ongelmien seulonnassa ja hoidossa perusterveydenhuollossa. Johtopäätöksenä on, että mielenterveyden edistämiseen nuorten keskuudessa tarvitaan uusia menetelmiä. Mielenterveysongelmiin liittyvää epätietoisuutta, pelkoa ja häpeää tulisi hälventää sekä panostaa ennaltaehkäisevään mielenterveystyöhön varsinkin lasten ja nuorten kohdalla.

Jukka Kaukolan jäsenkyselyssä ”Rakenteet muuttuvat - muuttuvatko palvelut?” käsiteltiin Pohjois-Karjalan tukiyhdistysten jäsenten arvioita palveluiden ja tuen saatavuudesta ja erityishuoltopiirin sulautumisesta sairaanhoitopiiriin. Pohjois-Karjalan Kehitysvammaisten Tukipiiri ry:n jäsenkyselyn tarkoituksena oli nostaa kehitysvammaisten ja heidän läheistensä palveluihin ja tukeen liittyvät asiat keskusteluun Pohjois-Karjalassa. Tutkimustuloksista selvisi, että erityisosaamista vaativista palveluista huonoimmaksi koettiin mielenterveyspalvelujen saatavuus (Kaukola 4/2006).

3 NUORUUS

Nuoruus sijoittuu ikävuosiin 10 - 22 välille. Vaiheen loppupuolelle kiinteytyy jo suhteellisen muuttumaton aikuisen persoonallisuus. Nuoren psyykkinen kasvu on voimakasta kehittymistä ja samanaikaista ajoittaista psyykkisten toimintojen taantumista. Lapsuudenaikaiset toiveet onnistumisineen ja epäonnistumisineen tulevat uudelleen työstettäviksi. (Aalberg & Siimes 1999, 55).

Mielestämme Helena Anhavan (1999) runo ”Maininki ennen aaltoa” kuvastaa hyvin nuoruutta:

*On kasvanut äkkiä
on pelkkiä raajoja
tuntee itsensä
hirven puolikkaaksi*

*Viereksii sängyillä
hyppelee tekemisestä toiseen
ei jaksa mitään
yhtäjaksoisesti.*

*Katselee peiliin
kuin odottaisi ihmettä:
uutta viehättävää minää
johon mieltyä*

*Ei pitäisi moittia laiskaksi
ei itserakkaaksi
vähiten osaa
itse itsestään pitää.
Sen vuoksi soisi, että
muut pitävät paljon.*

Nuoruudessa on neljä kehitysvaihetta. Ensimmäinen vaihe on *esinuoruus*, joka sijoittuu 10 – 12 ikävuosien välille. Tällöin useimmilla nuorilla puhkeaa puberteetti tarkoittaen kasvua nuoresta aikuiseksi. (Aalberg & Siimes 1999, 202). Seuraava vaihe on *varhaisnuoruus*, joka sijoittuu noin 12 – 14 ikävuosien välille. Tällöin keskeistä on vanhemmista irtautuminen ja kodin ulkopuolisten ihmissuhteiden tärkeys. (Vuorinen 1997, 202).

Esi- ja varhaisnuoruuteen voi kuulua levottomuutta ja rauhattomuutta ja nuorella voi olla keskittymisvaikeuksia sekä hänen minäkuvansa on usein heikko. Samanaikaisesti pelko menettää kontrolli voimakkaasti muuttuneeseen kehoonsa, seksuaalisiin mielikuviin ja tunteisiin on suuri. Itsenäistymispyrkimykset ovat olennainen osa tätä kehitysvaihetta. Halu päästä vanhemmista irti voi aiheuttaa kielteistä asennoitumista ja aggressiivisuuden lisääntymistä, mikä voi aiheuttaa konflikteja perheen sisällä. (Lehtoranta & Reinola 2007, 8-9). Nuori on hämmentynyt, koska kokemus omasta itsestä vaihtelee nopeasti. Välillä tuntee olevansa lapsi ja välillä haluaisi olla itsenäinen omista asioista päättävä. Nuori eriytyy korostamalla yksilöllisyyttään. (Aalberg & Siimes 1999, 57 - 58).

Varsinainen nuoruus sijoittuu 14 – 16 ikävuosien välille. Vanhemmista irtautuminen jatkuu yhä edelleen, mikä ilmenee itsekeskeisyytenä ja negativismina. Irtautuminen riippuvuussuhteesta vanhempiinsa merkitsee nuorelle surutyön läpikäymistä. (Vuorinen 1997, 202). Varsinaisessa nuoruusiässä nuori alkaa myös sopeutua kehonkuvaansa ja

seksuaalisuus kehittyä. Ikätovereiden merkitys on tärkeä nuoren etsiessä omaa seksuaalisuuttaan. (Aalberg & Siimes 1999, 57 - 58).

Varsinaisessa nuoruudessa nuori voi kokea koulun ja kodin asettamat vaatimukset liian haasteellisina, mikä voi johtaa hankaluuksiin kuten koulupinnaukseen, keskittymisvaikeuksiin, välinpitämättömyyteen ja passiivisuuteen. Itsenäisyys merkitsee myös, että narsistinen tyydytys, jota aikaisemmin saatiin vanhemmilta loppuu. Tällöin nuori voi kokea olonsa yksinäiseksi ja hylätyksi. Yksinäisyys voi saada nuoren pakenemaan fantasiaan tai muihin korvikkeisiin kuten kaukorakkaudet. (Lehtoranta & Reinola 2007, 10–12).

Neljäs kehitysjakso on *myöhäisnuoruus*, joka on keskimäärin 16 – 20/22 ikävuosien välillä. Tässä ikävaiheessa itsearvostus vahvistuu ja tunne-elämä vakiintuu. Identiteetin selkiytyttyä nuori on valmis aikuisuuteen. (Vuorinen 1997, 201). Nuori kokee omat vanhempansa tasa-arvoisemmin lähestyttäväksi hyväksyen itsessään vanhempiansa kaltaisia piirteitä ja mieltää heidän arvomaailmansa, myös empaattisuus lisääntyy. (Aalberg & Siimes 1999, 58 - 59). Myöhäisnuoruutta kuvataan kuitenkin myös identiteettikriisinä. Tämä vaihe on suurien päätösten aikaa elämässä, jolloin edessä ovat ammatilliset päämäärät, perheen perustaminen ja muita elämään liittyviä valintoja. Ystävyyssuhteet ovat hyvin tärkeä osa tätä kehitysvaihetta, koska nuori tarvitsee paljon tukea ja ymmärrystä (Aalberg & Siimes 1999, 58 - 59). Jos jostain syystä jotain jää ratkaisematta aikaisemmista kehitysvaiheista, näkyy se tässä vaiheessa. (Lehtoranta & Reinola 2007, 12).

4 MIELENTERVEYS

”Mielenterveys on olennainen osa terveyttä eli ihmisen psyykkistä, fyysistä, henkistä ja sosiaalista kokonaisuutta” (Suomen Mielenterveysseura).

”Tunnetasolla mielenterveys on hyvinvoinnin kokemista” (Heiskanen 2006).

”Yksilön kyky rakastaa ja tehdä työtä” (Sigmund Freud). ”...sekä kyky kohdata vaikeuksia ja tehdä surutyötä” (Hartmanin lisäys Freudin määritelmään).

Mielenterveys ei ole vain mielen sairauksien puuttumista, vaan se on myös yksilön voimavara ja siksi onkin tärkeää ymmärtää, että mielenterveys ja mielenterveyden häiriö ovat kaksi eri käsitettä. ”Positiivinen mielenterveys” (Bradburn 1965) on käsite, joka on otettu käyttöön kuvaamaan eroa mielenterveyden ja mielensairauden välillä. Elinvoima, itsetunto, elämänhallinta, toimintakyky, kyky luoda ihmissuhteita ja henkinen vastustuskyky ovat muun muassa mielenterveyttä kuvaavia käsitteitä. Positiivinen mielenterveys on elämän kivijalka, joka auttaa selviytymään vastoinkäymisistä ja antaa mahdollisuuden elämäniloon ja toivoon (Stakes).

Mielenterveyttä määritellään useiden eri tekijöiden pohjalta, kuten aikakauden, kulttuurin, yhteiskunnan normien, lainsäädännön ja ihmisten omien tarpeiden. Myös ihmisen terveys ja hyvinvointi suhteessa talouteen, työhön ja fyysiseen sekä sosiaaliseen ympäristöön korostuu mielenterveyttä määriteltäessä (Suomen Mielenterveysseura).

Kuten fyysinen kunto, vaihtelee myös mielen hyvinvointi elämän eri vaiheissa. Kukaan ei ole jatkuvasti terve ja tasapainoinen, vaan elämässä tulee eteen monia haasteita ja ongelmatilanteita, jotka kuluttavat ihmistä sekä fyysisesti että psyykkisesti. Tärkeäksi nousee itsestään huolehtiminen, jotta jaksaa kohdata nämä tilanteet ja säilyttää tyytyväisyytensä ja elämänilonsa (Suomen Mielenterveysseura).

5 NUORUUSIÄN YLEISIMMÄT MIELENTERVEYSONGELMAT

Nuoruus on tyypillinen mielenterveysongelmien alkamisikä ja joskus raja normaalin kehityksen, kehitysongelmien ja psyykkisten ongelmien välillä on hankala. Mielenterveysongelmia esiintyy nuoruudessa enemmän kuin lapsuudessa ja enemmän varttuneilla kuin varhaisnuoruudessa. Kessler ym. havaitsivat laajassa väestötutkimuksessa, että ongelmatasoisesta mielenterveyden oireilusta kärsii joka viides nuori ja on havaittu, että noin puolet aikuisten mielenterveysongelmista on alkanut ennen 14-vuoden ikää ja 75 % ennen 24 – vuotta (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas & Walters 2005, 617–627). Dokumenttiohjelmassa 45 minuuttia 12.11.2008 ”Pahoinvoiva Suomi” lastenpsykiatri Jari Sinkkosen mukaan lasten oirehtivaa käyttäytymistä tulisi huomioida jo päiväkodissa. Pienten lasten kohdalla sitä ei kuitenkaan noteerata. Lapsen vetäytyvään ja levottomaan käyttäytymiseen ei puututa, jopa potkimiseen tai puremiseen suhtaudutaan odottaen: ”kyllä se menee ohi”. Erityispedagogiikan lehtori Päivi Pihlaja täsmentää vielä Sinkkosen puheenvuoroa, että Suomessa vallitsee niin sanottu odottamisen kulttuuri. Hänen mukaansa suljetaan silmät ja toivotaan, että se menisi ohi. Ei haluta nähdä, vaan odotetaan.

Riitta Hildenin kolumnissa ”Keitä ovat syrjäytyneet nuoret?” kuvataan yläkouluikäisen tulevaisuudenkuva huolestuttavana. ”Syrjäytynyt” nuori ei useinkaan ole kiinnostunut opiskelusta ja jo yläkoulussa voi ilmetä esimerkiksi heikkoja arvosanoja ja lukuisia poissaoloja. Kodin tuki voi olla heikko, kuten esimerkiksi alkoholistiperheissä ja tukea tarvitaan runsaasti kodin ulkopuolisilta toimijoilta, kuten esimerkiksi opolta, koulukuraattorilta, koulupsykologilta ja/tai muilta koulun ulkopuolilta tukiverkostoilta. Syrjäytyvällä nuorella saattaa itsellään olla myös selkeitä päihde- tai mielenterveysongelmia jo yläkouluikäisenä. Näiden nuorten kohdalla ei ole enää kyse normaalista nuoruuteen kuuluvasta kapinoinnista, vaan huoli heidän kohdallaan on todellinen. Lähdettyään peruskoulusta heillä ei enää ole samanlaista tukijoukkoa ympärillään ja aikuisia, jotka seuraavat rinnalla. Syrjäytymisvaara heidän kohdallaan merkitsee yleensä sitä, että peruskoulun päätettyään he tulevat todennäköisesti jäämään yhteiskunnallisen koneiston ulkopuolelle. Motivaation puutteesta ja muista mahdollisista ongelmista johtuen, ammattiin johtavat opinnot jäävät usein kesken ja

työnsaantimahdollisuudet kouluttamattoman nuoren kohdalla ovat heikot. Näin ollen uhkatekijöinä ovat esimerkiksi päihteet, masennus ja rikollisuus. Usein kukaan ei tiedä missä nämä syrjäytyneet nuoret ovat, sillä he eivät välttämättä kuulu minkään avun piiriin.

Nuorten yleisimpiä mielenterveysongelmia ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, paniikki-, käytös- ja päihdehäiriöt. Nuoren mielenterveyshäiriö voi ilmetä kehon kaltoinkohteluna, esimerkkeinä mm. viiltely ja syömishäiriöt. Myös koulunkäyntiin liittyvät ongelmat ja ihmissuhdeongelmat (Aalto-Setälä & Marttunen 2007, 207–213).

Masennus

Nuoruusiässä masennus on osittain normaali reaktio. Nuoren pyrkimys irrottautua tutusta ja turvallisesta kodista voi aiheuttaa epävarmuutta ja turvattomuutta (Aaltonen, Ojanen, Vihunen & Vilen 2003, 265–269). Keskeisimmät masennuksen oireet ovat esimerkiksi masentunut mieliala, mielenkiinnon menettäminen ja väsymys. Nuoren masennuksessa korostuu vihaisuus, ärtyneisyys, epäsosiaalinen käytös ja mielialan vaihtelevuus. Masennuksen ilmaantuvuus kasvaa murrosiän jälkeen ja uusien masennusjaksojen alkaminen on todennäköisintä 15–18-vuotiailla. Tytöillä riski on noin kaksinkertainen poikiin verrattuna. Suurin osa (90–95 %) masennusta sairastavista nuorista toipuu kuitenkin vuoden kuluessa. Masennusjaksoilla on suuri taipumus uusiutua ja noin 70 % masentuneista sairastuu uudelleen viiden vuoden kuluessa (Birmaher, Ryan & Williamson 1996, 1427–1439). Masennustilat ovat yksi merkittävimmistä itsemurhien riskitekijöistä (Pelkonen & Marttunen 2003, 243–265).

Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriön oireet muistuttavat paljolti masentuneen ihmisen oireita. Erona on, että ahdistuneisuuteen kuuluu suurempi huoli jostakin. Nuorten ahdistuneisuushäiriöt ovat usein pitkäkestoisia ja toistuvia. Tytöt ovat alttiimpia sairastumaan ahdistuneisuushäiriölle kuin pojat. Oireilussa esiintyy eroja eri ikäkausien kohdalla. Tyypillisesti lapsuusiässä erilaisten kehityksellisten pelkojen kohteina ovat konkreettiset vaarat, ja nuoruusiässä pelot kohdistuvat sosiaaliseen ympäristöön (Ranta, Kaltiala-Heino, Rantanen, Pelkonen & Marttunen 2001, 791–801).

Paniikkihäiriö

Epidemiologisten tutkimusten mukaan paniikkihäiriön esiintyvyys nuoruusiässä on 0,4–1,6 %, mutta yksittäiset paniikkikohtaukset ovat nuorilla suhteellisen yleisiä. Nuorten yleisimmät oireet paniikkikohtauksessa ovat sydämentykytys, vapina ja pahoinvoinnin tunne. Itsensä hallinnan menettämisen ja kuoleman pelkoa esiintyy myös yleisesti kohtausten yhteydessä. (Biederman ym. 1997, 1427–1439).

Käytöshäiriöt

Käytöshäiriö näkyy toistuvana ja pysyväenä epäsosiaalisena käytöksenä. Nuorten käytöshäiriöt aiheuttavat merkittäviä psyykkisiä ja sosiaalisia haittoja niin nuorelle itselleen, hänen perheelleen sekä yhteiskunnalle. Esimerkiksi toistuva koulupinnaus, näpistely, vakavimmillaan väkivaltainen tai rikollinen käyttäytyminen. Käytöshäiriöiden ilmaantuminen alkaa jo usein varhaislapsuudessa ja vakavimmat häiriöt voivat jatkua vielä aikuisuudessaakin. Häiriöt ovat pojilla noin viisi kertaa yleisempiä kuin tytöillä. (Collishaw, Maughan, Goodman & Pickles 2004, 1350–1362).

Päihdehäiriöt

Nuorten ensimmäiset päihdekokeilut sijoittuvat keskimäärin 12–13 vuoden ikään, mutta varsinainen päihdehäiriöiden alkamisikä on tutkimusten mukaan noin 14–15 vuotta. Tyypilliset päihdehäiriöt ovat vaikeahoitoisia ja toistuvia sekä on tavallista, että häiriöön liittyy samanaikaisesti usean päihteen yhteiskäyttöä, esimerkiksi lääkkeit, huumeet ja alkoholi. Päihteiden käytön seurauksena voi nuoren kognitiivinen, emotionaalinen ja sosiaalinen kehitys häiriintyä ja mitä nuorempaan päihteiden käyttö alkaa sitä todennäköisemmin ongelmat jatkuvat aikuisuuteen. (Lepistö, von der Pahlen & Marttunen 2006, 2331–2338).

Viiltely

Brittiläisen Oxfordin Yliopiston Itsemurhatutkimuskeskuksen tutkimus raportoi, että useampi kuin yksi kymmenestä teini-ikäisestä vahingoittaa tahallisesti itseään. Yli 6000 15–16-vuotiaan oppilaan joukossa tehty tutkimus osoittaa, että jopa 10,3 %:lla on havaittavissa itseensä kohdistuvaa aggressiivista käyttäytymistä, mikä ilmenee yli puolella viiltelynä. Sukupuolten välillä on havaittavissa selvä ero, sillä itsensä

viiltely on tytöillä jopa neljä kertaa yleisempää kuin pojilla. Itsensä viiltelyn taustalla olevat syyt ovat yleensä halu saada helpotusta hirveään oloon ja yritys lievittää ahdistusta. Joillakin itseään viiltelevistä nuorista on myös itsemurha-ajatuksia tai he voivat hyväksyä kuoleman yhtenä viiltelyn seurauksena (UK study by the Centre for Suicide Research at Oxford University 2002).

Syömishäiriöt

Yleisimmät syömishäiriöt lääketieteessä ovat anoreksia ja bulimia, jotka psykologisen näkökulman mukaan johtuvat toisaalta nuoresta itsestään ja hänen perheestään, toisaalta siitä kulttuurista ja yhteiskunnasta, jossa nuori elää. Tyttöjen ja poikien erilaisella kasvatusperinteellä uskotaan olevan osuutensa siihen, miksi tytöt sairastuvat poikia useammin syömishäiriöihin. Syömishäiriö voi olla nuorelle, esim. yritys käsitellä vaikeita ajatuksia, tunteita ja pelkoja. Sairastumista voi myös edeltää traumaattinen kokemus, tai se voi alkaa vähitellen itsekseen vaikeassa elämäntilanteessa. Poikien tunteiden purkaukset näkyvät usein ulospäin esimerkiksi väkivaltaisena käyttäytymisenä, kun taas tytön vahingoittavat itseään useammin esimerkiksi syömishäiriöillä (Aaltonen, Ojanen, Vihunen & Vilen 2003, 269–271.)

Koulunkäyntiin liittyvät ongelmat

Koulunkäyntiongelmat voidaan nähdä ensimmäisenä vaiheena syrjäytymiseen johtavalla polulla. Huono-osaisten ja syrjäytymisvaarassa olevien oppilaiden koulukielteisyys ja kouluallergia liittyvät moniin huono-osaisuutta indikoiviin tekijöihin, kuten koulukiusaamiseen ja myöhemmin nuoruusikäisenä alkoholin käyttöön ja jopa rikoksiin. Poikien ahdistus ja sopeutumattomuus ovat yleensä rajua ja aggressiivisempaa laatua, jolloin purkautuminen tapahtuu kiusaamalla luokkatovereita ja uhmaamalla koko koulun henkilöstöä. Tyttöjen ahdistuneisuus kääntyy usein sisäänpäin, eikä käyttäytyminen muutu yleisopetuksen oppilasjoukkoa häiritseväksi. (Nyyssölä 2000, 64–75).

Ihmissuhdeongelmat

Sosiaaliset suhteet ovat nuorelle tärkeitä stressistä selviytymisen keinoja. Voimavaroja saadaan ihmissuhteista, opiskelutovereista, seurustelusta ja suhteesta vanhempiin. Nuoren elämänmuutosten aiheuttamat ongelmat ihmissuhteissa voivat helposti aiheuttaa

ylikuormitusongelmia, psykosomaattista oireilua, fyysistä sairastumista ja saattavat jopa pahimmillaan provosoida psyykkistä sairastumista. (Kunttu 2003, 4).

Nuorten mielenterveyshäiriöille on tyypillistä usean eri häiriön esiintyminen samanaikaisesti. Monihäiriöisyydellä on huomattava kliininen merkitys, mikä on yhteydessä vaikeampaan oirekuvaan, häiriöiden pidempään keston ja suurempaan toiminnalliseen haittaan (Marttunen & Rantanen 2001, 518–556; Karlsson, Pelkonen & Ruutu 2006, 220–231).

Nuorten Vastaanoton asiakkailla voi esiintyä edellä mainittuja mielenterveyshäiriöitä ja niistä halusimme koota pienen tietopaketin, josta tulee esille yleisimmät nuorilla esiintyvät mielenterveyshäiriöt.

Sukupuoltenväliset erot

Matti Rimpelän artikkelissa ”Haasteena mieserityinen hyvinvointiosaaminen” käsitellään miesten ja naisten välisiä eroja asioiden kokemisessa ja hahmottamisessa. Erilainen kokeminen näkyy varsinkin lasten häiriöissä ja oireiden kokemisessa sekä aikuisten tuen hakemisessa. Tyttöjen huonovointisuus näkyy usein sisäänpäin kääntymisenä. Pahoinvointi tulee tavallisesti esiin oireina, joista tytöt usein kertovat läheisilleen ja ammattiauttajille (Rimpelä 2003). Poikien huonovointisuus näkyy ulospäin. Pojat puhuvat pahoinvoinnistaan toimimalla ja aiheuttamalla häiriöitä. Samalla tavalla masentuneet tytöt puhuvat pahoinvoinnistaan läheisilleen enemmän kuin pojat. Vastaanotolla tytöt osaavat useimmiten tuoda tuntemuksensa paremmin esille, kun taas pojat pyöriivät vaivautuneena tuolissaan. Sama ero näkyy myös aikuisina. Palvelujen tarjonta on moninkertaistunut, mutta silti sukupuoltenvälinen ero näkyy selvänä hoitoon hakeutumisessa. Suomalainen mies ei tule ajoissa lääkäriin (Rimpelä 2003).

Päivähoidossa ja erityisesti peruskoulussa ammattihenkilöstö reagoi lasten hyvinvointiin sukupuolierityneesti. Pahoinvoinnista ja oireilusta puhuville tytöille ohjataan herkemmin apua, mutta puhumattomat ja häiriköivät pojat poistetaan luokasta. Pahoinvoiville tytöille on rakentunut laaja terapiasuuntautunut auttamisjärjestelmä ja pojille taas kontrollisuuntautunut. Rimpelän mukaan ”Naissukupuolelle erityinen ammatillinen hyvinvointiosaaminen löytyy varmin neuvolasta, miessukupuolelle erityinen vankilasta. Naiset ymmärretään tavallisesti tukea ja terapiaa tarvitseviksi

uhreiksi, miehet vain rankaisusta tai sen uhasta oppiviksi pahoinpitelijöiksi. ” (Rimpelä 2003)

6 NUORTEN MIELENTERVEYSPALVELUT

Mielenterveyspalveluilla tarkoitetaan mielenterveyden häiriön takia annettavia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Kunnat vastaavat Suomessa palveluiden järjestämisestä. Palveluita tuottavat ensisijaisesti sairaanhoitopiirit ja kunnat. Järjestöjen sekä muiden yksityisten palvelutuottajien rooli mielenterveyspalveluissa on kasvava. Järjestöillä on suuri merkitys asumisen ja arjen tukemisessa ja joidenkin erityisryhmien tukemisessa, kuten tuottaa maahanmuuttajien mielenterveyspalveluita. Valtion vastuu on oikeuspsykiatrisesta laitoshoidosta Niuvanniemen ja Vanhan Vaasan sairaaloissa sekä vankien psykiatrisen hoidon tuottamisessa. Yksityiset yritykset ja ammatinharjoittajat tarjoavat mielenterveyspalveluja, joiden painopiste on yksityisissä lääkäripalveluissa ja asumispalveluissa (Wahlbeck 2007, 87).

Mielenterveyspalveluita laajempi käsite on mielenterveystyö, joka mielenterveyslain mukaan tarkoittaa yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielenterveyden häiriöiden ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta (L 14.12.1990/1116). Mielenterveystyöhön liittyy monia yhteiskunnan sektoreita, ulottuen sosiaalipolitiikasta ja yhteiskuntasuunnittelusta varsinaisiin mielenterveyspalveluihin. Eri sektoreiden yhteistyö väestön psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseksi edellyttää tuloksekasta mielenterveystyötä. (Wahlbeck 2007, 87).

Nuorille suunnattujen mielenterveyspalveluiden kehitys alkoi aluksi mielisairaanhuoltopiireissä 1960–1980- luvuilla ja sen jälkeen vuodesta 1991 sairaanhoitopiireissä. 40- vuotisen kehityshistorian aikana nuorten mielenterveyspalvelut ovat pääsääntöisesti olleet erikoissairaanhoidon toimintaa ja vasta viimeisen kymmenen vuoden aikana koko maan kattava palveluverkosto on kehittynyt. Perusterveydenhuollon

ja erikoissairaanhoidon yhteistyö tällä erikoisalalla on kuitenkin vielä ”lapsen kengissä” (Pylkkänen 2003, 35–37).

YTHS:n johtajapsykiatrin Kari Pylkkäsen mukaan mielenterveyspalvelujen tarvitsijat ja käyttäjät tulee olla tasavertaisia muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjien kanssa. Mielenterveyspalvelujen saatavuus on oltava samalla viivalla muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen kanssa, jolloin tarvitaan lisärahoitusta ja uusia rahoitusmalleja mielenterveyspalveluille (Suomen Mielenterveysseura). Professori Jouko Lönnqvist Kansanterveyslaitoksesta kommentoi hoitoonpääsyä ja psykiatristen palvelujen tilaa dokumentti ohjelmassa ”45 minuuttia” 5.11.2008. Dokumentissa pohdittiin lasten ja nuorten psykiatriisiin hoitoihin käytettäviä satoja miljoonia euroja vuosittain Suomessa. Kukaan ei kuitenkaan tunnu tarkkaan tietävän, mitä rahoilla saadaan aikaan. Hyvää tarkoittavia hankkeita on pilvin pimein, mutta auttavatko ne todella nuoria? Tärkeää olisi myös, että nuorten mielenterveydestä puhuttaisiin kaiken aikaa, eikä vain silloin kun se on lehden etusivun tragedia. Katastrofin jälkeisinä päivinä kyllä kysytään, onko palveluja riittävästi ja tunnistetaanko pahoinvoiva nuori. Tämän jälkeen keskustelu laimenee ja loppuu.

Helsingin yliopiston nuorisopsykiatrian tutkimusprofessori Mauri Marttusen mukaan suurin osa nuorten mielenterveysongelmista on lieviä ja vaikeimmista ongelmista kärsivät ohjautuvat melko hyvin hoitoon. Lievätkin ongelmat voivat kuitenkin vaikeutua hoitamattomina. Nuorten mielenterveysongelmiin liittyy usein se, että hoitoon hakeutuminen kestää (Peltonen 2008, 30–32). Asiakkaan kanssa yhteisymmärryksessä sovittu jonotus, jona aikana tarjolla on kuitenkin tukea, ei varmaankaan ole kielteinen kynnys. Pakollinen jonotus, kun avuntarve on kiireellinen, lannistaa motivaatiota ja heikentää asiakkaan terveyttä ja sosiaalista tilannetta. Ongelmana ovat myös hoidon saamisen vaikeudet akuuteissa tilanteissa, jolloin palveluyksiköt ovat avoinna. Ympäri vuorokautista päivystystä on erityisesti mielenterveysongelmaista varten mahdollista järjestää yleensä vain suuremmilla alueilla. Tärkeää olisi, että hoitoa saisi aina kriisitilanteissa (Mäkelä, Nieminen & Törmä 2005).

Häpeän ja leimautumisen pelko saattaa hidastaa ja jopa estää hoitoon hakeutumista. Pelko on voimakas tunne aivan kuten viha, kateus, suru ja ilo. Pelko kuuluu tietyissä rajoissa ihmisen normaaliin elämään. Pelko saattaa kuitenkin ilmetä vastenmielisenä

tunteena, joka saattaa jopa estää tai viivästyttää hakeutumista hoitoon. Leimautuminen ja häpeä voivat olla sairauden sosiaalisia seurauksia ja ilmetä yksilön omana kokemuksena tai leimautumisen ja/tai syrjinnän pelkona (Inkilä, Paavilainen & Halme 2007). Ongelmana ovat myös mitä kauempana palvelut ovat nuoren arjesta, sen hankalampaa hänen on niihin hakeutua. Marttunen pitää tärkeänä peruspalveluita, koska siellä pystytään hoitamaan lievemmat ongelmat, kuten ahdistuneisuus tai lievä depressio. Tämä onnistuu jos resursseista on huolehdittu. On toivottavaa ettei peruspalveluista tulisi vain ongelmien tunnistamispaiikkoja, joista potilaat ohjataan muualle hoitoon. Jos peruspalvelut eivät toimi, nuoria ohjataan enemmän erikoispalveluihin, esimerkiksi nuorisopsykiatriaan, jolloin ongelmana on jonojen kasvaminen. Osassa Suomea näin on jo käynyt (Peltonen 2008, 30–32).

Inkilän ym. mukaan psykiatrisen hoidon keskeinen auttamismenetelmä on vuorovaikutus, jota kuvataan tilanteeksi, jossa asiakkaalla on mahdollisuus puhua itsestään, elämästään, kokemuksistaan, tunteistaan ja ajatuksistaan. Vuorovaikutuksen tarkoituksena on, että asiakasta kuuntelemisen lisäksi ymmärretään. Asiakkaan kokemus hoitosuhteesta ja sen laadusta ovat enemmänkin riippuvaisia hoitavasta henkilöstä ja asiantuntijuudesta kuin hoitavan henkilön ammatillisesta perustutkinnosta. Luottamus syntyy kiireettömässä ilmapiirissä, jossa asiakas kokee hoitajan olevan vain häntä varten. Perusterveydenhuollon depressiotutkimuksen yksi keskeinen suositus oli, että asiakkaalle varataan riittävästi aikaa kertoa itsestään ja omista asioistaan.

6.1 Mielenterveyspalvelujen tarve

Mielenterveyskäyntien määrä on avohoidossa jatkuvassa nousussa. Viimeisen kymmenen vuoden aikana tilastoitujen käyntien määrä on lisääntynyt lähes puolitoistakertaiseksi ja vuonna 2005 tilastoitiinkin yli kaksi miljoonaa terveydenhuollon mielenterveyskäyntiä (Stakes 2006). Mielenterveyspalvelujen kysyntä on jatkuvasti kasvussa, vaikka tutkimuksellista näyttöä mielenterveyden häiriöiden lisääntymisestä Suomessa ei ole (Wahlbeck 2004, 60–75). Tutkimusprofessori Mauri Marttunen Kansanterveyslaitoksesta kaipaavaa realistista ja tutkittuun tietoon perustuvaa keskustelua lasten ja nuorten mielenterveydestä. Marttusen mukaan asioita yleistetään turhankin helposti heti, kun sattuu traaginen tapahtuma, esimerkiksi Jokelan ja Kauhajoen koulusurmat. Yleistykset saattavat helposti johtaa harhaan, jolloin syntyy

käsitys, että kaikki on nyt huonommin kuin ennen. Näin se ei kuitenkaan ole. Ongelmien lisääntymisestä on ristiriitaista tietoa, sillä mielenterveyspalveluja käytetään enemmän kuin aiemmin, lastensuojelun tarve on lisääntynyt sekä lukioikäisten tyttöjen masennusoireilu on kasvanut kymmenessä vuodessa. Toisaalta nuorten päihteiden käyttö ja itsemurhat ovat kääntyneet laskuun. Ongelmia ei pidä vähätellä, mutta ei liioitellakaan. ”Ongelmat eivät ole lisääntyneet räjähdysmäisesti.”, Marttunen täsmentää. Kansallisista rekistereistä tulevat esille esimerkiksi sairaalahoidot, lääkärillä käynnit ja lastensuojelu. Nämä rekisterit paljastavat, mitä hoitoa nuoret ovat saaneet, mutta eivät kerro, kuinka moni hoitoa olisi tarvinnut. Marttusen mukaan ”Hoidon ja hoidettujen nuorten määrä kasvaa, kun hoitopaikkoja tulee lisää. Näin se menee.” (Peltonen 2008, 30–32).

Kasvavan kysynnän syyt liittyvät enemmän yhteiskunnallisiin muutoksiin kuin epidemiologisiin muutoksiin, esimerkiksi perhe- ja sukulaissiteiden löystyminen (Wahlbeck 2007, 92). Muutamien kansainvälisten tutkimuksien mukaan käytöshäiriöt olisivat lisääntyneet 20 vuoden aikana, mutta samanlaista ilmiötä ei ole havaittu masennuksesta. Tutkimusprofessori Marttusen mukaan suurempi osa nykyajan nuorista kärsii depressiosta enemmän kuin hänen nuoruudessaan. Tätä on selitetty fyysisen puberteetin aikaistumisella, jolloin sairastutaan depressioon yhä nuorempina. Lisäksi nuoriin kohdistuneet vaatimukset ovat kasvaneet (Peltonen 2008, 30–32). Suomessa on jo pitkään tehty niin, että jos perheessä oireilee lapsi, niin lapsi on otettu hoitoon ja hoidettu hänen oireitaan. Nyt on lähdettävä katsomaan, mikä on oireen syy. ”Se on se suuri muutos mikä nyt tulee tapahtumaan.” Peruspalveluministeri Paula Risikko sanoo dokumentti ohjelmassa 45 minuuttia (5.10.2008). Se ei kuitenkaan ole yksin sosiaali- ja terveysministeriön tehtävä, vaan se on kunnan ja kaikkien meidän tehtävä, Risikko täsmentää. Marttunen muistuttaa, että suurin osa lapsiperheiden hyvinvointia koskevista päätöksistä on yhteiskuntapoliittisia ja taustalla on myös kulttuurisia seikkoja. Tulevaisuuden nuorten hyvinvointi on riippuvainen siitä, miten lapsiperheitä tuetaan nyt. Erityisesti ne perheet, joiden vanhemmat ovat syrjäytymisvaarassa, työttömiä tai kärsivät päihde- ja mielenterveysongelmista. (Peltonen 2008, 30–32).

Oppilashuollon ja kouluterveydenhuollon toimintaa on parannettava, koska yksi keskeinen ongelma on pula kouluterveyslääkäreistä ja –hoitajista. Mikäpä olisi parempi paikka kohdata kaikki oppivelvollisuusikäiset, kuin koulu (Peltonen, H. 2008, 32).

Nuorelle paras tapa saada asiantuntevaa tukea on kuraattorin, koulupsykologin tai terveydenhoitajan luo hakeutuminen. Moniammatillinen oppilashuolto kykenee kartoittamaan nuoren hoidon tarpeen. Jokelan ja Kauhajoen tapausten jälkeen asiantuntijat ovatkin vaatineet parempaa panostusta kouluterveydenhoitoon. Esimerkiksi Helsingissä kouluihin on jo hankittu lisää auttajia. Psykiatrisen sairaanhoitajan Jannecke Kartton mukaan (dokumentti ohjelma 45 minuuttia 5.11.2008) terveydenhoitajilla on isot oppilasmäärät kouluissa. Heillä ei välttämättä ole aikaa pysähtyä yksittäisen nuoren kohdalla niin pitkään kuin tarve vaatisi. Tämän vuoksi onkin tärkeää, että jokaisessa koulussa olisi ”oma” psykiatrinen sairaanhoitaja tai muu vastaava ammattilainen, joka auttaa oppilaita heidän huolissaan. Psykiatristen sairaanhoitajien työ kouluissa on juuri sellaista ennaltaehkäisevää hoitoa, jota julkisessa keskustelussa on kaivattu. Helsingissä sairaanhoitaja toimii yhteistyössä oppilaan, koulun ja kodin kanssa. Nuori voi myös hakeutua hoitoon lääkärin läheteellä tai ottamalla itsenäisesti yhteyttä paikallisiin nuorisoasemiin tai mielenterveystoimistoihin. Yli puolet niistä nuorista, joilla on selvä depressio, eivät ole missään hoidossa. Nuori ei aina itse ymmärrä mistä on kyse, eikä tiedä tarvitsevana hoitoa. Ongelmana on usein, että ei tiedetä mistä apua haetaan tai apua ei saada tarpeeksi nopeasti. Kun nuori ei itse jaksa, ei osaa tai pelkää hakea apua, tulisi aikuisen kertoa nuorelle suunnatuista palveluista. Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden ammattiosaamiseen tulisi sisältyä tietoa paikkakunnan mielenterveyspalveluista (Wittchen, Nelson & Lachner 1998, 109–126). Liitteenä Taulukko 1. Nuorten mielenterveyspalvelujen porrastus (LIITE 1).

Mielenterveyden häiriö uhkaa vakavasti nuoren kehitystä, jos nuori ei saa tarvitsemaansa apua tarpeeksi ajoissa. Wittchen H-U ym. tutkimuksen mukaan suurin osa mielenterveyshäiriöistä kärsivistä nuorista ei saa hoitoa, esimerkiksi vakavasti masentuneista suomalaisnuorista alle puolet on psykiatrisessa hoidossa. Traagisena esimerkkinä otamme myös esille heinäkuussa 2008 tapahtuneen keravalaisen urheilijatyön surman. 18-vuotias mies on kertonut puukotuksen motiiviksi pitkään jatkuneen ahdistuksen, jonka seurauksena hän koki kohtalokseen lopulta tappaa jonkun päästäkseen eroon pahasta olostaan. Kuulustelujen mukaan mies oli sanonut poliisille ”nyt pääsen hoitoon” ja myöntänyt, että surmaa ei olisi ehkä tapahtunut, jos hän olisi päässyt aikaisemmin hoitoon ja saanut apua ahdistukseensa. Surmaaja kertoi ahdistuksen pahentuneen keväällä, jolloin hän oli hakeutunut hoitoon. Huhtikuun lopulta lähtien hän oli ollut erikoissairaanhoidon jonossa ja kertonut hakeneensa aiemminkin

epäsäännöllisesti apua ongelmaansa. Hän kertoo saaneensa hoitoa lähinnä lääkemääräysten muodossa. (Passi, M. 2008, Helsingin Sanomat). Keravalaisnuorten psykiatrinen erikoissairaanhoito on ollut jo pitemmän aikaa kehnolla mallilla. Suurimpana syynä ongelmien kasvussa on ollut lääkäripula. Viime aikoina keravalaisnuorten psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta vastaavalla nuorisopsykiatrian poliklinikalla ei ole ollut yhtään lääkäriä. Hoitotakuun ylittävät yli kolmen kuukauden jonotusajat koettelivat noin 40:tä hoitoa tarvitsevaa nuorta. Helsingin yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosityksikön johtaja Grigori Joffe kertoo, että ylipitkien jonojen ongelmasta on alueella puhuttu useita kuukausia kenties vuosiakin, mutta lääkäreitä ei ole saatu sinne edes ostopalveluina (STT, 2008/7).

6.1.1 Sukupuolieroavaisuus palvelujen tarpeessa

Erikoistutkija Sakari Karvosen mukaan kirjassa ”Onko sukupuolella väliä? Hyvinvointi, terveys, pojat ja tytöt” kyselytutkimusten perusteella nuoret tytöt raportoivat poikia enemmän erilaisia psyykkisiä ja ruumiillisia oireita. Vuonna 2000 tehdyssä kansanterveyslaitoksen terveystarkastustutkimuksessa naisilla on enemmän vakavaa masennusta (18 %) kuin miehillä (6 %) sekä psyykkistä kuormittuneisuutta (naiset 20 % ja miehet 13 %). Oman koetun terveyden hyväksi tai melko hyväksi koki naisista 90 % ja miehistä 88 %. Lisäksi naiset arvioivat oman elämänhallintansa miehiä useammin erittäin hyväksi tai hyväksi (naiset 89 % ja miehet 83 %) (Karvonen 2006, 23).

Nuorten tyttöjen psykiatrinen sairaalahoido kasvoi voimakkaasti vuosituhannen vaihteeseen asti, jonka jälkeen kasvu on ollut lievempää. Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevista alle 13-vuotiaista valtaosa on poikia, kun taas nuoruusiässä tyttöjä on sairaalahoidossa noin kaksi kertaa enemmän kuin poikia. Vuonna 1995–2004 psykiatrisen sairaalahoidon kasvu oli suurinta 13–17-vuotiailla tytöillä, jolloin hoidettavien määrä lisääntyi 197 prosenttia eli melkein kolminkertaistui. Se, että nuoria tyttöjä on sairaalassa enemmän, saattaa selittyä nuorten poikien ohjautumisella ensisijaisesti sosiaalitoimen laitoksiin, kuten koulukoteihin (Kaivosoja 1996, 218). Teini-ikäiset tytöt ovat poikia enemmän sairaalahoidossa erityisesti mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi. Laihuushäiriöiden osalta tyttöjä on sairaalahoidoissa yli kaksikymmenkertainen määrä (Karvonen 2006, 23). Erityisen suuri sukupuolten välinen ero näkyy 15–19-vuotiaiden psykiatrisessa hoidossa. Pojilla on 236 käyntiä

tuhatta asukasta kohti vuodessa, kun taas tytöillä vastaava määrä on 678 käyntiä tuhatta asukasta kohti vuodessa (Karvonen 2006, 24). Esimerkiksi taulukossa 6 yhteistyökumppanimme Nuorten Vastaanoton toimintatiedot seurantajakson aikana 1.1. – 30.9.2002 näkyy selvästi tyttöjen ja poikien hoitoon hakeutumisen eroavaisuus, tyttöjä 63 % ja poikia 37 % (LIITE 5) ja vuonna 2007 tyttöjä oli 77 % ja poikia 23 %.

Viime vuosina lasten ja nuorisopsykiatrian käynnin ovat merkittävästi lisääntyneet. Vuodesta 1994 vuoteen 2004 nuorisopsykiatrian käynnit kaksinkertaistuivat ja lastenpsykiatrian käynnit lähes kaksinkertaistuivat (Stakes 2006). Sukupuolten välisten erojen muutoksesta ei ole varmaa tietoa, koska käyntejä sukupuolittain ei ole vielä kauaa tilastoitu. Kaksikymmentä vuotta täytettyään miehet ovat naisia useammin sairaalahoidossa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi, erityisesti skitsofrenian vuoksi (kaksinkertainen määrä) sekä alkoholin käytön tai lääkaineiden väärinkäytön vuoksi (lähes nelinkertainen määrä). Mielenterveysongelmia kuitenkin lähemmin tarkasteltaessa havaitaan, että naisia hoidetaan sairaalassa kaksi kertaa enemmän kuin miehiä persoonallisuushäiriöiden vuoksi (Karvonen 2006, 24).

Terveystieteiden palveluiden käytön sukupuolierot eivät välttämättä johdu biologisista terveyseroista, vaan myös erilainen hoitoon hakeutuminen tai terveydenhuollon henkilöstön erilainen suhtautuminen eri sukupuoliin voi vaikuttaa. Käytettävissä olevat tilastot eivät kuitenkaan anna vahvistusta näille selityksille, mutta sukupuolten väliset terveyspalveluiden käyttöerot voivat selittyä biologisilla, sosiaalisilla ja kulttuurisilla eroilla sekä niiden yhteisvaikutuksilla (Karvonen 2006, 25).

6.2 Mielenterveysavopalvelujen kehittämistarpeet

Suurimpia ongelmakohtia ovat vähäinen vetovoimaisuus alan ammattihenkilökunnan silmissä. Tästä johtuen avohoito ei ole toiminut parhaalla mahdollisella tavalla pitkäaikaisen henkilöstöpulan vuoksi. Avohoidon palveluissa toimivien psykiatrien paikkoja on erityisen vaikea täyttää, vaikka Suomessa on psykiatreja enemmän kuin koskaan aikaisemmin. Suomen Lääkäriliiton lääkärikyselyn mukaan alle 20 % psykiatreista toimii avohoidon palveluiden puolella. Kyselystä selviää, että työ koetaan kuormittavaksi. Erityisesti avohoidossa toimivat psykiatrit ja lastenpsykiatrit kärsivät muita lääkäreitä enemmän masennuksesta ja loppuun palamisesta. Psykiatrien

vähentäminen avohoidosta on sietämätön tilanne terveydenhuoltojärjestelmässä, jossa korostuu ensisijaisesti avohoidon tärkeys. (Wahlbeck 2007, 96).

Mielenterveyspalvelujen avohoito on haasteiden ja valintojen edessä. Avopalvelujen vetovoimaisuuden palauttaminen henkilökunnan silmissä vaatii uusia ratkaisumalleja sekä organisaation että sen sisällön suhteen. Tärkeää on myös mielenterveystyön laajentaminen siten, että se sisältää myös mielenterveyden edistämisen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn. Arvioinnin ja hoidon on perustuttava tieteelliseen näyttöön, ja Käypä hoito – suositukset on laitettava täytäntöön. Vuonna 2005 käynnistettiin osana kansallista terveydenhuollon kehittämishanketta kolme alueellista päihde- ja mielenterveystyön kehittämishanketta. Näitä ovat Pohjanmaa-hanke, Vantaan Sateenvarjo-hanke ja Lapin sairaanhoitopiirin hanke. Tavoitteena on kehittää uusia alueellisia ratkaisumalleja mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämiseen, ehkäisevään mielenterveys- ja päihdetyöhön ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseen. (Wahlbeck 2007, 96–97).

Perheen tukeminen ja hoitaminen kokonaisuutena ehkäisee muun muassa depressioon sairastuneen vanhemman lasta sairastumasta itsekin depressioon. Tätä kokonaisuutta tukemaan Stakes kehitti Toimiva lapsi & perhe – hankkeen, jossa kehitetään terveyden- ja sosiaalihuollon, eri yhteistyötahojen ja järjestöjen käyttöön työmenetelmiä. Näillä tuetaan perheitä ja lapsia sekä ehkäistään lasten häiriöitä kun vanhemmalla on vakava sairaus tai psyykkisiä vaikeuksia. Hanke tukee ennalta ehkäisevää työtä ja rakentaa yhteistyötä lasten ja aikuisten palvelujen välille. (Peltonen 2008, 32.)

6.3 Mielenterveystyön hankkeet ja suositukset

Hallinnollisten uudistusten jälkeen valtasi tieto-ohjaus aikakautemme ja tänä aikana keskushallinto on pyrkinyt kehittämään ja ohjaamaan mielenterveystyötä monen hankkeen ja suosituksen avulla. Tällaisia hankkeita ja suosituksia ovat esimerkiksi Stakesin vuonna 1994 julkaisema opas ”Mielenterveystyö kunnan asialistalle!” (Stakes 1994), vuonna 2000 Mari Koivusen opas ”Tienviittoja kunnan mielenterveystyön suunnitelman laatimiseen” (Koivunen 2000). Vuonna 2000 sosiaali- ja terveysministeriön kehittämistyöryhmän työn pohjalta julkaistiin ”Mielekäs elämä. Mielenterveyspalveluiden kehittämissuosituksia” (STM 2000). Sosiaali- ja

terveysministeriö julkaisi vuonna 2002 mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen (STM 2002) ja näitä seurasivat Pääsky-ohjelman toimenpidesuositukset (Kiikkala, Irma & Immonen 2002), Mielekäs elämä! – hankkeen julkaisemat mielenterveyspalveluiden kehittämissuositukset (Immonen, Kiikkala & Ahonen 2003). Sosiaali- ja terveysministeriön ”Työnjako ja työrasitus mielenterveyspalveluissa” (STM 2004) sisältää suosituksia mielenterveyspalveluiden kehittämisestä.

Monista hankkeista ja suosituksista huolimatta mielenterveystyö on monissa kunnissa edelleen kehittämätöntä. Jälkeenpäin tarkastellen näyttää siltä, että runsaskaan tieto-ohjaus ei ole ratkaissut mielenterveystyön ongelmia. Suomalaisen mielenterveystyön käytäntöihin ei ole vielä vaikuttanut lisääntyvä kansainvälinen näyttö mielenterveyden edistämisen ja ehkäisevän mielenterveyden vaikuttavuudesta (Wahlbeck 2007, 88).

7 HOITOTAKUU

Ensimmäinen terveydenhuollon säädösten määritelly hoitotakuu Suomessa oli lasten- ja nuortenpsykiatrian hoitotakuu vuonna 2001. Lastenpsykiatrialle, nuorisopsykiatrialle ja aikuispsykiatrialle on luotu yhtenäiset hoitoon pääsyn kriteerit. Hoitotakuun tarkoituksena oli turvata voimavarojen riittävyys. Tarkoituksena oli, että myös kunnat panostavat lasten ja nuorten mielenterveyspalveluihin siten, että tutkimuksiin ja hoitoon pääsy toteutuisi yhtenäisesti ja kohtuullisen ajan kuluessa kaikkialla maassa. (Pylkkänen 2003, 38).

Vuosituhanne alussa lastenpsykiatrian jonot vähenivät, mutta eduskunnan myöntämästä lisämäärärahasta ja laitoshoidon lisääntymisestä huolimatta lastenpsykiatriasta hoitoa jonottavien määrä ei ole vähentynyt vuoden 2003 jälkeen kansallisella tasolla. Syksyllä 2006 toteutettiin kysely, jonka mukaan hoitoon jonotti yli säädetyn rajan (3kk) yli 400 lasta ja yli 200 nuorta (Rauvala 2006. Stakes, suullinen tieto). Lasten- ja nuortenpsykiatrisen hoitotakuun toteutuminen alueittain tarkasteltuna on suhteellisen tyydyttävä. Useimmissa sairaanhoitopiireissä voi yksittäistapauksissa kuitenkin olla yli kolmen kuukauden viivettä hoitoon pääsyssä. Pääosa sairaanhoitopiireistä pystyy

toteuttamaan aikuispsykiatrian hoitoon pääsyn määräajassa. Ongelmat eivät kuitenkaan välttämättä tilastoidu sairaanhoitopiirien toimittamissa jonoluvuissa. Hoitoon pääsyn ongelmia on raportoitu lähinnä erikoispalveluissa, kuten syömishäiriöpoliklinikoilla ja neuropsykiatrian poliklinikoilla. Tilastointijärjestelmät lasten- ja nuortenpsykiatriassa ovat puutteellisia ja epäyhtenäisiä, joten ajantasaista seurantatietoa jonotilanteesta ei ole säännöllisesti saatavilla (Wahlbeck 2007, 89).

Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen toimesta vuonna 2001 käynnistyi NUOTTA – projekti. Projektin tavoitteena oli kartoittaa hoitotakuun toteutumista ja tunnistaa hyviä toimintamalleja, joilla toteutumista voitaisiin edistää. Hoitotakuun edellytyksenä on, että potilaan tulee päästä tutkimukseen kolme viikkoa lähetteen saapumisesta ja hoitoon kolmen kuukauden sisällä (Pylkkänen 2003, 38).

Hoitotakuu toteutui tutkimuksen kartoituksessa 52 %:ssa sairaanhoitopiireissä/sairaanhoitoalueilla, mutta hoitoon pääsyn mittaaminen oli selvästikin vielä kesken. Ilmoitusten mukaan hoitotakuu hoitoon pääsyssä toteutui 65 %:sti. Työryhmän mielestä tulos ei kuitenkaan vastannut todellisuutta, koska enimmäisaikojen mittaus oli vasta alkutekijöissään eikä täysin tarkkoja tietoja ollut käytettävissä (Pylkkänen 2003, 69). Sairaanhoitopiirien/ sairaanhoitoalueiden tutkimukseen ja hoitoon pääsyn enimmäisaikoja vuosilta 2001 – 2002 NUOTTA – projektin tiedustelusta saatujen vastausten mukaan löytyy taulukosta 2. (LIITE 2). Hoitotakuun toteutuminen ei ole täysin ongelmaton, sillä suoritettussa tiedustelussa 16.7.2002 suurin osa yksiköistä oli sitä mieltä, että hoitotakuun toteuttamisessa oli runsaasti yksilöityjä ongelmia. Liitteenä taulukot 3. ja 4. (LIITE 3), joissa on keskeisimpiä ongelmia hoitotakuun toteutumisessa ja toteutumisen suurimmat esteet nuorisopsykiatriassa 2002 (Pylkkänen 2003, 69).

8 PORIN NUORTEN VASTAANOTTO

Porin nuorisopsykiatrian poliklinikka aloitti toimintansa vuonna 1988 ja nuorisopsykiatrian osasto 1992. Nuorisopoliklinikan tarkoitus on soveltaa matalan kynnyksen periaatetta ja toimia ilman lähetepakkoa. Poliklinikan 6 virkaa täyttää erikoislääkäri, 2 psykologia, sosiaalityöntekijä ja 2 sairaanhoitajaa (Pylkkänen 2003, 51–53).

Satakunnan sairaanhoitopiirissä on noin 30 000 13- 22 – vuotiasta nuorta. Porista ja kuudesta naapurikunnasta 13 000 nuorta kuului nuorisopoliklinikan piiriin. Väestömäärältään ylivoimaisesti suurin nuorisopoliklinikan käyttäjäkunnista on Pori, jossa 9 600 nuorta käyttää nuorisopoliklinikan palveluja. Matalan kynnyksen periaate toteutui poliklinikan ensimmäisinä vuosina hyvin ja hoitoon pääsi alle viikossa. Kuitenkin mielenterveyspalvelujen kysynnän lisääntyessä ja toiminnan vakiintuessa alkoi poliklinikka pahasti ruuhkautua. Jonotusajat alkoivat kasvaa ja venyivät yli kahden kuukauden pituisiksi. Vuonna 1999 vastaan otettiin 159 uutta asiakasta ja hoidossa yhteensä oli 286 nuorta, joilla oli kaikkiaan 3 703 käyntiä. Eduskunnan määrärahoilla perustettiin Nuorten Vastaanottoryhmä (VOR) (nykyään Nuorten Vastaanotto), joka aloitti toimintansa 14.8.2000. Projekti kesti vuoden 2001 loppuun, jonka jälkeen toimintaa jatkettiin aluksi pari vuotta ja sen jälkeen Nuorten Vastaanottoryhmän toiminta vakinaistettiin. Vastaanottoryhmä -projektin avulla kokeiltiin uudenlaista työnjakoa ja porrastusta nuorisopsykiatriassa. VOR on esimerkki uudenaikaisesta välimaaston terveyspalvelusta nuorten mielenterveystyössä. Ideana oli kehittää uusi palvelurakenne perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon rajapintaan, jossa tehdään yhteistyötä sairaanhoitopiirin, terveyskeskuksen ja sosiaalitoimen kesken. Tavoitteena saada pitkät jonotusajat ja palvelujen ruuhkautuminen laskuun (Pylkkänen 2003, 51–53).

Nuorten Vastaanottoryhmän toiminta-ajatuksena on toteuttaa porilaisten tai Porissa opiskelevien nuorten ongelmien arviointia, antaa kriisihoitoa sekä selvittää tarpeen mukainen jatkohoitopaikka. VOR on matalan kynnyksen palvelu, joka toteuttaa varhaisen puuttumisen ja nopean intervention periaatetta. VOR ei siis anna terapiaa, vaan sitä tarvitsevat ohjataan jatkohoitoon. Nuorilta on usein löydettävissä useita tulosityitä. Keskeisimpiä ovat olleet masennus-, ahdistus- ja paniikkihäiriöoireet sekä koulunkäyntiin

liittyvät ongelmat. Syömishäiriöt ja ihmissuhdeongelmat ovat olleet myös tulossyynä. Käynnit nuorten vastaanottoryhmässä ovat maksuttomia ja luottamuksellisia. Jos pidempi tutkimus tai hoitajakso on tarpeen, VOR ohjaa potilaat eteenpäin, koska sen tarkoitus ei ole toteuttaa pitkiä hoitajaksoja. Tarvittaessa nuori ohjataan jatkohoitoon nuorisopoliklinikalle, mielenterveyskeskukseen tai yksityissektorille Kelan tuella (Pylkkänen 2003, 51–53). VOR:ssa on tällä hetkellä (vuonna 2008) 3 ½ työntekijän työpanos. Työntekijöitä on yhteensä kuusi, joista kuitenkin viisi tekee ns. puolipäiväistä. Työntekijät koostuvat kahdesta osa-aikaisesta terveydenhoitajasta, kahdesta osa-aikaisesta psykologista, yhdestä osa-aikaisesta sosiaalityöntekijästä ja kokopäiväisestä psykiatrisesta sairaanhoitajasta. Lisäksi lääkärin työpanos on neljä tuntia viikossa ja nuorisopsykiatrin konsultaatio tunnin viikossa (vuonna 2007) (Terveydenhoitaja M. Pirttikangas, henkilökohtainen tiedonanto 21.10.2008).

VOR:n perustamisen tarkoituksena oli poistaa jonot ja ruuhkautuminen nuorisopsykiatrian poliklinikalta ja tässä VOR onnistui hyvin. Avohoitokäynnit erikoissairaanhoidossa vähenivät 15 % ja sairaalassa hoitopäivät vähenivät ensimmäisenä toimintavuonna 40 % ja toisena 25 %. Mielenterveyspalvelujen piiriin tulleiden nuorten kokonaismäärä lisääntyi VOR:n ansiosta huomattavasti. Erikoissairaanhoidon piiriin tulleiden määrä taas väheni, koska osa sen potilaista, joille riitti lyhyt hoitajakso, kyettiin hoitamaan VOR:ssa. Ennen VOR:n avaamista nuorten mielenterveyspalvelut tavoittivat 3 % porilaisista nuorista vuonna 1999, vuonna 2002 4,5 % (Pylkkänen 2003, 51–53), vuonna 2006 4,7 % ja vuonna 2007 jo 5,1 % nuorista oli hoidon piirissä. Tänä vuonna (2008) lokakuun loppuun mennessä luku oli jo 5,1 % ja luku on edelleen nousussa (Nuorisopsykiatrian ylilääkäri K-M. Haapasalo-Pesu, henkilökohtainen tiedonanto 5.11.2008). Taulukossa 5. näkyvät muutokset erikoissairaanhoidossa Nuorten Vastaanottoryhmän perustamisen jälkeen (LIITE 4).

Tutkimusjaksot ovat venyneet pidemmiksi, esimerkiksi vuonna 2007 oli keskimäärin lähes viisi käyntiä asiakasta kohden. Tämä johtuu siitä, että jatkohoitopaikkoihin on jonoa. Ajanvaranneiden tutkimukseen pääsyaika oli 13,3 (keskiarvo) 1.1.07–31.5.07 välisenä aikana. Tulossyyt ovat lähes edellisvuosien kaltaisia. Masennusoireet ovat yleisin tulosyy. Nuorten Vastaanottoryhmästä saatujen uusien tilastojen mukaan vuonna 2007 uusia asiakkaita oli 273, joista poikia 63 ja tyttöjä 210. Käyntejä kaiken kaikkiaan 1347. Lisäksi hoitoneuvotteluja 267, puhelinkontakteja 537 ja ryhmätilaisuuksia 63. Nuorten

Vastaanottoryhmässä ei ole varsinaisia vertaistukiryhmiä, vaan tilanteet ovat olleet joko kahdenkeskisiä tapaamisia tai asiakkaan kanssa on voinut (varsinkin ensimmäisellä kerralla) olla omainen tai omaisia. Vastaanottoryhmän henkilökunta tapaa myös vanhempia tai vastaavia erikseen ilman nuoren mukana oloa, tietenkin nuoren suostumuksella. Lisäksi on verkostopalavereja, jolloin tavataan, esimerkiksi koulun henkilökuntaa, lastensuojelun- tai nuorisokodin työntekijöitä (Terveystenhoitaja M. Pirttikangas, henkilökohtainen tiedonanto 21.10.2008). Taulukossa 6. on esitetty Nuorten Vastaanottoryhmän toimintatietoja seurantajakson aikana 1.1. -30.9.2002 (Haapasalo-Pesu, K-M. 2002), missä on esitetty vuoden 2002 uusien nuorten lukumäärä, tyttöjen ja poikien välinen ero, ikäjakaumat, lähettäjät, mahdolliset jatkohoitopaikat, tutkimukseen pääsyn kesto ja nuorisopsykiatrian poliklinikan keskimääräinen jonotusaika (LIITE 5).

VOR:n hoitoneuvottelut ovat työryhmän kesken pidettyjä kokouksia, joissa pohditaan asiakkaan ongelmaa. Kyse voi olla esimerkiksi itsetuhoisesta nuoresta, joka ei ole motivoitunut hoitoon tai oikean jatkohoitopaikan suunnittelua asiakkaalle. Hoitoneuvotteluissa voidaan myös tehdä asiakkaalle hoitosuunnitelma, jossa myös asiakas voi itse olla mukana. Hoitoneuvotteluja on säännöllisesti kerran viikossa ja lisäksi tarpeen mukaan. Tilastoidut puhelinkontaktit taas ovat yhteydenpitoja asiakkaisiin tai yhteistyökumppaneihin ja niiden sisältö on asiakassuhteisiin liittyvä. Lisäksi VOR:ssa pidettävät ryhmätilaisuudet ovat olleet lähinnä erilaisia infotilaisuuksia, esimerkiksi opiskelijaryhmille, kuraattoreille, uusille työntekijöille. Ryhmät ovat olleet 2-30 henkilön kokoisia (Terveystenhoitaja M. Pirttikangas, henkilökohtainen tiedonanto 21.10.2008).

Nuorten Vastaanottoryhmä muutti nimensä vuonna 2008 vaihteessa Nuorten Vastaanotoksi, johdon määräyksen vuoksi. Nimen lopussa olevaa ryhmä-sanaa pidettiin harhaanjohtavana. Edelleen on kuitenkin lupa käyttää VOR-lyhennettä (Terveystenhoitaja M. Pirttikangas, henkilökohtainen tiedonanto 21.10.2008).

9 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa nuorten kokemuksia Nuorten Vastaanoton mielenterveyspalvelujen saatavuudesta. Lisäksi haluamme saada tietoa mistä johtuvat mahdolliset käyttämättä jätetyt ajat. Haluamme myös koota laajemman tietopaketin nuoruudesta, sen kehityshäiriöistä, mielenterveydestä ja mielenterveysongelmista.

Opinnäytetyön tavoitteena on vaikuttaa nuorten mielenterveyspalvelujen saatavuuden parantamiseen. Haluamme saada nuoren ääni kuuluviin, kun kysytään mitä he odottavat mielenterveyspalveluilta ja mitä mieltä he ovat tämän hetkisestä tilanteesta.

Kysymykset joihin haemme vastauksia:

1. Mitä mieltä nuori on mielenterveyspalvelujen saatavuudesta Nuorten Vastaanotossa?
2. Mistä johtuvat mahdolliset käyttämättä jätetyt ajat?

10 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

10.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä ja kohderyhmä

Olemme tutustuneet kattavasti opinnäytetyöhömmä liittyvään materiaaliin niin kirjallisesti, sähköisesti kuin ajankohtaisia dokumentteja seuraten. Olemme pyrkineet myös havainnoimaan ympäristöä jokapäiväisten toimintojemme yhteydessä ja saaneetkin tällä tavalla aiheeseen liittyvää tietoa ja ideoita runsaasti. Opinnäytetyömme on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, jonka havaintoaineisto soveltuu numeeriseen mittaamiseen. Kvantitatiivinen tutkimus sopii parhaiten silloin, kun halutaan saada tietoa jonkin ilmiön esiintymisestä tietyssä kohdejoukossa. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä edellyttää suurempaa otosta kuin kvalitatiivinen ja näin tutkimuksesta saadaan yleistettävämpi näkökulma (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara

2003, 123–127). Perusjoukko muodostuu Nuorten Vastaanoton asiakkaista, jotka ovat iältään 13–22 –vuotiaita. Valinta tapahtuu satunnaisotoksena. Otanta työhömmme on 60, mikä on noin 20 % vuoden 2007 kävijämäärästä.

10.2 Aineiston keruumenetelmä

Aineisto kerätään puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Kyselylomake sopii parhaiten sellaisiin tutkimuksiin, joissa on tarkoitus käsitellä aineistoa tilastollisen analyysin keinoin, esimerkiksi prosenttitaulukoiden avulla. Kyselylomake on myös haastattelua nopeampi vaihtoehto (Hirsjärvi ym. 2003, 180–191). Kyselylomake on laadittu tätä opinnäytetyötä varten. Lomakkeen laatiminen oli erittäin haastavaa ja pitkä prosessi, koska tähän tutkimukseen liittyvää mittaria ei löytynyt. Osviittaa saimme kuitenkin tutkimuksesta ”ARVO – mielenterveyspalveluarvio mielenterveyspalvelujen käyttäjien kokemusten kuvaajana” (Fröjd, Laurila, Kilku & Kaltiala-Heino 2003) ja tutkimuksesta ”Nuorten omat kokemukset mielialoistaan Porin lukioissa: kouluterveys 1997 - tutkimuksen osio”. Lomakkeen kysymykset pohjautuvat teoriaamme ja saamme niiden perusteella vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Kyselylomake sisältää 18 kysymystä, niistä 13 on monivalintakysymyksiä valmiine vastausvaihtoehtoineen ja viisi avointa kysymystä, jolloin vastaaja saa myös mahdollisuuden tuoda mielipiteensä esille omin sanoin. Kyselylomake on jaettu kolmeen osioon, joista ensimmäisessä selvitämme vastaajan taustatietoja. Toisessa osiossa kartoitamme mielenterveyspalvelujen saatavuutta ja viimeisessä osiossa kysymme vastaajan mahdollisia käyttämättä jätettyjä aikoja ja syitä niihin.

Hyväksytimme kyselylomakkeen ohjaavalla opettajalla ja Nuorten Vastaanoton henkilökunnalla. Henkilökunnalta saimme vielä ideoita täydentämään joitakin kysymyksiä, koska on tärkeää, että kysymykset on muotoiltu kohderyhmälle sopivaksi. Tutkimuslupa-anomus lähetettiin 16.9.2008 johtava hoitaja Sirkka-Liisa Varjukselle, joka kehotti ottamaan yhteyttä myös eettiseen lautakuntaan. Tutkimuslupa hyväksyttiin 24.9.2008.

Kyselylomake esiteltiin viidellä Nuorten Vastaanoton ikäryhmään kuuluvalla henkilöllä, jotka arvioivat lomakkeen selkeyttä ja toimivuutta kriittisesti. Esitelmäajalta saimme hyvää palautetta muun muassa kysymysten selkeydestä ja siitä ettei

vastaamiseen kulunut aikaa kovinkaan paljon. Keskustelimme Vastaanoton henkilökunnan ja ohjaavan opettajamme kanssa kyselylomakkeiden määrästä, jotka toimitamme Vastaanottoon. Ohjaava opettajamme neuvoi, että lomakkeita täytyy olla ainakin 40–50 kappaletta, koska työn tulee olla laajempi, kun sitä työstää kaksi ihmistä. Koimme vaikeaksi päättää lomakkeiden tarkkaa määrää, koska vuosittainen kävijämäärä vaihtelee eikä välttämättä voi määritellä kuinka paljon asiakkaita käy tietyssä ajassa. Keskustelimme Vastaanoton henkilökunnan kanssa ja heidän mielestään 60 kyselylomaketta voisi täyttyä melko nopeasti, joten päädyimme 60 kyselylomakkeeseen.

Veimme kyselylomakkeet, kirjekuoret ja lukollisen postilaatikon 10.10.2008 Nuorten Vastaanottoon ja selvitimme henkilökunnalle kyselylomakkeen sisällön ja tarkoituksen. Henkilökunta tarkoituksena oli jakaa lomakkeet nuorille tapaamiskäyntien yhteydessä ja kehottaa nuoria vastaamaan paikan päällä, jotta lomakkeet eivät päätyisi kotiin ja jäisi sille tielle. Kyselyyn vastataan anonyymisti ja lomakkeet palautetaan suljetussa kirjekuoressa lukolliseen vastauslaatikkoon, joka sijaitsee näkyvällä paikalla Nuorten Vastaanotossa. Tavoitteena on, että kaikki lomakkeet olisi jaettu marraskuun 2008 loppuun mennessä, jonka jälkeen noudamme viimeisetkin kuoret Vastaanotosta ja ryhdymme analysoimaan vastauksia.

10.3 Aineiston analysointi

Saatuamme kyselylomakkeet aloitimme aineiston analysoinnin. Kokosimme kaikki palautetut kyselylomakkeet yhteen ja numeroimme ne, jotta analysointi olisi selkeää ja järjestelmällistä. Aineisto analysoitiin Tixel-aineistonkäsittelyohjelmalla. Syötimme kyselylomakkeiden tulokset Tixel-ohjelmaan ja muodostimme monivalintakysymyksistä ja avoimista kysymyksestä yksiulotteisia jakaumia. Käytimme apuna ristiintaulukointia tutkiessamme miten ikä, sukupuoli, elämäntilanne ja käyntikerta vaikuttavat Nuorten Vastaanoton nuorten kokemuksiin mielenterveyspalvelujen saatavuudesta. Merkittävimmistä tuloksista muodostimme graafisia kaavioita. Kaksi avointa kysymystä analysoimme lopuksi niin, että kerroimme sanallisesti tulokset.

11 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA

Ennen opinnäytetyömme teorian aloittamista tutustuimme laajalti aiheeseemme liittyvään kirjallisuuteen. Opinnäytetyö pohjautuu tutkimusongelmiin, joihin mittarin kysymyksien tulisi antaa vastaukset. Mittarin laadinnassa tukeuduimme vahvasti teoriaan. Tärkeä tutkimukseen liittyvä käsite on validius, joka tarkoittaa tutkimusmenetelmän pätevyyttä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Esimerkiksi kyselylomakkeisiin vastanneet ovat saattaneet käsittää kysymykset toisin kuin tutkija on tarkoittanut. Pätevyyttä tulisi arvioida eri näkökulmista, jolloin puhutaan esimerkiksi ennustevalidiudesta (Hirsjärvi ym. 2003, 213–214). Opinnäytetyössämme käytettävä mittari pyrittiin laatimaan siten, että se soveltuisi vastaajien kehitystasolle. Nuorten Vastaanoton asiakaskunta koostuu 13–22 vuotiaista, joten on tärkeää mittarin yksiselitteisyys ja selkeys. Asiakaskuntaan kuuluvien tulisi ymmärtää kysymykset samalla tavalla oli kyseessä asiakaskunnan nuorin tai vanhin. Erityisen haastavaa on saattaa kysymykset siihen muotoon, ettei tule väärinymmärryksiä. Mittarin pätevyys esitettiin viidellä ikäryhmään kuuluvalla koehenkilöllä, jotka keskittyivät tarkastelemaan muun muassa mittarin yksiselitteisyyttä ja selkeyttä. Koehenkilöiden omien arvioiden mukaan mittari oli yksiselitteinen ja selkeä sekä kaikki ymmärsivät kysymykset samalla tavalla. Koehenkilöt olivat erityisen tyytyväisiä vastaamiseen kuluneeseen aikaan, jolloin keskittyminen ei kärsinyt. Mittarin luotettavuutta lisää selkeät ohjeet kysymysten yhteydessä sekä tarvittaessa henkilökunnalta voi kysyä neuvoa jonkin kysymyksen jäädessä epäselväksi.

Opinnäytetyön teko on kiehtovaa ja kiinnostavaa, mutta samalla monin tavoin ongelmallista. Olemme perehtyneet opinnäytetyömme aiheeseen ja metodeihin perusteellisesti, mutta olemme kuitenkin vielä melko kokemattomia testaajia. Vähäinen koulutus tutkimus-menetelmien käytännön toteutuksessa saattaa heikentää opinnäytetyömme luotettavuutta.

Ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa on mietittävä voiko heidän osallistumiseensa liittyä jotain riskejä. Nuorten Vastaanotossa käyvien nuorten asiat voivat olla arkaluontoisia, liittyen esimerkiksi koulunkäyntiin tai ihmissuhteisiin. He voivat pelätä tulevansa ”tunnistetuksi”, joten on erityisen tärkeää, että nuori saa vastata anonymisti ja

saa itse laittaa lomakkeen kuoreen ja lukolliseen vastauslaatikkoon. Olemme henkilökohtaisesti hakeneet vastauskuoret säännöllisin väliajoin. Tällöin luottamus säilyy ja varmistetaan, että lomake ei joudu ”vääriin käsiin”. Kyselylomakkeet käsitellään luottamuksellisesti ja vastauksia käytetään ainoastaan tämän opinnäytetyön tekemiseen. Aineisto hävitetään huolella, kun työ on valmis. Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkimukseen osallistuvien henkilöiden suostumuksen tulee olla vapaaehtoista, vapaata pakotuksesta. Tämän uskomme toteutuvan Nuorten Vastaanotossa, koska sen toiminta perustuu vapaaehtoisuuteen.

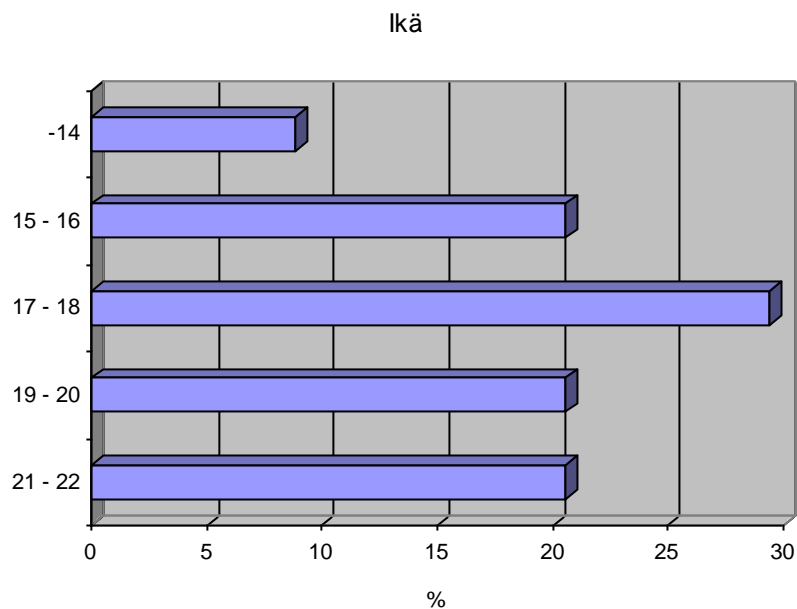
”Totuuden eettisyys on keskeinen kysymys myös historiallisessa tutkimuksessa ja eettisten ratkaisujen tulisi ulottua läpi koko tutkimuksen” (Matilainen 2001, 226). Opinnäytetyössämme eettisyys tulee esille pyrkimyksenä oikeudenmukaisuuteen. Oikeudenmukaisuudella tarkoitamme pyrkimystä tehdä oikeutta opinnäytetyömme kohteena oleville nuorille. Tutkijan eettinen vastuu korostuu erityisesti tutkimuksissa, jotka kohdistuvat ihmisen henkilökohtaisiin kokemuksiin (Hamilton 1993, 46, Lusk 1997, 357, Russel 1997, 491). Kyselymme perustuu luottamuksellisuuteen, joka tarkoittaa, että annoimme haastateltaville mahdollisuuden nimettömyyteen. Eettisesti tärkeää on myös huomioda, että opinnäytetyöstämme ei aiheudu kyselyyn osallistuneille haittaa.

12 TUTKIMUSTULOKSET

Nuorten Vastaanoton työntekijät olivat jakaneet asiakkaan käynnin yhteydessä kyselylomakkeen. Työntekijät olivat jakaneet 60 kyselylomakkeesta yhteensä 41 kyselylomaketta ja niistä palautettiin takaisin 34 kpl. Vastausprosentti oli 83. Kaikki palautetut kyselylomakkeet oli täytetty, mutta osa vastaajista oli jättänyt joitakin avoimia kysymyksiä tyhjiksi.

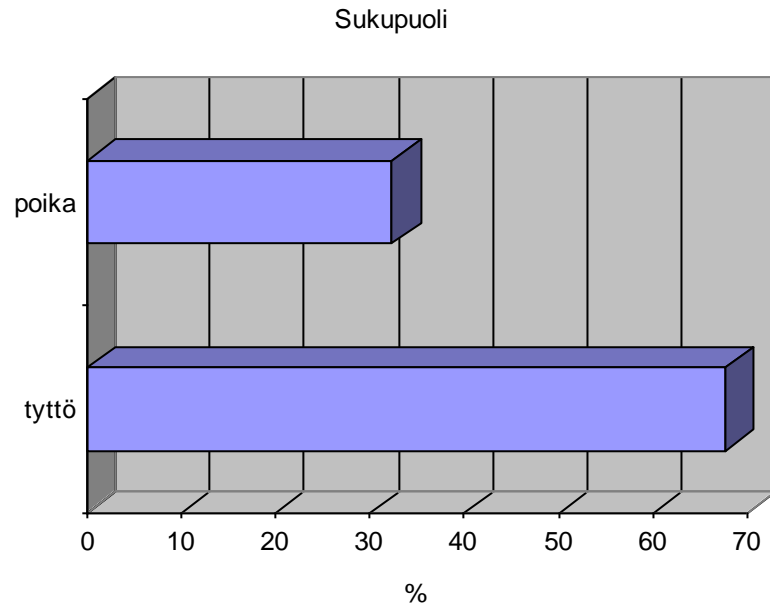
12.1 Taustatiedot

Kyselylomakkeen neljä ensimmäistä kysymystä kartoittivat vastaajan taustatietoja eli asiakkaan ikää (kysymys1), sukupuolta (kysymys2), elämäntilannetta (kysymys3) ja kuinka mones käyntikerta asiakkaalla oli Nuorten Vastaanotossa kyselylomakkeen saadessaan (kysymys4). Kuviossa 1 esitetään vastaajien ikäjakauma (kysymys1). Vastaajia oli yhteensä 34. Vastanneiden ikä jakautui niin, että 9 % (n=3) vastaajista oli alle 14-vuotiaita. Vastaajista 21 % (n=7) oli 15–16-vuotiaita. Vastaajista 29 % (n=10) oli 17–18-vuotiaita. Vastaajista 21 % (n=7) oli 19–20-vuotiaita ja 21 % (n=7) oli 21–22-vuotiaita (Kuvio 1).



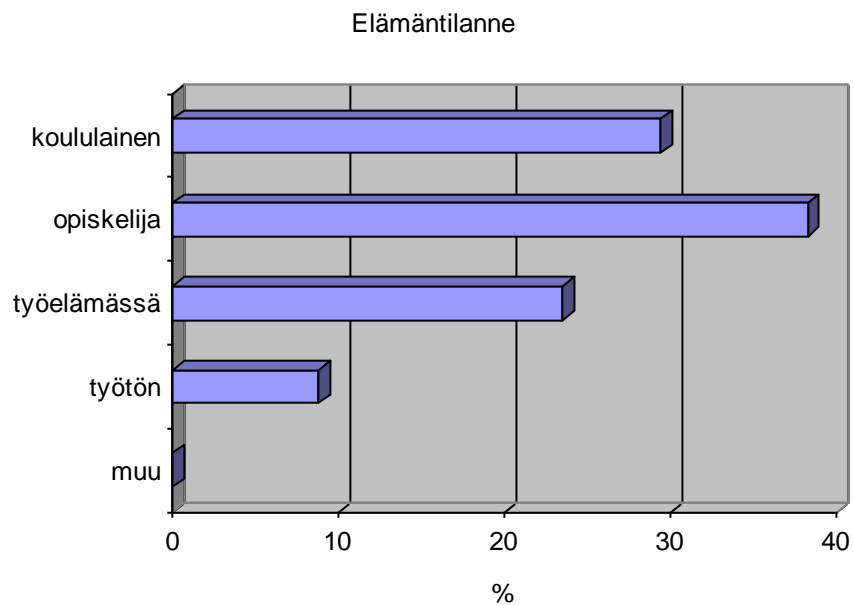
Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma

Vastaajista poikia oli 32 % (n=11) ja tyttöjä oli 68 % (n=23) (Kuvio 2) (kysymys2).



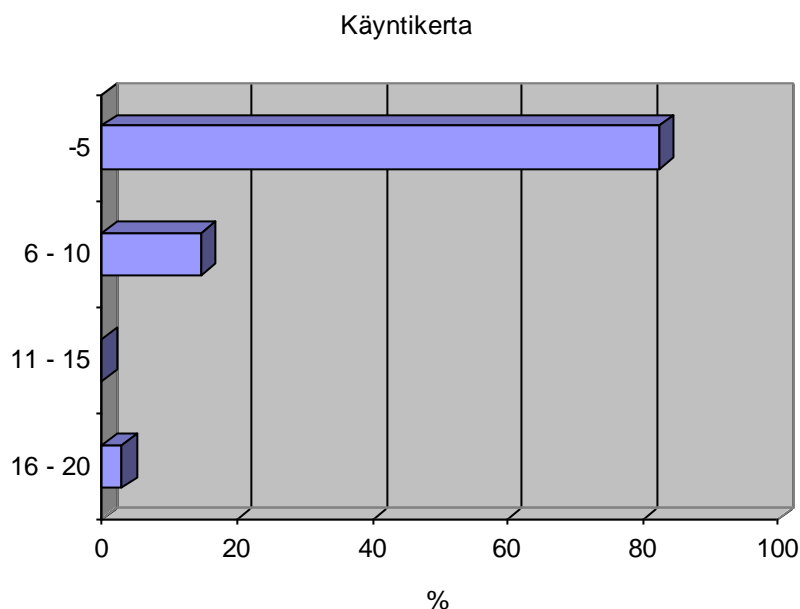
Kuvio 2. Vastaajien sukupuoli

Kuviossa 3 esitetään vastaajien tämänhetkinen elämäntilanne (kysymys3). Tulosten mukaan vastaajista 29 % (n=10) oli koululaisia ja 38 % (n=13) vastaajista opiskelijoita. Työelämässä oli 24 % (n=8) ja työttömiä oli 9 % (n=3) vastaajista. Kohtaa muu esim. äitiysloma ei ollut valinnut kukaan (Kuvio 3).



Kuvio 3. Vastaajien elämäntilanne

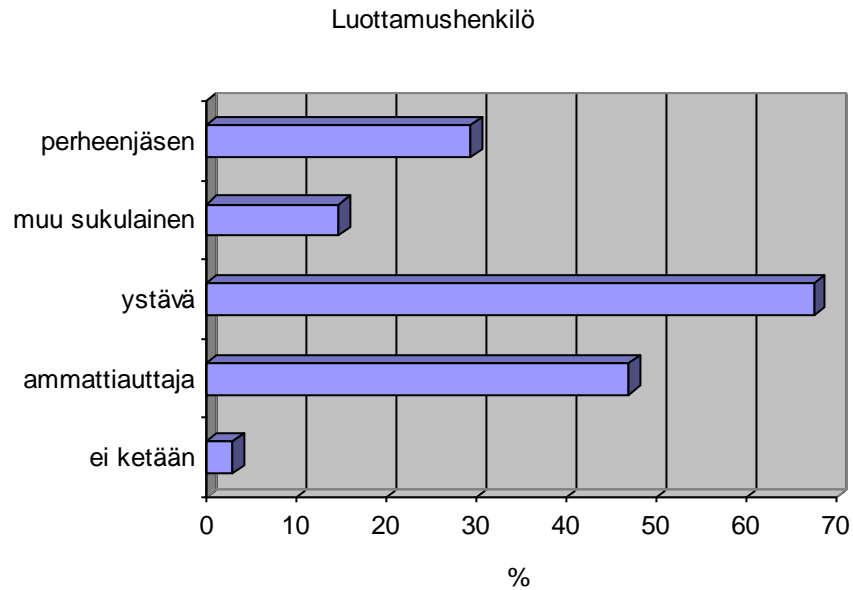
Kuviossa 4 esitetään kuinka mones käyntikerta nuorelle oli, kun hän sai kyselylomakkeen (kysymys4). Tulosten mukaan vastaajista 82 % (n=28) oli käynyt alle viisi kertaa ja vastaajista 15 % (n=5) oli käynyt 6-10 kertaa. Vastaajista 3 % (n=1) oli käynyt 16–20 kertaa (Kuvio 4).



Kuvio 4. Vastaajien käyntikerrat

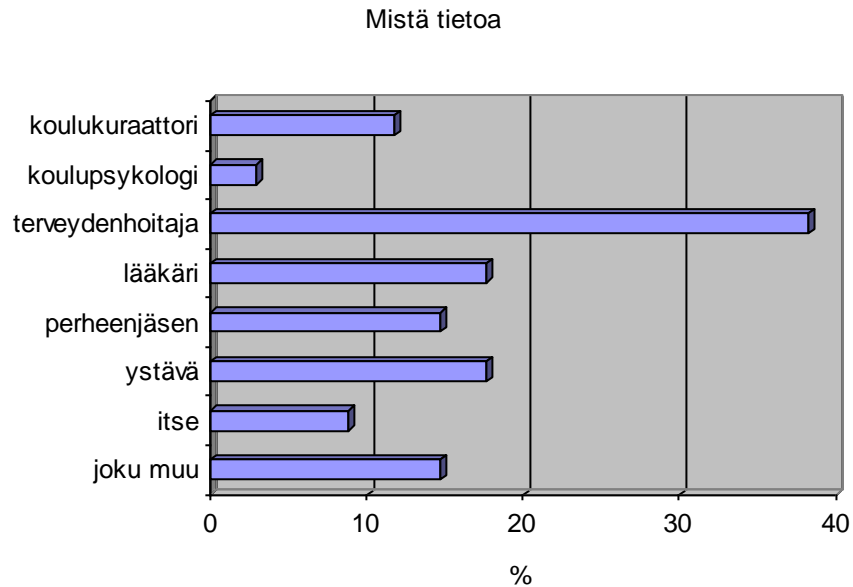
12.2 Nuorten mielenterveyspalvelujen saatavuus

Meidän jokaisen elämässä tulee tilanteita, jolloin yllättäen kohtaa vaikeita ja ongelmallisia asioita. Kysyimme vastaajilta onko heillä henkilöä, jonka kanssa voivat luottamuksellisesti keskustella tällaisista asioista (kysymys5). Vastaajista 29 % (n=10) vastasi perheenjäsen ja 15 % (n=5) vastasi muu sukulainen. Vastaajista 68 % (n=23) piti ystävää, jonka kanssa voi luottamuksellisesti keskustella ja 47 % (n=16) piti tällaisena henkilönä ammattiauttajaa. Vastaajista 3 % (n=1) vastasi, että ei ole ketään kenen kanssa keskustella (Kuvio 5).



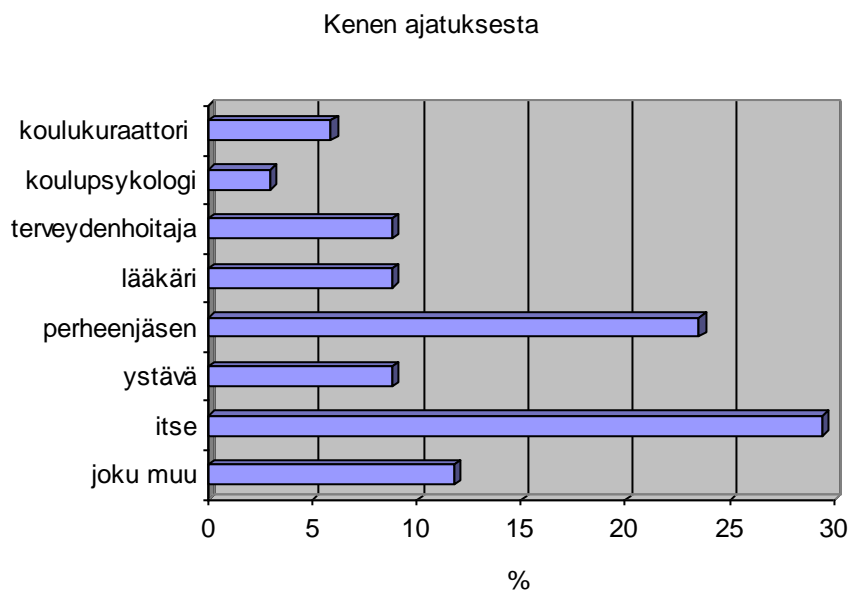
Kuvio 5. Henkilö, jonka kanssa voi luottamuksellisesti keskustella

Kysyimme vastaajilta mistä/keneltä ovat saaneet tietoa nuorille suunnatuista mielenterveyspalveluista (kysymys6). Vastaajista 12 % (n=4) kertoi saaneensa tietoa koulukuraattorilta ja 3 % (n=1) koulupsykologilta. Vastaajista 38 % (n=13) oli saanut tietoa terveydenhoitajalta ja 18 % (n=6) lääkäriltä. Vastaajista 15 % (n=5) oli saanut tietoa perheenjäseneltä, 18 % (n=6) ystävältä, 9 % (n=3) oli itse selvittänyt esimerkiksi puhelinluettelosta tai Internetistä ja 15 % (n=5) saanut selville jostain muualta, esimerkiksi äidiltä, oma ohjaajalta nuorisokodissa, omalta lääkäriltä, terveystiedon opettajalta ja terveyskeskuksen hoitajalta (Kuvio 6).



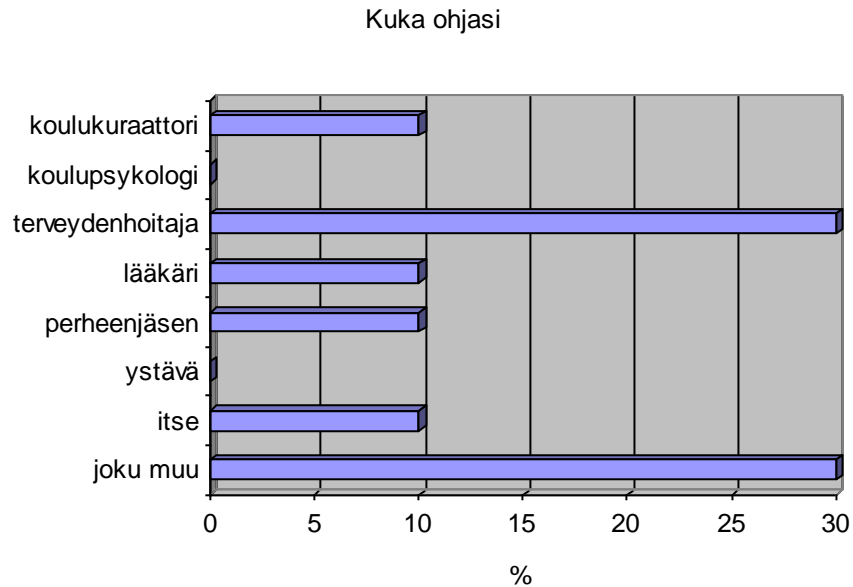
Kuvio 6. Tietoa nuorille suunnatuista mielenterveyspalveluista

Kysyimme vastaajilta kenen aloitteesta avuntarpeen hakeminen lähti liikkeelle (kysymys7). Vastaajista 6 % (n=2) kertoi avuntarpeen hakemisen lähteneen liikkeelle koulukuraattorin toimesta ja 3 % (n=1) koulupsykologin. Vastaajista 9 % (n=3) kertoi sen olevan terveydenhoitaja ja 9 % (n=3) lääkärin. Vastaajista 24 % (n=8) kertoi avuntarpeen hakemisen lähteneen liikkeelle perheenjäsenen toimesta, 9 % (n=3) ystävän, 29 % (n=10) itse ja 12 % (n=4) kertoi sen olevan joku muu, esimerkiksi oma lääkäri, poikaystävä, avopuoliso ja opettaja (Kuvio 7).



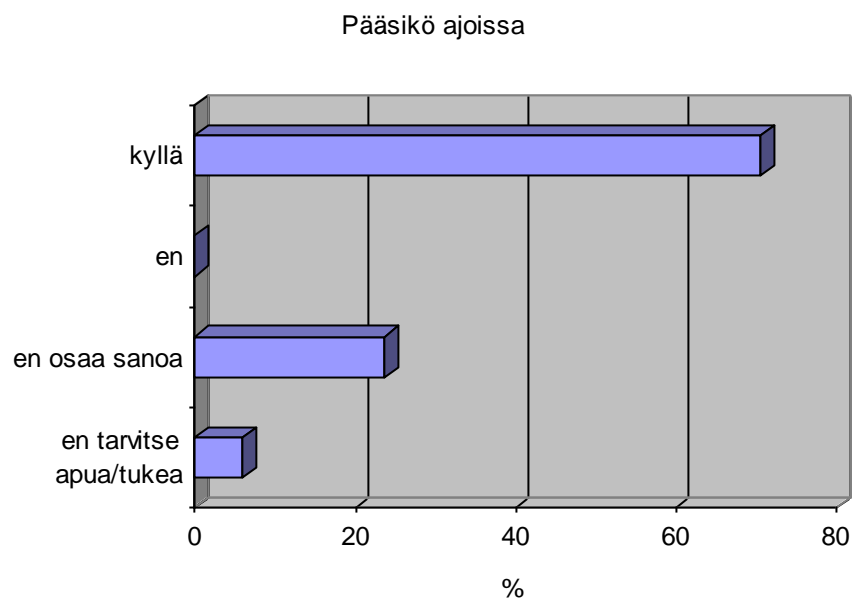
Kuvio 7. Ajatus avuntarpeen hakemisesta

Jos vastaaja vastasi kysymykseen 7 vaihtoehtoon 7, niin kysyimme kuka hänet ohjasi Nuorten Vastaanottoon (kysymys8). Vastaajista (N=10) 10 % (n=1) kertoi koulukuraattorin ohjanneen hänet Nuorten Vastaanottoon. Vastaajista 30 % (n=3) kertoi terveydenhoitajan ohjanneen Vastaanottoon ja 10 % (n=1) lääkärin. Vastaajista 10 % (n=1) kertoi sen olevan perheenjäsen, 10 % (n=1) itse ja 30 % (n=3) kertoi sen olevan joku muu, esimerkiksi oma ohjaaja nuorisokodissa, vastaavanlainen nuorille suunnattu paikka ja terveyskeskuksen hoitaja. Koulupsykologia ja ystävää ei maininnut kukaan (Kuvio 8).



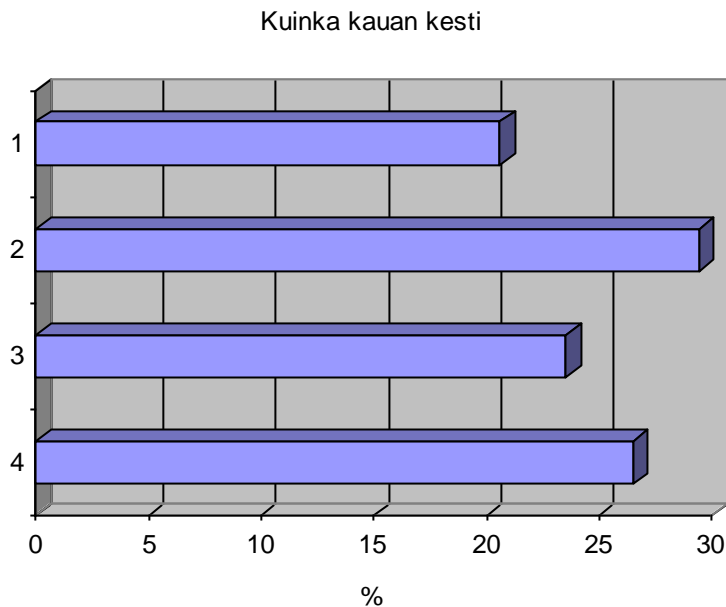
Kuvio 8. Ohjaus Nuorten Vastaanottoon

Kysyimme vastaajilta pääsivätkö he Nuorten Vastaanottoon silloin, kun tunsivat tarvitsevänsä apua/tukea eniten (kysymys9). Vastaajista 71 % (n=24) vastasivat kyllä. Vastaajista 24 % (n=8) ei osaa sanoa ja 6 % (n=2) vastaajista kertoo ettei tarvitse apua/tukea. Kukaan ei vastannut vaihtoehtoa en (Kuvio 9).



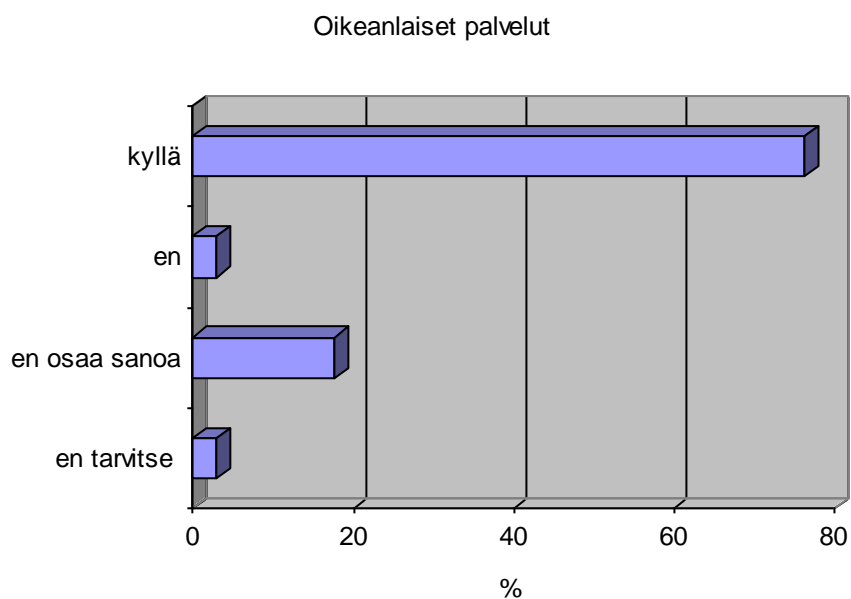
Kuvio 9. Nuorten Vastaanottoon pääsy, kun avun/tuen tarve oli suurin

Kysyimme vastaajilta kuinka kauan he odottivat pääsyä Nuorten Vastaanottoon (kysymys10). Vastaajista 21 % (n=7) vastasi viikon, 29 % (n=10) vastasi kaksi viikkoa. Vastaajista 24 % (n=8) vastasi kolme viikkoa ja 26 % (n=9) vastasi neljä viikkoa. Keskiarvo oli 2,6 viikkoa (Kuvio 10).



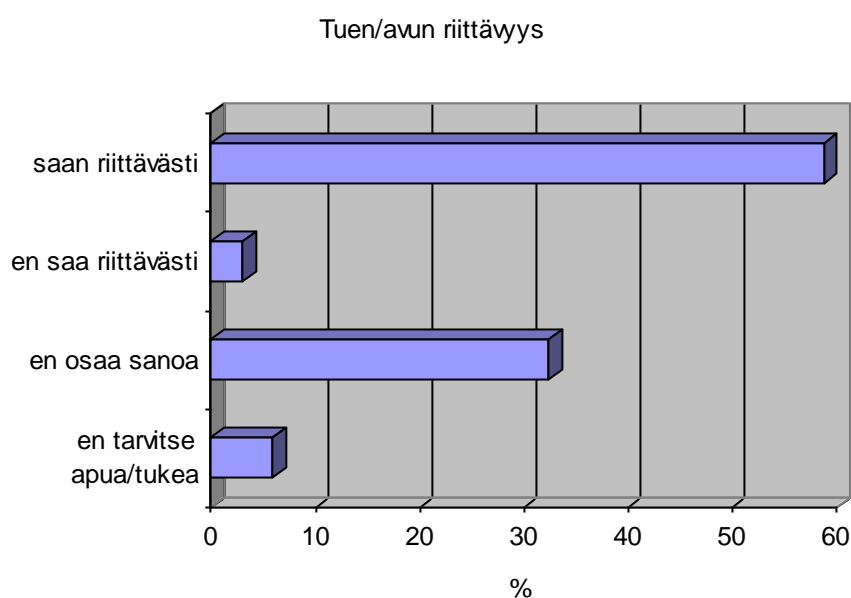
Kuvio 10. Jonotusaika Nuorten Vastaanottoon

Kysyimme vastaajilta ovatko he saaneet Nuorten Vastaanotossa palvelua, mikä vastaa juuri heidän tarpeitansa (kysymys11). Vastaajista 76 % (n=26) vastasi kyllä, 3 % (n=1) vastasi ei, 18 % (n=6) ei osannut sanoa ja 3 % (n=1) kertoi ettei tarvitse (Kuvio 11).



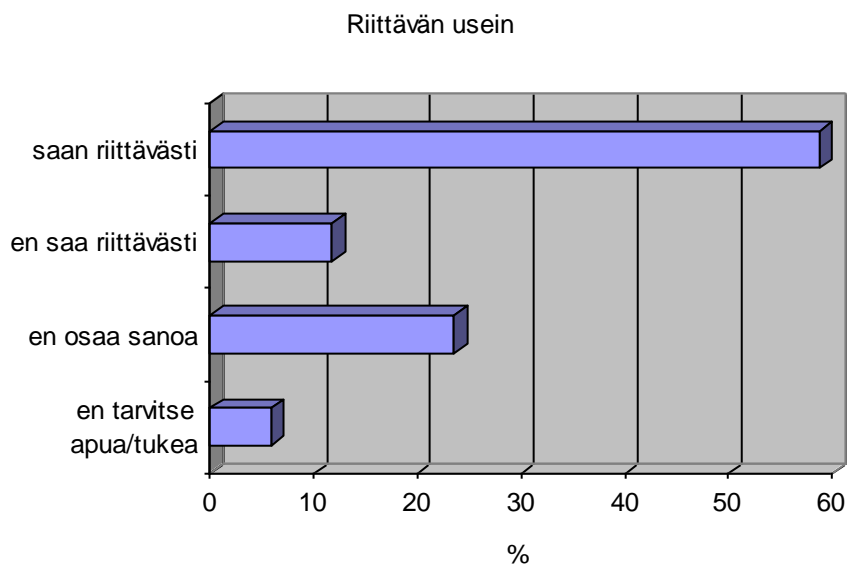
Kuvio 11. Oikeanlaiset palvelut

Pyysimme vastaajia arvioimaan Nuorten Vastaanoton palvelujen riittävyyttä omalla kohdallaan. Saavatko he mielestään apua/tukea riittävän paljon (kysymys13). Vastaajista 59 % (n=20) kertoi saavansa riittävästi, 3 % (n=1) kertoi ettei saa riittävästi, 32 % (n=11) ei osannut sanoa ja 6 % (n=2) kertoi ettei tarvitse apua/tukea (Kuvio 12).



Kuvio 12. Avun/tuen riittävyys

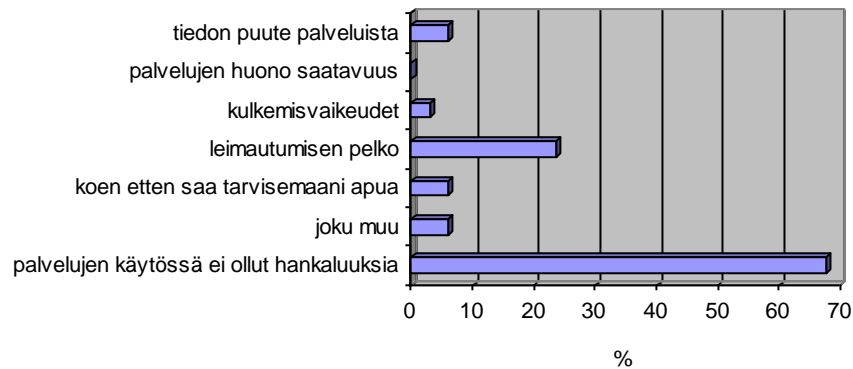
Pyysimme vastaajia arvioimaan saavatko he apua/tukea riittävän usein (kysymys14). Vastaajista 59 % (n=20) kertoi saavansa riittävästi, 12 % (n=4) kertoi ettei saa riittävästi, 24 % (n=8) ei osannut sanoa ja 6 % (n=2) kertoi ettei tarvitse apua/tukea (Kuvio13).



Kuvio 13. Apua/tukea riittävän usein

Kysyimme vastaajilta hankaloittiko jokin asia hakeutumista Nuorten Vastaanottoon (kysymys15). Vastaajista 6 % (n=2) kertoi sen olevan tiedon puute palveluista. Vastaajista 3 % (n=1) kertoi syyksi kulkemisvaikeudet ja 24 % (n=8) leimautumisen pelon. Vastaajista 6 % (n=2) koki ettei saa tarvitsemaansa apua ja 6 % (n=2) kertoi syyn olevan jokin muu, esimerkiksi pelko huonosta vastaanotosta tai vastaaja koki ettei tarvitse apua. Vastaajista 68 % (n=23) kertoi ettei palvelujen käytössä ole hankaluuksia (Kuvio 14).

Oliko hankaluuksia

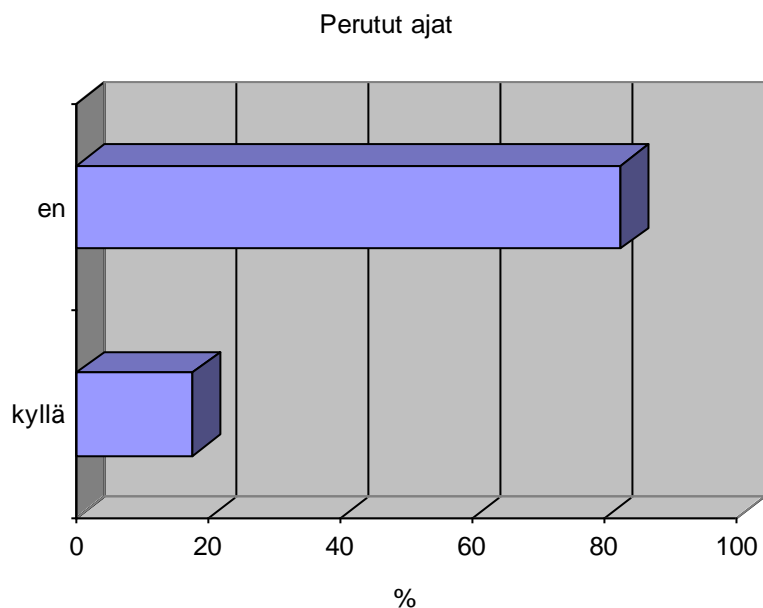


Kuvio 14. Hankaluudet Nuorten Vastaanottoon hakeutumisessa

12.3 Käyttämättä jätetyt ajat

Kysyimme vastaajilta ovatko he peruneet jo varatun ajan Nuorten Vastaanottoon (kysymys17). Vastaajista 82 % (n=28) vastasi ei ja 18 % (n=6) vastasi kyllä (Kuvio 15). Perusteluja vaihtoehtoon kyllä oli:

- ”Kokeen takia.”
- ”Peruin ajan jos se ei sopinut mulle.”
- ”Matkoilla.”
- ”Olin mökillä.”
- ”Kun en kerennyt.”
- ”Kouluajat eivät sopineet yksin Vastaanoton ajan kanssa.”

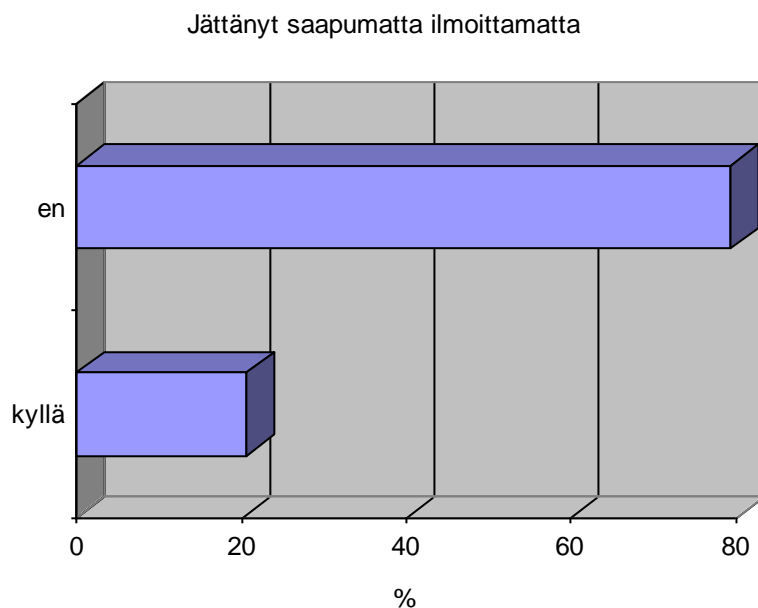


Kuvio 15. Perutut ajat

Kysyimme ovatko vastaajat jättäneet saapumatta Nuorten Vastaanottoon ilmoittamatta siitä (kysymys18). Vastaajista 79 % (n=27) vastasi ei ja 21 % (n=7) vastasi kyllä (Kuvio 16).

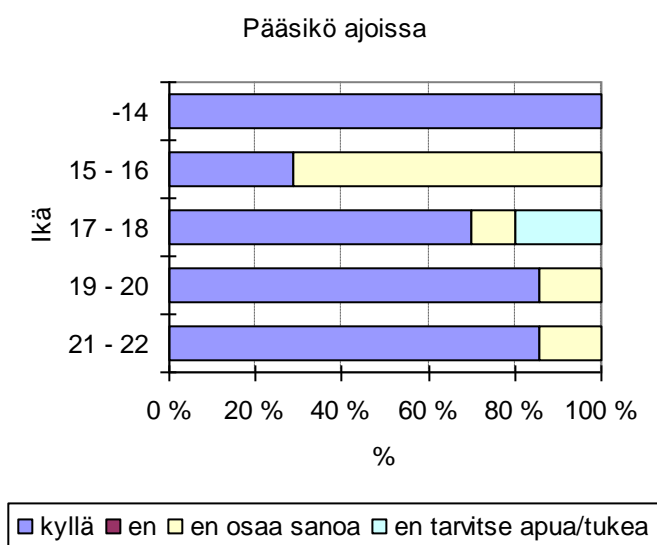
Perusteluja vaihtoehtoon kyllä oli:

- ”Unohdin ajan.”
- ”Omat menot.”
- ”Unohdin mutta minulle lähetettiin uusi aika.”
- ”Myöhästyin.”
- ”Työkiire, ei ollut vielä puhelinnumeroa enkä voinut ilmoittaa.”
- ”Unohdin tapaamisen.”
- ”Yötyö ja nukuin pommiin.”



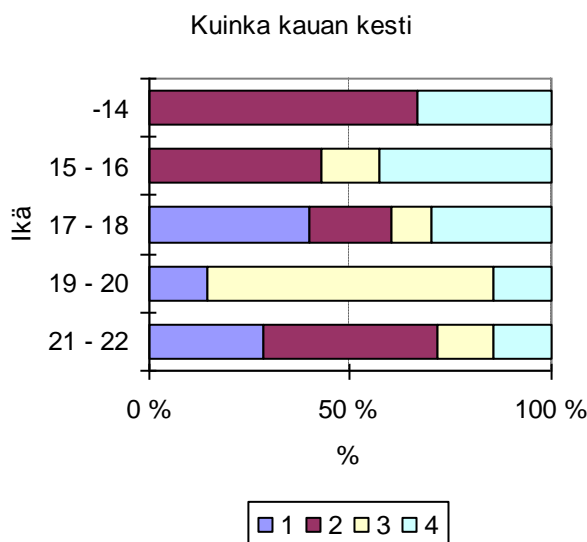
Kuvio 16. Jättänyt saapumatta ilmoittamatta

Ikä vaikutti tilastollisesti merkityksellisesti siihen, pääsikö nuori Nuorten Vastaanottoon silloin, kun tunsu tarvitsevasa apua/tukea eniten. Vastanneista 14-vuotiaista (n=3) 100 % vastasi kyllä, 15–16-vuotiaista (n=7) 29 % vastasi kyllä, 71 % ei osannut sanoa. Vastanneista 17–18-vuotiaista (n=10) 70 % vastasi kyllä, 10 % ei osannut sanoa ja 20 % kertoi ettei tarvitse apua/tukea. Vastanneista 19–20-vuotiaista (n=7) 86 % vastasi kyllä, 14 % ei osannut sanoa. Vastanneista 21–22-vuotiaista (n=7) 86 % vastasi kyllä ja 14 % ei osannut sanoa (Kuvio 17).



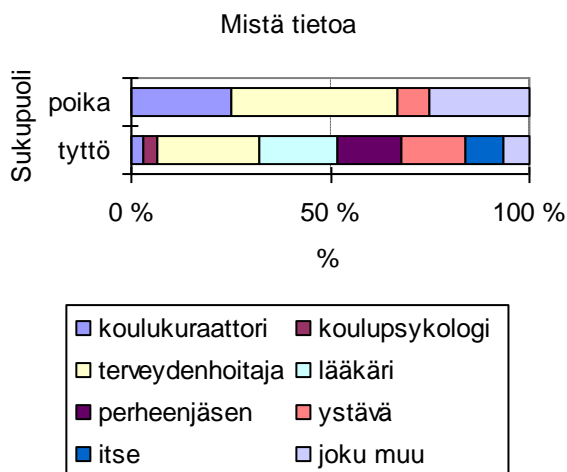
Kuvio 17. Iän vaikutus pääsiko nuori ajoissa Nuorten Vastaanottoon

Iällä oli tilastollisesti merkitystä siihen, kuinka kauan asiakas odotti pääsyä Nuorten Vastaanottoon. Alle 14-vuotiaista (n=3) 67 % odotti kolme viikkoa ja 33 % neljä viikkoa. Vastanneista 15–16-vuotiaista (n=7) 43 % odotti kaksi viikkoa, 14 % kolme viikkoa ja 43 % neljä viikkoa. Vastanneista 17–18-vuotiaista (n=10) 14 % odotti viikon, 20 % odotti kaksi viikkoa, 10 % kolme viikkoa ja 30 % neljä viikkoa. Vastanneista 19–20-vuotiaista (n=7) 14 % odotti viikon, 71 % odotti kolme viikkoa ja 14 % odotti neljä viikkoa. Vastanneista 21–22-vuotiaista (n=7) 29 % odotti viikon, 43 % odotti kaksi viikkoa, 14 % odotti kolme viikkoa ja 14 % odotti neljä viikkoa (Kuvio 18).



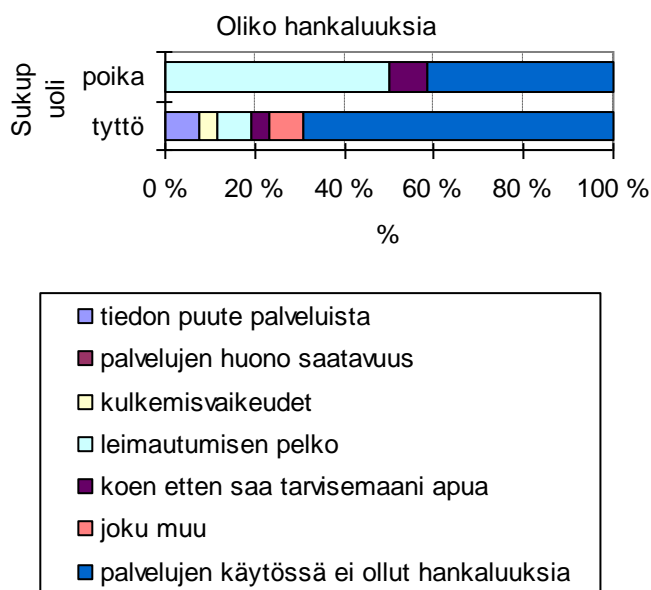
Kuvio 18. Iän merkitys Nuorten Vastaanottoon pääsemisestä

Tilastollisesti merkityksellistä oli sukupuolen vaikutus tiedon saantiin palveluista. Pojista (n=11) 27 % sai tietoa koulukuraattorilta, 45 % terveydenhoitajalta, 9 % ystävältä ja 27 % joltain muulta. Tytöistä (n=23) 4 % sai tietoa koulukuraattorilta, 4 % koulupsykologilta, 35 % terveydenhoitajalta, 26 % lääkäriltä, 22 % perheenjäseneltä, 22 % ystävältä, 13 % itse ja 9 % joltain muulta (Kuvio 19).



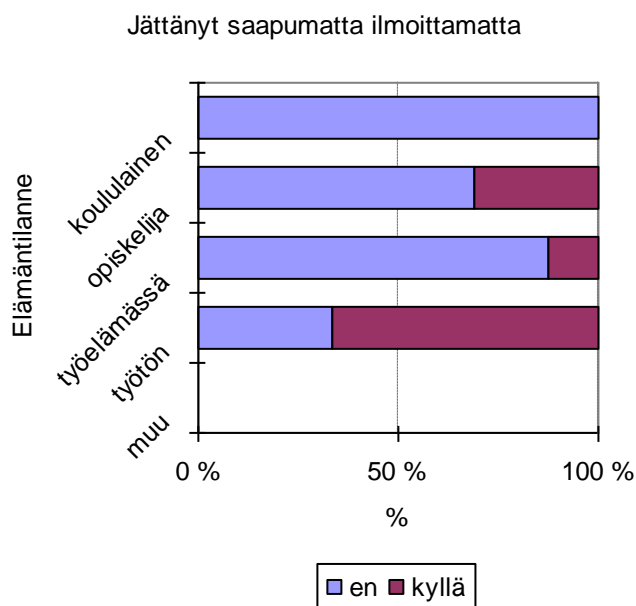
Kuvio19. Sukupuolen vaikutukset tiedon saantiin palveluista

Tilastollisesti merkityksellistä oli sukupuolen vaikutus nuorten mielipiteisiin, minkälaisia hankaluuksia oli Nuorten Vastaanottoon hakeutumisessa. Pojista (n=11) 55 % kertoi leimautumisen pelon olevan syy, 9 % koki ettei saa tarvitsemaansa apua ja 45 % koki ettei palvelujen käytössä ole hankaluuksia. Tytöistä (n=23) 9 % kertoi tiedon puutteesta palveluissa, 4 % kulkemisvaikeuksista, 9 % kertoi leimautumisen pelon olevan syy, 4 % koki ettei saa tarvitsemaansa apua, 9 % kertoi jonkin muun syyn, 78 % koki ettei palvelujen käytössä ollut hankaluuksia (Kuvio 20).



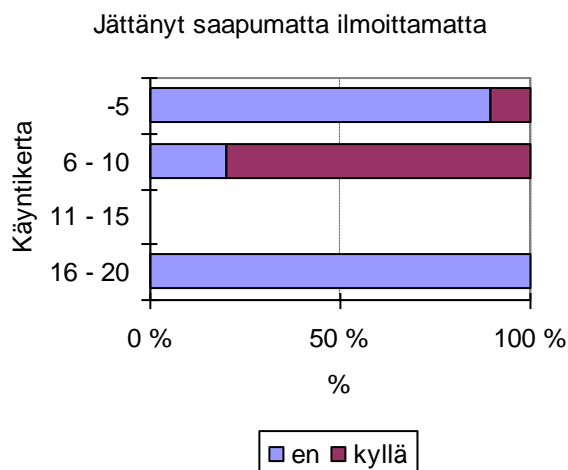
Kuvio 20. Sukupuolen vaikutus oliko hankaluuksia Nuorten Vastaanottoon hakeutumisessa

Tilastollisesti merkityksellistä oli eri elämäntilanteiden vaikutus siihen oliko jättänyt saapumatta Nuorten Vastaanottoon ilmoittamatta siitä. Koululaisista (n=10) 100 % ei ollut jättänyt saapumatta ilmoittamatta siitä, Opiskelijoista (n=13) 31 % oli jättänyt ilmoittamatta. Työelämässä olevista (n=8) 13 % oli jättänyt ilmoittamatta. Työttömistä (n=3) 67 % oli jättänyt ilmoittamatta (Kuvio 21).



Kuvio 21. Elämäntilanteen vaikutus siihen oliko jättänyt saapumatta Nuorten Vastaanottoon ilmoittamatta siitä

Tilastollisesti merkityksellistä oli käyntikertojen määrän vaikutus nuoren jättäessä saapumatta Nuorten Vastaanottoon ilmoittamatta siitä. Alle 5 kertaa käyneistä (n=28) 11 % oli jättänyt saapumatta ilmoittamatta. Vastanneista 6-10 kertaa käyneistä (n=5) 80 % oli jättänyt ilmoittamatta. Vastanneista 16–20 kertaa käyneistä (n=1) kukaan ei ollut jättänyt saapumatta ilmoittamatta (Kuvio 22).



Kuvio 22. Käyntikertojen määrän vaikutus nuoren jättäessä saapumatta Nuorten Vastaanottoon ilmoittamatta siitä

12.4 Avoimet kysymykset

Kyselylomakkeessa oli viisi avointa kysymystä. Ensimmäisessä avoimessa kysymyksessä kysyimme vastaajan ikää (kysymys 1), toisessa avoimessa kysyimme kuinka mones käyntikerta vastaajalla oli Nuorten Vastaanotossa, kun sai kyselylomakkeen (kysymys 4) ja kolmannessa avoimessa kysyimme kuinka kauan vastaaja odotti pääsyä Nuorten Vastaanottoon (kysymys 10). Näihin kysymyksiin saimme numeeriset vastaukset, jotka olemmekin jo käsitelleet edellä. Neljännessä avoimessa kysymyksessä kysyimme millaisia palveluja vastaaja olisi toivonut (kysymys 12), viitaten kysymykseen yksitoista. Viimeisessä avoimessa kysymyksessä (kysymys 16) annoimme vastaajalle mahdollisuuden kertoa mitä muuta hän haluaisi tuoda esille Nuorten Vastaanoton palveluista.

Kysymyksessä 12 kysyimme millaisia palveluja vastaaja olisi toivonut, viitaten kysymykseen 11. Kysymykseen oli vastannut yksi:

- ”Jotain itsehallintaan liittyvää.”

Kysymyksessä 16 kysyimme mitä muuta vastaaja haluaisi tuoda esille Nuorten Vastaanoton palveluista ja saimme seuraavanlaisia vastauksia:

- ”Itse en edes tiennyt Vastaanottoryhmästä ennen kuin terveydenhoitaja kertoi”

- ”Hyvä ohjaus jatkoon esim. nupolle tms.”
- ”No enpä oikeastaan mitään. Oon ihan kohtuu tyytyväinen käynteihin täällä.”
- ”Palvelu asiallista ja henkilökunta mukavaa ja ammattitaitoista.”
- ”Tosi hyvä paikka ja helpottava ja sieltä ohjasivat jatkopaikkaan ettei itse tarvinnut”,
- ”Terapiapalvelu vaikuttaa hyvältä, mutta vaikuttaisi, että aikoja joutuu odottamaan pitkään, vaikka avuntarve olisi heti välttämätön. Toivoisin enemmän resursseja tällaisiin palveluihin.”
- ”Minulla oli helppoa saada siskolta tietoa, mutta muita ajatellen olisi hyvä jos palvelut olisi tunnetumpia, esim. koulussa kerrottaisiin.”
- ”Loistava, monipuolinen, ymmärtäväinen palvelu.”
- ”Hyvä paikka nuorelle.”
- ”Hyvä paikka, henkilökunta ammattitaitoista ja ystävällistä.”
- ”Saa tarpeeksi useasti ajan jos tarvitsee.”

13 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa nuorten kokemuksia Nuorten Vastaanoton mielenterveyspalvelujen saatavuudesta. Lisäksi halusimme saada tietoa mistä johtuvat mahdolliset käyttämättä jätetyt ajat. Opinnäytetyön tavoitteena oli vaikuttaa nuorten mielenterveyspalvelujen saatavuuden parantamiseen. Halusimme saada nuoren äänen kuuluviin, kun kysyttiin mitä he odottavat mielenterveyspalveluilta ja mitä mieltä he ovat tämän hetkisestä tilanteesta.

Tutkimusongelmia oli kaksi, jotka olivat: mitä mieltä nuori on mielenterveyspalvelujen saatavuudesta Nuorten Vastaanotossa ja mistä johtuvat mahdolliset käyttämättä jätetyt ajat.

Tutkimustulosten perusteella voidaan sanoa, että suurin osa Nuorten Vastaanoton vastanneista asiakkaista oli tyttöjä ja suurin osa vastaajista oli 17–18-vuotiaita. Vastanneista suurin osa oli opiskelijoita ja käyntikertoja oli suurimmalla osalla alle viisi, mutta kuitenkin vähintään kaksi käyntiä kuten sovimme Nuorten Vastaanoton henkilökunnan kanssa, jotta nuori pystyisi vastaamaan kaikkiin kysymyksiin. Teoriaosuudessamme esille tulevassa Matti Rimpelän artikkelissa ”Haasteena mieserityinen hyvinvointiosaaminen” käsitellään miesten ja naisten välisiä eroja asioiden kokemisessa ja hahmottamisessa. Tyttöjen huonovointisuus näkyy usein sisäänpäin kääntymisenä ja tulee tavallisesti esiin oireina, joista tytöt usein kertovat läheisilleen ja ammattiauttajille. Palvelujen tarjonta on moninkertaistunut, mutta silti sukupuoltenvälinen ero näkyy selvänä hoitoon hakeutumisessa. Suomalainen mies ei tule ajoissa lääkäriin. Se, että nuoria tyttöjä on sairaalassa enemmän saattaa selittyä nuorten poikien ohjautumisella ensisijaisesti sosiaalitoimen laitoksiin, kuten koulukoteihin (Kaivosoja 1996, 218). Tytöt ovat poikia enemmän sairaalahoidossa erityisesti mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi ja erityisen suuri sukupuolten välinen ero näkyy 15–19-vuotiaiden psykiatrisessa hoidossa. Psykiatrisessa hoidossa työllä on kirjattu 678 käyntiä tuhatta asukasta kohti vuodessa, kun taas pojilla vastaava määrä on 236 käyntiä tuhatta asukasta kohti vuodessa (Karvonen 2006, 24).

Suurin osa Nuorten Vastaanoton kyselyyn vastanneista asiakkaista piti ystävää henkilönä, jonka kanssa voi luottamuksellisesti keskustella vaikeista ja ongelmallisista asioista. Nuoruus on suurien päätösten aikaa elämässä, jolloin edessä ovat kasvaminen aikuiseksi, vanhemmista irtautuminen, itsenäistyminen, ammatilliset päämäärät, perheen perustaminen ja muita elämään liittyviä valintoja. Ystävyssuhteet ovat hyvin tärkeä osa nuoruutta, koska nuori tarvitsee paljon tukea ja ymmärrystä samassa elämänvaiheessa olevilta (Aalberg & Siimes 1999, 58 - 59). Suurin osa vastanneista kertoi saaneensa tietoa nuorille suunnatuista mielenterveyspalveluista terveydenhoitajalta ja suurin osa kertoi terveydenhoitajan myös ohjanneen Nuorten Vastaanottoon. Tämän opinnäytetyön teoriaosuus tukee näitä tuloksia. Koulu onkin paras paikka kohdata kaikki oppivelvollisuusikäiset, koska nuorelle paras tapa saada asiantuntevaa tukea on kuraattorin, koulupsykologin tai terveydenhoitajan luo hakeutuminen. Psykiatrisen sairaanhoitajan Janneke Kartton mukaan (dokumentti ohjelma 45 minuuttia 5.11.2008) terveydenhoitajilla on kuitenkin isot oppilasmäärät kouluissa, eikä heillä välttämättä ole aikaa pysähtyä yksittäisen nuoren kohdalla niin pitkään kuin tarve vaatisi. Tämän vuoksi onkin tärkeää, että jokaisessa koulussa olisi ”oma” psykiatrisen sairaanhoitaja tai muu vastaava ammattilainen, joka auttaisi oppilaita heidän huolissaan. Tällainen olisi juuri sellaista ennaltaehkäisevää työtä, jota on kaivattu.

Suurin osa Nuorten Vastaanoton vastaajista oli sitä mieltä, että saivat palvelua, mikä vastasi juuri heidän tarpeitansa ja vain yksi toivoi ”jotain itsehallintaan liittyvää”. Nuorelle annettiin mahdollisuus tuoda omin sanoin mielipiteensä esille Nuorten Vastaanoton palveluista. Suurin osa vastauksista oli positiivisia ja henkilökunnan ammattitaitoa kiittelevää. Osa vastaajista olisi kuitenkin toivonut, että palveluista saisi enemmän informaatiota, esimerkiksi kouluissa kerrottaisiin. Teorian mukaan asiakkaiden kokemukset hoitosuhteesta ja sen laadusta ovat usein riippuvaisia hoitavasta henkilöstä ja hänen asiantuntijuudestaan. Luottamus syntyy kiireettömässä ilmapiirissä, jossa asiakas kokee hoitajan olevan vain häntä varten. Perusterveydenhuollon depressiotutkimuksen yksi keskeinen suositus oli, että potilaalle varataan riittävästi aikaa kertoa itsestään ja omista asioistaan (Inkilä ym. 2006).

Suurin osa vastanneista koki saavansa apua/tukea riittävän paljon ja riittävän usein. Lisäksi suurin osa vastaajista koki pääsevänsä Nuorten Vastaanottoon, kun tunsu tarvitsevänsä apua/tukea eniten. Osa vastanneista oli kuitenkin maininnut jonotusaikojen

liiallisesta pituudesta. Ajallisesti suurin osa vastaajista oli joutunut odottamaan kaksi viikkoa Nuorten Vastaanottoon. Jonotusajan keskiarvo oli kuitenkin noin 18 päivää. Tutkimusjaksot ovat venyneet yhä pidemmiksi. Ajanvaranneiden tutkimukseen pääsyaika oli 13,3 (keskiarvo) 1.1.07–31.5.07 välisenä aikana. Mielenterveyden häiriö uhkaa vakavasti nuoren kehitystä, jos nuori ei saa tarvitsemaansa apua tarpeeksi ajoissa. Suurin osa vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että he saavat tarvitsemansa avun tarpeeksi nopeasti, vaikka teoriapohjan ja aikaisempien tilastojen mukaan jonotusajat ovat liian pitkiä ja eivätkä nuoret saa apua tarpeeksi nopeasti. Teorian mukaan nuorten mielenterveysongelmiin liittyy usein se, että hoitoon hakeutuminen kestää (Peltonen 2008, 30–32). Asiakkaan kanssa yhteisymmärryksessä sovittu jonotus, jona aikana tarjolla on kuitenkin tukea, ei varmaankaan ole kielteinen kynnys. Pakollinen jonotus, kun avuntarve on kiireellinen, lannistaa motivaatiota ja heikentää asiakkaan terveyttä ja sosiaalista tilannetta. Ongelmana ovat myös hoidon saamisen vaikeudet akuuteissa tilanteissa, jolloin palveluyksiköt ovat avoinna (Mäkelä, Nieminen & Törmä 2005). Mistä johtuu tämä ristiriita nuorten mielipiteiden ja yleisen mielipiteen välillä? Opinnäytetyömme tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta suuntaa antavia kyllä. Tuloksien perusteella näyttää kuitenkin siltä, että lähes kaikki vastaajat ovat suhteellisen tyytyväisiä jonotusaikoihin. Ovatko nuoret tosiaan näin tyytyväisiä, vai eivätkö he vain osaa arvioida kuinka nopeasti aika tulisi oikeasti saada. Nuori ei välttämättä itse tiedosta ongelmiansa vakavuutta ja todellista avuntarvetta, minkä seurauksena nuori saattaa vähätellä ongelmiaan. Tämä saattaa vaikuttaa myös siihen, että nuori ei osaa ”vaatia” hoitoa mahdollisimman nopeasti.

Vastaajista suurin osa oli sitä mieltä ettei palvelujen käytössä ollut hankaluuksia, mutta osa kertoi leimautumisen pelon hankaloittavan hakeutumista Nuorten Vastaanottoon. Häpeän ja leimautumisen pelko saattaa hidastaa ja jopa estää hoitoon hakeutumista. Pelko kuuluu tietyissä rajoissa ihmisen normaaliin elämään, mutta saattaa kuitenkin ilmetä vastenmielisenä tunteena, joka saattaa estää tai viivästyttää hakeutumista hoitoon. Leimautuminen ja häpeä voivat olla sairauden sosiaalisia seurauksia ja ilmetä yksilön omana kokemuksena tai leimautumisen ja/tai syrjinnän pelkona (Inkilä, Paavilainen & Halme 2007). Dokumenttiohjelmassa 45 minuuttia 12.11.2008 ”Pahoinvoiva Suomi” kerrotaan Suomessa vallitsevan niin sanottu odottamisen kulttuuri. Suljetaan vain silmät ja toivotaan, että se menisi ohi. Ei haluta nähdä, vaan odotetaan. Lapsen vetäytyvään ja levottomaan käyttäytymiseen ei puututa, jopa potkimiseen tai puremiseen suhtaudutaan

odottaen, että se menisi ohi. Myös nuori voi olla odottavalla kannalla, toivoen ”että se menisi ohi”.

Lopuksi halusimme selvittää, kuinka moni nuorista on perunut varatun ajan Nuorten Vastaanotosta ja/tai jättänyt saapumatta ilmoittamatta siitä. Peruuttamattomat poisjäämiset ovat olleet yksi keskeinen ongelma ja olisi tärkeää löytää keinoja juuri näihin ongelmiin. Mielestämme yksi tärkeä mahdollinen syy peruuttamattomiin poisjäämisiin on nuoren motivaation puute ja tähän tulisi löytää ratkaisu, jotta voitaisiin parantaa nuoren hoitoon sitoutumista. Hoitoon hakeutumisessa matala kynnyks on olennainen tekijä. Jos nuori pitää viranomaisia ”vihollisina” tai näkee heidät uhkana, hoitoon ei helposti lähdetä. Lisäksi nuorella on oltava vahva oma motivaatio hoitoon hakeutumiselle. Erityisesti oman motivaation merkitys näkyy siinä, kuinka hoito onnistuu. Kyselyyn vastanneet olivat perustelleet peruutetut aikansa, kuten esimerkiksi kokeen takia tai matkoilla. Kyselylomakkeet, joissa nuori oli vastannut peruuttaneensa ajan, ilmeni yhtäläisyyksiä nimenomaan kysymyksissä onko saanut riittävän paljon tai riittävän usein apua/tukea. Usein oli juuri vastattu, ettei koe saavansa tarvitsemaansa apua/tukea riittävän paljon/usein tai ettei koe tarvitsevana apua lainkaan. Lisäksi leimautumisen pelko mainittiin näissä kyselylomakkeissa. Vastaajat, jotka olivat jättäneet saapumatta ilmoittamatta siitä Nuorten Vastaanottoon, olivat kaikki perustelleet myös tämän vastauksen. Perusteluista ”unohdin..” oli yleisin ja muita perusteluja oli myöhästyminen, työkiireet. Yhteistä myös näissä kyselylomakkeissa oli vastaajan kokema leimautumisen pelko ja tunne siitä ettei koe saavansa tarvitsemaansa apua/tukea riittävän paljon/usein tai ei koe lainkaan tarvitsevana apua.

14 POHDINTA

Tutustuimme huolellisesti teoriaan ennen kuin aloimme laatia teoriapohjaa. Kirjoitimme laajan teoriapohjan, koska halusimme koota tietopaketin nuoruudesta, sen kehityshäiriöistä, mielenterveydestä ja mielenterveysongelmista. Koimme hankalaksi rajata alueen, koska aihe oli todella mielenkiintoinen ja ajankohtainen. Mitä syvemmälle perehdyimme aiheessamme, sitä enemmän tietoa tulvi ympäriltämme. Opinnäytetyö prosessimme aikana keskeisimpänä asiana lehtien palstoilla ja ajankohtaisissa dokumenteissa on ollut nuorten pahoinvointi. Traagisia tapahtumia otimme osaksi opinnäytetyötämme, kuten Kauhajoen surmat ja keravalaisen urheilijatyön murha. Ovatko nuorten pahoinvointi ja mielenterveysongelmat olleet aikaisemminkin näin paljon esillä? Vai olemmeko nyt vain kiinnittäneet näihin asioihin enemmän huomiota, koska opinnäytetyömme koskee tätä aihetta?

Kyselylomakkeen laadinta oli hyvin haastavaa, koska valmista mittaria ei löytynyt. Tulosten luotettavuutta lisää se, että kyselylomake oli laadittu huolellisesti ja sen kysymykset oli ymmärretty oikein. Näin kysymyksiin vastattiin oikeita asioita. Lisäksi luotettavuutta lisää se, että vastaaminen oli täysin vapaaehtoista eikä vastaajien nimet tulleet missään tutkimuksen vaiheessa esille. Uskomme, että työn luotettavuutta kuitenkin saattaa heikentää se, että vastaajat ovat eri kehitysvaiheissa. Esimerkiksi 14-vuotiaan henkinen kehitys eroaa usein 22-vuotiaasta. Tämä näkyy vastauksissa niin, että esimerkiksi yli 18-vuotiaat olivat vastanneet paljon laajemmin ja rakentavammin kuin nuoremmat. Suhtautuvatko nuoremmat vastaajat kyselyyn asianmukaisesti, perehtymällä kysymyksiin ja vastauksia harkiten? Vai oliko lomakkeen täyttö vain nopea ”sutaitsu” ilman ajatusta? Voimme vain toivoa, että jokainen vastaaja on hetkeksi keskittynyt vastaamaan ajatuksella kysymyksiin ja ymmärtänyt, että vastaaminen on heidän etunsa mukaista.

Tutkimuksen toteuttaminen onnistui mielestämme melko hyvin. Alun perin oli tarkoitus saada jaettua 60 kyselylomaketta, joista Nuorten Vastaanoton henkilökunta sai kuitenkin jaettua vain 41 kappaletta. Vastausaikaa oli loka/marraskuun vaihde ja suunnitelmien mukaan kaikki kyselylomakkeet olisi pitänyt onnistua jakamaan tässä ajassa. Pidimme lomakkeita muutaman päivää ylimääräistä, mutta palautettujen kyselylomakkeiden

määrä jäi silti toivomaamme vähäisemmäksi. Kyselylomakkeiden jakamista hankaloitti henkilökunnan mukaan työntekijöiden lomat ja uudet asiakkaat. Olimme sopineet henkilökunnan kanssa, että kyselylomaketta ei anneta nuorelle vielä ensimmäisen käyntikerran yhteydessä, koska tällöin nuori ei pystyisi vastaamaan kaikkiin lomakkeen kysymyksiin. Kyselylomakkeita saatiin jaettua 41 kappaletta, joista saimme takaisin 34 kappaletta. Palautumattomien kyselylomakkeiden ”sijaintia” emme tiedä, koska ei ollut mahdollista valvoa, että nuori vastaa kyselylomakkeeseen paikan päällä ja jättää sen lukolliseen laatikkoon. Tarkoituksena oli, että henkilökunnan työaikaa kyselylomakkeiden jakamiseen ja ohjeistukseen käytettäisiin mahdollisimman vähän.

Olemme kohtuullisen tyytyväisiä vastausprosenttiin (83 %, n=34), vaikka olisimme toivoneet, että kyselylomakkeita olisi saatu jaettua enemmän (41/60). Saimme tutkimuksellamme juuri sitä tietoa, mitä lähdimme etsimään. Mittaustuloksista saadut taulukot ja kuviot tarkastimme useaan otteeseen, jottei mahdollisia huolimattomuusvirheitä pääsisi syntymään. Kyselylomakkeen viimeisessä osiossa lähdimme selvittämään nuorten syitä käyttämättä jätettyihin aikoihin. Saimme nuorilta vastauksia näihin kysymyksiin, mutta mieltä jäi askarruttamaan perimmäiset syyt miksi nuori ”unohtaa” tai on ”omia menoja”, kun on kyse kuitenkin nuoren hyvinvoinnista. Liittyykö tähän kenties juuri motivaation puute, leimautumisen pelko tai jokin muu vastaavanlainen syy? Tämä voisikin olla hyvä jatkotutkimuksen haaste, eli mikä on perimmäinen syy käyttämättä jätettyihin aikoihin ja miten nuoren saisi sitoutumaan paremmin hoitoon.

Tulosten perusteella suurin osa nuorista on tyytyväisiä Nuorten Vastaanoton mielenterveyspalveluun, eivätkä koe jonotusaikoja liian pitkiksi. Melko moni nuorista kuitenkin koki leimautumisen pelon olevan hankaloittava tekijä Nuorten Vastaanottoon hakeutuessa. Tulokset eivät kuitenkaan ole yleistettävissä, mutta ne ovat suuntaa antavia. Tulokset tuovat esille sen, että kehittämisen varaa on. Osa vastaajista ei ollut tyytyväisiä saamaansa apuun/tukeen tai koki jonkin asian hankaloittavan hakeutumista Nuorten Vastaanottoon.

Kokonaisuutena opinnäytetyön teko oli erittäin haastavaa, paneutumista ja kärsivällisyyttä vaativaa, mutta samalla kasvattava ja opettavainen prosessi.

Opinnäytetyömme teko on ollut mielenkiintoista, koska aihe on erittäin ajankohtainen ja tärkeä.

Ruohonjuuritason neuvo nuorten hyvinvoinnin lisäämiseksi on yksinkertainen: kysytään nuorelta, mitä kuuluu. Se veisi muutaman minuutin, mutta ei maksaisi mitään.

LÄHTEET

- Aalberg, P. & Siimes, V. 1999. Lapsesta aikuiseksi. Nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Nemo.
- Aaltonen, M., Ojanen, T., Vihunen, R. & Vilen M. 2003. Nuoren aika. WSOY.
- Aalto-Setälä, T. & Marttunen, M. 2007. Nuoren psyykkinen oireilu – häiriö vai normaalia kehitystä? Duodecim.
- Biederman, J., Faraone, SV. & Marrs, A. 1997. Panic disorder and agoraphobia in consecutively referred children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 214-23.
- Birmaher, B., Ryan, ND. & Williamson, DE. 1996. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.
- Bradburn N.M., Caplovitz D. Reports on happiness. Chicago: Aldine Publishing Company, 1965.
- Collishaw, S., Maughan, Goodman, R. & Pickles, A. 2004. Time trends in adolescent mental health. J Child Psychol Psychiatry.
- Fröjd, S., Laurila, A-M., Kilku, N. & Kaltiala-Heino, R. 19/2003. ARVO – mielenterveyspalveluarvio mielenterveyspalvelujen käyttäjien kokemusten kuvaajana. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Pirkanmaan mielenterveystyön strategia- ja osaamiskeskushanke. Tampereen yliopisto/Terveystieteenlaitos.
- Hamilton, D-B. 1993. The Idea of History and the History of Ideas. Journal of Nursing Scholarship 25, 45-48.
- Heiskanen T., Salonen K., Kitchener B., Jorm A. Handbok i psykiska första hjälpen. Vasa: Österbotten-projektet, 2006.
<http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=499183>
- Heittola, H-M. & Saine, U. 2006. Mielenterveyttä uhkaavat ongelmat ja avunsaanti nakkilalaisen nuoren kokemana. Sosiaali- ja terveysalan Porin yksikkö. Opinnäytetyö.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. Tammi.
- Immonen, T., Kiikkala, I. & Ahonen, J. 2003. Mielekäs elämä! –ohjelman toimenpidesuosituksset. Oppaita 2003: 9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
[http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/me_suosituksset/me_suosituksset.pdf\[10.1.2007\]](http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/me_suosituksset/me_suosituksset.pdf[10.1.2007]).

Inkilä, J., Paavilainen, E. & Halme, N. 2006. Psykiatriseen hoitoon liittyvästä häpeän pelosta ei kerrota. *Sairaanhoitaja-lehti* 11/2007.

Kaivosoja, M. 2/1996. Pakko auttaa. Tutkimus mielenterveyslain säätämisen heijastumisesta alaikäisten pakkoauttamiskäytäntöihin vuosina 1991–1993. *Julkaisuja* 1996:2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 218.

Kallio, M. 2006. Nuorten arviointia mielenterveyspalvelujen Sihti-kehittämishankkeesta Kuopiossa, Lappeenrannassa ja Imatralla. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Karlsson, L., Pelkonen, M. & Ruutu, T. 2006. Psychometric Properties of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) in Adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 194:2; 98-105.

Karvonen, S. 2006. Onko sukupuolella väliä? Hyvinvointi, terveys, pojat ja tytöt. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Stakes. Vammalan Kirjapaino Oy.

Kaukola, J. 4/2006. EKOTUKI-hanke; Rakenteet muuttuvat-muuttuvatko palvelut? Raportteja ja oppaita. Kehitysvammaisten tukiliitto Ry.

Kauppinen, K. 2004. Nuorten mielenterveyspalvelulujärjestelmä Suomessa. Olisiko meistä malliksi Pietariin? Sosiaali- ja terveysalan Porin yksikkö. Opinnäytetyö.

Kiikkala, I. & Immonen, T. 2002. Rakenteista sisältöön, sanoista tekoihin! Mielenterveyttä peruspalveluissa. Pääsky-ohjelman loppuraportti ja toimenpideehdotukset. *Julkaisuja* 2002:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/paasky/paasky.pdf>[10.1.2007].

Koivunen, M. 2000. Tienviittoja kunnan mielenterveystyön suunnitelman laatimiseen. Helsinki: Stakes. <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/8435CD50-E54C-4A77-A353-180D0494F899/0/Tienviitatkirja4.pdf>[10.1.2007].

Kessler, R., Chiu, W., Demler, O., Merikangas, K. & Walters, E. 2005. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*.

Kunttu, K. 2003. Terveiden riskit opiskeluiässä – ja miten niihin voisi vaikuttaa? Riskistä rikkaudeksi Koulu- ja nuorisoterveydenhuollon päivät.

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki.

Lehtinen, A. 2001. Asiakaslähtöisyys mielenterveysasiakkaiden avopalveluiden kehittämisessä Kokemäellä. Sosiaali- ja terveysalan Porin yksikkö. Opinnäytetyö.

Lehtoranta, P. & Reinola, O. 2007. Haastava nuori ammattia oppimassa. Helsinki. Yliopistopaino.

Lepistö, J., von der Pahlen, B. & Marttunen, M. 2006. Nuoren päihdehäiriöiden hoito. Suomen Lääkäriliitto.

Lusk, B. 1997. Historical Methodology for Nursing Research. Journal of Nursing Scholarship 29, 355-359.

Marttunen, M. & Rantanen, P. 2001. Nuorisopsykiatria. Duodecim. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Matilainen, D. 2001. Aatehistoriallinen tutkimussuuntaus hoitotieteessä. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Helsinki, 208–237.

Mielenterveyden määrittely. <http://www.mielenterveysseura.fi/>

Mäkelä, M., Nieminen, J. & Törmä, S. 2005. Hoito- ja palvelujärjestelmän kynnykset päihdeongelmaisten kannalta. Sosiaalialan kehittämishanke. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Nyyssölä, K. 2000. Kouluinhon ytimessä –huono osaisten nuorten suhtautuminen koulutukseen ja työhön. Kasvatus 31 (1), 64-75.

Passi, M. 2008. Keravan puukotuksen motiivina pitkään jatkunut ahdistus. Helsingin Sanomat. Julkaistu: 25.7.2008.

Pelkonen, M. & Marttunen, M. 2003. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. Paediatr Drugs.

Peltonen, H. 2008. Suuri osa nuorista voi paremmin kuin ennen. Dialogi 5/2008, 30–32.

Pylkkänen, K. 2003. Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa: Nuotta-projektin loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:13.

Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., Pelkonen, M. & Marttunen, M. 2001. Nuorten ahdistuneisuushäiriöt. Duodecim, 791–801.

Rimpelä, M. 2003. Haasteena mieserityinen hyvinvointiosaaminen. URHO:n erikoisnumero 2/2003, painettu versio.
http://www.miessakit.fi/fi/urho/arkisto/mieserityinen_haaste

Russel, D. 1997. An oral history project in mental health nursing 26, 489–495.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. 2002. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Oppaita 2001:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
[http://pre20031103.stm.fi/suomi.pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf\[10.1.2007\]](http://pre20031103.stm.fi/suomi.pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf[10.1.2007]).

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Työnjakoa ja työnrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio. Työryhmämuistioita 2004:5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Stakes. Mielenterveys. <http://info.stakes.fi/mielenterveystyo/FI/kasitteet/Mielenterveys-ksite.htm>

Stakes 1994. Mielenterveystyö kunnan asialistalle! Oppaita 19. Helsinki: Stakes.

STT 7/2008. Keravalaisnuorten psykiatrinen hoito huonossa jamassa. Iltalehti. Julkaistu: 23.7.2008.

UK study by the Centre for Suicide Research at Oxford University 2002.

Vuorinen, R. 1997. Minän synty ja kehitys, ihmisen psyykkinen kehitys yli elämänkaaren. Helsinki. WSOY.

Wahlbeck, K. 2007. Mielenterveyspalvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus.

Wittchen, H-U., Nelson, CB. & Lachner, G. 1998. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairment in adolescents and young adults. Psychol Med 1998, Prevalence of mental disorders and psychosocial impairment in adolescents and young adults, 109–126.

Yli-Rantala, S. 2000. Nuorten omat kokemukset mielialoistaan Porin lukioissa: Kouluterveys 1997 – tutkimuksen osio. Sosiaali- ja terveysalan Porin yksikkö. Opinnäytetyö.

LIITELUETTELO

LIITE 1 Nuorten mielenterveyspalvelujen porrastus

LIITE 2 Tutkimukseen ja hoitoon pääsyn enimmäisajat 2001 – 2002 NUOTTA –
projektin tiedusteluun saatujen vastausten mukaan

LIITE 3 Hoitotakuun toteuttamisen keskeiset ongelmat nuorisopsykiatriassa 2002

LIITE 4 Nuorten Vastaanottoryhmä – muutokset erikoissairaanhoidossa
(Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa Nuotta -projektin loppuraportti 2003)

LIITE 5 Nuorten Vastaanottoryhmän toimintatiedot seurantajakson aikana 1.1. -
30.9.2002 (Haapasalo-Pesu, K-M. 2002)

LIITE 6 Tutkimuslupa-anomus

LIITE 7 Tutkimuslupa

LIITE 8 Kyselylomake

LIITE 1

Taulukko 1. . Nuorten mielenterveyspalvelujen porrastus. (Kauppinen 2004, 22.)

Luettelo nuorten mielenterveyspalveluista eri sektoreilta, joista käsittelemme yhteistyökumppanimme Nuorten Vastaanottoa tarkemmin.

PerusterveydenhuoltoTerveyskeskus

Koululääkäri/Terveyskeskuslääkäri

Kouluterveydenhoitaja

Terveyskeskuspsykologi

Sairaanhoitaja

Psykiatrinen sairaanhoitaja

Sosiaalityöntekijä

Kriisipalvelut

Vuodeosastot

Kevyet terapiat

Koulu

Koulukuraattori

Koulupsykologi

Terveystieto-oppiaineena

Erityisopetus

Työvoimaviranomaiset

Työttömyystuki

Koulutus

Työnvälitys

Poliisi**Sosiaalihuolto**

Lastensuojelu

Kasvatus- ja perheneuvonta

Päihdetyö

Sosiaalityö

Perhehoito

ErikoissairaanhoitoPsykiatrinen sairaalahoido

Suljettu osastohoito

Avo-osastohoito

Päiväsairaalat

Nuoriso-osastot

Puoliavoimet hoitomuodot

Kuntoutuskodit

Kuntoutumis- ja päiväkeskukset

Perhehoito

Hoitokodit

Psykiatrinen avohoito

Vastaanottotoiminta: mtt/pkl/tk

Erilaiset työryhmät: psykoosi-, erityis- ja akuuttiryhmät

Vastaanottoryhmät

Ryhmät, kerhot

Yliopistosairaalat**Vapaaehtoistyö**

Taulukko 2. Tutkimukseen ja hoitoon pääsyn enimmäisajat 2001 – 2002 NUOTTA – projektin tiedusteluun saatujen vastausten mukaan.

Yksikkö	Enimmäisaika tutkimukseen viikkoa	Enimmäisaika hoitoon kuukautta
HUS LNS	3	4
HUS Peijas	5	4
HUS Jorvi	4	Ei mitata
HUS Lohja	2	1
HUS Hyvinkää	3-6	1
Kanta-Häme	2-6	Ei mitata
Päijät-Häme	4	Terapiajono
Kymenlaakso	3-4	1
Etelä-Karjala	3	Ei mitata
Varsinais-Suomi	1	1
Salo	3	1
Satakunta	1-2	1
Pirkanmaa	3-4	Ei mitata
Keski-Suomi	2-3	Heti
Etelä-Pohjanmaa	3	1,5
Etelä-Savo	4	3
Itä-Savo	3	3
Pohjois-Karjala	0-5	3
Pohjois-Savo	3-4	3
Pohjois-Pohjanmaa	0-4	3
Kainuu	0-3	1
Lappi	1	1
Länsi-Pohja	1-2	1

Taulukko 3. Hoitotakuun toteuttamisen keskeiset ongelmat nuorisopsykiatriassa 2002

1. Hoitotakuun mittaamisen menetelmät ovat vielä keskeneräisiä
2. Tiedot hoitotakuun toteutumisesta ovat toistaiseksi epäluotettavia
3. Resurssipula on vakava ongelma
4. Hoitotakuu ei ole vielä heijastunut kuntatason suunnitteluun
5. Tutkimukseen pääsyn (3 viikkoa) enimmäisajan mittaaminen on helpompaa kuin hoitoon pääsyn enimmäisajan mittaaminen (3kk)
 - ATK – menetelmiä tulee kehittää
 - Tarvitaan yhtenäisiä käytäntöjä mittaamiseen
 - Tutkimuksen ja hoidon eriyttäminen on vielä tuotteistamatta (Pylkkänen 2003, 69–70).

Taulukko 4. Nuorisopsykiatrian hoitotakuun toteutuksen suurimmat esteet ja ongelmat 2002.

- Kyselyyn vastanneet sairaanhoitopiirit/ osavastuualueet raportoivat seuraavanlaisia ongelmia

1. Resurssipula
 - Uupuminen lisääntyy, erityisesti lääkäripula
2. Mittaamisen ongelmat, ohjeiden tarve
 - ATK-järjestelmään ei sovi hoitotakuu
 - Määrittelyt epäselviä
 - Tarvitaan valtakunnallisia ohjeita
3. Palvelurakenne ei ole muuttunut hoitotakuun tultua voimaan, vaikka muutos olisi ollut välttämätön
 - Kunnat eivät ota huomioon hoitotakuun vaatimuksia budjeteissaan
 - Perustason palvelujen kehittymättömyys
4. Kysynnän keinotekoinen vähentäminen
 - Ikärajoja muuttamalla
- Kohdeväestöä pienentämällä, osa nuorista jää hoitotakuun ulkopuolelle
 - Lähetekäytäntöjä muuttamalla
 - Vaaditaan lääkärin lähete, vaikka joustava ohjautuminen olisi väestölle edullista
5. Panostus nopeaan tutkimukseen pääsyyn tukkii pitkäjänteisen hoidon
6. Puuttuvat kuntoutuspalvelut
7. Avohoidon toteutuminen vaarassa, jos KELA supistaa kuntoutuspsykoterapian määrärahoja (Pylkkänen 2003, 69-70).

LIITE 4

Taulukko 5. Nuorten Vastaanottoryhmä – muutokset erikoissairaanhoidossa (Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa Nuotta -projektin loppuraportti 2003)

	1999	2002
Erikoissairaanhoidossa		
- Uusia nuoria	159	104
Nuoria yhteensä	286	227
- käyntejä	3 703	3 031
- Osastoilla nuoria	34	21
Hoitopäiviä	1 948	1 456
Nuoria kuntoutusyksikössä	3	1

LIITE 5

Taulukko 6. Nuorten Vastaanottoryhmän toimintatiedot seurantajakson aikana 1.1. - 30.9.2002 (Haapasalo-Pesu, K-M. 2002)

Seurantajakso	2002
Uusia nuoria / kk	22
Poikia/tyttöjä	37 % / 63 %
Ikä	
- 13-15	24 %
- 16-18	41 %
- 19-	37 %
Lähettiläjä	
- Terveyskeskus	24 %
- Perheenjäsen	31 %
- Itse	18 %
- Koulu	12 %
Jatkohoito	
- Nuorisopsykiatrian poliklinikka	27 %
- Terveyskeskus	4 %
- Sosiaalitoimi	2 %
- VOR-jakso riittävä	28 %
- Keskeytti	21 %
Tutkimukseen pääsyn odotusaika	7vrk
Nuorisopsykiatrian poliklinikan keskimääräinen jonotusaika	17vrk

LIITE 6

Satakunnan ammattikorkeakoulu 16.09.2008
Sosiaali- ja terveysala
Porin yksikkö
Syksy 2008

Eino Susanna

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Johanna Myllymäki

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Opiskelemme Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan Porin yksikössä sairaanhoitajiksi. Tutkintoomme kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Pyytäisimme lupaa tehdä opinnäytetyötä yhteistyössä Porin Nuorten Vastaanottoryhmän kanssa. Opinnäytetyössä on tarkoitus kartoittaa Vastaanottoryhmän nuorten kokemuksia mielenterveyspalvelujen saatavuudesta. Lisäksi haluamme selvittää mistä johtuvat mahdolliset käyttämättä jätetyt ajat. Opinnäytetyön tavoitteena on saada nuoren ääni kuuluviin mielenterveyspalvelujen saatavuudesta Nuorten Vastaanottoryhmässä. Toivomme työn kehittävän nuorten mielenterveyspalvelujen saatavuutta Vastaanottoryhmässä.

Pyydämme kohteliaimmin saada lupaa suorittaa opinnäytetyöhömmme liittyvän kyselyn Porin Nuorten Vastaanottoryhmän asiakkaille. Kysely toteutetaan loka-marraskuun

aikana 2008. Tarkoituksena on viedä kyselylomakkeet Vastaanottoryhmään, jossa henkilökunta antaa lomakkeen nuorelle käynnin yhteydessä. Lomakkeeseen vastataan nimettömästi ja lomakkeet palautetaan suljetussa kirjekuoressa lukolliseen vastauslaatikkoon, jonka toimitamme Nuorten Vastaanottoryhmään. Kyselyyn vastaaminen on asiakkaille vapaaehtoista ja saatuja tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii THM Outi-Kaisa Keppola Satakunnan ammattikorkeakoulusta
puh. [REDACTED]

Liitteenä tutkimussuunnitelma, kyselylomake, lähteet.

Kunnioittavasti

Susanna Eino
Johanna Myllymäki

PORI

TUTKIMUSLUPA

Tutkimuksen aihe ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA NUORTEN VASTAANOTTORYHMÄN
MIELENTERVEYSPALVELUJEN SAATAVUUDESTA

Tekijät sairaanhoitajaopiskelijat **Susanna Eino ja Johanna Myllymäki**,
Satakunnan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Pori

Toteutus kyselylomake, loka-marraskuu 2008

Kohderyhmä Nuorten vastaanottoryhmän asiakkaat

Yhteyshenkilöt terveydenhoitajat Maritta Pirttikangas ja Pirkko Marjamäki

Opinnäytetyön ohjaaja
THM Outi-Kaisa Keppola, SAMK

Tutkimuslupa Myönnetään.

Tekijät ovat olleet yhteydessä Eettiseen toimikuntaan, jossa todettu,
että tarvetta luvan anomiseen ei ole.

Valmis opinnäytetyö pyydetään toimittamaan johtavalle hoitajalle.

Porissa 23.9.2008

PORIN KAUPUNKI
Terveysvirasto



Sirkka-Liisa Varjus
johtava hoitaja

ARVOISA KYSELYYN VASTAAJA

Opiskelemme Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalalla Porin yksikössä sairaanhoitajiksi. Olemme tekemässä opintoihimme liittyvää opinnäytetyötä yhteistyössä Nuorten Vastaanoton kanssa. Tarkoituksena on selvittää nuorten kokemuksia ja odotuksia Vastaanoton palveluista. Tavoitteena on saada nuoren ääni kuuluviin. Toivomme työn vaikuttavan nuorten mielenterveyspalvelujen saatavuuteen.

Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyyn vastataan nimettömästi, joten kenenkään henkilöllisyys ei ole tunnistettavissa. Kyselyyn osallistumalla autatte palvelujen laadun edistämässä, jotta ne vastaisivat paremmin nuorten tarpeita. Vastauksenne on myös opinnäytetyömme onnistumisen kannalta erittäin merkityksellistä.

Jos haluatte lisätietoa opinnäytetyöhömme liittyvästä kyselystä, vastaamme mielellämme kysymyksiinne. Opinnäytetyömme ohjaajana toimii THM Outi-Kaisa Keppola Satakunnan ammattikorkeakoulusta puh. [REDACTED]

Suurimmat kiitokset vaivannäöstäsi

Susanna Eino

Sairaanhoitajaopiskelija
[REDACTED]

Johanna Myllymäki

Sairaanhoitajaopiskelija
[REDACTED]

TAUSTATIEDOT

1. Ikä _____

2. Sukupuoli 1. Poika
 2. Tyttö

3. Elämäntilanne 1. Koululainen
 2. Opiskelija
 3. Työelämässä
 4. Työtön
 5. Muu (esim. äitiysloma)_____

4. Kuinka mones käyntikerta Sinulla oli Nuorten Vastaanotossa, kun sait tämän kyselylomakkeen?_____

NUORTEN MIELENTERVEYSPALVELUJEN SAATAVUUS

5. Meidän jokaisen elämässä tulee tilanteita, jolloin yllättäen kohtaa vaikeita ja ongelmallisia asioita.

Onko Sinulla henkilöä, jonka kanssa voit luottamuksellisesti keskustella tällaisista asioista? (Ympyröi Sinulle sopivimmat vaihtoehdot)

1. Perheenjäsen
2. Muu sukulainen
3. Ystävä
4. Ammattiauttaja (sosiaalityöntekijä, psykologi tms.)
5. Ei ketään

6. Mistä/keneltä olet saanut tietoa nuorille suunnatuista mielenterveyspalveluista?

1. Koulukuraattori
2. Koulupsykologi
3. Terveystenhoitaja
4. Lääkäri
5. Perheenjäsen
6. Ystävä
7. Itse (esim. puhelinluettelo, Internet)
8. Joku muu, kuka?_____

7. Kenen ajatuksesta avuntarpeen hakeminen lähti liikkeelle? (Ympyröi Sinulle sopivin vaihtoehto)

1. Koulukuraattori
2. Koulupsykologi
3. Terveystenhoitaja
4. Lääkäri
5. Perheenjäsen
6. Ystävä
7. Itse
8. Joku muu, kuka?_____

8. Jos vastasit kysymykseen 7 vaihtoehdon 7 niin kuka ohjasi Sinut Nuorten Vastaanottoon?

1. Koulukuraattori
2. Koulupsykologi
3. Terveystenhoitaja
4. Lääkäri
5. Perheenjäsen
6. Ystävä
7. Itse
8. Joku muu, kuka?_____

9. Pääsitkö Nuorten Vastaanottoon silloin, kun tunsit tarvitsevasi apua/tukea eniten?

1. Kyllä
2. En
3. En osaa sanoa
4. En tarvitse apua/tukea

10. Kuinka kauan odotit pääsyä Nuorten Vastaanottoon?

11. Oletko mielestäsi saanut Nuorten Vastaanotossa palvelua, mikä vastaa juuri Sinun tarpeitasi? (Ympyröi Sinulle sopivin vaihtoehto)

1. Kyllä
2. En
3. En osaa sanoa
4. En tarvitse

12. Jos vastasit kysymykseen 11 vaihtoehdon 2, niin millaisia palveluja olisit toivonut?

13. Arvioi Nuorten Vastaanoton palveluiden riittävyyttä omalla kohdallasi. Saatko mielestäsi apua/tukea riittävän paljon? (Ympyröi Sinulle sopivin vaihtoehto)

1. Saan riittävästi
2. En saa riittävästi
3. En osaa sanoa
4. En tarvitse apua/tukea

14. Saatko mielestäsi apua/tukea riittävän usein?

1. Saan riittävästi
2. En saa riittävästi
3. En osaa sanoa
4. En tarvitse apua/tukea

15. Hankaloittiko jokin seuraavista alla olevista vaihtoehtoista hakeutumista Nuorten Vastaanottoon?

1. Tiedon puute palveluista
2. Palvelujen huono saatavuus
3. Kulkemisvaikeudet
4. Leimautumisen pelko
5. Koen etten saa tarvitsemaani apua
6. Joku muu, mikä? _____
7. Palvelujen käytössä ei ollut hankaluuksia

16. Mitä muuta haluaisit tuoda esille Nuorten Vastaanoton palveluista?

KÄYTTÄMÄTTÄ JÄTETYT AJAT

17. Oletko perunut jo varatun ajan Nuorten Vastaanotosta?

1. En
2. Kyllä, miksi? _____

18. Oletko jättänyt saapumatta Nuorten Vastaanottoon ilmoittamatta siitä?

1. En
2. Kyllä, miksi? _____