



Työikäisen pääsy mielenterveyspalveluihin

Mielenterveyshoidon aloitusta nopeuttavat ja hidastavat tekijät

Satu Honkola

Opinnäytetyö, ylempi AMK

Toukokuu 2024

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma (YAMK)

Honkola Satu

Työkäisen pääsy mielenterveyspalveluihin. Mielenterveyshoidon aloitusta nopeuttavat ja hidastavat tekijät. Integraatiivinen kirjallisuuskatsaus

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. **Toukokuu 2024**, 65 sivua

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma (YAMK) Opinnäytetyö.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Maailman terveysjärjestö korostaa mielenterveyden olevan jokaisen ihmisen perusoikeus, joka vaikuttaa elämäämme kaikilla eri osa-alueilla. Mielenterveyden huomiointi on tärkeää mielenterveysongelmien aiheuttaessa suuren kansantaloudellisen menetyksen. Mielenterveyttä tuetaan mielenterveyspalveluja kehittämällä ja hoitoon pääsyä nopeuttamalla.

Mielenterveyden tukeminen on ollut lähtökohtana opinnäytetyölle, missä tarkoituksena oli selvittää työkäisen mielenterveyshoidon pääsyyn vaikuttavia tekijöitä hoidon aloituksen näkökulmasta aiemman tutkimuskirjallisuuden avulla. Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata työkäisen mielenterveyshoidon aloitusta nopeuttavia ja hidastavia tekijöitä. Opinnäytetyössä etsittiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin: Mitkä tekijät nopeuttavat työkäisen mielenterveyshoidon aloitusta? Mitkä tekijät hidastavat työkäisen mielenterveyshoidon aloitusta?

Opinnäytetyö toteutettiin integraatiivisena kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyön kohderyhmäksi määriteltiin työkäiset, 15–74-vuotiaat mielenterveyshoitoa tarvitsevat. Aineistoa haettiin CINAHL, PubMed ja Medic-tietokantoja käyttäen. Tarkasti valittujen kriteereiden ja tietokantahakujen kautta valittiin opinnäytetyöhön 11 tutkimusta. Tutkimusten laadun arvioinnissa käytettiin sekä Joanna Briggs – instituutin laadunarvioinnin tarkistuslistaa, että Kangasniemen, Pakkasen ja Korhosen muokkaamaa kriteeristöä. Valitut tutkimukset analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla.

Opinnäytetyön tuloksina nousi esille mielenterveyshoidon aloitusta nopeuttavina tekijöinä mielenterveys-tietoisuuden lisääminen, mielenterveyspalveluiden kehittäminen, ympäristön rooli mielenterveyshoitoon hakeutumisessa sekä mielenterveyden huomiointi maailmanlaajuisesti. Mielenterveyshoidon aloitusta hidastavina tekijöinä opinnäytetyössä nousi esille tiedon ja ymmärryksen puute, psykiatrisen palvelun tarjonnan haasteet ja ongelmat, perheen tai ympäristön vaikutus mielenterveyshoitoon hakeutumisessa sekä sairastuneen henkilökohtaiset esteet mielenterveyshoitoon hakeutumiselle. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää mielenterveyspalveluiden kehittämisessä, erityisesti hoitoon pääsyyn edesauttaviin tekijöihin vaikuttamalla.

Avainsanat (asiasanat)

mielenterveys, mielenterveyspalvelut, hoitoon pääsy

-

Honkola Satu**Access to mental health services for working-aged people. Mental health Factors that speed up and slow down the start of treatment - An integrative literature review**

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, May 2024, 65 pages

Master's Degree Programme in Health Care and Social Services. Master's Thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

The World Health Organization emphasizes that mental health is a basic right of every human being, which affects our lives in all different areas. Considering mental health is important when mental health problems cause a large national economic loss. Mental health is supported by developing mental health services and speeding up access to treatment.

Supporting mental health has been the starting point for the thesis, where the purpose was to find out the factors affecting access to mental health care for working-age people from the perspective of starting treatment using previous research literature. The aim of the thesis was to describe the factors that speed up and slow down the initiation of mental health treatment for working-age people. The thesis sought answers to the following questions: Which factors speed up the initiation of mental health treatment for working-age people? What factors slow down the initiation of mental health treatment for working-age people?

The thesis was implemented as an integrative literature review. The target group of the thesis was defined as working-age people aged 15–74 who need mental health treatment. The material was searched using the CINAHL, PubMed and Medica databases. Through carefully selected criteria and a database search, 11 studies were selected for the thesis. Both the Joanna Briggs Institute's quality assessment checklist and the criteria modified by Kangasniemi, Pakkanen and Korhonen were used to assess the quality of the studies. The selected studies were analyzed using material-oriented content analysis.

As a result of the thesis, increasing mental health awareness, developing mental health services, the role of the environment in seeking mental health treatment, and attention to mental health worldwide emerged as factors that accelerate the initiation of mental health treatment. The lack of knowledge and understanding, the challenges or problems of psychiatric service provision, the influence of the family or environment on seeking mental health treatment, and the patient's personal obstacles to seeking mental health care were highlighted as factors slowing down the initiation of mental health treatment. The results of the thesis can be used in the development of mental health services, especially by influencing the factors that even help access to treatment.

Keywords/tags (subjects) mental health, mental health services, access to treatment

-

Sisältö

1	Mielenterveystyön haasteet	3
2	Työikäisten mielenterveys	6
2.1	Työelämä ja mielenterveys	6
2.2	Työelämän mielenterveyttä tukevat ohjelmat ja palvelut.....	7
2.3	Työterveyshuolto.....	8
3	Mielenterveyden merkitys	9
3.1	Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät	9
3.2	Yleisimmän mielenterveyshäiriöt.....	12
3.2.1	Ahdistus sekä masennus ja niiden hoito.....	14
3.2.2	Stressireaktiot sekä unihäiriöt ja niiden hoito	15
3.2.3	Persoonallisuushäiriöt, syömishäiriöt sekä psykoottiset häiriöt ja niiden hoito.....	16
4	Mielenterveyspalveluiden kehittäminen	17
4.1	Mielenterveyspalvelujärjestelmä	17
4.2	Mielenterveyspalveluiden ja mielenterveyshoitoon pääsyn kehittäminen.....	19
4.3	Hoitoon pääsy.....	22
4.3.1	Hoitoon pääsy hoitotakuun mukaisesti perusterveydenhuollossa	22
4.3.2	Mielenterveyshoitoon pääsyyn vaikuttavia tekijöitä	23
5	Opinnäytetyön tarkoitus,tavoite ja tutkimuskysymykset	25
6	Opinnäytetyön toteutus	26
6.1	Menetelmä.....	26
6.2	Tiedonhaku	27
6.3	Kelpoisuusehdot.....	28
6.4	Aineiston analysointi	30
6.4.1	Analyysimenetelmä.....	30
6.4.2	Analyysiprosessi.....	31
7	Tulokset	33
7.1	Työikäisen mielenterveyshoidon aloitusta nopeuttavat tekijät	33
7.1.1	Mielenterveystietoisuuden lisääminen	34
7.1.2	Mielenterveyspalveluiden kehittäminen.....	34
7.1.3	Ympäristön rooli mielenterveyshoitoon hakeutumisessa ja mielenterveyden huomiointi maailmanlaajuisesti	37
7.2	Työikäisen mielenterveyshoidon aloitusta hidastavat tekijät	37
7.2.1	Tiedon ja ymmärryksen puute.....	38

7.2.2 Psykiatrisen palvelun tarjonnan haasteet/ongelmat	40
7.2.3 Perheen / ympäristön vaikutus hoitoon hakeutumiselle	41
7.2.4 Sairastuneen henkilökohtaiset esteet hoitoon hakeutumiselle	42
8 Pohdinta	42
8.1 Tulosten tarkastelu.....	42
8.2 Eettisyys ja luotettavuus	46
8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	48
Lähteet	50
Liitteet.....	60
Liite 1 Mielenterveyden porrasteinen hoitomalli	60
Liite 2 Käytetyt tietokannat ja hakusanat/-lausekkeet	61
Liite 3 PRISMA flow diagram (Page ym.2021, muokattu).....	62
Liite 4 Kirjallisuuskatsauksen aineisto	63
Kuviot	
Kuvio 1 Työikäisen työterveyshuollon yhteistyömallimalli.....	8
Kuvio 2 Ihmisen mielenterveysoikeudet.....	10
Kuvio 3 Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät.....	11
Kuvio 4 Kelan maksamien sairauspäivärahojen saajien diagnoosiryhmät ja lukumäärä.	12
Kuvio 5 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut.....	19
Kuvio 6 Mielenterveyspalveluiden kehittämisen keinoja.....	21
Kuvio 7 Kirjallisuuskatsauksen vaiheet.....	27
Kuvio 8 Mielenterveyshoidon aloitusta nopeuttavat tekijät.....	33
Kuvio 9 Mielenterveyshoidon aloitusta hidastavat tekijät.....	38
Taulukot	
Taulukko 1 Yleisimmät mielenterveyshäiriöt, niiden syyt, oireet ja hoito.....	13
Taulukko 2 Hakusanat.....	28
Taulukko 3 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit.....	29
Taulukko 4 Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysi.....	31
Taulukko 5 Esimerkki opinnäytetyön aineiston sisällönanalyysistä.....	32

1 Mielensterveytyön haasteet

Maailman terveysjärjestön (WHO) perustuslaki, joka on tullut voimaan 7.4.1948, määrittelee terveyden fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi, joka tulisi olla jokaisen ihmisen perusoikeus riippumatta poliittisesta vakaudesta sekä taloudellisesta tai sosiaalisesta tilanteestaan.

Terveyden koetaan olevan myös maailman rauhan ja turvallisuuden ta. (Constitution 2023.)

WHO:n perustuslaista huolimatta mielensterveyshäiriöistä kärsivät ihmiset joutuvat kohtaamaan usein ihmisloukkauksia, syrjintää ja leimautumista. Lisäksi mielensterveyspalveluiden tila vaihtelee maailmalla. Joissakin maissa on jo politiikassa huomioitu mielensterveytyö ja otettu osaksi perusterveydenhuoltoa vaatien kuitenkin vielä integroitumista osaksi koko hoitotyötä. Joissakin maissa mielensterveytyö painottuu laitoksiin. Keskitulon ja alhaisen tulotason maissa jopa 85 % asukkaista ei saa apua mielensterveyshäiriöihinsä. WHO:n julkaisemassa "World Mental Health report: transforming Mental Health for all" -raportissa korostetaan, että mielensterveyshoidon tulisi olla osa perusterveydenhuoltoa eikä keneltäkään pitäisi evätä mielensterveyspalveluja minkään syyn vuoksi. (Mental Health 2022; World Mental Health report 2022, 18–19.)

WHO muistuttaa mielensterveyden vaikutuksesta meidän elämiseemme, ihmissuhteisiimme sekä työ- ja toimintakykyymme. Mielensterveyshäiriöt aiheuttavat kansainvälisesti vuosittain biljoonan Yhdysvaltain dollarin tuottavuuden menetyksen. WHO onkin julkaissut useita aloitteita ja ohjelmia mielensterveyspalveluiden kehittämisen tueksi. WHO jäsenmaiden kehittämän "Comprehensive Mental Health action plan 2013–2030"-ohjelman avulla pyritään tukemaan maiden hallintoa kehittämään yhteisölähtöistä hoitomuotoa, erilaisia hoidon kehittämisstrategioita ja sitä kautta vahvistamaan mielensterveyspalveluita. WHO:n pääjohtaja Tedros Adhanom Ghebreyesus on määrittänyt vuonna 2018 mielensterveyden tärkeäksi panostettavaksi alueeksi, kansanterveyden, sosioekonominen kehityksen ja ihmisoikeuksien vuoksi. Lisäksi WHO on julkaissut vuosille 2019–2023 mielensterveyden erityisaloitteen "Special Initiative for Mental Health". Aloitteen tavoitteena on ollut taata mielensterveyspalvelujen tasapuolinen saatavuus jokaiseen maailman valtioon. Tavoitteeseen pyritään tukemalla valtioiden johtajistoa ja hallintoa osallistumaan mielensterveytyön kehittämiseen lisäämällä terveydenhuollon työvoimaa sekä kiinnittämään vielä enemmän huomiota palvelujen saatavuuteen ja resurssointiin. (World Mental Health report 2022, 18–19; WHO Special Initiative for Mental Health n.d; Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030 2021;

Transforming national mental health systems: best practices from the WHO Special Initiative for Mental Health 2023.)

Psykologiliitto on Suomessa ottanut kantaa mielenterveysongelmien hoitoon vuonna 2023. Psykologiliitto muistuttaa mielenterveyden tärkeydestä työllisyyden lisäämisessä ja sosiaali- ja terveysmenojen (sote-menot) rajoittamisessa. Jokaisen apua tarvitsevan tulisi päästä oikeiden palvelujen piiriin mahdollisimman ajoissa. Perusterveydenhuollon puutteiden ja haasteiden vuoksi ihminen on saanut hoitoa vasta tilanteen ollessa paha eikä perustason hoito enää ole riittävää. Tämä voi johtaa pitkiinkin osastojaksoihin ja sitä kautta kustannusten nousuun. Erikoissairaanhoidon lähete-määrät ovat kasvussa, eikä resursseja ole tarjota kaikille riittävää hoitoa. Ratkaisuna psykologiliitto tuo esille perusterveydenhuollon porrasteisen hoitomallin, psykologipalveluiden tukemana. Porrasmaisessa hoitomallissa ihminen pääsee hoidon tarpeen arvion jälkeen tarpeitaan vastaavan palvelun piiriin ilman turhia viiveitä (LIITE 1). Oikean hoidon suunnittelu vaatii ammattilaisten yhteistyötä, moniammatillista tiimityötä ja ammattitaitoa sekä ihmisen kokonaistilanteen huomioimista. (Toimivat perustason palvelut ovat ratkaisu mielenterveyskriisiin 2023.)

Suomessa mielenterveystyön suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Mielenterveystyöstä säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010) sekä mielenterveyslaissa (1116/1990). Näiden lakien mukaisesti jokaiselle ihmiselle on turvattava tarvitsemansa hoito ja taattava hoidon jatkuvuus. Mielenterveystyöhön kuuluu ohjaus, neuvonta, psykososiaalinen tuki sekä mielenterveyshäiriöiden ehkäisy, tutkimus, hoito ja kuntoutus. Mielenterveyspalveluita valvoo Sosiaali- ja terveysalan lupa ja valvontavirasto (Valvira). Mielenterveystyötä kehitetään ja ohjataan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toimesta. Vuonna 2020 on julkaistu Suomen hallitusohjelman mukainen mielenterveysstrategia, jonka avulla pyritään turvaamaan mielenterveystyön jatkuvuus ja tavoitteellisuus. Mielenterveyspalveluja järjestetään julkisella sektorilla hyvinvointialueiden toimesta, yksityisellä sektorilla yksityisten terveyspalveluyritysten kautta, työterveyshuollon toimesta työkäisille sekä lisäksi kolmannella sektorilla järjestötoiminnan, kokemusasiantuntijatoiminnan ja vertaistukijärjestöjen kautta. (Aalto, Koponen, Visa, Väisänen, Elovaino, Sinervo & Sulander 2023; Mielenterveyden hoito n.d; Mielenterveyslaki 1116/1990; Mielenterveyspalvelut 2023; Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Joka viides suomalainen kokee elämänsä aikana mielenterveyshäiriötä. Mielenterveyshäiriöt ovatkin nykyään yleisin alle 45-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen syy. Mielenterveyshäiriöt aiheuttavat kansantaloudellisesti suuren menetyksen, pitkien sairauspoissaolojen muodossa. Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön (OECD) tilastojen mukaan Suomen käyttämät kustannukset mielenterveyspalveluihin ovat pienimpiä suhteessa vertailumaihin, vaikka mielenterveyshoidon kustannukset ovat Suomessakin nousseet noin 11 miljardiin euroon vuodessa. (Pyöreä pöytä mielenterveyspalveluista: mielenterveyden hoitoon rakennettava kansallinen porrastettu hoito- ja koulutusmalli 2023; Toimivat perustason palvelut ovat ratkaisu mielenterveyskriisiin 2023.)

STM:n tilastojen mukaan vuoden 2022 marraskuussa 30 % aikuisista joutuivat odottamaan psykiatriseen erikoissairaanhoidon pääsyä yli kuusi kuukautta. Kustannusten noususta ja hoitoon pääsyajan pidentymisestä onkin nähtävissä Suomen mielenterveyspalveluiden kriisi hoidon tarpeen lisääntymisen ja hoitohenkilöstön vähentymisen myötä. Alkuvuonna 2023 mielenterveyshoidon asiantuntijoita, kehittäjiä sekä terveydenhuollon ammattiliiton ja potilas- sekä omaisjärjestöjen edustajia kokoontuivat miettimään ratkaisuja mielenterveyshoitotyön ongelmiin ja palvelujärjestelmän haasteisiin. Tällöin tuli esille uusien toimintamallien, hoitoketjujen ja digitaalisten työkalujen kehittämisen tarvetta, koska hoitoon pääsyä olisi nopeutettava ja perustason mielenterveyspalveluita kehitettävä. Erityisesti korostetaan hoitoon pääsyä matalalla kynnyksellä, hyvinvointialueiden yhteistyötä erilaisten järjestöjen kanssa sekä koulutuksen ja henkilökunnan lisäämistä. (Pyöreä pöytä mielenterveyspalveluista: mielenterveyden hoitoon rakennettava kansallinen porrastettu hoito- ja koulutusmalli 2023.)

WHO korostaa mielenterveyden olevan tärkeä osa-alue ihmisten elämää, jota pitäisi pyrkiä tukemaan kehittämällä mielenterveyspalveluita ja helpottaen niiden saatavuutta (World Mental Health report 2022). Tämä ajatus on ollut lähtökohtana opinnäytetyölle, missä tarkastellaan työikäisten pääsyä mielenterveyspalveluihin ja palveluihin pääsyyn vaikuttavia tekijöitä hoidon aloituksen näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata työikäisen mielenterveyshoidon aloitusta nopeuttavia ja hidastavia tekijöitä kirjallisuuskatsauksen keinoin.

2 Työikäisten mielenterveys

2.1 Työelämä ja mielenterveys

Tilastokeskuksen (n.d) mukaan työikäisiin luetaan kuuluvaksi kaikki 15–74-vuotiaat ihmiset ja opin- näytetyössä työikäisen käsite perustuu tähän määritelmään. Työllä on tärkeä merkitys työikäisen mielenterveyteen. Työn kautta saadaan tuloja, turvallisuuden ja yhteisöllisyyden tunnetta, itsetun- non kohentumista sekä sosiaalista tukea. Työntekijän mielenterveys ja hyvinvointi vaikuttavat myös työmotivaatioon, työskentelyilmapiiriin sekä työssä jaksamiseen, joko positiivisesti tai nega- tiivisesti. Positiivisesti mielenterveyteen voidaan työpaikalla vaikuttaa tasapuolisen ja oikeuden- mukaisen johtamisen kautta sekä mielekkäiden työtehtävien ja arvostuksen antamisella. Henkilö- kohtaisen elämän huomioimisella, liikunnan harrastamisen mahdollisuudella, työn muokkauksella, työaikasuunnittelulla tai psykoterapialla tuetaan myös työikäisten mielenterveyttä. (Työelämä ja mielenterveys n.d.)

Epävarma työllisyystilanne ja työelämän rakennemuutokset ovat lisänneet työikäisten työstressiä, uupumusta sekä masennusta. Työelämässä vaaditaan enenevässä määrin sekä sosiaalista että emotionaalista panostusta. (Työikäisten mielen hyvinvointi 2023.) Vuonna 2020 Kansaneläkelaitos (Kela) maksoi 5 miljoonalta päivältä sairauspäivärahaa. Vuonna 2021 sai noin 93 000 työikäistä sai- rauspäivärahaa mielenterveyshäiriön perusteella. Mielenterveyshäiriön vuoksi sairauslomalle jää- minen tuo kustannuksia, työpanoksen menetyksen ja tuottavuuden laskun. (Työikäisten mielen hyvinvointi 2023.)

THL:n tekemässä FinTerveys-tutkimuksessa (2017) Suomen 30–64-vuotiaista naisista 8,5 % ja mie- histä 7,4 % toivat esille työn aiheuttamaa lisääntyvää psyykkistä kuormitusta (Suvisaari, Viertiö, Solin & Partonen 2018, 89). Samantasoisia tuloksia nousi esille myös THL:n tekemistä FinSote (Kan- sallinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus) ja TerveSuomi 2022 -tutkimuksista. Näiden tutki- musten mukaan työikäisten psyykkinen kuormittuminen on lisääntynyt ja yhä useampi kokee psyykkistä oireilua sekä lääkärille pääsyn vaikeammaksi. FinSote- ja TerveSuomi-tutkimuksien tu- loksia vertaamalla nähdään, että vuonna 2022 merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta työikäi- sistä miehistä koki 19 % ja naisista 20 %, kun vuonna 2018 vastaava osuus oli työikäisistä 13 pro- senttia. Vuonna 2022 elämänlaatunsa hyväksi koki työikäisistä (20–64-vuotiaat) vain joka toinen,

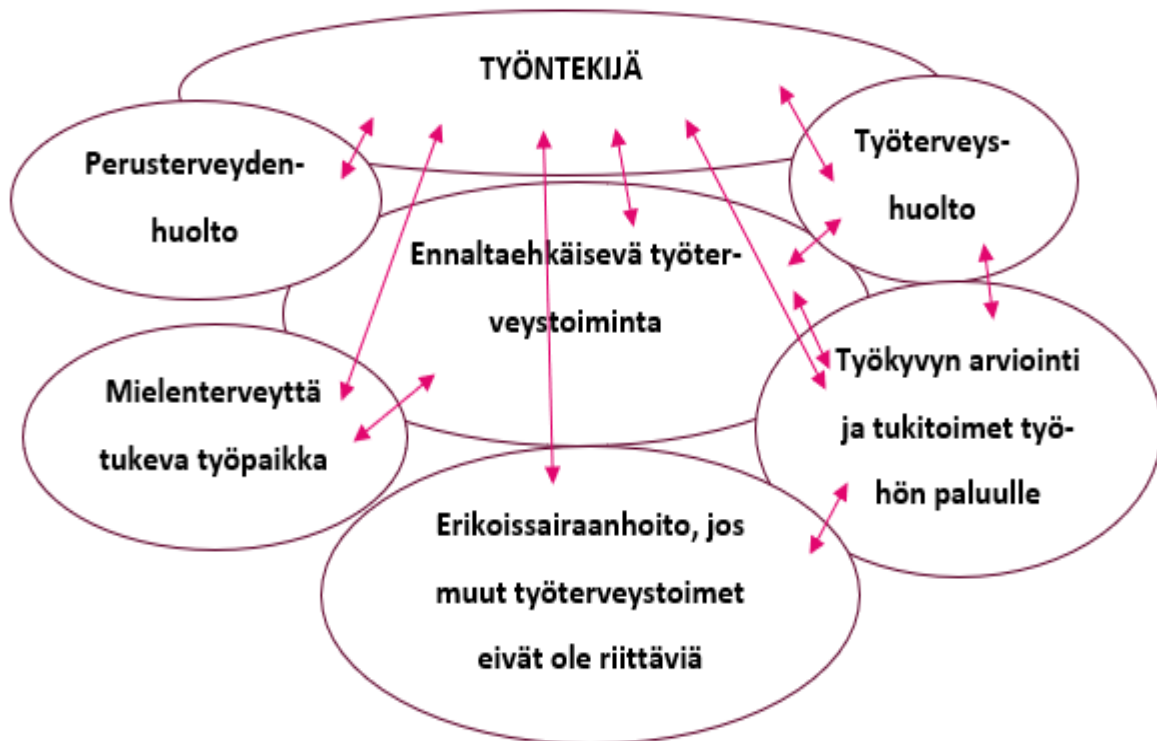
kun neljä vuotta aiemmin näin kokevia oli ollut yli 60 prosenttia. Myös itsemurha-ajatuksien yleistyminen työikäisillä tulee esille tutkimuksissa. Vuonna 2022 työikäisistä miehistä 11 % ja naisista 10 % kertoi itsemurha-ajatuksistaan, kun vuonna 2018 vastaava osuus oli sekä miehillä että naisilla 8 %. (Koskela, Ikonen & Parikka 2023.) Saarijärvi, Salminen, Toikka ja Raitasalo (2001) toivat tutkimuksessaan esille masennuspotilaiden työ- ja toimintakyvyn laskun vaikuttavan myös heidän elämänlaatuunsa sitä vähentäen.

2.2 Työelämän mielenterveyttä tukevat ohjelmat ja palvelut

Vuonna 2021 on STM julkaissut ”Mielenterveyden manifesti työelämään”-julkaisun, osana työelämän mielenterveysohjelmaa. Manifestin tavoitteena on ollut saada mielenterveydestä työelämän yksi voimavara, korostamalla varhaisen puuttumisen tärkeyttä sekä avun saamista matalalla kynnyksellä. Mielenterveyden manifestissa mainittujen 10 teesin kautta korostetaan avun matalan hakemisen ja työkyvyn uudelleen määrittelyn mahdollisuutta, työolosuhteiden ja johtamisen kehittämistä, mielenterveyden ja tunteiden huomiointia työhyvinvointiin, toisten kohtelun huomiointia sekä ongelmien ennaltaehkäisyä. (Mielenterveyden manifesti työelämään 2021.) Työelämän mielenterveysohjelma on ollut vuosina 2021–2022 STM:n koordinoimaa sekä johtamaa tavoitteellista toimintaa, jossa on pyritty muuttamaan työelämän mielenterveyden tuki yksilökeskeisestä tuesta työkykyongelmien ennaltaehkäiseväksi toiminnaksi. Samalla on kehitetty mielenterveyden tuen työkalupakki, jonka avulla on saatu lisää mielenterveyttä tukevia tekijöitä työpaikoille. (Vaikutusarviointi: Työelämän mielenterveysohjelma edisti mielenterveyttä ja ennaltaehkäisyä kulttuurina työpaikoilla 2023.)

Työterveyshuollon yhteistyömallin (Kuvio 1) avulla pyritään vaikuttamaan mielenterveyshäiriöiden aiheuttamaan lisääntyneeseen työkyvyttömyyteen. Mallin mukaisesti pystytään vaikuttamaan suoraan työpaikalla työkykyyn vaikuttaviin tekijöihin, samalla eri toimijoiden päällekkäinen toiminta vähenee ja avun saaminen tulee helpommaksi. (Hakulinen, Väänänen & Nurminen 2023.) Myös Liira (2020, 1437) tuo esille omassa katsauksessaan moniammatillisen toimintamallin ja työterveyshuollon suoran yhteyden työpaikalle olevan suuressa roolissa työkyvyn tukemisessa. Näiden tueksi ja lisäksi on Keski-Suomen hyvinvointialue käynnistänyt vuonna 2020 ”Vastuullinen työkyvyn tuki”-hankkeen (TYÖOTE), Työterveyslaitoksen (TTL) sekä STM:n tukemana. Hanke kesti vuo-

teen 2023 asti ja sen avulla pyrittiin myös parantamaan työterveyshuollon ja julkisen terveydenhuollon yhteistyötä, työntekijän hoidon pääpainon ollen työterveyshuollossa. TYÖOTE-hankkeen avulla pyritään hoitoon pääsyä nopeuttamaan ja myös töihin paluu voisi tällöin tapahtua sairastumisen jälkeen nopeammin. (Työikäisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus-hyviä käytäntöjä nd; Vastuullinen työkyvyn tuki 2023.)



Kuvio 1. Työikäisen työterveyshuollon yhteistyömalli (Hakulinen, Kangas, Väänänen & Nurminen 2023, muokattu)

2.3 Työterveyshuolto

Työterveyspalveluiden piirissä on Suomessa yli 90 % työssä olevista eli noin 1.9 miljoonaa suomalaista. Työterveyshuollolla onkin tärkeä rooli työikäisen terveyttä ja työkykyä edistämässä. Työterveyshuollon avulla pyritään edistämään työntekijän fyysistä ja psyykkistä terveyttä, työympäristön turvallisuutta ja terveellisyyttä, työ- ja toimintakykyä, ehkäisemään sairauksia ja tapaturmia sekä edistämään mielenterveyttä tukevaa työympäristöä. Työterveyshuolto toimii yhteistyössä työnantajan ja työntekijän kanssa, ollen suora yhteys työntekijän työpaikkaan ja työympäristöön, jolloin

pystytään suoraan vaikuttamaan työolosuhteisiin. (Martimo & Furu 2022; Työikäisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus -hyviä käytäntöjä n.d; Työterveyshuolto 2023.)

Työterveyshuollon lainsäädäntö on STM:n ohjaamaa, johtamaa ja kehittämää toimintaa. Työterveyshuollosta säädetään työterveyshuolto- (1383/2001), työturvallisuus- (738/2002), terveydenhuolto- (1326/2010) ja sairausvakuutuslaissa (1224/2004). Näiden lakien mukaisesti työnantajan on järjestettävä työterveyshuolto, joko itse tai hankkimalla ne hyvinvointialueelta, yksityiseltä lääkäriasemalta tai muulta palveluntuottajalta. Sairaanhoidon järjestäminen on työterveyshuollon puitteissa vapaaehtoista. Yrittäjän ja omaa työtä tekevän on myös mahdollista järjestää työterveyspalvelut itselleen, hyvinvointialueen avustuksella. Palvelut voidaan järjestää myös etäpalveluina digitaalisesti. Työnantaja saa korvauksen työterveyshuollon kustannuksista Kelalta. (Työterveyshuolto 2023.; Työterveyshuolto ja työkyvyn ylläpito n.d.)

Mattila (2011, 166–180) tarkastelee väitöskirjassaan terveydenhuollon ja sen osana työterveyshuollon kehittymistä. Mattilan tekstissä käy esille, kuinka jo 1950-luvulta lähtien on Kansainvälinen työjärjestö (ILO) sopinut työterveyteen liittyvistä asioista. Mattila muistuttaa myös sairausvakuutuksen tulleen Suomeen vuonna 1964, jonka myötä työterveyspalvelutkin kehittyivät. Väitöskirjasta selviää Suomen työterveyshuollon olevan eri lailla koordinoitua kuin esimerkiksi Ruotsissa, missä sairauskassat ovat työntekijän terveyden turva ja työterveys linkittyy kassaan kuulumiseen eikä työsuhteeseen, kuten Suomessa. Myös Ranskassa ja Saksassa sairausvakuutus on oma erillinen systeeminsä eikä linkity myöskään työsuhteeseen. Vuonna 1989 Valtioneuvosto on hyväksynyt asiakirjan ”Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämislinjat”, jossa määriteltiin sairaanhoito osaksi työterveyshuoltoa sekä työnantajan vastuuta työterveyshuollon ja työsuojelun järjestämisessä.

3 Mielen terveyden merkitys

3.1 Mielen terveyteen vaikuttavat tekijät

Vuonna 1946 maailman ensimmäisessä mielen terveyskonferenssissa Lontoossa mielen terveys määriteltiin tilana, joka vaihtelee biologisten ja sosiaalisten tekijöiden vaikutuksesta, mahdollistaa sisäisten ristiriitojen ymmärtämisen sekä antaa ihmiselle mahdollisuuden muodostaa tasapainoisia ihmissuhteita ja osallistua yhteiskunnan toimintaan (Korkeila 2022, 38–39). Lääketieteen

määrittelyssä mielenterveys kuvataan inhimillisenä olemassaolon tilana, johon luetaan kuuluvaksi itsetunto, itsenäisyys, sopeutumis-, toiminta- ja ongelmanratkaisukyky sekä kyky ihmissuhteisiin ja virkistäytymiseen (Mielenterveys 2016). Mielenterveys on ihmisen perusoikeus, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin perusta, joka vaikuttaa myös yhteiskunnan toimintaan ja tuottavuuteen. Mielenterveysoikeudet ovat nähtävillä kuviossa 2. Ennakkoluulot, virheelliset käsitykset ja vastakkainasettelut voivat olla esteenä mielenterveysoikeuksien toteutumiselle, aiheuttaen syrjintää ja hidastaen hoitoon pääsyä sekä hoidon saamista. Mielenterveyteen vaikuttavat positiivisesti tai negatiivisesti yksilölliset tekijät, kokemukset, sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus, yhteiskunnan rakenteet sekä kulttuurilliset tekijät. Positiivisen mielenterveyden kuvataan olevan tärkein osa hyvinvoinnille ja auttavan ihmistä sopeutumaan ympäristöön ja ymmärtämään sitä, kokemaan elämän mielekkäänä sekä auttaa toimimaan yhteiskunnassa. Negatiivinen mielenterveys tarkoittaa mielenterveyden oireita ja sairauksia. (Mental Health 2022; Mielenterveysoikeudet 2021; Mielenterveystyö Euroopassa 2004, 32.)



Kuvio 2. Ihmisen mielenterveysoikeudet (Mental Health 2022; Mielenterveysoikeudet 2021; Mielenterveystyö Euroopassa 2004, 32, muokattu.)

Mielenterveyttä voidaan edistää yksilö-, yhteisö- sekä yhteiskunnallisella tasolla. Ihmisen mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä on nähtävillä kuviossa 3. Mielenterveyttä edistämällä autetaan hyvän itsetunnon kehittymisessä ja elämönhallinnassa, ohjataan optimistiseen ajatteluun, luodaan mielekästä tekemistä, opitaan kyky solmia sosiaalisia suhteita sekä taito kohdata vastoinkäymisiä.

(Mielenterveyden edistäminen n.d.) Mielenterveyden edistäminen on elinikäistä prosessointia, jonka avulla pyritään vähentämään päihteiden käyttöä, parannetaan työkykyä, ehkäistään mielen-terveysongelmia sekä kohennetaan fyysistä kuntoa. Mielenterveyshäiriöitä ehkäisevä toiminta pyrkii nopealla reagoinnilla tunnistamaan mielen-terveyttä uhkaavat tekijät ja torjumaan tai lyhen-tämään niiden aiheuttamia haittoja. Julkinen terveydenhuolto on tärkeässä roolissa alkuvaiheen tunnistamisessa ja hoidon varhaisessa aloittamisessa. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schu-bergt 2010, 25–30.)

Kuhanen (2010, 25–30, 204–210) tuo esille huomion mielen-terveyspotilaan hakeutumisesta lääkä-rin vastaanotolle fyysisten oireiden vuoksi, joten esim. masennuksen havaitseminen voi viedä ai-kaa. Näin ollen julkisen terveydenhuollon henkilökunnan tulisi tunnistaa fyysisten oireiden takaa mielen-terveyshäiriö sekä ohjata ja tukea häntä oikean avun piiriin. Myös päihteitä käyttävien mie-lerterveyshäiriöt voivat jäädä diagnosoimatta päihdekäytön vuoksi. Hoitohenkilökunnan myönteisen asenne mielen-terveyshäiriöihin edistää myönteisen kuvan luomista yhteiskuntaan.

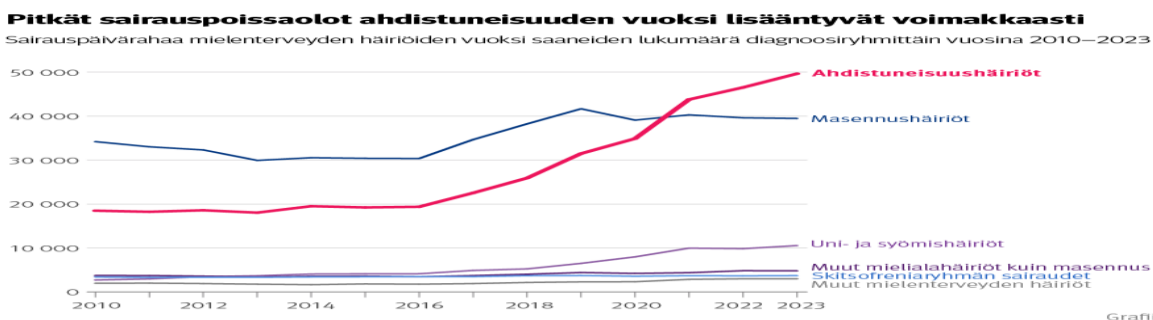


Kuvio 3. Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät (Mielenterveyden edistäminen n.d.)

3.2 Yleisimmän mielenterveyshäiriöt

Mielenterveysongelma on yläkäsite, johon luetaan kuuluvaksi mielenterveyshäiriö ja mielenterveyden torjunta, joka ei ole vakavaa eikä häiriötasoista. Duodecimin terveyskirjasto ja Suomen Mieli ry (Mieli) tuovat esille mielenterveyshäiriöiden tarkan määrittelyn olevan välillä vaikeaa, koska elämän kulkuun kuuluu erilaisia mielen vaihteluita, joita ei voida häiriöiksi nimetä. Myös eri aikakaudet ja kulttuurit vaikuttavat mielenterveyshäiriöiden määrittelyyn. Mielenterveyshäiriöstä on kyse diagnosoitavissa olevassa sairaudessa, joka vaikuttaa työ- ja toimintakykyyn sekä vuorovaikutukseen. Syyt mielenterveyshäiriöihin ovat yksilöllisiä, mutta kaikissa sairauksissa olisi tärkeää mahdollisimman aikainen hoidon aloitus, taaten näin työkyvyn ylläpitäminen. Yleisinä mielenterveyden häiriöinä voidaan nimetä erilaiset ahdistukset ja pelot, mielialan vaihtelut ja masennus, järkyttävien elämäntilanteiden aiheuttamat akuutit stressireaktiot, persoonallisuuden häiriöt, syömishäiriöt ja psykoottiset häiriöt. (Yleistä mielenterveyden häiriöistä 2021; Mielenterveyden häiriöitä 2022; Rovasalo 2021.)

Kela korvaa vähintään 10 arkipäivää kestäviä sairauspoissaoloja. Kuviossa 4 on nähtävillä Kelan maksamien sairauspäivärahojen saajien diagnoosiryhmät ja lukumäärät. Kuvioista selviää, kuinka mielenterveyshäiriön vuoksi sairauspäivärahaa saaneiden määrä on lisääntynyt vuodesta 2016 lähtien. Kasvua on havaittavissa erityisesti ahdistuneisuushäiriötä (kuvion punainen, vahvempi viiva) sairastavien kohdalla. Blomgren (2024) tuokin esille mielenterveyshäiriöiden lisääntymisen osoittavan yhteiskunnassa ja työelämässä tapahtuneen henkistä kuormaa lisäävän muutoksen, johon tulisi puuttua.



Kuvio 4. Kelan maksamien sairauspäivärahojen saajien diagnoosiryhmät ja lukumäärät (Blomgren 2024.)

Opinnäytetyössä käytetään käsitettä mielenterveyshäiriö ja Taulukossa 1 on nähtävillä kootusti yleisimpien mielenterveyshäiriöiden syyt, oireet ja hoito.

Taulukko 1. Yleisimmät mielenterveyshäiriöt, niiden syyt, oireet ja hoito (Blomberg & Perhoniemi 2022; Blomberg & Perhoniemi 2023; Huttunen 2018; Meskanen 2022; Mielenterveyden häiriöitä 2022; Rovasalo 2022; Rovasalo 2023; Rovasalo & Eerola 2023; Partonen 2023; Persoonallisuushäiriöt, n.d & Ventelä 2022, muokattu.)

Mielenterveyshäiriö	Ahdistus	Masennus	Stressireaktiot	Unihäiriöt
Häiriön syyt	perimä, temperamentti, elämäkokemukset, stressi, yhteiskunnan vaikutus	perimä, temperamentti, elämäkokemukset, stressi, yhteiskunnan vaikutus	järkyttävä tai traumaattinen tapahtuma tai tilanne	erilaiset stressitekijät, myönteiset tai kielteiset tapahtumat
Häiriön oireet	paniikkikohtaukset, päihteiden käyttö, fyysiset oireet, uniongelmat, vaikutus työ- ja toimintakykyyn	mielialan lasku, mielenkiinto asioihin vähenee, liikkeet hidastuvat, keskittyminen vaikeutuu, itsesyytöksiä/ itsetuhoisia ajatuksia, lisääntynyt päihteiden käyttö, vaikutus työ- ja toimintakykyyn	keskittymisvaikeuksia, unetomuutta, traumatilanteen aiheuttamien muistikuvien välttäminen	vaikeuksia nukahtaa, vaikeutena nukkua, unen virkistävää tunnetta ei tule
Häiriön hoito	ammattilaisen tarkka haastattelu, hoidon varhainen aloitus, lääkehoito, psykoterapia	ihmiskontaktit, säännöllinen päivärytmi, päihteiden käytön vähentäminen ja välttäminen, keskustelut mielenterveysammattilaisen kanssa, lääkehoito, psykoterapia, neuromodulaatiohoidot	jos oirehdinta ei lähiviikkojen aikana helpotu itsestään-> keskustelut, lääkehoito, terapiat	terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotot, syiden selvitys, terveelliset elämäntavat, säännöllinen päivärytmi

Taulukko 1. jatkuu seuraavalla sivulla

Taulukko 1. Jatkoa edelliseltä sivulta

Häiriö	Persoonallisuushäiriöt	Syömishäiriöt	Psykoottiset häiriöt
Häiriön syyt	lapsuuden ja nuoruuden vuorovaikutustilanteet, traumaattiset tapahtumat, perintötekijät	ympäristötekijät ja perinnölliset tekijät	erilaiset stressitekijät sekä myönteiset että kielteiset tapahtumat, perintötekijät, ympäristötekijät
Häiriön oireet	persoonallisuuden tavat aiheuttavat ongelmia ihmissuhteissa sekä työ- ja toimintakyvyssä, itse ei useinkaan tunnista	suhde ruokaan ja omaan kehoonsa vääristynyt, toimintakyvyn ongelmat	todellisuudentaju hämärtyy, vaikeuksia erottaa oikea ja väärä, harha-aistimuksia (näkö- ja kuuloharjoja) ja harhaluuloja, puhe ja käyttäytyminen epäluuloista, epäselvää, outoa ja epäloogista
Häiriön hoito	psykoterapeuttiset menetelmät, mahdollinen lääkehoito	säännöllinen ruokailurytmi, ruokapäiväkirja, ravitsemusterapeutin kontakti, psykoterapeuttiset hoitomuodot	hoitoon hakeutuminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, lääkehoito, säännöllinen hoitokontakti, psykososiaalinen tuki

3.2.1 Ahdistus sekä masennus ja niiden hoito

Ahdistus varoittaa meitä uhkaavista tilanteista, mutta heikentäessään työ- ja toimintakykyä, se luetaan mielenterveyshäiriöksi. Ahdistus yksistään diagnosoidaan yleistyneeksi ahdistuneisuushäiriöksi, mutta psykoottiset oireet tai masennus lisänä ovat merkki vakavammasta sairauden tilasta. Ahdistukseen voi liittyä paniikkikohtauksia, päihteiden käyttöä, fyysisiä oireita tai uniongelmaa. Päihteiden käyttö voi olla joko ahdistuksen syy tai seuraus. Fyysiset oireet eli sydämen tykytys, kohonnut verenpaine, mahaongelmat, huimaus ja ruokahaluttomuus ovat usein hoitoon hakeutumisen syitä. Tarkka haastattelu on alkuvaiheessa tärkeää ahdistuksen diagnosoimiseksi, sillä ahdistuksen syyn varhaisella kohtaamisella ja hyväksymisellä päästään varhaisessa vaiheessa hoidon alkuun. Vakavammassa ahdistuksen muodoissa hoitokeinoina ovat lääkehoito, psykoterapia sekä keskustelut terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. (Rovasalo & Eerola 2023.)

Ventelä (2022) tuo esille omassa kirjoituksessaan Blombergin ja Perhoniemen esittämän tiedon mielenterveyshäiriöiden maailmanlaajuisesta lisääntymisestä. Suomessa ahdistusperäiset häiriöt sairausloman syynä ovat kasvussa 16–34-vuotiaiden naisten joukossa, vuoden 2005 jälkeen lähes viisinkertaisesti. Syitä tähän ei tarkkaan tiedetä, koska ahdistuksen syntyyn vaikuttavat yksilölliset ja yhteiskunnassa vaikuttavat tekijät. Syynä ahdistusperäisten häiriöiden lisääntymisenä voi olla myös hoitoon hakeutumisen ja ongelmien tunnistamisen lisääntyminen. Blomberg ja Perhoniemi (2022) korostavat, ettei hoitoon hakeutumisen helpottaminen ole ainut keino ahdistuksen hoidossa, vaan tulisi myös huomioida ahdistuksen syy sieltä diagnoosin takaa ja pyrkiä vaikuttamaan siihen. Ahdistuksen takana voi olla myös työuupumus, jolle ei omaa diagnoosia ole. (Ventelä 2022; Blomberg & Perhoniemi 2022.) Taulukossa 1 Yleisimmät mielenterveyshäiriöt ovat nähtävillä kootusti ahdistuksen oireet, syyt ja hoito.

Masennuksen syinä ovat samat syyt kuin ahdistuksessa eli yksilölliset syyt ja yhteiskunnan vaikutus. Pitkittyessään masennus vaikuttaa ihmisen toiminta- ja työkykyyn. Masennuksen oireet ovat vaihtelevia ja ovat nähtävillä taulukossa 1. Ohimenevä mielialan lasku, joka kuuluu elämän kulkuun, ei vaadi hoitoa. Masennustiloja on myös eritasoisia, riippuen masennuksen voimakkuudesta. Masennustila uusiutuu herkästi, jonka vuoksi hoitomuotoihin ja hoidon kestoon onkin kiinnitettävä huomiota. Masennuksen hoitokeinoina ovat ihmiskontaktit, säännöllinen päivärytmi, päihteiden käytön vähentäminen tai välttäminen, keskustelut mielenterveysammattilaisen kanssa, lääkahoito, psykoterapia ja vaikeimmissa tilanteissa neuromodulaatiohoidot. (Rovasalo 2022.) Taulukossa 1 Yleisimmät mielenterveyshäiriöt ovat nähtävillä kootusti masennuksen oireet, syyt ja hoito.

3.2.2 Stressireaktiot sekä unihäiriöt ja niiden hoito

Stressireaktio voi kehittyä ihmisen kohdatessa järkyttävän tai traumaattisen tapahtuman tai tilanteen. Ihminen voi järkyttävän tilanteen aikana tai sen jälkeen pyrkiä välttämään tuomasta tapahtumasta tietoisuuteensa eli yrittää kieltää sen, suojellakseen näin itseään (dissosiativisia oireita). Stressireaktio kehittyy traumaperäiseksi stressihäiriöksi, jos oirehdinta kestää yli kuukauden. Stressireaktio aiheuttaa keskittymisvaikeuksia, unettomuutta ja trauman muistelun välttelyä. Jos oirehdinta ei tilanteen tai tapahtuman jälkeisten lähiviikkojen aikana helpotu itsestään, on keskusteluavun, lääkehoidon ja erilaisin terapiakeinoin mahdollista olotilaa helpottaa. (Huttunen 2018.)

Taulukossa 1 Yleisimmät mielenterveyshäiriöt ovat nähtävillä kootusti stressireaktioiden oireet, syyt ja hoito.

Unihäiriöksi kuvataan tilannetta, jolloin on vaikeuksia nukahtaa tai nukkua tai unen virkistävää tunnetta ei tule. Unihäiriöistä kärsii vuoden aikana joka kolmas, yleisimmin naiset ja iäkkäät ja joka kymmenes pitkäkestoisesti. Kaikki unihäiriöistä kärsivät eivät tarvitse siihen hoitoa, sillä unihäiriöitä esiintyy herkästi erilaisten stressitekijöiden, sekä myönteisten että kielteisten, vaikutuksesta. (Partonen 2023.) Blombergin ja Perhoniemen (2023) mukaan unihäiriön vuoksi sairauspäivärahan saajien määrä on nelinkertaistunut vuodesta 2010 vuoteen 2022, erityisesti 35–54-vuotiailla naisilla. He tuovatkin esille huolen unihäiriön yleistymisestä, koska unihäiriö on sekä terveysriski että kansantaloudellinen ongelma, heikentäessään toiminta- ja työkykyä. Unihäiriöiden lisääntymiseen voivat vaikuttaa yleistynyt masennus ja ahdistus, työelämän ja elintapojen muutokset, erityisesti henkisesti kuormittavan työn lisääntyminen. Blomberg ja Perhoniemi (2023) pohtivatkin, tuovatko tilastot esille todelliset unihäiriömäärät vai onko muiden diagnoosien takana vieläkin enemmän unihäiriöongelmaa. Jos unihäiriöt vaikuttavat työ- ja toimintakykyyn niitä heikentäen, on aihetta hakeutua terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle, selvittää unihäiriön syyt, mahdolliset sairaudet sen taustalla sekä keskittyä terveellisiin elämäntapoihin ja säännölliseen päivärytmiin. Taulukossa 1 Yleisimmät mielenterveyshäiriöt ovat nähtävillä kootusti unihäiriöiden oireet, syyt ja hoito.

3.2.3 Persoonallisuushäiriöt, syömishäiriöt sekä psykoottiset häiriöt ja niiden hoito

Persoonallisuushäiriössä ihmisen persoonallisuuteen liittyy käyttäytymistapoja ja keinoja, jotka aiheuttavat ongelmia ihmissuhteissa sekä toiminta- ja työkyvyssä läpi elämän (Persoonallisuushäiriöt n.d). Persoonallisuushäiriöiden syntyyn vaikuttavat lapsuuden ja nuoruuden vuorovaikutustilanteet, koetut traumaattiset tilanteet sekä perintötekijät. Persoonallisuushäiriöiden tunnistaminen ja diagnosointi tapahtuu haastattelujen ja psykologisten testien avulla, henkilö itse ei useinkaan tunnista persoonallisuushäiriötään. Hoitona ovat psykoterapeuttiset menetelmät ja mahdollinen lääkehoito. (Rovasalo 2023.) Taulukossa 1 Yleisimmät mielenterveyshäiriöt ovat nähtävillä kootusti persoonallisuushäiriöiden oireet, syyt ja hoito.

Syömishäiriöissä ihmisen suhde ruokaan ja omaan kehoonsa on vääristynyt, aiheuttaen toimintakyvyn ongelmia. Ahmintahäiriö eli bulimia ja laihuushäiriö eli anorexia ovat syömishäiriöitä, joiden syntyyn voivat vaikuttaa ympäristötekijät ja perinnölliset tekijät. Hoitokeinoina ovat säännöllinen ruokailurytmi, ruokapäiväkirja, ravitsemusterapeutin kontakti ja psykoterapeuttiset hoitomuodot. (Meskanen 2022.) Taulukossa 1 Yleisimmät mielenterveyshäiriöt ovat nähtävillä kootusti syömishäiriön oireet, syyt ja hoito.

Psykoosissa ihmisen todellisuudentaju on hämärtyneet ja hänellä on vaikeuksia erottaa oikea ja väärä. Psykoottisessa häiriössä esiintyy harha-aistimuksia (näkö- ja kuuloharjoja) ja harhaluuloja. Puhe ja käyttäytyminen voivat muuttua epäluuloiseksi, epäselväksi, oudoksi ja epäloogiseksi. Hoitoon hakeutuminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on sairauden pahenemisen estämiseksi tärkeää. Hoitokeinoina ovat lääkehoito, säännöllinen hoitokontakti ja psykososiaalinen tuki. (Mielenterveyden häiriöitä 2022; Rovasalo 2023.) Taulukossa 1 Yleisimmät mielenterveyshäiriöt ovat nähtävillä kootusti psykoottisten häiriöiden oireet, syyt ja hoito.

4 Mielenterveyspalveluiden kehittäminen

4.1 Mielenterveyspalvelujärjestelmä

Mielenterveyspotilaalla eli psyykkisesti sairaalla ihmisellä on samat perusoikeudet hoitoon kuin kaikilla muillakin ihmisillä. Sairauden vuoksi ei perusoikeuksia voida viedä keneltäkään pois eikä kenenkään oikeuksien käyttöä voida rajoittaa sairauksiin vedoten. Ainoastaan tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan ihminen määrätä, jos psykiatrisen sairauden hoitamatta jättäminen vaarantaisi ihmisen tai läheisen terveyttä tai turvallisuutta tai muut mielenterveyspalvelut eivät ole riittäviä tai sopivia. Psyykkisesti sairaalla ihmisellä on myös oikeus päättää, kenelle hänen tietojaan saa luovuttaa. (Mielenterveyspotilaan oikeudet n.d; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

WHO korostaa ihmisoikeuksia ja tuo esille mielenterveyspalveluiden tärkeyttä ja niiden kehittämisen sekä lisäämisen tarvetta, koska mielenterveys vaikuttaa meidän elämiseemme, ihmissuhteisiimme sekä työ- ja toimintakykyymme. Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät tulisi huomioida sekä yksilö- että yhteisötasolla, jonka vuoksi poliittiset toimetkin ovat tärkeitä mielenterveyden edistämistyössä. WHO tuo esille, kuinka mielenterveyshoidon tulisi olla osa julkista terveydenhuoltoa,

tarjolla pitäisi olla myös vertaistukea, tuettua asumista, digitaalisia hoitokeinoja sekä psykososiaalista kuntoutusta. Mielenterveyshoitoa tulisi olla tarjolla myös alueilla, joissa sitä ei yleensä huomioida, esimerkiksi lastensuojelussa, vankilassa ja kouluterveydenhuollossa. (Mental Health 2022.)

Euroopan komissio on esittänyt jäsenvaltioilleen tiedonannon mielenterveyden kokonaisvaltaisesta lähestymistavasta vuonna 2023. Tiedonannossa korostetaan riittäviä ja tehokkaita mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisytoimia, laadukkaita ja kohtuuhintaisia mielenterveyspalveluja sekä sairastuneen integroitumista takaisin yhteiskuntaan. Euroopan Unionin neuvosto kehottaa jäsenmaitaan ottamaan mielenterveys huomioon kaikissa toimissaan ja lähestymistavoissaan, tunnistamaan mielenterveyteen liittyvät taustatekijät, parantamaan mielenterveyslukutaitoa, kohentamaan mielenterveysjärjestelmiä ja -palveluita vastaamaan mielenterveysongelmaisten ihmisten tarpeisiin, edistämään diagnosointia ja varhaista tunnistamista sekä tukemaan mielenterveysammattilaisten työn kehittämistä. Euroopan unioni kehottaa perustamaan työryhmän, jonka tehtävänä on varmistaa edellä mainittujen asioiden toteutuminen sekä pyytää komissiolta tukea jäsenvaltioille toteuttaa mielenterveyspolitiikkaansa. (Neuvoston pääsihteeristö 2023.)

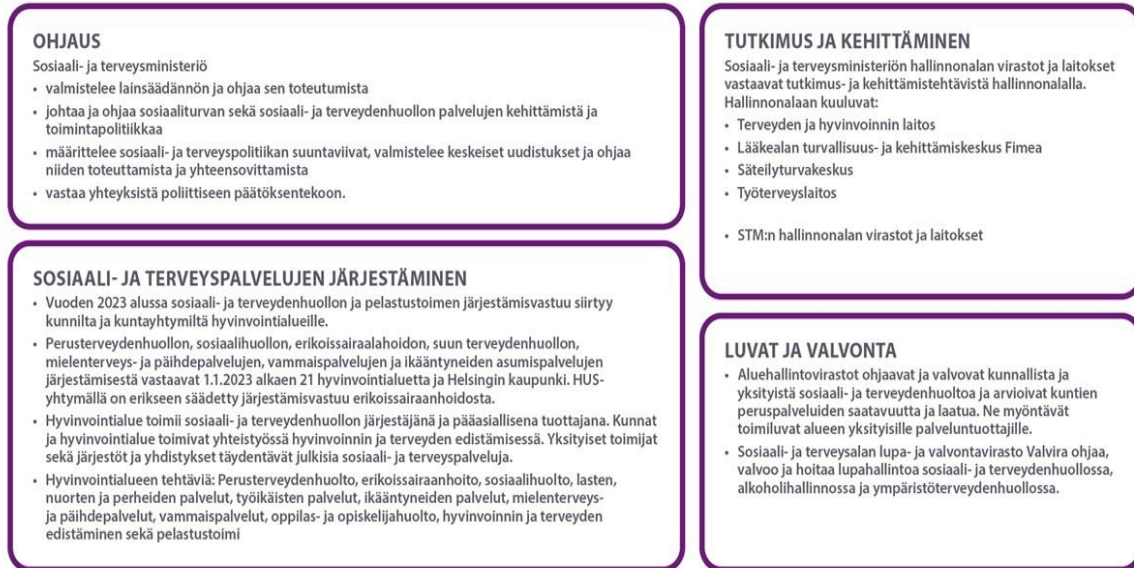
Suomen perustuslaki takaa jokaiselle suomalaiselle oikeuden sosiaali- ja terveyspalveluihin. Terveyspalvelut jaetaan Suomessa julkiseen ja yksityiseen terveydenhuoltoon. Julkinen terveydenhuolto on hyvinvointialueiden järjestämää terveyden edistämistä ja seurantaa alkaen neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon, jatkuen yleislääketieteen tasoisella hoidolla ja suun terveydenhuollolla, mukaan lukien myös perustason päihde- ja mielenterveyshoito sekä kuntoutus. (Terveyspalvelut 2023.)

Erikoisalojen hoito toteutuu usein hyvinvointialueen ylläpitämissä keskussairaaloissa ja yliopistosairaaloissa sekä poliklinikoilla, jonne hakeudutaan sekä julkisesta että yksityisestä terveydenhuollosta saadun lähetteen perusteella. Myös yksityisen terveydenhuollon palveluita voi käyttää joko itse tai vakuutuksen kautta maksamana tai hyvinvointialueen hankkimana palveluna, näin täydentäen julkisen terveydenhuollon palveluita. Työikäisille on lisäksi lakisääteinen työterveyshuolto, jota on käsitelty luvussa 2.3. Yhteistyön sujuminen eri tahojen välillä ja oikean avun piiriin ohjautumisella taataan tehokkaan avun saanti. (Sairaalat ja erikoissairaanhoito 2024; Terveyspalvelut

2023; Työikäisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus -hyviä käytäntöjä n.d; Työterveyshuolto 2023.) Kuviossa 5 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut kuvataan Suomen julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän perusta on valtion tuella toteutettu julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto. Julkisen sektorin ohella palveluja tuotetaan yksityisissä yrityksissä. Suomessa toimii myös laaja sosiaali- ja terveysjärjestöjen kenttä, joka tuottaa sekä maksullisia että maksuttomia palveluja.



Kuvio 5. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut (Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuu 2023.)

4.2 Mielenterveyspalveluiden ja mielenterveyshoitoon pääsyn kehittäminen

Seuraavissa kappaleissa esille tulevat mallit ja keinot mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi koskevat koko väestöä lapsista vanhuksiin, näissä ei ole eritelty kohderyhmiä. Tilastokeskuksen (Väestöennuste 2021–2070) mukaan vuonna 2021 on työikäisten määrä koko väestöstä ollut Suomessa kuitenkin 62 % eli työelämän ongelmat koskettavat suurinta osaa väestöstä. Työikäisillä on lisäksi työterveyshuollon palvelut mielenterveyden tukena, jota tarkasteltiin edellä luvussa 2.3.

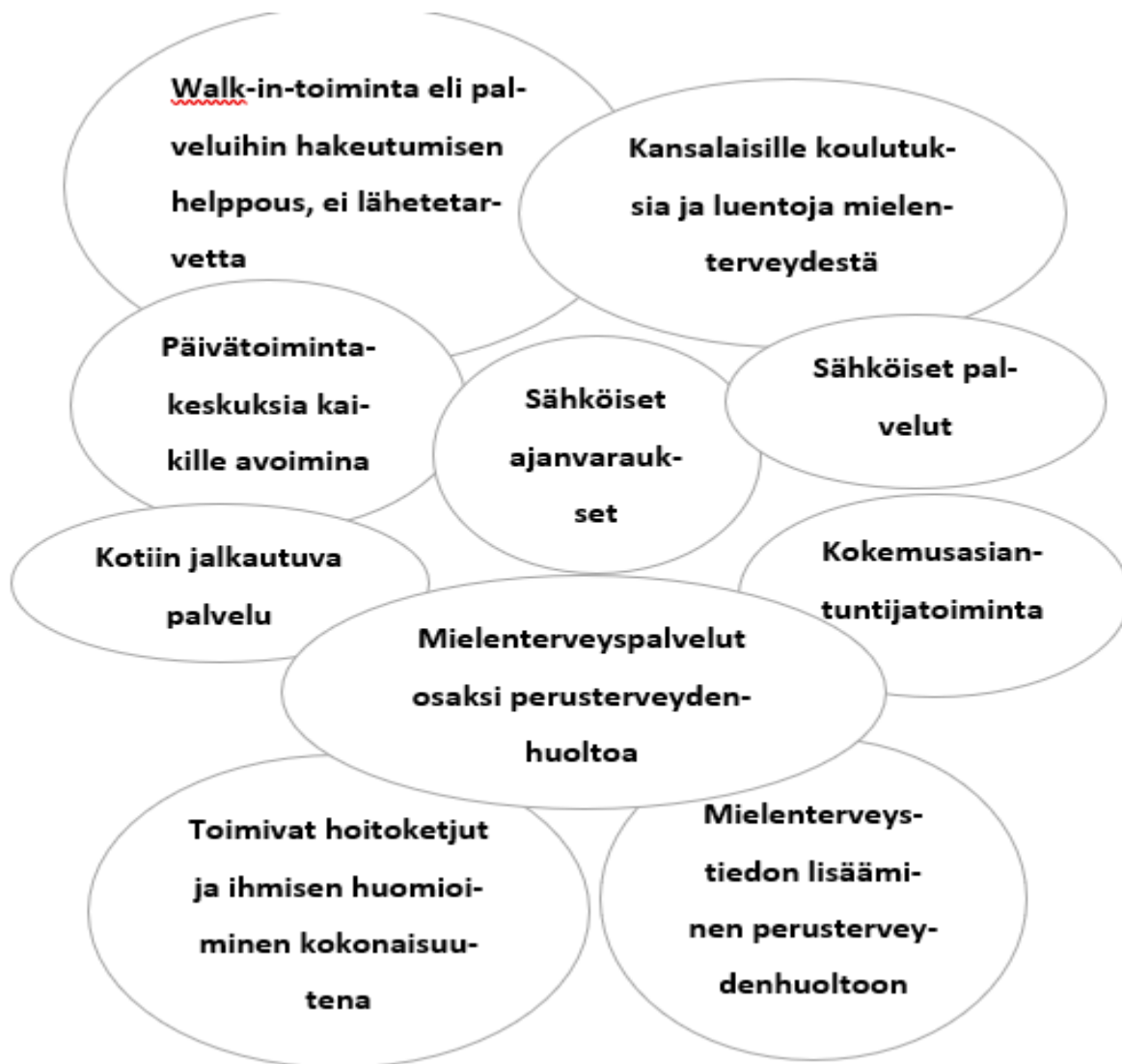
Vuonna 2005 on Suomessa aloitettu useita mielenterveyshankkeita, joiden tavoitteena on ollut mielenterveyspalveluiden parantaminen ja asiakkaan aseman vahvistaminen. Sateenvarjo-projektissa pyrittiin löytämään keinoja masennuksen varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon. Pohjanmaa-

hankkeen aikana toteutettiin Masennustalkoot-niminen ohjelma, jossa lisättiin mielenterveysymmärrystä, korostettiin ihmisen omaa vaikuttamismahdollisuutta omaan mielenterveyteensä sekä korostettiin perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon yhteistyötä masennuksen tunnistamisessa. Pohjanmaa-hanke toi myös Mielenterveyden ensiapukurssin Suomeen Australiasta. Kurssi oli tarkoitettu ei-ammattilaisille, jonka avulla levitettiin mielenterveystietoisuutta ja sitä kautta ohjeistettiin mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen. (Nordling 2022, 22.)

Vuonna 2009 on Suomessa julkaistu ensimmäinen valtakunnallinen mielenterveysohjelma Mieli-suunnitelma THL:n toimesta. Mieli-suunnitelman pääteemoina olivat asiakkaan aseman vahvistaminen, edistävä ja ehkäisevä työ, mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä ohjauskeinot. Mieli-suunnitelman kärkihankkeina olivat mielenterveys- ja päihdestrategioiden saaminen osaksi kuntien, kuntayhtymien ja alueiden hyvinvointisuunnitelmia (Mielen tuki -hanke) sekä mielenterveys- ja päihdeongelmien sukupolvien yli siirtymisen ja syrjäytymisen ehkäisemistä auttavien keinojen kehittäminen, mielenterveyspalveluiden juurruttaminen ja ylijarjotusten tapahtuvien palveluiden kehittäminen (esimerkkinä Toimiva lapsi & perhe -menetelmät). Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisen kärkihankkeina olivat matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdevastaanottojen kehittäminen, palveluiden arviointi ja seuranta julkiseen terveydenhuoltoon. Samoihin aikoihin toteutettiin sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste), jonka kohteena olivat myös mielenterveys- ja päihdepuolen kehittäminen, vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden roolin vahvistaminen palvelujärjestelmässä sekä pakon käytön vähentäminen psykiatrisissa sairaaloissa. Mieli-suunnitelman arviointia on tehty vuoden 2015 julkaistussa loppuraportissa ja siinä todettiin hankkeiden edistäneen mielenterveyspalveluiden kehittymistä ja erityisesti tuotiin esille positiivisina asioina kokemusasiantuntijuustoiminnan kehittäminen, asiakkaan oman roolin lisääntyminen hoidon suunnittelussa sekä työterveyshuollon lisääntynyt rooli mielenterveyshäiriöiden hoidossa. (Nordling 2022, 24.)

Vuonna 2017 on toteutettu Suomen Mielenterveys ry:n (Mieli) johtamana Yhdessä Mielin- hanke, jossa pyrittiin löytämään toimivia ratkaisuja päihde- ja mielenterveyspalveluihin. Hankkeen myötä tuli esille mielenterveyspalveluiden ja -järjestelmien muutoksen tarve asiakaslähtöisempään suuntaan ja julkisten palveluiden täydentämisen tarve kokemusasiantuntija- ja järjestöjen toiminnalla. Hankkeen loppukoosteessa korostetaan mielenterveyspalveluihin pääsemisen nopeuden tärkeyttä

näin ehkäisten sairauden paheneminen. Hankkeessa tuli esille useita keinoja mielenterveyspalvelujen kehittämiseen, jotka ovat nähtävillä kuviossa 6. Hoitoketjujen toimivuus, ihmisen huomioiminen fyysisenä ja psyykkisenä kokonaisuutena sekä mielenterveyspalveluiden integroituminen osaksi julkista terveydenhuoltoa ovat tärkeitä osa-alueita hoidon aloituksessa. (Wahlbeck, Hietala, Kuosmanen, Mc Daid, Mikkonen, Parkkonen, Reini, Salovuori & Tourunen 2018.)



Kuvio 6. Mielenterveyspalveluiden kehittämisen keinoja (Wahlbeck, Hietala, Kuosmanen, Mc Daid, Mikkonen, Parkkonen, Reini, Salovuori & Tourunen 2018).

Vuosina 2018–2022 on toteutettu valtakunnallinen Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hanke Lapin yliopiston, Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen, Etelä-Pohjanmaan, Lapin sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirien, Mielenterveyden keskusliiton, Mielenterveysomaisten keskusliiton – FinFami sekä THL:n toimesta. Hanke oli Suomen rakennerahasto-ohjelman

mukainen Euroopan sosiaalirahaston Kestävää kasvua ja työtä 2014–2020. Hankkeen tavoitteena oli tarpeenmukaisten ja oikea-aikaisten matalan kynnyksen mielenterveyspalveluiden kehittäminen ja sitä kautta avun nopea saanti ja asiakkaan osallisuuden mahdollistaminen. Hankkeen myötä tuli esille suomalaisen mielenterveyspalveluiden haasteet organisaatiokeskeisyydessä, saavutettavuudessa, kohdentumisessa ja tuloksellisuudessa. Lisäksi huomiota kiinnitettiin mielenterveyden leimaavuuteen ja yhdenvertaisuutta heikentäviin tekijöihin, joihin pyrittiin vaikuttamaan. Hankkeen lähtökohdaksi valittiin toipumisorientaatio, joka muokkaa käsityksiä mielenterveydestä, kuntoutumisesta, toipumisesta, ihmisyydestä ja asiantuntijuudesta, samalla vahvistaen palvelujen yhteyttä ihmisten arkeen, verkostoihin ja yhteisöihin. (Martin 2022, 8.)

Hyvinvointialueiden tullessa järjestämisvastuulliseksi sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä pelastustoimeen 1.1.2023 lähtien, on tavoitteena ollut palveluiden varmistaminen, terveyserojen kaventaminen ja kustannusten kasvun hillitseminen. Kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen avulla toivotaan sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen vähentyvän. Kuten Yhdessä Mielin-hankkeessa tuli esille, on sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisessä kuntien ja hyvinvointialueiden apuna toimittava yksityiset toimijat, ja kolmas sektori eli järjestöt ja yhdistykset. (Hyvinvointialueet vastaavat sotepalvelujen ja pelastustoimen järjestämisestä 1.1.2023 lähtien 2023; Mielenterveyspalvelut 2023.) Mielenterveyden keskusliiton ylläpitämien ja Veikkauksen tukemien kriisikeskusten ja kriisipuhelimen kautta on mahdollista saada keskusteluapua mielenterveysongelmiin. Eri järjestöjen ylläpitämiä ryhmätoimintoja ja tukipisteitä internetissä (tukinet-palvelu) on myös tarjolla. Tukinet-palvelu on vuodesta 2000 lähtien toiminut maksuton kaikille vapaasti käytävissä oleva palvelutarjotin, josta vastaa Suomen Mielenterveys ry (Mieli). (Lue lisää meistä - Tukinet 2024.)

4.3 Hoitoon pääsy

4.3.1 Hoitoon pääsy hoitotakuun mukaisesti perusterveydenhuollossa

Hoitoon pääsyn kriteerejä on 1.9.2023 alkaen muutettu ja säädetty hoitotakuu eli kiireettömän hoidon pääsyn enimmäisaika. Tämä lakimuutos on säädetty terveydenhuoltolaissa (1326/2010) ja sen tavoitteena on nopeuttaa kiireettömään hoitoon pääsyä. Potilaan yhteydenottopäivänä, arkipäivinä virka-aikoina, on laillistetun terveydenhuollon ammattilaisen tehtävä arvioida hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä, joko puhelimitse, sähköisesti tai vastaanottona. Jos potilaalla todetaan

(psykkiset ja fyysiset ongelmat huomioiden) sairastuminen, vamma, vamman paheneminen, uusien oireiden puhkeaminen tai toimintakyvyn aleneminen yleislääketieteen alalla, on hänelle ohjattava 14 vuorokauden kuluessa ensimmäinen hoitotapahtuma perusterveydenhuoltoon kiireettömissä tilanteissa laillistetulla terveydenhuollon ammattilaisella. Jos lääkärin tarvetta todetaan, on lääkärin vastaanotto toteutettava 7 vuorokauden kuluessa ensimmäisestä hoitotapahtumasta. Jos säädetyissä enimmäisajoissa ei hyvinvointialue pysty palveluja järjestämään, on sen ne hankittava muualta, esimerkiksi palvelusetelin tai muun yksikön kautta. Hoitotakuun toteutumista seurataan omavalvonnan, Valviran ja aluehallintaviraston toimesta. (Kiireettömän hoitoon pääsyä koskevat säännökset tiukentuvat 1.9.2023 alkaen 2023, 1–12.)

Perusterveydenhuoltoon kuuluu terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä, neuvontaa sekä tarkastuksia, lisäksi suun terveydenhuolto, työterveys- ja ympäristöterveydenhuolto, avosairaanhoido, päivystys, kotisairaanhoido ja sairaalahoito sekä mielenterveys- ja päihdetyö. Avosairaanhoidokäynti määritellään asiakkaan terveysongelmien hoitoa varten annetuksi palveluksi, joka voi olla joko kiireeton tai kiireellinen palvelu. (Hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa keväällä 2023,1,8.)

THL:n kokoaman raportin mukaan keväällä 2023 49 % avosairaanhoidon lääkärin kiireettömistä käynneistä toteutui viikon sisällä hoitoon hakeutumisesta. Kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten kiireettömistä avosairaanhoidon vastaanotoista 72 % toteutui viikossa. (Hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa keväällä 2023,1,8.) FinSote- tutkimuksessa tuli esille tyytyväisyys työterveyshuollon palveluiden sujuvuuteen ja hoitoon pääsyn nopeuteen, verrattuna julkisen puolen terveyspalveluiden käyttäjiin (Aalto, Koponen, Väisänen, Elovainio, Sinervo & Sulander 2023).

4.3.2 Mielenterveyshoitoon pääsyyn vaikuttavia tekijöitä

Vuonna 2020 on Suomessa julkaistu mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030, jonka avulla pyritään turvaamaan mielenterveystyön jatkuvuus ja mielenterveyden laaja-alainen huomiointi, kuntien päätöksentekoa myöten. Painopistealueina mielenterveysstrategiassa ovat mielenterveyden tärkeä merkitys hyvinvoinnille, lasten ja nuorten mielenterveys, mielenterveysoikeudet, ihmisen tarpeiden mukaiset palvelut sekä hyvä mielenterveysjohtaminen. (Vorma, Rotko, Larivaara & Koslof 2020.)

Lääkeyhtiö Janssen-Cilag, Mielenterveyden keskusliiton ja Mielenterveysomaisten keskusliiton yhteistyönä tekemässä tutkimuksessa tuli esille 23 %:lla vastaajista hoitoon pääsyn vaikeus ja hitaus sekä 29 %:lla hoitoon hakeutuminen oli kestänyt yli puoli vuotta. Tutkimuksessa huomioitiin potilaiden tiedon puute hoitomuodoista ja hoitotahoista sekä tietämättömyyden aiheuttamasta häpeän tunteesta, joka hidasti hoitoon hakeutumista. Hoitoon hakeutumisen viivästyminen aiheutti sairauden pahenemista ja potilaan voinnin vaikeutumista entisestään. (Suomalaistutkimus: masennuksen hoitoon on vaikea päästä ja hoito on tehotonta 2022.)

STM:n rahoittamana ovat hyvinvointialueet ja yliopistosairaalat kehittäneet digitaalisen, porrastetun ja nopeasti kaiken ikäisille saatavilla olevan Terapiat etulinjaan-mallin, joka on aloitettu Helsingin yliopistosairaalan (HUS) koordinoimana Etelä-Suomen toiminta-alueelta 2021, leviten koko Suomeen. Terapiat etulinjaan-mallille on myönnetty rahoitusta vuoden 2025 loppuun asti. Terapiat etulinjaan-mallin tavoitteena on nopea hoitoon pääsy lievissä ja keskivaikeissa mielenterveysongelmissa. Palvelun ensimmäinen askel on terapianavigaattorin täyttö, jonka avulla tehdään hoidon tarpeen arviota ja hoidon aloitus heti alkuvaiheessa ohjaten Mielenterveystalon omahoito-ohjelmiin. Mielenterveystalon omahoito-ohjelmien lyhytterapeutisiin menetelmiin jokainen voi tutustua itsenäisesti tai hoitajan ohjaamana. (Tietoa hankkeesta 2023.) Terapiat etulinjaan -toimintamallia on viety myös ulkomaille, muun muassa Dublinin kansainvälisen psykoterapian konferenssissa on malli herättänyt paljon kiinnostusta (Terveiset Dublinista 2023).

Covid -19 aikana kasvokkain tapahtuvia kohtaamisia vähennettiin sairauden leviämisen rajoittamiseksi ja tätä kautta monien palveluiden järjestäminen ja niiden tarjoaminen tarvitseville oli uusien haasteiden edessä. Tällöin avuksi otetut digitaaliset terveydenhuoltopalvelut tarjosivat mahdollisuuden saada hoitoa myös eristyksissä. Nykyään suositaan hybridi-hoitomallia, eli hoitoa on saatavilla sekä kasvokkain että digitaalisten laitteiden kautta, sitä kautta hoidon piiriin pääsy voi helpottua monella. (Balcombe & De Leo 2020.) Beauver, Dupere ja Guitton (2020) tuovat tutkimuksessaan esille myös digitaalisen epätasa-arvon, joka maailmalla vallitsee ja joka tulisi myös ottaa huomioon palveluja järjestettäessä. Digitaalisten laitteiden ja palveluiden puuttuminen, laitteiden toimimattomuus ja laitteiden käytön osaamattomuus ovat tekijöitä, joihin tulisi vaikuttaa ja joita tulisi kehittää.

Pelkonen ja Linnaranta (2023,4) huomauttavat raportissaan teknologian käytön lisääntyneen sosi-
aali- ja terveydenhuollossa. Teknologian avulla pyritään tarjoamaan terveyspalveluja kaikille moni-
puolisesti, ammattihenkilökunnan vähentymisestä huolimatta. Pelkonen ja Linnaranta huomioivat
terveyssovellusten kehityksessä arvioinnin ja käytön seurannan sekä käyttäjien palautteiden kuun-
telun olevan tärkeää, myös käyttäjien opastus on oltava huolellista ja selkeää. Vehko, Kyytsönen,
Ikonen, Koskela, Kainiemi ja Parikka (2022, 209–325) huomioivat kaupungissa asuvien työikäisten
käyttävän enemmän sähköisiä terveydenhuollon palveluita, kun maaseudulla asuvat. He arvelivat
tämän johtuvan maaseudulla asuvien tietämättömydestä, osaamattomuudesta, huonoista tieto-
liikenneyhteyksistä ja sattumasta tutkimukseen valikoituneesta joukosta. Sähköisten terveyspal-
veluiden lisääntyessä tulisikin huomio kiinnittää myös riittäviin resursseihin ja varattava riittävästi
aikaa uusien hoitokontaktien opettamiselle/oppimiselle. Myös Rantanen, Gluschkoff, Silvennoinen
ja Heponiemi (2021) muistuttavat neuvonnan ja ohjauksen tärkeydestä miettiessä verkkopohjais-
ten mielenterveysohjelmien käyttöä. He huomioivat erityisesti miesten negatiivisen suhtautumi-
sen digitaalisiin ja verkkopohjaisiin mielenterveysohjelmiin, turvallisuuden kannalta katsottuna.

5 Opinnäytetyön tarkoitus,tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää työikäisen mielenterveyshoidon pääsyyn vaikuttavia te-
kijöitä hoidon aloituksen näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata työikäisen mielen-
terveyshoidon aloitusta nopeuttavia ja hidastavia tekijöitä. Opinnäytetyössä etsitään vastauksia
seuraaviin kysymyksiin:

Mitkä tekijät nopeuttavat työikäisen mielenterveyshoidon aloitusta?

Mitkä tekijät hidastavat työikäisen mielenterveyshoidon aloitusta?

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää mielenterveyspalveluiden kehittämisessä, erityisesti
hoitoon pääsyä edesauttaviin tekijöihin vaikuttamalla.

6 Opinnäytetyön toteutus

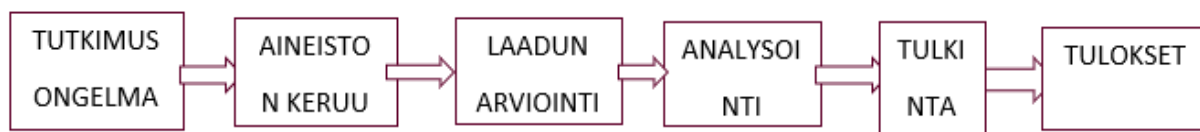
6.1 Menetelmä

Opinnäytetyön lähestymistapana on hermeneuttis- fenomenologinen suuntaus, jossa pyritään ymmärtämään ihmisten jokapäiväistä elämää ottamalla huomioon heidän yksilölliset kokemuksensa. Vuori ja Åstedt-Kurki (2022,324) tuovat esille Hamilin ja Sinclairin (2019) kannan, että fenomenologiassa on tärkeää ennako-odotusten tunnistaminen ja niistä eroon pääseminen, jolloin saadaan uutta tietoa erilaisesta näkökulmasta. Hermeneuttisessa suuntauksessa hahmotetaan asioiden yhteyksiä ja tarkastellaan ilmiöitä toisiinsa. Tietoa tulee jatkuvana tulkintojen prosessina, hermeneuttisena kehänä, jossa yksityiskohtien tulkinnalla vaikutetaan kokonaisuuksien ymmärtämiseen. (Hermeneutiikka 2015.)

Opinnäytetyön toteutustapana käytetään integratiivista kirjallisuuskatsausta, jossa tuodaan esille monipuolisesti tiettyyn aiheeseen liittyviä tutkimuksia, kootaan niistä yhteenvedonomaaisesti synteesiä ja näin muodostaen kokonaiskuvaa tietystä aiheesta (hermeneuttinen kehä). Kirjallisuuskatsauksessa tunnistetaan aiheeseen liittyviä ristiriitaisuuksia sekä ongelmia ja huomioidaan myös mahdollisesti esille tullutta uutta näkökantaa. (Hermeneutiikka 2015; Suhonen, Axelin & Stolt 2015, 7–13.) Kirjallisuuskatsauksen teko vaatii vapaan pääsyn aineistoon ja tarkan sekä selkeän tutkimuskysymyksen (Bearfield & Warren 2008, 65). Kirjallisuuskatsaukset jaetaan kuvaileviin ja systemaattisiin katsauksiin sekä määrälliseen ja laadulliseen meta-analyysiin. Integratiivinen kirjallisuuskatsaus, mihin opinnäytetyö lukeutuu, kuuluu systemaattisiin katsauksiin, joka on laajin kirjallisuuskatsaus mahdollistaen sekä empiirisen että teoreettisen lähdetiedon sisällyttämisen. Kirjallisuuskatsauksen tulee olla toistettavissa kenen tutkijan toimesta vain. (Suhonen, Axelin & Stolt 2015, 7–13.)

Bearfield ja Warren (2008, 62,65) huomauttavat kirjallisuuskatsauksen tutkijan haasteen käsiteltävän aineiston laajuudesta ja katsaukseen mukaan otettavan aineiston rajaamisen hankaluudesta. Erityisesti nykypäivän internetmahdollisuus tarjoaa laajat ja vapaat pääsymahdollisuudet erilaisiin aineistoihin. Tämän vuoksi he korostavatkin kirjallisuuskatsauksen teon alkuvaiheessa aiheen ja näkökulman tarkan määrittämisen tärkeyttä, jolloin aineiston rajaaminen onnistuu helpommin. Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen viisi vaihetta Cooper on kuvannut vuosina 1982 ja 1984. Ne ovat nähtävillä kuviossa 7 Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Nämä vaiheet ovat tutkimusongelman

nimeäminen, aineiston keruu, laadun arviointi, analysointi, tulkinta ja tulosten esittäminen. (Suhonen, Axelin & Stolt 2015, 13.)



Kuvio 7. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet Cooperin mukaan (Suhonen, Axelin & Stolt 2015 7–13, muokattu.)

6.2 Tiedonhaku

Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäisenä vaiheena on tutkimusongelman nimeäminen, ja kohderyhmän kartoitus. Opinnäytetyön kohderyhmäksi määriteltiin työikäiset, 15–74-vuotiaat mielenterveyshoitoa tarvitsevat, ajankohtaisuuden sekä aiemman tutkimustiedon pohjalta. Opinnäytetyössä kohderyhmään sisällytettiin mukaan myös 15–74-ikäryhmään kuuluvat väliaikaisesti työelämästä poissa olevat opiskelijat, äitiys- tai hoitovapaalla tai työttömänä olevat työikäisten ryhmään kuuluvat.

Aineistonkeruun alussa tutustuttiin aikaisempiin tutkimuksiin, eikä tuoreita 2020-luvulla tehtyjä tutkimuksia työikäisten pääsystä mielenterveyspalveluihin löydetty. Kirjallisuuskatsauksen aineiston keruun vaiheessa osallistuttiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjaston järjestämään tiedonhaun työpajaan syyskuussa 2023. Aineiston keruu tapahtui sähköisten tietokantojen ja hakusanojen sekä manuaalisen haun avulla, kesän ja syksyn 2023 aikana. Hakuja muokattiin koehakujen kautta, jotka tehtiin kevään -kesän 2023 aikana. Hakusanojen määrittelyssä käytettiin miellekarttaa sekä TERO-terveyden ja hyvinvoinnin ontologiaa, MeSH/FinMeSH, YSO ja HOIDOKKI-ohjelmia apuna käyttäen. Hakusanat tulevat esille Taulukossa 2.

Taulukko 2. Hakusanat

TERO	MeSH/FinMESH	YSO	HOIDOKKI
*mielenterveys-mental health *hoito-care *psykiatrinen hoito-psy-chiatric care *prosessi- process *potilas-patient *polku-pathway *hoitoprosessi-nursing processes *hoitoketju-care chains *järjestäminen-arranging *hoitoon ohjaus-counselling *hoitoonp* *hoidon aloitus *mielent* *mielenterveyspotilaan hoitoon pääsy-access to treatment psychiatrics	*mielenterveyden paran-taminen-mental health recovery *mielenterveyshäiriö-mental disorders *mielenterveyspalvelut-mental health services *hoitoonpääsyaika-Time to treatment *hoidon porrastus-prog-ressive patient care	*mielisairaanhoito-men-tal care *mielenterveystyö- men-tal health work *psykiatrinen potilas-psychiatric patients	*mielenterveystyö-psy-chiatric nursing *hoitoketju-critical path-ways

6.3 Kelpoisuusehdot

Mukaanotto- ja poissulkukriteerit (kelpoisuusehdot) ovat osa tiedon hakua. Kriteerien avulla rajattiin mukaan otettavien tutkimuksien määrää. Opinnäytetyössä selvitettiin työikäisten 15–74-vuotiaiden mielenterveyshoidon aloitusta nopeuttavia ja hidastavia tekijöitä, integratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Mukaanottokriteereiksi valittiin seuraavat kriteerit: artikkeleiden kokoteksti on luettavana maksutta, artikkelit ovat vertaisarvioituja, artikkelit ovat englannin tai suomenkielisiä sekä artikkelit koskevat aihetta työikäisen mielenterveyspotilaan hoito, hoitosysteemi ja hoitoon pääsy, hoidon alkaminen tai hoidon järjestäminen. Koehakujen kautta tarkentuivat lopulliset mukaanotto- ja poissulkukriteerit, jotka ovat nähtävillä taulukossa 3.

Taulukko 3. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Mukaanottokriteerit (Artikkeli vastaa tutkimuskysymykseen)	Poissulkukriteerit (Artikkeli ei vastaa tutkimuskysymykseen)
Artikkeli on julkaistu vuosina 2017–2023	Artikkeli on julkaistu ennen vuotta 2017
Koko artikkeli on luettavissa maksutta	Koko artikkeli on maksullinen
Artikkeli on englannin- tai suomenkielinen	Artikkeli on muun kuin englannin- tai suomenkielinen
Artikkeli koskee mielenterveyshoidon aloitusta nopeuttavia tai hidastavia tekijöitä tai mielenterveyshoitoon pääsyyn vaikuttavia tekijöitä	Artikkeli ei koske mielenterveyshoidon aloitusta nopeuttavia tai hidastavia tekijöitä eikä mielenterveyshoitoon pääsyyn vaikuttavia tekijöitä
Artikkeli käsittelee työikäisten 15–74-vuotiaiden mielenterveyshoitoa	Artikkeli käsittelee muun ikäryhmän kuin 15–74-vuotiaiden mielenterveyshoitoa

Hakusanoja ja kelpoisuusehtoja käyttämällä hakutuloksena saatiin kaikkiaan 360 artikkelia, käyttäen CINAHL, PubMed ja Medic tietokantoja. Käytetyt tietokannat ja hakusanat/-lausekkeet ovat nähtävillä Liitteessä 2. Käytetyt tietokannat ovat monipuolisia terveysalan tietokantoja, joista löytyi ajantasaisia, vertaisarvioituja tutkimuksia aiheeseen liittyen. Lisäksi käytettiin manuaalista hakua, Google Scholarin ja Googlen kautta. Tutkimusten laadun kriittistä arviointia, analysointia ja tulkintaa tehtiin koko hakuvaiheen ja opinnäytetyön prosessin ajan. Arviointia tulisi tehdä vähintään kahden tutkijan toimesta, mutta työn ollessa opinnäytetyö, oli vain yksi tutkija tekemässä laadun arviointia. Tutkimusten laadun arvioinnissa käytettiin sekä Joanna Briggs – instituutin (JBI) laadunarvioinnin tarkistuslistaa (Tutkimusten arviointikriteeristöt n.d.) että Kangasniemen, Pakkasen ja Korhosen (2015) muokkaamaa kriteeristöä, jonka alkuperäisen muodon ovat kehittäneet Bowling (2002) ja Gazarian (2013) (Kangasniemi, Pakkanen & Korhonen 2015, 1744–1757).

JBI korostaa terveydenhuollon olevan näyttöön perustuvaa toimintaa tuomalla esille erilaisia toimintamalleja, resursseja ja arviointityökaluja, joista esimerkkinä laadunarvioinnin tarkistuslistat ovat (EBP Resources n.d). Opinnäytetyöhön sisällytetyistä tutkimuksista yksi arvioitiin poikkileikkaustutkimuksen kriteerein, kaksi tutkimusta arvioitiin laadullisen tutkimuksen kriteerein ja järjestelmällisen katsauksen kriteeristöä käytettiin kuuteen tutkimuksen arviointiin. Yhden tutkimuksen arvioinnissa käytettiin sekä järjestelmällisen katsauksen että laadullisen tutkimuksen arviointikriteeristöä. JBI:n arviointilistat eivät olleet tarkoituksenmukaisia tarkkojen yksityiskohtaisten arviointien vuoksi kahteen opinnäytetyöhön sisällytettyyn tutkimukseen, jonka vuoksi toisena arviointimallina käytettiin Kangasniemen ja muiden muokkaamaa mallia. Tässä mallissa tutkimuksia arvioidaan kuudella eri osa-alueella vastaten kyllä raportoitu (K), epäselvä raportointi (ER) ja ei raportoitu (E)-vastauksin. (Kangasniemi ym. 2015, 1744–1757) Mukaanotto- ja poissulkukriteereiden sekä laadunarvioinnin (Sekä JBI että Kangasniemi ym.) jälkeen jäljelle jäi 11 tutkimusta, joista muodostui opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen aineisto. Tiedonhaun kaavio on nähtävillä liitteessä 3. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset ja laadunarvioinnit ovat nähtävillä liitteessä 4.

6.4 Aineiston analysointi

6.4.1 Analyysimenetelmä

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä muodostetaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus, jossa tutkija koostaa saamansa tiedon tiivistettyyn muotoon luokittelemalla esille tulevat asiat tutkimuskysymysten avulla. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä ei tutkijan aikaisemmat tiedot aiheesta vaikuta lopputulokseen, vaan tulokset saadaan kerätystä aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93, 97; Tuomi & Sarajärvi 2018, 138–140.)

Tuomi ja Sarajärvi (2002, 111) tuovat esille Milesin ja Hubermanin (1984) kehittämän aineistolähtöisen sisällönanalyysimallin, jota on Whitemore (2007) muokannut, ja se on nähtävillä taulukossa 4. Tämän mallin mukaisesti toteutettiin opinnäytetyön analyysi. Miles ja Huberman jakoivat mallin karkeasti kolmeen osaan: aineiston pelkistäminen eli redusointi, ryhmittely eli klusterointi ja käsitteiden luonti eli abstrahointi. Aineistoa pelkistettäessä aineistosta karsitaan epäolennainen asia pois tutkimuskysymyksen, sovitun sanan tai käsitteen mukaisesti. Graneheimin ja Lundmanin (2003,1109) mukaan valittu asiasana tai käsite tulisi olla riittävän laaja, mutta silti tarkka ja selkeä,

pystyäkseen tekstistä keräämään olennaisen aiheeseen liittyvän asian. Jäljelle jäänyt aineisto ryhmitellään samankaltaisuuksien ja/tai eroavaisuuksien mukaan omiin luokkiinsa määritetyn sanan/lauseen/käsitteen tai tutkimuskysymyksen mukaisesti. Luokkia yhdistelemällä saadaan vastaukset tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–115.)

Taulukko 4. Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysi (Whittemore 2007, 153, alkuperäinen Miles & Huberman 1984, muokattu.)

Analyysi	Selitys
Tiedon kokoaminen, luokittelu, pelkistys	Löydetyistä tutkimuksista tiedon kerääminen, kokoaminen ja luokittelu tehtyjen tutkimuskysymysten avulla
Tiedon esittäminen	Löydetyistä tutkimuksista saadun tiedon esille tuominen esimerkiksi taulukkojen tai käsitekarttojen avulla
Tiedon vertailu	Valittujen tutkimusten kautta saadun tiedon vertailua keskenään
Johtopäätösten teko ja varmistus	Valituista tutkimuksista löydettyjen samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien esille tuominen ja yhteenvetoa löydetyistä asioista. Tehtyjä johtopäätöksiä verrataan alkuperäisiin tietoihin, ristiriitaisuudet ja vaihtoehtoiset näkemykset esitellään.

6.4.2 Analyysiprosessi

Opinnäytetyöhön mukaan otetut 11 tutkimusartikkelia luettiin tarkasti läpi useampaan kertaan. Lukemisen taustalla olivat tutkimuskysymykset: Mitkä tekijät nopeuttavat työikäisen mielenterveyshoidon aloitusta? sekä: Mitkä tekijät hidastavat työikäisen mielenterveyshoidon aloitusta? Aineistoon perehtymisen jälkeen lähdettiin aineistoa analysoimaan aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Analysoinnin avuksi valittiin analyysiyksiköksi lauseke ”mielenterveyshoitoon pääsy”. Analyysiyksikön ”mielenterveyshoitoon pääsy” mukaisesti seulotut aineiston ilmaukset pelkistettiin ja ryhmiteltiin samanlaisuuksien ja erilaisuuksien mukaisesti omiin ryhmiinsä, jolloin analyysiprosessissa muodostettiin alaluokat, yläluokat ja pääluokat. Luokat nimettiin sisällön mukaisesti. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen saatiin analyysin myötä vastauksina seuraavat pääluokat:

mielenterveystietoisuuden lisääminen, mielenterveyspalveluiden kehittäminen, ympäristön rooli mielenterveyshoitoon hakeutumisessa sekä mielenterveyden huomiointi maailmanlaajuisesti. Toiseen tutkimuskysymykseen saatiin analyysin myötä vastauksina seuraavat pääluokat: tiedon ja ymmärryksen puute, psykiatrisen palvelun tarjonnan haasteet ja ongelmat, perheen sekä ympäristön vaikutus hoitoon hakeutumiseen ja sairastuneen henkilökohtaiset esteet hoitoon hakeutumiselle. Analysoinnin loppuvaiheessa vielä verrattiin alkuperäisilmaisuja ja pelkistettyjä ilmauksia keskenään väärinkäsitysten ja ristiriitojen välttämiseksi. Taulukossa 5 on nähtävillä esimerkkejä opinnäytetyön aineiston sisällönanalyysistä.

Taulukko 5. Esimerkki opinnäytetyön aineiston sisällönanalyysistä

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
*median aloittamat kampanjat kaikille väestönsille *hallituksen aloittamat kampanjat kaikille väestönsille *kaikkien organisaatioiden aloittamat kampanjat kaikille väestönsille	*median kampanjat kaikille *hallituksen aloittamat kampanjat *organisaatioiden kampanjat kaikille	mielenterveystiedotus eri kanavien kautta	mielenterveystietoisuuden lisääminen
*radikaalin muutoksin mielisairaiden potilaiden diagnosointi ja hoito nopeammaksi * radikaalin muutoksin mielisairaiden hoito paremmaksi * radikaalin muutoksin mielisairaiden hoito ennakoitavammaksi	*radikaalien muutoksien avulla potilaiden diagnosointi ja hoito nopeammaksi *radikaalien muutoksien avulla hoito paremmaksi *radikaalien muutoksien avulla hoito ennakoitavammaksi	radikaalit muutokset mielenterveyspalveluihin	mielenterveyspalveluiden kehittäminen
sosiaalisen verkoston tärkeys mielenterveysongelmien tunnistamisen tukena	sosiaalisen verkoston tärkeys	sosiaalinen verkosto	ympäristön rooli mielenterveyshoitoon hakeutumisessa
*tiedon puute mielenterveysongelmista. *tiedon puute mielenterveysongelmien hoitopaikoista ja tilanteen vakavuudesta	*tietämättömyys mielenterveysongelmista *tietämättömyys hoitopaikoista *ymmärtämättömyys vakavuudesta	*tiedon puute * ymmärtämättömyys	tiedon ja ymmärryksen puute
*mielenterveyshoidon puute *mielenterveyspalveluiden puula *perheen oma valinta *palveluntarjoajan etäisyys	*mielenterveyshoidon puute *mielenterveyspalvelujen puute *perheen oma valinta *palvelun etäisyys tärkeä	*hoidon puute *mielenterveyspalveluiden puute * perheen ja sijainnin vaikutus valintaan	psykiatrisen palvelun tarjonnan haasteet/ongelmat

Viimeisenä ja tärkeänä vaiheena kirjallisuuskatsauksessa on tulosten tulkinta ja esittäminen. Tulossosion tarkoituksena on tutkia, onko tutkimusongelmiin saatu vastauksia. Tutkimustulokset esitetään tutkimustehtävien mukaisesti selkeästi ja yksinkertaisesti. Tulokset voidaan myös esittää kuvien tai taulukoiden avulla, tekstiä tukien. (Tuomi & Sarajärvi 2009,158.)

7 Tulokset

7.1 Työikäisen mielenterveyshoidon aloitusta nopeuttavat tekijät

Tulokset esitetään analyysin kautta syntyneiden yläluokkien ja niistä muodostuneiden pääluokkien mukaisesti. Tulosluvun alaotsikot on muodostettu näistä pääluokista. Tuloksia havainnollistetaan kuvien avulla. Kuviossa 8 Mielenterveyshoidon aloitusta nopeuttavat tekijät on kootusti nähtävillä mielenterveyshoidon aloitusta nopeuttavia tekijöitä opinnäytetyön tutkimustulosten mukaisesti.



Kuvio 8. Mielenterveyshoidon aloitusta nopeuttavat tekijät

7.1.1 Mielenterveystietoisuuden lisääminen

Mielenterveystietoisuuden lisäämisen tärkeys ja tarve nousee esille erityisesti matalan ja keskitulon maihin kohdistuvista tutkimuksista. Näissä maissa mielenterveystiedon puute on esteenä mielenterveyspalveluihin hakeutumiselle ja sinne ohjaamiselle. Erityisesti Bangladeshissa edelleen toimivilla perinteisillä parantajilla on tärkeä rooli terveydenhuollon avun antamisessa, joiden mielenterveystietoisuuden lisäämiseen erilaisten koulutuksien avulla tulisi kiinnittää huomiota. Erilaiset tiedotuskampanjat median kanavien kautta, eri organisaatioiden ja politiikan toimien avulla sekä esimerkiksi vuosittaisen maailman mielenterveyspäivän vietolla voidaan mielenterveystietoisuutta lisätä koko väestölle. (Khan, ul-Hag, ul Hag, Afridi & Farooq 2023; Nuri Sarker, Ahmed, Hossain, Beiersmann & Jahn 2018.)

Myös Intian mielenterveyshoidossa on koettu mielenterveystietoisuuden lisäämisen tarvetta. Intian mielenterveyshoidossa on huomioitu erilaisten interventioiden avulla asenteiden muuttamista ja mielenterveyslukutaidon lisääntymistä. Tämän myötä mielenterveystietoisuus on lisääntynyt pikkuhiljaa ja mielenterveyspalveluihin hakeutuminen on nopeutunut. Intian mielenterveyshoitoa tutkineet tuovat myös esille mielenterveystietoisuuden levittämisen olevan tärkeää kaikille väestöryhmille, sairastuneille, heidän läheisilleen sekä terveydenhuollon ammattilaisille. Lisäksi mielenterveystiedon levittämisen tulisi lähteä hallintotasolta ja koskettaa jokaista ihmistä. (Kaur, Kallakuri, Kohrt, Heim, Gronholm, Thornicroft & Maulik 2021.)

7.1.2 Mielenterveyspalveluiden kehittäminen

Mielenterveyshoitopolut

Norjan mielenterveyspalveluissa on kehitetty hoitopolkuja. Hoitopolkujen avulla toiveena on ollut potilaiden diagnosoinnin ja hoidon nopeutuminen, parantuminen, tehokkuuden lisääntyminen sekä ennakoitavuuden helpottuminen. Kliinisten hoitopolkujen perustana ovat olleet somaattiset hoitopolut, joiden kautta ymmärrettiin polkujen tuoma apu sekä sairastuneelle että terveydenhuollon ammattilaiselle. Hoitopolkujen avulla sairastuneen hakeutuminen hoidon pariin nopeutui ja terveydenhuollon ammattilainen tiesi ohjata oikean ammattilaisen polulle. Näin odotusajat lyhenivät ja oikea hoito pääsi alkuun nopeammin. (Torseth 2021.)

Brasilian mielenterveyspalveluissa painotetaan hoitopolkujen tärkeyttä. Hoitopolkujen kautta mielenterveyspalveluja tarvitseva saadaan heti oikean avun piiriin ensimmäisellä kontaktilla. Ensimmäinen kontakti on usein yleislääkäri, jonka rooli näin hoitopoluissa korostuu, koska hänen on tunnistettava mielenterveyshoitoa tarvitseva ja ohjattava hänet oikean avun piiriin. Brasilian mielenterveyshoidon kehittämisessä pyritään kehittämään suora pääsy mielenterveyspalveluihin. (Amaral, Onocko-Campos, Oliveira, Pereira, Ricci, Pequeno, Emerich, Santos & Thornicroft 2018.)

Brasilian mielenterveyshoito on osa yleistä julkista terveydenhuoltojärjestelmää ja yhteisöpohjaista hoitoa. Lisäksi Brasiliassa on yksityinen terveydenhuolto, jota käytetäänkin paljon yhdessä julkisten palveluiden rinnalla. Julkiseen terveydenhuoltoon on panostettu Brasiliassa viime aikoina ja se kattaa jo noin 74 % koko väestöstä. Julkisen terveydenhuollon kehittämisen myötä mielenterveyspalveluihin pääsyn toivotaan nopeutuvan. (Amaral ym. 2018.)

Bangladeshissa on myös kehitetty mielenterveysongelman hoitopolkuja. Mielenterveys sairauksien hoidon sisällyttäminen osaksi muiden sairauksien hoitoa ja hoidon aloitus heti perustasolla arvellaan olevan yksi hoitoon pääsyä nopeuttava keino. Myös laitoslähetteen ja psykiatrisen hoidon palvelun tarjoajien määrän lisääminen ovat kiireellisiä kehitettäviä asioita hoidon aloituksen suhteen. Erityisesti Bangladeshissa on mielenterveys sairauksien hoidon saanti haastavaa, tietämättömyyden ja palveluiden puutteen vuoksi. (Nuri ym. 2018.)

Sähköiset terveystalvelut

Sähköisten terveystalveluiden positiiviset hyödyt ovat tulleet tutkimuksissa esille. Transsukupuolisia ja sukupuoltaan vaihtavia koskevassa tutkimuksessa huomioitiin, kuinka sähköisten palveluiden avulla oli monen helpompi hakeutua ammattilaisen kontaktiin, varsinkin, jos ei pystynyt jostain syystä menemään paikalle. Sähköiset palvelut ja internet vähentävät eristäytymistä ulkomaailmasta, verkostoituminen saman henkisten ihmisten kanssa onnistuu paremmin sekä terveystiedon jakaminen sujuu. Lisäksi sähköisten palveluiden matalan kynnyksen saatavuus ja helppo käytettävyys on todettu toimivaksi keinoksi saada apua nopeammin. Viestintämahdollisuuden avulla saatetaan saada yhteyden terveydenhuollon ammattilaiseen lähes välittömästi, mikä ei fyysisillä käynnillä ole mahdollista. (Renner, Täuber & Nieder 2022.)

Sähköisten terveyspalveluiden eli telepsykiatrian hyödyt tulivat esille myös pakolaisryhmiä Jordaniassa ja Syyriassa käsittelevässä tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa huomautettiin telepsykiatrian oleva lähitulevaisuuden esteetön hoitokeino, jonka avulla riittävää ja tehokasta hoitoa pystytään tarjoamaan kaikille sitä tarvitseville, esimerkiksi pakolaisleireillekin. Telepsykiatrian ja videoneuvottelun avulla tarjottu hoito aiheuttaa pienemmät kustannukset kuin kasvokkain tapahtuva fyysisen kontaktin sisältävä hoito. Lisäksi hoitoon pääsy on helpompaa eikä sosiaalista leimautumista aiheudu, jonka pelon vuoksi voi hoitoon hakeutuminen jäädä tekemättä. (Hassan & Sharif 2019.)

Sairaanhoidajan toimenkuvan muokkaaminen

Pohjois-Karjalassa Siun sotien alueella on selvitelty keinoja hoitoon pääsyn nopeuttamiseksi. Kehittämistyön tuloksena on kehitetty tiimimalli. Tiimimallissa hoitoa tarvitsevan ensimmäisen kontaktin aikana ratkaistaan hoitomuoto ja -taho lääkäriä ja sairaanhoitajaa konsultoiden. Yhteyshenkilö toimii hoidon koordinaattorina. Yhteydensaanti terveysasemille on nopeutunut, jonot ovat vähentyneet ja hoitoon pääsy on nopeutunut. (Jokelin, Joro, Myyry, Ahvalo, Koponen, Malinen, Autio, Korte, Pere, Mustonen & Torkki 2022.)

Etelä-Helsingin masennuspotilaiden hoidon parantamiseksi on ollut tarpeen kehittää uusia keinoja. Etelä-Helsingin alueella terveysasemille on perustettu sairaanhoitajien akuuttiaikoja päivystävien lääkäreiden avuksi. Psykiatriset sairaanhoitajat ovat antamassa lyhytterapiaa sekä opastettua omahoitoa. Tavoitteena on ollut perustaa psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanottoja ilman ajanvarausta päivystyksien yhteyteen. Ammattilaisten yhteistyön parantaminen ja työnjaon selkeyttäminen (terveydenhoitaja- sairaanhoitaja, perusterveydenhuolto- erikoissairaanhoito) on tärkeää. Lisäksi psykologikonsultaatiot ja matalan kynnyksen ryhmämuotoinen hoito on ollut suunnitelmassa. Näin on pyritty saamaan oikea hoito mahdollisimman nopeasti ja jouhevasti. (Faninger-Lund 2017.)

7.1.3 Ympäristön rooli mielenterveyshoitoon hakeutumisessa ja mielenterveyden huomiointi maailmanlaajuisesti

Tutkimuksissa tuodaan esille sosiaalisen verkoston tärkeys mielenterveyssairauksien tunnistamisessa. Sairastuneen oma tietämys, samoin kuin sairastuneen perheen, uskonnollisen tahon ja koulun tietämys auttavat mielenterveysongelmien tunnistamisessa. Brasiliassa on uskonnolliset johtohahmot tärkeässä roolissa ihmisen elämässä, myös mielenterveyssairauden tunnistamisessa ja sitä kautta hoitoon hakeutumisessa. Tämän vuoksi heidän huomiointinsa on myös tärkeää. (Amaral ym. 2018.)

Sairastuneiden lääkäreiden avun hakemisessa on huomioitu haasteita. Myös heillä sosiaalisen verkoston vaikutus on suuri hoitoon hakeutumiselle. Kollegoiltaan saama emotionaalinen ja käytännön tuki edesauttavat lääkäriä hakemaan mielenterveyssairauteensa apua. Lisäksi mielenterveysongelmista avoimesti ja myönteisesti puhuminen edesauttaa lääkäriä hakemaan apua toiselta terveydenhuollon ammattilaiselta. (Zaman, Mujahid, Ahmed, Mahmud, Naeem, Riaz, Ullah & Cox 2022.)

Yhdistyneet kansakunnat (YK) on asettanut mielenterveyden maailmanlaajuisen kehitysohjelman ensisijaiseksi tavoitteeksi. Tämän avulla odotetaan mielenterveyden saavan enemmän huomiota, enemmän resursseja ja lisääntyvää seurantaa. Erityisesti matalan tulotason maat, kuten Bangladesh, tarvitsevat lisähuomiota ja resursseja mielenterveyspalveluiden kehittämislle. (Nuri ym. 2018.)

7.2 Työikäisen mielenterveyshoidon aloitusta hidastavat tekijät

Tulokset esitetään analyysin kautta syntyneiden yläluokkien ja niistä saatujen pääluokkien mukaisesti. Tulosluvun alaotsikot on muodostettu näistä pääluokista. Tuloksia havainnollistetaan kuvioiden avulla. Kuviossa 9 Mielenterveyshoidon aloitusta hidastavat tekijät ovat kootusti nähtävillä mielenterveyshoidon aloitusta hidastavia tekijöitä opinnäytetyön tutkimustulosten mukaisesti.

**Mitkä tekijät hidastavat työikäisen mielenterveyshoidon
aloitusta?**

TIEDON JA YMMÄRRYKSEN PUUTE	PSYKIATRISEN PALVLUN TARJONNAN HAASTEET/ONGELMAT	PERHEEN/YMPÄRISTÖN VAIKUTUS HOITOO HAKEUTUMISEEN	SAIRASTUNEEN HENKILÖKOHTAISET ESTEET HOITOO HAKEUTUMISELLE
<ul style="list-style-type: none"> *tiedon puute *ymmärtämättömyys *tiedon puute politiikoilta *avun hakemattomuus *ymmärryksen puute avun tärkeydestä *hoitosysteemit *tunnistamisen haasteet *stigma esteenä palveluiden tarjonnalle ja hakemiselle *stigman tuoma hoitovaje *asenteiden vaikutus *stigman tuoma syrjintä, leimattuna oleminen *mielenterveyshoidon riittämättömyys *globaalinen ongelma *kielteisten asenteiden vaikutus hoitoon hakeutumiseen *tiedon välittämisen ongelmat *koulutuksen puutteet *mielenterveystiedon levittämisen haasteet *tiedon välittämisen haasteet *koulutuksen puutteet *mielenterveyshoidon järjestelmän haasteet *rakenteelliset haasteet *luottamuksen puute *lääkekäytöstä kieltäytymisen haasteet *lääkekäytöstä kieltäytymisen pelot 	<ul style="list-style-type: none"> *ei-psykiatristen palvelujen käyttö *mielenterveyspalvelut <ul style="list-style-type: none"> * hoitopolut *hoidon tarjoajan valinnan haasteet <ul style="list-style-type: none"> *lähetteiden puute *hoidon puute *mielenterveyspalvelut *perheen ja sijainnin vaikutus valintaan <ul style="list-style-type: none"> * palveluketjut *hoitopalvelujärjestelmän haasteet <ul style="list-style-type: none"> * lääkärin rooli *palveluiden vähäisyys <ul style="list-style-type: none"> *organisaatiotekijät *rakenteelliset tekijät *sosiokulttuurilliset tekijät *mielisairauspolun rajoitukset *mielisairauspolun puutteet <ul style="list-style-type: none"> *palveluiden puute * ajan puute *lääkäripalveluiden vähäisyys <ul style="list-style-type: none"> *jonot *tulkkashaasteet 	<ul style="list-style-type: none"> * potilaiden oma valinnan teko vaikeaa *ympäristön vaikutus mielenterveyshoidon tarjoamiselle *ystävien rooli *perheen rooli *pelko leimautumisesta * ympäristön vaikutus *tiedon puute * este hoidon antamiselle empatian puuttuminen 	<ul style="list-style-type: none"> *henkilökohtaiset syyt ja esteet *potilaaksi siirtymisen vaikeus

Kuvio 9. Mielenterveyshoidon aloitusta hidastavat tekijät

7.2.1 Tiedon ja ymmärryksen puute

Brasiliassa hoitoon hakeutumisen viiveelle on usein syynä tiedon puute mielenterveysongelmista, tiedon puute asianmukaisesta hoitopaikasta ja se, ettei ongelmaa pidetty tarpeeksi vakavana hoitoon hakeutumiselle. Tiedon puutetta aiheuttaa erityisesti mielenterveyskoulutuksen puute. (Nuri ym.2018.) Mielenterveysongelmien tunnistamattomuus aiheuttaa avun hakemattomuutta. Tutkimusten mukaan naiset turvautuvat miehiä yleisemmin itselääkitykseen, konsultaatioon hakeudu-

taan harvemmin. (Amaral ym. 2018.) Norjaa koskevassa tutkimuksessa nousi esille poliittisten toimijoiden ymmärtämättömyys sekä tietämättömyys terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä. Poliitikot olettavat, että palveluita, järjestelmiä ja ideoita voidaan siirtää toiselta alalta toiselle ilman terveydenhuollon erityisalan tuntemusta. (Torseth 2021.)

Hoitovajetta ja hoitoon hakeutumisen viivettä voi muodostua myös stigman eli leimautumisen pelosta, kuten tulee esille useissa tutkimuksissa. Stigman merkitys korostui erityisesti Kaur ja muiden (2021) tekemässä Intiaa käsittelevässä tutkimuksessa. Stigma nähdään tiedon puutteena, asenteiden ja ennakkoluulojen sekä käyttäytymisen eli syrjinnän aiheuttajana, joka aiheuttaa hoitoon hakeutumisen viivettä. Stigma nähdään maailmanlaajuisena ongelmana, vaikkakin leimautumisen ja syrjinnän kokemukset ovat paikallisia, joihin vaikuttavat kulttuurilliset tekijät. Smithin, Lawrencen, Sadlerin ja Easterin (2019) tekemässä tutkimuksessa nousi esille naisten pelko leimautumisesta ja siitä johtuvaa hoidosta ja lääkkeiden käytöstä kieltäytymistä. Naiset olivat huolissaan lääkkeiden käytön aiheuttamasta leimautumisesta, äitinä olemisen epäonnistumisen tunteesta, vauvojen vahingoittamisen pelosta sekä lääkkeiden riippuvuuden ja sivuvaikutuksien pelon vuoksi.

Intian terveydenhuollon ongelmina tuotiin tutkimuksissa esille seurantajärjestelmän puute, systeemit ja sosiokulttuurilliset tekijät, jotka estävät mielenterveyshoitoon hakeutumista sekä hoidon järjestämistä. Mielenterveysymmärryksen ja tiedon puutteen vuoksi osa terveydenhuollon ammattilaisista pitää edelleen mustaa magiaa tai pahoja henkiä mielenterveys sairauden aiheuttajina. Perinteisen hoidon piiriin hakeutumisen sijaan he hakeutuvat apua hakemaan perinteisiltä parantajilta tai uskonparantajilta (Kaur ym. 2021.)

Isossa-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastuneiden naisten pääsyä mielenterveyshoitoon. Tässä tutkimuksessa huomioitiin mielenterveys sairauden diagnosointiin ja hoitoon liittyvien kielteisten asenteiden aiheuttavan naisilla hoitoon hakeutumattomuutta sekä leimautumisen ja syyllisyyden tunteita. Tutkimuksessa todettiin terveydenhuollon ammattilaisten (tutkimuksessa tuotiin esille kättilöt) ja naisten huono tietämys mielenterveydestä, joka esti asianmukaisen hoidon saamista. Tutkimuksessa huomioitiin myös kättilöopiskelijoiden saama vähäinen mielenterveyskoulutus. Mielenterveyskäsitteen ja oireiden

tuntemattomuus sekä avoimen keskustelun puute sairastuneen ja terveydenhuollon ammattilaisten kesken olivat yleisenä ongelmana aiheuttamassa hoitoon hakeutumattomuutta. (Smith ym. 2019.)

Lääkäreiden huono mielenterveyskoulutus nousi esille tutkimuksessa, jossa käytiin läpi perusterveydenhuollon lääkäreiden roolia skitsofrenian hoidossa matala- ja keskitulon maissa. (Khan ym. 2023). Lisäksi toisessa tutkimuksessa tuli esille lääkäreiden tietämättömyys palveluista estäen samalla oikeaan hoitoon ohjausta. Samoin puuttui luottamus sairastuneen ja terveydenhuollon ammattihenkilön väliltä. Taidon puute oli myös yksi este oikean avun saamiselle. (Smith ym. 2019.)

7.2.2 Psykiatrisen palvelun tarjonnan haasteet/ongelmat

Bangladeshiin liittyvässä tutkimuksessa huomioitiin mielenterveys sairauksien ensimmäisenä hoitotahona toimivan yleensä ei-psykiatrisen hoitotaho. Lisäksi ei-psykiatrasta hoitotahoa konsultoitii yleisesti. Tutkijat arvelivat syynä tähän olevan pitkä hoitopolku, jossa neuvoteltiin useiden eri hoitotahojen kanssa, ennen kuin psykiatrisen hoidon tarjoaja löydettiin. Bangladeshissa ei ole laitoslähetteitä eikä mielenterveyshoitoa tarjolla joka paikkakunnalla. Hoidon tarjoajan valinnassa pidetään tärkeinä tekijöinä palveluntarjoajan ja sairastuneen etäisyys, perheen oma valinta ja sairauden koettu etiologia. (Nuri ym. 2018.)

Perusterveydenhuollon rajalliset valmiudet hoitaa mielenterveys sairauksia nousee tutkimuksista esille. Brasiliassa korostettiin erikoissairaanhoidon lähettämistä yleisenä käytäntönä, vaikka Brasilian porrastetussa hoitomallissa pitäisi mennä perusterveydenhuollon kautta. Yleislääkäreitä pidetään portinvartijana, joka voi kouluttamattomana toimiessaan tuoda viivästyksiä oikean hoidon saamiselle. Mielenterveyshoidon alueelliset erot Brasiliassa on huomioitu suurina, joka vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen ja hoidon saamiseen viivettä. (Amaral ym. 2018.)

Terveydenhuollon ammattilaisten mukaan rajoitettu palveluntarjonta on esteenä oikean ja tehokkaiden mielenterveyspalveluiden tarjoamiselle. Lisäksi organisaatiotason tekijät, kuten riittämättömät resurssit, palveluiden hajanaisuus ja huono ammattialojen sekä tieteidenvälinen viestintä aiheuttivat ongelmia palveluiden järjestämiselle. Rakenteelliset esteet, kuten politiikan huono

toteutus, ja sosiokulttuurilliset tekijät, eli kielimuuri aiheuttavat hidasteita palveluiden saamiselle. (Smith ym. 2019.)

Norjan mielenterveyspolkuun yleistetään kaikki potilaat, jotka ovat samalta palvelualueelta. Tällöin polku etenee diagnoosista hoitoon ja hoidon viimeistelyyn. Polussa on määritelty koodattavat aikakehykset, jonka puitteissa on toimittava. Polun määrittelystä puuttuvat käytettävät diagnostiset työkalut ja hoitostrategiasuosittelut. (Torseth 2021.)

Kätilöitä koskevassa tutkimuksessa huomioitiin aikahaaste mielenterveyspotilaita hoitaessa. Muut terveydenhuollon ammattilaiset moittivat heitä hitaiksi, jos he käyttivät enemmän aikaa mielenterveyspotilaan hoitoon. Ajan puutteen vuoksi kätilöt kokivat turhautumista hoidon antamisessa. Erikoislääkäripalveluiden puute ja pitkät jonotuslistat toivat omat haasteensa. Etnisten vähemmistöjen tarvitsevien tulkkien vähäisyys oli myös esteenä oikean avun saamiselle. (Smith ym. 2019.)

7.2.3 Perheen / ympäristön vaikutus hoitoon hakeutumiselle

Bangladeshin mielenterveyshoitoa tutkiessaan tutkijat havaitsivat potilaiden kykenemättömyyden hakea hoitoa akuuttien sairausjaksojensa aikana. Tällöin perheen ja läheisten rooli korostuu avun hakemisessa. (Nuri ym. 2018.) Muissakin tutkimuksissa korostettiin perheen ja ystävien roolia sairauden oireiden tunnistamisessa. Tutkimuksissa tuotiin myös esille näkökanta, että perhe ja ystävät voivat myös estää sairastunutta hakeutumasta hoidon piiriin. Tähän syynä voi olla perheen ja ystävien leimautumisen pelko. Tutkijat muistuttavat myös perheenjäsenten murheesta, etteivät he välttämättä pysty tunnistamaan sairauden pahenevia merkkejä ja oireita, jonka vuoksi he eivät pysty tarjoamaan tehokasta tukea. (Smith ym. 2019.)

Sairaanhoitajilla voi olla kielteisiä käsityksiä terapiasta, johon on syynä työpaikan kulttuurin aiheuttama negatiivinen asenne mielenterveyssairauksia kohtaan. Asenteet riippuvat maiden kulttuureista, joten kielteistä asennetta mielenterveyssairauksia kohtaan ei voida yleistää maailmanlaajuisesti. Kielteiset asenteet mielenterveyssairauksia kohtaan nousee esille erityisesti Singaporea käsittelevässä tutkimuksessa. (Zaman ym. 2022.) Mielenterveyspotilaita saatettiin pitää vaarallisenä, jonka vuoksi heitä kohtaan ei tunnettu empatiaa, vaan pikemminkin ahdistusta. Tämä aiheutti esteitä mielenterveyshoitoon pääsulle ja sinne ohjautumiselle. (Khan ym. 2023.)

7.2.4 Sairastuneen henkilökohtaiset esteet hoitoon hakeutumiselle

Tutkiessaan lääkäreiden hakeutumista mielenterveyshoitoon, eräät tutkijat havaitsivat luottamuksen ja ajanpuutteen olevan yleisimpinä esteinä hoitoon hakeutumiselle. Sairastuneet kokivat mielenterveyden tuen, terapian ja neuvonnan vievän heiltä liikaa aikaa, joten he eivät hoitoa hakee. Lisäksi he pelkäsivät mielenterveyshoidon kustannuksien nousevan liian suuriksi. (Zaman ym. 2022.)

Terveydenhuollon ammattilaisen voi olla vaikea samaistua potilaan rooliin. Mielenterveysdiagnoosia ja mielenterveyshoitoa terveydenhuollon ammattilaiset saattoivat pitää häpeällisenä, kiusallisenä ja heikkoudenkin merkinä, jonka pelättiin vaikuttavan myös heidän uraansa. Tällöin he mieluummin jättivät apua mielenterveyshäiriöönsä hakematta. (Zaman ym. 2022.)

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata työikäisen mielenterveyshoidon aloitusta nopeuttavia ja hidastavia tekijöitä. Tutkimuskysymyksinä olivat: Mitkä tekijät nopeuttavat työikäisen mielenterveyshoidon aloitusta? sekä Mitkä tekijät hidastavat työikäisen mielenterveyshoidon aloitusta?

Opinnäytetyön lähtökohtana oli WHO:n perustuslaki, jonka mukaan terveys on fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila ja jokaisen perusoikeus. WHO tuo esille, kuinka mielenterveyshäiriöistä kärsivät ihmiset joutuvat edelleen kohtaamaan usein ihmisloukkauksia, syrjintää ja leimautumista sekä lisäksi mielenterveyspalveluiden tila vaihtelee maailmalla.

Teoriaosassa tuodaan esille Euroopan komission tiedonanto mielenterveyden kokonaisvaltaisesta lähestymistavasta vuodelta 2023. Tiedonannossa korostetaan riittäviä ja tehokkaita mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisytoimia, laadukkaita ja kohtuuhintaisia mielenterveyspalveluja sekä sairastuneen integroitumista takaisin yhteiskuntaan. Euroopan Unionin neuvoston mukaan mielenterveys tulisi huomioida kaikissa toimissa ja lähestymistavoissa, tunnistaa mielenterveyteen liittyvät taustatekijät, parantaa mielenterveyslukutaitoa, kohentaa mielenterveysjärjestelmiä ja -palveluita vastaamaan mielenterveysongelmaisten ihmisten tarpeisiin, edistämään diagnosointia ja

varhaista tunnistamista sekä tukemaan mielenterveysammattilaisten työn kehittämistä. Teoriaosassa on mainittu myös Suomessa vuonna 2005 aloitetuista useista mielenterveyshankkeista, joiden tavoitteena on ollut mielenterveyspalveluiden parantaminen ja asiakkaan aseman vahvistaminen. Samantyyppisiä asioita nousi esille myös opinnäytetyön tuloksista.

Teoriaosassa käytiin läpi Suomeen kehitettyä 1.9.2023 alkanutta hoitotakuuta, eli kiireettömän hoidon pääsyn enimmäisaikaa, jonka tavoitteena oli nopeuttaa hoitoon pääsyä. Säädöksen tavoitteena oli palveluiden varmistaminen, terveyserojen kaventaminen ja kustannusten kasvun hillitseminen. Kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen avulla toivotaan sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen vähentyvän. Vastaavan tyyppistä hoidon aloitusta nopeuttavaa säädöstä ei tullut esille tuloksista.

Mielenterveyshoidon aloitusta nopeuttavat tekijät jaetaan tuloksissa neljään osaan: mielenterveystietoisuuden lisääminen, mielenterveyspalveluiden kehittäminen, ympäristön rooli ja mielen terveyden maailmanlaajuinen huomiointi. Tuloksista käy selville, kuinka mielenterveystietoisuus on edelleen useissa maailman valtioissa vähäinen. Erityisesti matalan ja keskitulon maissa on vieläkin yleistä parantajien käyttö ja mustan magian uskomus sairauden aiheuttajina ja myös parantajina. Näihin maihin on tietoisuuden lisääminen ja levittäminen vaikeaa, mutta myös tärkeää. Miettiessä keinoja tiedon levittämiseen tulisi kaikki vaihtoehdot huomioida. Mielenterveyskurssien pitäminen eri järjestöjen tai organisaatioiden avulla, sosiaalisen median käyttö, tiedotuslehtiset ja tapahtumat (Maailman mielenterveyspäivä) ovat hyviä tiedon välittämisen keinoja.

Tuloksien mukaan mielenterveystietoa tulisi levittää kaikille väestöryhmille, lapsista vanhuksiin, parantajista, pappeihin ja erilaisiin yksikköihin sekä kaikille ammattiryhmille. Tämä tulee esille myös teoriaosassa olevasta WHO:n muistutuksesta mielenterveyshoidon tarjonnasta myös alueille, joissa sitä ei yleensä huomioida, esimerkiksi lastensuojelussa, vankilassa ja kouluterveydenhuollossa. Tuloksissa korostetaan tietoisuuden lisäämisen kautta hoitoon hakeutumisen nopeuttavan ja hoidon aloituksen aikaistuvan. Lisäksi tuloksissa huomautettiin mielen terveyden valtakunnallisen laajemman huomioinnin tuovan lisää resursseja ja tietämystä mielen terveydestä sekä hoidosta.

Mielenterveyspalveluiden kehittämisen myötä nousi tuloksista esille hoitoon pääsyn nopeutuminen. Hoitopolkujen muokkaaminen ja kehittäminen on tärkeä hoidon aloitusta miettiessä. Tuloksien mukaan hoitopolun kautta hoitoon pääsy ja hoidon aloitus nopeutui, koska sairastunut tietää hakeutua oikeaan hoitopaikkaan ja hoitotahot tietävät ohjata oikealle hoitotaholle. Mielenterveyspalveluita kehitettäessä ja selvitettyä, nousi tuloksissa esille lisäksi tiimimalli, yhteyshenkilön käyttö ja ammattilaisten konsultaatioiden hyödyt. Tiimimallissa on yhteyshenkilö, johon sairastunut on alkuvaiheessa yhteydessä ja heti alussa tehdään hoitosuunnitelmaa, yhteyshenkilön konsultoidessa ammattilaisia. Sairastuneen ensi kontakti terveydenhuoltoon onkin tärkeässä roolissa hoidon alkamiselle. Ensikontakti voi olla lääkäri tai hoitaja, jonka tietämys mielenterveydestä ja sen hoitokeinoista tulisi olla hyvä. Tuloksien mukaan psykiatrisen sairaanhoitajan tarve on jo heti päivystyksissä, minne sairastunut voi hakeutua ensimmäisenä sairastuttuaan. Päivystäjien lääkäreiden apuna toimivat psykiatriset sairaanhoitajat tarjoavat akuuttiaikoja ja voivat ohjata lyhytterapiaa ja opastaa omahoidon pariin.

Sähköisten terveyspalveluiden kehittäminen lisääntyi erityisesti Covid-19 aikana ja niiden käyttö on edelleen suosittua. Sähköisten palveluiden käytön nopeus, saatavuus ja kustannuspienuus sekä käytön helppous koettiin tuloksissa myönteisiksi asioiksi. Sähköisen palvelun avulla hoitoon pääsy nopeutuu, eikä ongelmana ole matka hoitopaikkaan, leimautumisen pelko tms. Teoriaosassa mainittu STM:n rahoittama ja hyvinvointialueiden sekä yliopistosairaaloitten kehittämä digitaalinen, porrastettu ja nopeasti kaiken ikäisille saatavilla oleva Terapiat etulinjaan-malli, joka on aloitettu vuonna 2021 leviten koko Suomeen pikkuhiljaa, on yksi malli sähköisestä hoitomuodosta, jonka pariin kuka vain pääsee tietokoneen kautta. Tuloksista huomiota kiinnitti muistutus mahdollisista rajoituksista sähköisiä palveluja tarjottaessa, esim. osaamattomuus, laitteiden tai yhteyksien puute. Tämän vuoksi koulutukset ja perehdytys laitteiden käyttöön on tärkeää alkuvaiheessa.

Usein mielenterveys sairaudet hoidetaan omissa laitoksissaan tai poliklinikoillaan, mutta tuloksista nousee esille ajatus hoidosta yhdessä muiden sairauksien kanssa. Näin hoidon saatavuus voisi parantua ja aloitus nopeutua. Lisäksi tuloksissa huomioitiin mielenterveyslaitoslähetteen tärkeys ja hoitajan määrän lisäämisen tarve hoidon aloitusta nopeuttamaan. Yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa sekä työjaon selkiyttäminen eri ammattilaisryhmien välillä olisi lisäksi tärkeä.

Ympäristön ja perheen tärkeä roolia mielenterveyshoitoon hakeutumisessa nousi esille tuloksissa ja opinnäytetyön teoriaosassa. Tuloksien mukaan perhe voi joko nopeuttaa tai hidastaa hoitoon menoa. Mielenterveyssairaus aiheuttaa edelleen negatiivista suhtautumista, pelkoa ja syrjintää, ainakin matalan ja keskitulon maissa. Terveydenhuollon ammattilaisten asenteiden ja suhtautumisen vaikutus sairastuneen hoitoon hakeutumiselle ja hoidon aloitukseen on myös tärkeä huomioida asia. Myönteinen suhtautuminen ja avoin vuoropuhelu kaikkien kesken edesauttaa hoidon käynnistymistä.

Mielenterveyshoidon aloitusta hidastavat tekijät voidaan tuloksien mukaan jakaa 4 osaan: tiedon ja ymmärryksen puute, psykiatrisen palvelun tarjonnan ongelmat ja haasteet, perheen ja ympäristön vaikutus hoitoon hakeutumiselle sekä sairastuneen henkilökohtaiset esteet hoitoon hakeutumiselle. Teoriaosassa käydään läpi lääkeyhtiö Janssen-Cilagin, Mielenterveyden keskusliiton ja Mielenterveysomaisten keskusliiton yhteistyönä tekemää tutkimusta, jossa huomio kiinnittyi hoitoon pääsyn vaikeuteen ja hitauteen 23 %:lla vastaajista sekä 29 %:lla hoitoon hakeutuminen oli kestänyt yli puoli vuotta. Tässä tutkimuksessa tuli esille potilaiden tiedon puute hoitomuodoista ja hoitotahoista, tietämättömyyden aiheuttamasta häpeän tunteesta, joka hidasti hoitoon hakeutumista. Hoitoon hakeutumisen viivästyminen taas aiheutti sairauden pahenemista ja potilaan voinnin vaikeutumista entisestään.

Samalla lailla tuloksissa esiteltiin hoitoon pääsyä ja hakeutumista hidastavina tekijöinä tiedon puute ja ymmärtämättömyys mielenterveyshäiriöistä. Tiedon puute mielenterveydestä, sen hoidosta ja sen vaikutuksesta ihmiseen ovat suuria ongelmia erityisesti matalan ja keskitulon maissa, kuten Brasiliassa ja Intiassa. Tiedon puute aiheuttaa sairauksien tunnistamattomuutta. Tiedon puutetta on sekä kansalaisilla, terveydenhuollon ammattilaisilla, että poliitikoilla, joiden toimet vaikuttavat palveluiden järjestämiseen. Jos yhteiskunnan rakenteet eikä poliitikoiden ymmärrys ole mielenterveydestä ajan tasalla ja myönteisesti siihen suhtautuen, voi palveluiden tarjonta olla vähäistä. Mielenterveyspalveluiden etäisyys sairastuneesta hidastavat hoidon alkua. Samoin liian pitkät ei-psykiatrisen palvelun kautta kulkevat hoitopolut ja läheteiden puute vaikuttavat hoidon alkamista viivästyttäen.

Tiedon puute johtuu tuloksien mukaan koulutuksen riittämättömydestä tai tiedon levittämisen haasteista. Stigma eli leimautumisen pelko voi estää hoidon hakemista, jonka voidaan sanoa olevan maailmanlaajuinen ongelma. Lähiympäristön asenteet mielenterveys sairauksia kohtaan vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen joko sitä hidastaen tai edistäen. Leimautumisen pelko voi vaikuttaa myös lääkehoidosta kieltäytymiseen. Luottamus terveydenhuollon ammattilaisten ja sairastuneen välillä on tärkeä hoidon aloitukseen vaikuttava tekijä. Jos sairastunut ei saa omalla äidinkielellään palvelua, ongelmien ymmärtäminen voi olla vaikeaa eikä luottamusta välttämättä synny, joka voi hidastaa hoidon alkua.

Kuten jo aiemmin on tullut tuloksista esille, on ympäristön, ystävien ja perheen rooli tärkeä hoitoon hakeutumisessa. Vakavasti sairas ei välttämättä pysty itse hakeutumaan palveluiden pariin, jolloin perheen on tehtävä päätös hänen puolestaan. Perheeltä voi puuttua tietoa sairaudesta tai palveluista, myös leimautumisen pelko voi estää hoidon hakemista. Terveydenhuollon ammattilaistenkin voi olla apua hakematta, jos työpaikan ilmapiiri ja asenteet ovat mielenterveys sairauksia kohtaan kielteisiä. Mielenterveys sairauteen sairastuminen tai sen myöntäminen voidaan kokea häpeällisenä ja leimaavana. Tähän vaikuttavat eri maiden kulttuurit, joten ei voida yleistää. Teoriaosassa esille tuotu STM:n julkaisema ”Mielenterveyden manifesti työelämään”-julkaisun avulla on pyritty Suomessa saamaan mielenterveydestä työelämän yksi voimavara, korostamalla varhaisen puuttumisen tärkeyttä sekä avun saamista matalalla kynnyksellä.

Tuloksien mukaan mielenterveyspotilaita voidaan pitää vaarallisena mielenterveys sairauden ymmärtämättömyyden vuoksi, joten hoitoa ei välttämättä haeta eikä tarjota, empatian puuttumisen vuoksi. Lisäksi huomioitiin, kuinka terveydenhuollon ammattilaisten voi olla vaikea siirtyä hoitavalta puolelta sairastuneen rooliin, joten hoitoon hakeutuminen voi viivästyä. Hoitoon hakeutumisen esteenä voi olla myös ajatus hoidon vievän liian paljon aikaa sekä kustannuksien olevan liian suuret tai pelätään sen vaikuttavan haitallisesti työuraan.

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Suomen kaikilla tieteenaloilla tutkijoita ohjaavat eettiset periaatteet, joihin kuuluvat tutkijan kunnioitus tutkittavan itsemääräämisoikeutta ja ihmisarvoa kohtaan, kunnioitus luontoa ja kulttuuria kohtaan sekä tutkimuksesta ei tule aiheutua haittaa eikä vahinkoa millekään tutkimuskohteelle

eikä -ryhmälle (Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa 2019,7). Tutkimuksen eettisyyden huomiointi on tärkeää jo mietittäessä tutkimuksen aihetta ja tutkimussuunnitelmaa tehtäessä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127). Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (1997) muistuttavat myös tutkimuksen aiheen valinnan eettisyyden. Tutkimuksen aloitusvaiheessa on huomioitava, kenen ehdoilla tutkimus tehdään, miksi se tehdään sekä mietittävä aiheen yhteiskunnallinen merkitys. Hirsjärvi ja muut korostavat myös tutkimuskohteiden asiallista sekä eettistä kohtelua ja vapaaehtoisuuteen perustuvaa tutkimukseen mukaantuloa. Kaikissa tutkimuksen vaiheissa on vältettävä epärehellisyyttä, plagiointia, toisten vähättelyä, harhaanjohtamista ja tulosten yleistämistä. (Hirsjärvi ym. 1997, 26–28.) Hyvän tieteellisen käytännön peruseriaatteet ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2023, 11,13) jotka huomioitiin opinnäytetyön teossa.

Opinnäytetyön aihe määriteltiin ja rajattiin huolellisesti. Aihe nousi ajankohtaisuuden sekä löydettyjen tutkimuksien pohjalta. Opinnäytetyössä ei tarvittu tutkimuslupaa, koska käytettiin jo valmiita tehtyjä vertaisarvioituja tutkimuksia. Henkilökohtaisia tietoja ei käsitelty vaan aiheeseen perehdyttiin yleisellä tasolla. Tutkimusten laadun arvioinnissa käytettiin Joanna Briggs JBI laadunarviointilomaketta (Tutkimusten arviointikriteeristöt n.d.) sekä Kangasniemen, Pakkasen ja Korhosen muokkaamaa laadunarviointia, (Kangasniemi ym. 2015) jotka lisäsivät työn luotettavuutta.

Opinnäytetyö suunniteltiin, toteutettiin ja dokumentoitiin huolellisesti ja avoimesti. Kirjallisuuskatsausaineiston tiedonhaussa käytettiin sekä tietokantahakuja että manuaalista hakua, jonka avulla saatiin monipuolisia tuloksia. Tutkimuksia etsittiin laadittujen tutkimuskysymysten perusteella. Luotettavuutta saattaa heikentää työn tekeminen yhden tutkijan toimesta. Tuomi ja Sarajärvi (2009) muistuttavat tutkimustulosten yleistämisen vaaroista, jota kautta yleistetään tutkimustulokset koskemaan laajempaa väestönryhmää kuin tutkimus on käsittänyt (Tuomi & Sarajärvi 2009, 130–131). Aineisto koostui 11 tutkimuksesta, jotka analysoitiin ja sen pohjalta tehtiin johtopäätökset eikä tuloksia yleistetty koskemaan koko väestöä. Lähteiden tarkalla merkinnällä toimitaan myös eettisesti lähteiden tekijää kohtaan (Tuomi & Sarajärvi 2009,133), koska toisen tekstin esittäminen omana tekstinä ei ole sallittua (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997,110).

Opinnäytetyössä käytettiin monipuolisesti lähteitä, englannin ja suomenkielisiä sekä eri maiden hoitojärjestelmiä käsittelevää kirjallisuutta. Hoitojärjestelmien erilaisuus maailmalla toi haasteita ymmärtää hoitosysteemejä ja ammattihenkilöiden tittleitä. Tässä vaiheessa jouduttiinkin käyttämään jonkin verran apuna Google kääntäjäohjelmaa, jonka käännöksiä tarkasteltiin kriittisesti ennen niiden käyttöön ottamista. Hoitojärjestelmien erilaisuuden vuoksi on eri maiden järjestelmien vertailu vaikeaa eikä tämän vuoksi tuloksia voida yleistää.

Tutkimuksen luotettavuutta mietittäessä nousee esille validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti tuo esille, onko tutkimuksessa tutkittu luvattua aihetta. Reliabiliteetti tuo esille tutkimustulosten toistettavuuden. (Tuomi & Sarajärvi 2009,136.) Opinnäytetyön aiheena ollut työikäisen pääsy mielen-terveyspalveluihin oli aineistoon valittujen tutkimuksen kohteena. Ongelmana tutkimuksien valinnassa saattoi olla tarkan ikäryhmän maininnan puuttuminen kohderyhmän ikärajan sisällä tai ikäryhmien erilainen jakautuminen eri maissa, nämä toivat vertailuun haastetta eikä näin ollen eri maiden tulokset ole vertailukelpoisia keskenään. Tutkimukset valittiin kriittisen tarkastelun sekä JBI-arviointikriteereiden ja Kangasniemen ja muiden muokkaaman laadunarviointilomakkeen kautta opinnäytetyöhön sopiviksi. Tutkimuksen kulku esitettiin mahdollisimman tarkasti, näin olisi mahdollista toisenkin tutkijan tehdä vastaava tutkimus. Tuomi ja Sarajärvi (2009,141) korostavat tutkimuksen raportoinnin tärkeyttä. Selkeällä ja yksityiskohtaisella esityksellä annetaan lukijalle tietoa tutkimuksen teosta ja tutkimuksen tulokset ovat ymmärrettävämpiä, jolloin lukija voi arvioida tutkimuksen tuloksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141.)

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Mielenterveysongelmien tunnistamattomuus ja mielenterveyspalveluiden puute ovat ongelmia, jotka hidastavat tai jopa estävät mielenterveyshoidon saamisen tai aloituksen. Mielenterveyssairaus voi jäädä fyysisten oireiden varjoon ja näin ollen hoitamatta. Tässä on perusterveydenhuollon lääkärin rooli tärkeä, kuten tuloksista nousi esille. Palveluiden tarjonnan määrä ei ole riittävä useil-lakaan alueilla, hidastaen myös hoidon aloitusta. Erityisesti matalan tai keskitulon maissa, mitä useissa tutkimuksissa käytiin läpi, mielenterveyspalveluiden tarjonta on huonoa.

Opinnäytetyön tuloksien pohjalta voidaan todeta, että mielenterveystietoisuuden lisäämisen ja mielenterveyspalveluiden kehittämisen myötä hoidon aloitus nopeutuu. Mielenterveystietoisuuden lisääminen vähentää leimautumista, ennakoasenteita, pelkoja sekä epäluuloista suhtautumista mielenterveyteen. Tämän kautta myös ymmärretään mielenterveyden vaikutusta sekä roolia ihmisen elämässä ja mielenterveyspalveluiden kehittämiseen kiinnitetään mahdollisesti enemmän huomiota. Mielenterveystietoisuuden levittämiseen tulee osallistua kaikki tahot, ylimmältä johtotaholta lähtien. Mielenterveystietoisuuden lisäämiseen on käytettävä erilaisia tahoja ja keinoja hyödyksi: sähköisiä tai paperisia lehtisiä, kampanjoita ja tiedotuksia sekä erilaisia tapahtumia.

Perheen ja ympäristön roolia ei voi korostaa liikaa sairastuneen vointiin vaikuttamassa ja hoitoon ohjauksessa. Mutta tärkeä rooli on myös terveydenhuollon ammattilaisilla ja erityisesti ensikontaktin vastaanottavalla ammattilaisella. Hänellä tulee olla tietämystä mielenterveydestä ja palveluista, näin hän pystyy ohjaamaan ajoissa oikealle hoitotaholle. Luottamuksen tunne ja vastavuoroinen keskustelu ovat edesauttamassa hoitomyönteisyyden kehittymiseen.

Opinnäytetyön tuloksista nousi esille epätasa-arvoisuutta olevan edelleen mielenterveyspalveluiden järjestämisessä ja tarjoamisessa. Tähän vaikuttavat ymmärrys, resurssit, asenteet ja poliittiset tahot. Eri maiden kulttuurit, elinympäristöt ja uskonnolliset tahot ovat myös suuressa roolissa, erityisesti matalan- ja keskitulon maissa terveydenhuollossa.

Opinnäytetyössä käsiteltiin työikäisten mielenterveyshoitoon pääsyä ja sitä nopeuttavia sekä hidastavia tekijöitä, mutta tulokset voivat olla erilaiset lapsilla, nuorilla tai ikäihmisillä. Erityisesti asuinpaikka, uskonto ja kulttuuri näyttävät vaikuttavan suuresti mielenterveysymmärrykseen. Jatkotutkimusaiheeksi nousikin esille muiden ikäryhmien (lasten, nuorten, ikäihmisten) haasteet mielenterveyshoitoon pääsyssä. Kulttuurien ja uskonnon vaikutusta hoitoon pääsyyn tulee myös selvittää enemmän, koska niiden merkitys on joillakin alueilla suuri. Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe on myös sairastuneiden omat haastattelut, miksi he eivät hakeudu hoitoon tai kieltäytyvät hoidosta. Yhtenä tutkimuskohteena nousee esille myös terveydenhuollon ammattilaisten asenteet, asenteiden vaikutus sairastuneiden hoitoon ja kuinka paljon eri koulutuksissa nykyään annetaan tietoa mielenterveydestä.

Lähteet

Aalto A-M., Koponen, P., Väisänen, V., Elovainio, M., Sinervo, T. & Sulander, J. 2023. Työikäisten monikanavainen perusterveydenhuolto Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti 11/2023. Aalto, A-M., Koponen, P., Väisänen, V., Elovainio, M., Sinervo, T., Sulander, J. Viitattu 1.2.2024. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-052-1>.

Amaral, C.E., Onocko-Campos, R., Oliveira, P.R.S., Pereira, M.B., Ricci, E.C., Pequeno, M.L., Emerich, B., Santos, R. C. & Thornicroft, G. 2018. Systematic review of pathway to mental health care in Brazil: narratvie synthesis of quantitative and quolitative studies. International Journal of Mental Health Systems. Artickla number 65. Tutkimus. Viitattu 1.5.2023. <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-018-0237-8>.

Balcombe, L. & De Leo, D. 2020: Commentary. An integrated blueprint for digital mental health services amidst COVID-19. Artikkel. JMIR Mental Health 7,7. Viitattu 3.2.2024. <https://doi.org/10.2196/21718>.

Bearfield, D. A. & Warren, S. E. 2008. Writing a Literature Review. Teoksessa Yang, K. & Miller, G.J. (Toim.) Handbook of Research Methods in Public Administration. 61–72. Public Administration and Public Policy /134. Boca Raton. CRC Pressi. Viitattu 17.2.2024. [chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.untag-smd.ac.id/files/Perpustakaan_Digital_2/PUBLIC%20POLICY%20\(Public%20Administration%20and%20public%20policy%20134\)%20%20Handbook%20of%20Research%20Methods%20in%20Publ.pdf](chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.untag-smd.ac.id/files/Perpustakaan_Digital_2/PUBLIC%20POLICY%20(Public%20Administration%20and%20public%20policy%20134)%20%20Handbook%20of%20Research%20Methods%20in%20Publ.pdf).

Beaunoyer, E.; Dupere S. & Guitton, M. J. 2020: COVID-19 and digital inequalities: reciprocal impacts and mitigation strategies. Artikkel. Computers in Human Behavior 111. Canada. Viitattu 3.2.2024. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106424>.

Blomgren, A. 2024. Mielenveysongelmat veivät jo yli 100 000 suomalaista pitkälle sairauspoissaololle vuonna 2023. Kansaneläkelaitos Kela. Tietosivu. Viitattu 28.1.2024. <https://tietotarjotin.fi/uutinen/916367/mielenveysongelmat-veivat-jo-yli-100-000-suomalaista-pitkalle-sairauspoissaololle-vuonna-2023?types=uutinen&categories=sairastaminen>.

Blomberg, J. & Perhoniemi, R. 2022. Mielenveyden häiriöihin perustuvien sairauspäivärahopäivien määrä kasvaa taas. Kela. Tutkimusblogi. Viitattu 12.1.2024. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/721028/mielenveyden-hairioihin-perustuvien-sairauspaivarahapaivien-maara-kasvaa-taas>.

Blomberg, J. & Perhoniemi, R. 2023. Psykiatriset unihäiriöt yleistyivät pitkien sairauspoissaolojen syynä 2010–2022. Tutkimusblogi. Kela tietotarjotin. Viitattu 12.1.2024. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/608863/psykiatriset-unihairiot-yleistyivat-pitkien-sairauspoissaolojen-syyna-2010-2022>.

Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. 2021. World Health Organization. Tiedotesivu. 15.10.2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>.

Constitution. 2023. World Health Organization. Tietosivu. Viitattu 29.5.2023.
<https://www.who.int/about/governance/constitution>.

EBP Resources. N.d. JBI. Tietosivu. Viitattu 24.2.2024. <https://jbi.global/ebp>.

Faninger-Lund, H. 2017. Masennuspotilaiden hoidon parantaminen perusterveydenhuollon ja psykiatrian avohoidon yhteistyöllä. Helsingin kaupunki. Etelän psykiatria- ja päihdekeskus. Yleislääkäri vol 32, no 4, 17–20. Tutkimus. Viitattu 28.4.2023.
<https://www.lukusali.fi/index.html?p=Suomen%20yleisl%C3%A4%C3%A4k%C3%A4rit%20GPF%20ry&i=cdaff0ea-55a4-11e7-bded-00155d64030a>.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. 2003. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today 24, 105–112. Department of Nursing. Umea University. Sweden. Tutkimus. Viitattu 28.4.2023.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691703001515?via%3Dihub>.

Hakulinen, H., Kangas, P., Väänänen, S. & Nurminen, K. 2023. Poliitikasuositus: Työssäkäyvien hyvä mielenterveys edellyttää yhteistyötä. Tietosivu. Työterveyslaitos. Viitattu 29.11.2023.
<https://www.ttl.fi/vaikuttaminen/politiikkasuositukset/politiikkasuositus-tyossakayvien-hyva-mielenterveys-edellyttaa-yhteistyota>.

Hassan, A. & Sharif, K. 2019. Efficacy of Telepsychiatry in Refugee Populations: A Systematic Review of the Evidence. Cureus 11(1):e 3984. Viitattu 21.8.2023. Tutkimus.
<https://www.cureus.com/articles/17340-efficacy-of-telepsychiatry-in-refugee-populations-a-systematic-review-of-the-evidence#!/>.

Hermeneutiikka.2015. Jyväskylän yliopisto, koppa. Tietosivu. Viitattu 19.2.2024.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tieteenfilosofiset-suuntaukset/hermeneutiikka>.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 10. osin uudistettu painos. Gummerus. Jyväskylä: Tammi.

Hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa keväällä 2023. Tilastoraportti 25/2023. Viitattu 7.8.2023.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146614/Tilastoraportti%2025%202023.pdf?sequence=1>.

Huttunen, M. 2018. Akuutti stressireaktio. Duodecim Terveyskirjasto. Tietosivu. Viitattu 12.1.2024.
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00191/akuutti-stressireaktio>.

Hyvinvointialueet vastaavat sotepalvelujen ja pelastustoimen järjestämisestä 1.1.2023 lähtien. 2023. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote. Viitattu 17.9.2023.
<https://stm.fi/web/stm/hyvinvointialueet>.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/23. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. Viitattu 15.8.2023. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf.

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. Viitattu 17.2.2024. chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf.

Jokelin, E., Joro, R., Myyry, R., Ahvalo, J., Ahonen, K., Koponen, A., Malinen, J., Autio, A., Korte, H., Pere, K., Mustonen, E. & Torkki, P. 2022. Siun soten tiimimalli paransi hoitoon pääsyä. Suom Lääkärilehti 2022; 78. Tutkimus. Viitattu 8.8.2023. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/siun-soten-tiimimalli-paransi-hoitoon-paasya/>.

Kangasniemi, M.; Pakkanen, P. & Korhonen, A. 2015. Professional ethics in nursing: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 71, 8, 1744–1757. Tutkimusartikkeli. Viitattu 4.3.2024. <https://doi.org/10.1111/jan.12619>.

Kaur, A., Kallakuri, S., Kohrt, B. A., Heim, E., Gronholm, P. C., Thornicroft, G. & Maulik, P. 2021. Systematic review of interventions to reduce mental health stigma in India. *Asian Journal of Psychiatry*. Jan; 55:102466. Tutkimus. Viitattu 21.8.2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7116814/>.

Khan, MF., Zia ul-Hag, Z., ul Hag, M. M., Afridi, A. & Farooq, S. 2023. Role of Primary Care Physicians in management of Schizophrenia in Low- and Middle-Income Countries (LMIC) A systematic review. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 39(4) 1178–1184. Tutkimus. Viitattu 22.8.2023. <https://www.pjms.org.pk/index.php/pjms/article/view/7286/1784>.

Kiireettömän hoitoon pääsyä koskevat säännökset tiukentuvat 1.9.2023 alkaen. 2023. 1–12. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tietosivu. Viitattu 17.9.2023. https://stm.fi/documents/1271139/150188883/Hoitotakuu_ohjekirje_2023.pdf/5b3e07e9-8764-9ba1-7a6e-ef4b8e8fe34f/Hoitotakuu_ohjekirje_2023.pdf/Hoitotakuu_ohjekirje_2023.pdf?t=1690883764435.

Korkeila, J. 2022. Psykykinen terveys. Teoksessa Patja, K., Absetx, P. & Rautava, P. (toim.) 2022. *Terveyden edistäminen*. Kustannus Oy Duodecim. Tallinna: Printon.

Koskela, T., Ikonen, J. & Parikka, S. 2023. Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys -Terve Suomi 2022: lääkärille pääsy koetaan yhä vaikeammaksi - työikäisten psykykinen kuormittuneisuus on lisääntynyt. Tilastoraportti 31/2023. THL. Viitattu 28.1.2024. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146624/Tilastoraportti_Terve_Suomi_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 18.8.1992 /785. Finlex. Lakiasetus. Viitattu 16.1.2024. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Liira, J. 2020. Miten työterveyshuolto arvioi ja tukee työkykyä? Katsausartikkeli. Lääkärilehti 23, 75, 1437–1440. Viitattu 12.12.2023. <https://janet.finna.fi>, Medic.

Lue lisää meistä-Tukinet. 2024. Tukinet. Mieli Suomen Mielenterveys ry. Tietosivu. Viitattu 15.2.2024. <https://tukinet.net/tukinet/>.

Martimo, K-P. & Furu, H. 2022. Työterveyshuolto terveyttä ja työkykyä edistämässä. 254. Teoksessa Patja, K.; Absetz, P. & Rautava, P.(toim) Terveyden edistäminen. Tietokappale. Duodecim. Tallinna: Printon.

Martin, M. 2022. Johdatus toipumisorientaatioon. 7–12. Teoksessa Martin, M & Soronen, K. (toim)Toipumisorientaatio mielenterveystyössä. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C, työpapereita 8. Lapin yliopisto. Rovaniemi. Viitattu 3.2.2024. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-321-1>.

Mattila, Y. 2011. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116, 166–180. Kelan tutkimusosasto. Julkaisupaikka: Tampere. Viitattu 2.1.2024. <https://helda.helsinki.fi/items/59fc2cfa-e09b-4a57-8fe0-eda5f3dc2ba7>.

Mental Health. 2022. World Health Organization. Tietosivu. Viitattu 7.5.2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

Meskanen, K. 2022. Ahmintahäiriö. Duodecim Terveyskirjasto. Tietosivu. Viitattu 12.1.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00819/ahmintahairio-bed>.

Mielenterveyden edistäminen. N.d. Terveyden – ja hyvinvoinnin laitos. Tietosivu. Viitattu 23.4.2023. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>.

Mielenterveyden hoito. N-d. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tietosivu. Viitattu 17.9.2023. <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>.

Mielenterveyden häiriöitä. 2022. Duodecim Terveyskirjasto. Tietosivu. Viitattu 12.1.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01313>.

Mielenterveyden manifesti työelämään. 2021. KT Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat. Tiedote 23.3.2021. Viitattu 3.12.2023. <https://www.kt.fi/uutiset-ja-tiedotteet/2021/mielenterveys-manifesti-tyoelamaan-kuntatyopaikat>.

Mielenterveys. 2016. Duodecim Terveyskirjasto. Määritelmä. Viitattu 16.1.2024.

<https://www.terveyskirjasto.fi/ltt02122/mielenterveys?q=mielenterveys>.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Finlex. Lakiasetus. Viitattu 17.8.2023.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>.

Mielenterveyspalvelut. 2023. Suomen mielenterveys ry, Mieli. Tietosivu. Viitattu 17.9.2023.

<https://mieli.fi/mielenterveys-koetuksella/miten-hakea-apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut/>.

Mielenterveyspotilaan oikeudet. N.d. Mielenterveystalo. Tietosivu. Viitattu 16.1.2024.

<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/mielenterveyspotilaan-oikeudet>.

Mielenterveysoikeudet. 2021. Mielenterveyspooli järjestöt yhdessä. Tietosivu. Viitattu 7.5.2023.

<https://mielenterveyspooli.fi/materiaalipankki/mielenterveysoikeudet/>.

Mielenterveystyö Euroopassa. 2004. Toim. J. Lavikainen, E. Lahtinen & V. Lehtinen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:17. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes). Julkaisuarkisto Valto. Valtioneuvosto. Julkaisupaikka: Edita Prima Oy, Helsinki. Viitattu 17.9.2023. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504224292>.

Neuvoston pääsihteeristö. 2023. Neuvoston päätelmät mielenterveydestä. 15 971/23. Euroopan unionin neuvosto. Viitattu 4.4.2024. hrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://data.consilium.europa.eu/doc/docume.

Nordling, E. 2022. Mielenterveystyön kärkihankkeet. 22–24. Teoksessa Martin, M & Soronen, K. (toim)Toipumisorientaatio mielenterveystyössä. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C, työpapereita 8. Lapin yliopisto. Rovaniemi. Viitattu 3.2.2024. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-321-1>.

Nuri, N. N., Sarker, M., Ahmed, H. U., Hossain, M. D, Beiersmann, C., Jahn, A. 2018. Pathways to care of patients with mental health problems in Banglades. International Journal of Mental Health Systems. 12:39. Tutkimus. Viitattu 30.4.2023.

<https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-018-0218-y>.

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffman, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu M.M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomas, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P. & Moher, D. 2021. The PRISMA 2020 statement: un updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, 372, 71. Tietosivu. Viitattu 24.8.2023.

<https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>.

Partonen, T. 2023. Unettomuus. Duodecim Terveyskirjasto. Tietosivu. Viitattu 12.1.2024.

<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00534>.

Pelkonen, I. & Linnaranta, O. 2023. Mielenterveyspalveluiden täydentäminen teknologian avulla. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Ohjausjulkaisu 18/2023. 1–47. Viitattu 3.2.2024.
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-233-4>.

Persoonallisuushäiriöt, N.d. Mielenterveystalo. Tietosivu. Viitattu 29.1.2024.
<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/persoonallisuushairiot>.

Pyöreä pöytä mielenterveyspalveluista: mielenterveyden hoitoon rakennettava kansallinen porrastettu hoito- ja koulutusmalli. 2023. Tiedote. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 5.5.2023.
<https://stm.fi/-/pyorea-poyta-mielenterveyspalveluista-mielenterveyden-hoitoon-rakennettava-kansallinen-porrastettu-hoito-ja-koulutusmalli>.

Rantanen, T., Glauschkoff, K., Silvennoinen, P., Heponiemi, T. 2021. The Associations Between Mental Health Problems and Attitudes Toward Web-Based Health and Social Care Services: Evidence From a Finnish Population-Based Study. National Library of Medicine. Journal of Medical Internet Research 23, 9. Tutkimus. Viitattu 3.2.2024.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8493458/>.

Renner, J., Täuber, L., Nieder, T.O. 2022. Need for Inclusive Consideration of Transgender and Gender diverse People in E-Health Services: A systematic Review. Journal of Clinical Medicine 11(4),1090. Tutkimus. Viitattu 21.8.2023. <https://www.mdpi.com/2077-0383/11/4/1090>.

Rovasalo, A. 2021. Mielenterveyden ongelmien varoitusmerkkejä-milloin huolestua? Duodecim Terveyskirjasto. Tietosivu. Viitattu 16.1.2024.
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01303/mielenterveyden-ongelmien-varoitusmerkkeja-milloin-huolestua?q=mielenterveys>.

Rovasalo, A. 2022. Masennustila eli depressio. Duodecim Terveyskirjasto. Tietosivu. Viitattu 12.1.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00389/masennustila-eli-depressio>.

Rovasalo, A. 2023. Persoonallisuushäiriöt. Duodecim Terveyskirjasto. Tietosivu. Viitattu 12.1.2024.
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00407/persoonallisuushairiot>.

Rovasalo, A. 2023. Psykoosi. Duodecim Terveyskirjasto. Tietosivu. Viitattu 12.1.2024.
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00411/psykoosi>.

Rovasalo, A., Eerola, H. 2023. Ahdistus ja ahdistuneisuus. Duodecim Terveyskirjasto. Tietosivu. Viitattu 12.1.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00188/ahdistus-ja-ahdistuneisuus>.

Saarijärvi, S.; Salminen, J.K.; Toikka, T. & Raitasalo, R. 2001. Masennuspotilaiden elämänlaatu. Lääkärilehti 8, vsk 56, 877–879. Tutkimus. Viitattu 24.2.2024.
<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/masennuspotilaiden-elamanlaatu/>.

Sairaalat ja erikoissairaanhoido. 2024. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tietosivu. Viitattu 29.1.2024.
<https://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoido>.

Smith, M.S., Lawrence V., Sadler, E., Easter, A., 2019. Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. *BMJ Open* 24:9(1). Viitattu 12.9.2023. <https://janet.finna.fi> PudMed.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. 2023. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tietosivu. Viitattu 29.1.2024. <https://stm.fi/documents/1271139/1398339/Sote-j%C3%A4rjestelm%C3%A4.jpg/c0374c83-691f-ea34-76ac-1a11795f05b6?t=1674820461306>.

Special Initiative for Mental Health. 2019. World Health Organization. Julkaisu. Viitattu 5.5.2023. [https://www.who.int/publications/i/item/special-initiative-for-mental-health-\(2019-2023\)](https://www.who.int/publications/i/item/special-initiative-for-mental-health-(2019-2023)).

Suhonen, R., Axelin, A., Stolt, M. 2015. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M.; Axelin, A.; Suhonen, R. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto Hoitotieteen laitoksen julkaisuja Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turku: Juvenes Print.

Suomalaistutkimus: Masennuksen hoitoon on vaikea päästä ja hoito on tehotonta. 2022. Mielenterveyden keskusliitto. Tiedote. Viitattu 14.10.2023.

<https://www.mtkl.fi/tiedotteet/suomalaistutkimus-masennuksen-hoitoon-on-vaikea-paasta-ja-hoito-on-tehotonta/>.

Suvisaari, J., Viertiö, S., Pia Solin, P. ja Partonen, T. 2018. Mielenterveys. 85–89. Teoksessa Borodulin, K.; Lundqvist, A.; Sääksjärvi, K.; Koskinen, S. (Toim) Terveys, Toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa FinTerveys 2017 –tutkimus. Raportti 4/2018. Terveiden –ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu 19.9.2013.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Terveystieteiden laitos. 1326/2010. Finlex. Viitattu 17.9.2023.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326>.

Terveiset Dublinista. 2023. Terapiat etulinjaan. Tietosivu. Viitattu 14.10.2023.

<https://terapiatetulinjaan.fi/ajankohtaista/uutinen/2023/09/18/terapiat-etulinjaan-edustettunakansainvalisessa-psykoterapiatutkimuksen-konferenssissa/>.

Terveyspalvelut. 2023. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tietosivu. Viitattu 17.9.2023.

<https://stm.fi/terveyspalvelut>.

Tietoa hankkeesta. 2023. Terapiat etulinjaan. Tietosivu. Viitattu 14.10.2023.

<https://terapiatetulinjaan.fi/info/>.

Tilastokeskus. N.d. Tietosivu. Viitattu 8.8.2023.

https://www.stat.fi/meta/kas/tyoikain_vaesto.html.

Toimivat perustason palvelut ovat ratkaisu mielenterveyskriisiin. 2023. Tiedote. Suomen Psykologiliitto Oy. Viitattu 7.5.2023. <https://www.psyli.fi/toimivat-perustason-palvelut-ovat-ratkaisu-mielenterveyskriisiin>.

Torseth, T.N. 2021. Organizing as negotiation: the construction of a pathway in Norwegian mental health services. International Journal of Mental Health Systems. Article number 26. Tutkimus. Viitattu 30.4.2023. <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-021-00451-5>.

Transforming national mental health systems: best practices from the WHO Special Initiative for Mental Health. 2023. World Health Organization. Tietosivu. Viitattu 6.5.2023. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/transforming-national-mental-health-systems--best-practices-from-the-who-special-initiative-for-mental-health>.

Tutkimusten arviointikriteeristö. N.d. Hotus hoitotyön tutkimussäätiö. Tietosivu. Viitattu 1.10.2023. <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. uudistettu painos. Vantaa: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. s. 138–140. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Työelämä ja mielenterveys. N.d. Työterveyslaitos. Tietosivu. Viitattu 3.12.2023. <https://www.ttl.fi/teemat/tyohyvinvointi-ja-tyokyky/tyoelama-ja-mielenterveys>.

Työikäisten mielen hyvinvointi. 2023. Terveyden – ja hyvinvoinnin laitos. Tietosivu. Viitattu 19.9.2023. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/tyoikaisten-mielen-hyvinvointi>.

Työikäisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus -hyviä käytäntöjä. N.d. Tietosivu. Työterveyslaitos. Viitattu 8.8.2023. <https://www.ttl.fi/teemat/tyoterveys/tyoterveyshuolto/hyva-ja-laadukas-toiminta/tyoikaisten-sosiaali-ja-terveydenhuollon-palvelukokonaisuus-hyvia-kaytantoja>.

Työterveyshuolto. 2023. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tietosivu. Viitattu 3.12.2023. <https://stm.fi/tyoterveyshuolto>.

Työterveyshuolto ja työkyvyn ylläpito. N.d. Sosiaali- ja Terveysministeriö. Tietosivu. Viitattu 12.12.2013. <https://stm.fi/tyoelama/tyoterveys>.

Vaikutusarviointi: Työelämän mielenterveysohjelma edisti mielenterveyttä ja ennaltaehkäisyn kulttuuria työpaikoilla. 2023. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote. Viitattu 3.12.2023. <https://stm.fi/web/stm/-/vaikutusarviointi-tyoelaman-mielenterveysohjelma-edisti-mielenterveytta-ja-ennaltaehkaisyn-kulttuuria-tyopaikoilla>.

Vastuullinen työkyvyn tuki-TYÖOTE. 2023. Työterveyslaitos. Tietosivu. Viitattu 2.12.2023. <https://www.ttl.fi/tutkimus/hankkeet/vastuullinen-tyokyvyn-tuki-tyoote>.

Vehko, T., Kyytsönen, M., Ikonen, J., Koskela, T., Kainiemi, E., & Parikka, S. 2022. Sähköisten terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttö kaupungeissa ja maaseudulla Suomessa. Suomen Terveys- ja Ewelfare-lehti. 14 ,3, 309–325. Tutkimus. Viitattu 2.1.2023. <https://doi.org/10.23996/fjhw.114017>.

Ventelä, A. 2022. Yhä useampi jää sairauslomalle ahdistuneisuuden vuoksi-miksi nuoret naiset ovat tilaston kärjessä? Sosiaalivakuutus. 1.9.2022. Tutkittua tietoa. Viitattu 12.1.2024. <https://sosiaalivakuutus.fi/yha-useampi-jaa-sairauslomalle-ahdistuneisuuden-vuoksi-miksi-nuoret-naiset-ovat-tilaston-karjessa/>.

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Koslof, A. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäistyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Helsinki. Viitattu 14.4.2023. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y.

Vuori, A. & Åstedt-Kurki, P. 2022. Fenomenologinen metodi hoitotieteellisessä tutkimuksessa-kriittisten kohtien tunnistaminen tutkimusprosessissa. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Hoitotiede. Hoitotiede 34,4, 321–333. Artikkel. Viitattu 18.2.2024. <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/128995-Artikkelin%20teksti-276159-1-10-20230415.pdf>.

Väestöennuste 2021-2070. Tilastokeskus. Tilasto. Viitattu 10.2.2024. chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.stat.fi/til/vaenn/2021/vaenn_2021-2021-09-30_fi.pdf.

Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., Mc Daid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S., Tourunen, J. 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. 89/2017. Valtioneuvoston kanslia. Raportti. Viitattu 24.8.2023. <https://mieli.fi/mieli-ry/hankkeet/paattyneet-hankkeet/yhdessamielin/>.

Whittemore, R. 2007. Rigour in Integrative Review. s.149–156. Teoksessa Webb, C & Roe, B. (toim) Reviewing Research Evidence for Nursing Practice: Systematic Reviews. Blackwell Publishing. Chapter 4. Oxford. Viitattu 10.10.2023. <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/lib/jypoly-ebooks/reader.action?docID=351408>.

WHO Special Initiative for Mental Health. N.d. World Health Organization. Tietosivu. Viitattu 6.5.2023. <https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health>.

World mental health report: transforming mental health for all 2022. World Health Organization. Viitattu 5.5.2023. Tietosivu. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>.

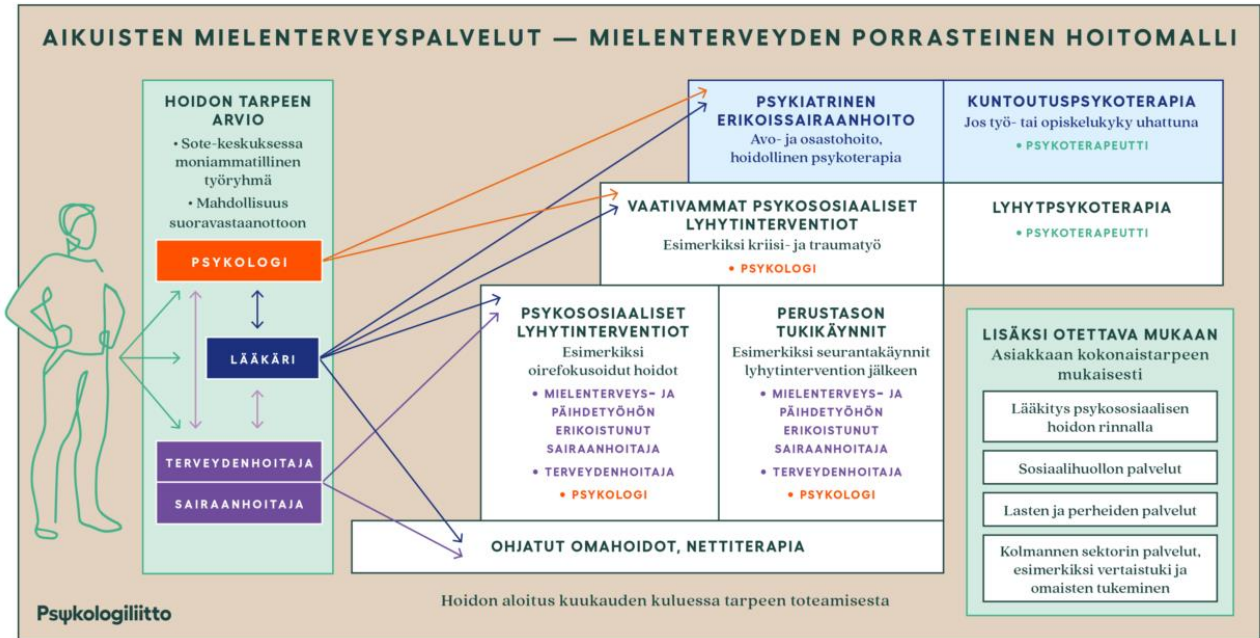
Yleistä mielenterveyden häiriöistä. 2021. Mieli ry. Tietosivu. Viitattu 28.1.2024. <https://mieli.fi/mielenterveys-koetuksella/mielenterveyden-hairiot/>.

Zaman, N., Mujahid, K., Ahmed, F., Mahmud, S., Naeem, H., Riaz, U., Ullah, U., Cox, B. 2022. What are the barriers and facilitators to seeking help for mental health in NHS doctors: a systematic

review and qualitative study. BMC Psychiatry 22 Article number 595. Tutkimus. Viitattu 22.8.2023.
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-022-04202-9>

Liitteet

Liite 1 Mielen terveyden porrasteinen hoitomalli



(Toimivat perustason palvelut ovat ratkaisu mielen terveyskriisiin 2023)

Liite 2 Käytetyt tietokannat ja hakusanat/-lausekkeet

CINAHL	<p>patient AND process, 2018-2023, vertaisarvioitu, koko teksti--> 12,925 osumaa.</p> <p>-> care AND pathway, vertaisarvioitu, koko teksti--> 1973 osumaa</p> <p>-> care AND pathway AND psychiatric patients, koko teksti, vertaisarvioitu--> 23 osumaa, joista 1 mukaan tähän katsaukseen.</p>
MEDIC	<p>Care AND mental health,2017–2023, kaikki kielet, kaikki julkaisutyypit—63 osumaa, joista 1 tähän katsaukseen mukaan</p> <p>hoitoonp*, OR hoidon aloitus AND mielen*, 2017-2023, kaikki kielet, alkuperäistutkimus-> 11 osumaa, yksi mukaan</p>
EBSCO, JAMKIN KIRJASTON NETTIHAKU (JANET FINNA)	<p>care AND pathway AND psychiatric patients,koko teksti, englanti,vertaisarvioitu, 2020-2023->131 516</p> <p>->care AND pathway AND psychiatric patients,koko teksti, englanti,2020-2023->30 789</p> <p>-> care AND pathway AND psychiatric patients, koko teksti, englanti, verkkoaineisto->4 osumaa, joista 1 tähän katsaukseen mukaan</p>
PUBMED	<p>care process AND mental health AND patients, koko teksti, systemaattinen tarkastelu,5 vuotta -> 115 osumaa</p> <p>->nursing process AND mental health AND patients, koko teksti, systemaattinen tarkastelu,5 vuotta-> 38 osumaa, Mental health AND care arranging, koko teksti,5 vuotta, systemaattinen tarkasteluà 13 osumaa, joista 1 tähän sopiva</p> <p>access to treatment psychiatrics,5 vuotta vanhat, ilmainen koko teksti, englanti, systemaattinen tarkastelu, aikuinen. 141 osumaa. (11 valittu otsikon perusteella,6 sopivaa)</p>

Liite 3 PRISMA flow diagram (Page ym.2021, muokattu)

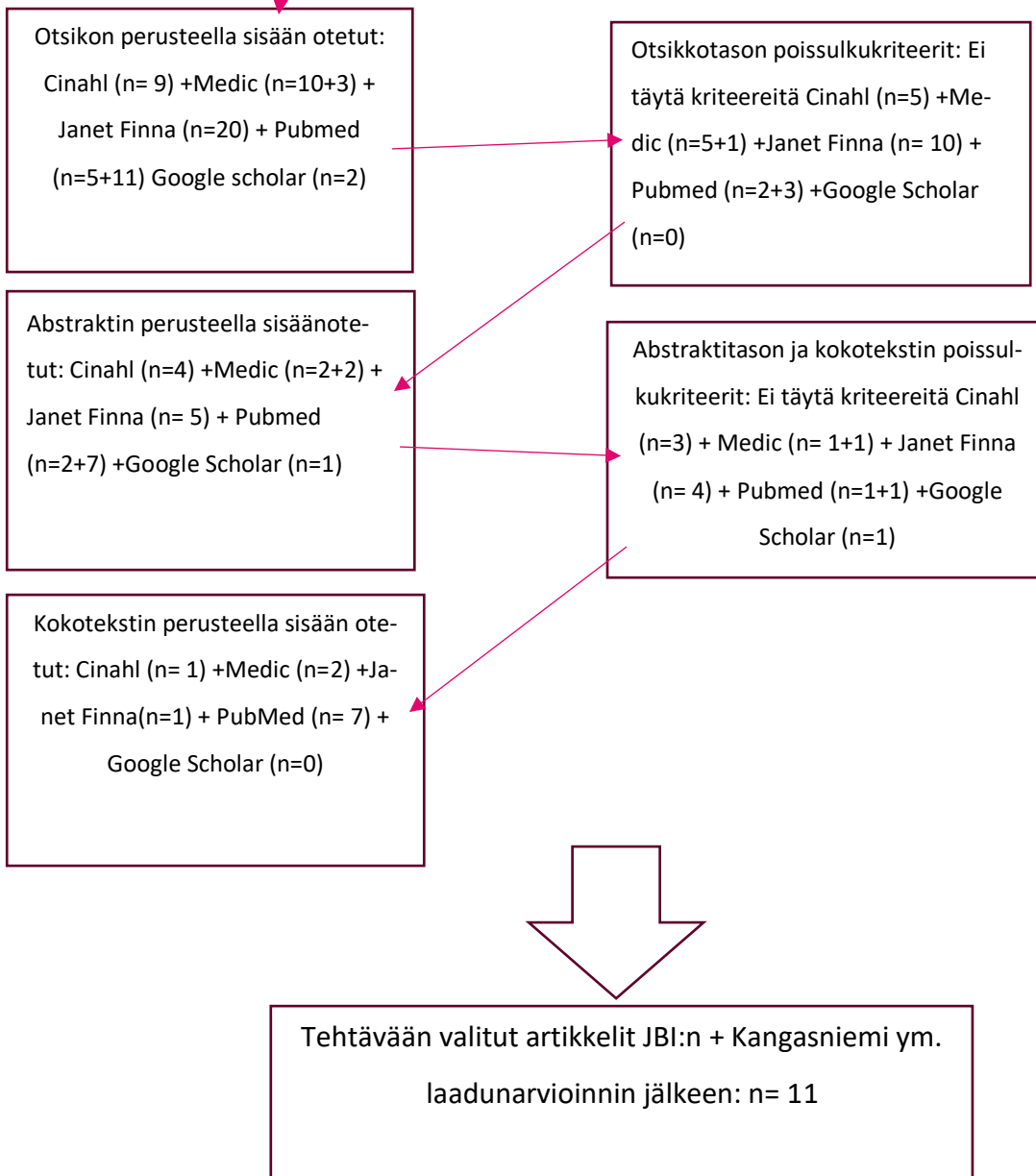
Tiedonhaun prosessi

Hakusanat: patient AND process, care AND pathway, care AND pathway AND psychiatric patients, hoitoonp*OR hoidon aloitus AND mielen, care AND mental health, care AND pathway AND psychiatric patients, care process AND mental health AND patients, nursin process AND mental health AND patients, mental health AND care arranging, access to treatment psychiatrics, hoitoon pääsy.

Tietokantarajaukset: tutkimusartikkeli, vertaisarvioitu, vähintään vuodesta 2017 ylöspäin, suomen ja englanninkielisiä, kokoteksti saatavilla.

Sisäänottokriteerit: käsittelee työikäisten pääsyä mielenterveyshoitoon

Hakutulos yhteensä: N= Cinahl (n= 23), Medic (n= 63+11), Ebsco/Janet finna (n=107), PubMed (n= 13+141), Google Scholar (n=2) = 360



Liite 4 Kirjallisuuskatsauksen aineisto

Tekijät, vuosi, tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä, otoksen koko	Tutkimuksen keskeiset tulokset	Laadun arviointi Joanna Briggs Instituutin (JBI) arviointikriteerien mukaan
Nuri, Sarker, Ahmed, Hossain, Beiersmann, Jahn. 2018. Pathways to care of patients with mental health problems in Bangladesh. International Journal of Mental Health Systems, 12:39.	Tavoitteena ymmärtää mielenterveyspotilaan hoitopolkuja Bangladeshissa, voidakseen kehittää hoitoon pääsyä.	Poikkileikkaustutkimus, monimenetelmällinen (mixed-metod). Puolistrukturoitu haastattelu+ kyselylomake. haastateltiin 40 mielenterveyslaitoksessa kävijää (13 potilasta+ 27 hoitajaa). Sisällönanalyysi.	Syyt hoidon hakeutumisen viiveelle olivat tiedon puute mielenterveysongelmista tai hoitopaikasta, mielen-terveyspalvelujen saatavuus huono, ei lähetekäytäntöjä, joten potilaat valitsivat itse hoitotahonsa, perheen rooli on suuri. WHO+ hallitus kehittävät hoitokäytäntöjä, levittävät tietoa mielenterveydestä ja hoitoon pääsyä kehitetään.	JBI arviointikriteerit: Poikkileikkaustutkimus 8/8.
Torseth 2021. Organizing as negotiation: the construction of a pathway in Norwegian mental health services. International Journal of Mental Health Systems. Article number 26.	Tavoitteena kehittää Norjan mielen-terveyspalveluja ja muodostaa aikuisten mielenterveyspotilaiden hoitopolkua.	Laadullinen yksittäistapaustutkimus, analysoitiin 52 artikkelia ja mielipidekirjoitusta+ 30 julkisesti annettua vastausta+ 8 poliitista tekstiä+ 10 laadullista haastattelua kehittävän työryhmän jäsenille.	Kehittämävaiheessa huomioitiin mielenterveysammattilaisten ja poliitikkojen erilaiset arvot mielenterveyshoitotyössä.	JBI arviointikriteerit: laadullinen tutkimus 10/10.
Amaral, Onocko-Campos, Oliveira, Pereira, Ricci, Pequeno, Emerich, Santos, Thornicroft 2018. Systematic review of pathway to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and quantitative studies. International Journal of Mental Health Systems. Article number 65.	Tavoitteena tutkia Brasilian hoitopolkuja.	Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusten narratiivinen synteesi, järjestelmällinen katsaus.	Mielenterveyshoito on pirstaleista, eikä jatkuvuutta ole ilman hoitopolkuja.	JBI arviointikriteerit: järjestelmällinen katsaus 11 /11.

Hassan, Sharif 2019. Efficacy of Telepsychiatry in Refugee Populations: A Systematic Review of the Evidence.	Tavoitteena arvioida telepsykiatrian tehokkuutta, erityisesti Syyrian pakolaisleireillä.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Telepsykiatrian käytölle ei ole samoja esteitä kuin kasvokkain tapahtuvalle (taloudellinen este, pääsy avun piiriin, sosiaalinen leimautuminen).	JBI arviointikriteerit: Järjestelmällinen katsaus 11/11.
Renner, Täuber, Nieder 2022. Need for Inclusive Consideration of Transgender and Gender Diverse People in E-Health Services: A Systematic Review. Journal of Clinical Medicine 11(4),1090.	Tavoitteena selvittää transsukupuolisten hoitoon pääsyn nopeus sähköisten terveyspalveluiden avulla sekä sähköisten terveyspalveluiden hyödyt ja niiden vaikutus terveyteen.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Sähköisten terveyspalveluiden helppo saatavuus ja ammattilaisten tavoitettavuus, pääsy palvelujen piiriin helpottui.	JBI arviointikriteerit: järjestelmällinen katsaus 11/11.
Kaur, Kallakuri, Kohrt, Heim, Gronholm, Thornicroft, Maulik 2021. Systematic review of interventions to reduce mental health stigma in India.	Tavoitteena selvittää mielenterveysstigmaan vaikuttavien interventioiden löytäminen, on este palveluihin hakeutumiselle.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	On kehitettävä interventioita lisää mielenterveyden stigman vähentämiseksi, jonka avulla mielen- terv. palvelujen piiriin hakeutuu helpommin.	JBI arviointikriteerit: järjestelmällinen katsaus 11/11.
Khan, ul-Hag, Mukhtar-ul-Hag, Alfridi, Farooq. 2023. Role of Primary Care Physicians in management of Schizophrenia in Low- and Middle-Income Countries (LMIC): A Systematic review.	Tavoitteena tutkia perusterv.huollon lääkäreiden roolia skitsofreniapotilaiden hoidossa matala ja keskituloisissa maissa. Näissä maissa mielen- terv.palveluihin pääsy on vaikeaa.	Systemaattinen katsaus.	Yleislääkäreiden ajantasainen koulutus parantaa skitsofreniapotilaiden hoitoa. Lääkäreiden rooli on tärkeä hoidon aloituksessa ja hoitoon pääsyssä.	JBI arviointikriteerit: järjestelmällinen katsaus 10/11.
Zaman, Mujahid, Ahmed, Mahmud, Naeem, Riaz, Ullah, Cox. 2022. What are the barriers and facilitators to seeking help for mental health in NHS doctors: a systematic review and qualitative study.	Tavoitteena selvittää lääkäreiden esteitä avun hakemiselle sekä avun hakemista helpottavia tekijöitä.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja laadullinen tutkimus.	Esteitä löytyi useita, (luottamus, aika, saavutettavuus, saatavuus, tietoisuus, hinta, stigma. Edistävänä tekijöinä mainittiin työpaikkakulttuuri ja tukipalvelut.	JBI arviointikriteerit: Järjestelmällinen katsaus 10/11 + laadullinen tutkimus 10/10.

Smith, Lawrence, Sadler, Easter. 2019. Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK.	Tavoitteena tutkia raskaana olevien ja synnytyksen jälkeisen ajan mielen-terv.palveluihin pääsyä.	Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi kvalitatiivisista tutkimuksista.	Esteinä palvelujen saamiselle olivat tiedon puute, kielteiset asenteet, riittämättömät resurssit, hajanaiset palvelut, kieli-muuri, kulttuurierot, rakenteellisia eroja.	JBI arviointikriteerit: järjestelmällinen katsaus 10/11.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

Laadun arviointia Kangasniemen, Pakkasen ja Korhosen mukaan (2015). Alkuperäinen muokattu Bowling (2002) & Gazarian (2013)

Tekijät, vuosi, tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä, otoksen koko	Tutkimuksen keskeiset tulokset	Laadun arviointi: Kyllä raportoitu (K), Epäselvä raportointi (ER) Ei raportoitu (E)
Jokelin, Joro, Myyry, Ahvalo, Koponen, Malinen, Autio, Korte, Pere. Mustonen. 2022. Siun soten tiimimalli paransi hoitoon pääsyä. Suomen lääkäri-lehti 2022:77.	Tavoitteena kehittää tiimimalli ja tutkia sen vaikutuksia suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmään.	Henkilökunnan 2 kk:n valmennus ja uusien prosessien luonti. Asiakkailta tiedusteltiin viestein ja asiakaspalautelaitteella suosittelkeo terveysaseman palveluja. Työtyytyväisyys kysyttiin tiimin jäseniltä suullisesti päivittäin.	Pääsy ja yhteyden-saanti parantuneet tiimimallin aloittamisen jälkeen. Yhdyshenkilö koordinoi asiakkaan hoitoa, joka nopeutti hoitoon pääsyä.	*Tavoitteet ja tarkoitus kuvattu: K. *Tutkimussuunnitelma kuvattu: K. *Asianmukaiset tutkimusmenetelmät: K. *Selkeä teoreettinen viitekehys: K. *Rajoitukset kuvattu: K. *vaikutukset ja johtopäätökset kuvattu: K.
Faninger-Lund 2017. Masennuspotilaiden hoidon parantaminen perusterveydenhuollon ja psykiatrian avohoidon yhteistyöllä. Helsingin kaupunki. Etelän psykiatria- ja päihdekeskus. Kehittämishanke 5/2015–6/2016. Yleislääkäri vol 32, no 4, 17–20.	Tavoitteena kehittää uusia työkaluja perusterveydenhuollon ja psykiatrisen avohoidon yhteistyölle. Pääpaino pitkittyneen ja toistuvan masennuksen hoitoprosessin tehostamisessa.	Kohdealueena Helsingin Etelän Psykiatria- ja päihdekeskuksen pitkäaikaista tai toistuvaa masennusta potevat. Helsingin Etelän alueella on 1–3 psyk sairaanhoitajaa, joilla noin 7600 asiakasta, 2 terv. asemalla 10–20 lääkäriä. Alkukartoitus-ten ja muutaman viikon lähete seurannan kautta integroidun hoitomallin kehittäminen.	Akutteja psyk.sairaanhoitajien vastaanottoaikoja päivystäjien avuksi matalan kynnyksen avun saamiseksi. Psyk.sairaanhoitajien vastaanottoja ilman ajanvarausta terv. aseman päivystykseen. Psykiatrin kuukausittaiset käynnit terveysasemalla. Opastettu itsehoito, lyhytterapia ja nettiterapiat käyttöön. Näiden toimien avulla masennuspotilaiden hoidon aloitus nopeutuu.	*Tavoitteet ja tarkoitus kuvattu: K. *Tutkimussuunnitelma kuvattu: k. *Asianmukaiset tutkimusmenetelmät: K. *Selkeä teoreettinen viitekehys: K. *Rajoitukset kuvattu: E. *vaikutukset ja johtopäätökset kuvattu: ER.