

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2011

Anne Hukari & Nina Vahlman-Sario

**MIELENTERVEYSPALVELUJEN
KÄYTTÄJIEN NÄKÖKULMA
SALON SEUDUN
AIKUISPSYKIATRIAN
PALVELUJEN KEHITTÄMISEEN**



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

Kevät 2011 | 66+4 liitettä

Anne Hukari & Nina Vahlman-Sario

MIELENTERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÄJIEN NÄKÖKULMA SALON SEUDUN AIKUISPSYKIATRIAN PALVELUJEN KEHITTÄMISEEN

Opinnäytetyössä kartoitettiin asiakkaiden mielipiteitä nykyisistä mielenterveyspalveluista ja niiden kehittämistarpeista. Tavoitteena oli selvittää mielenterveysyhdistyksen asiakkaiden mielipiteitä Salon seudun erikoissairaanhoidon mielenterveyspalveluista ja kehittämistarpeista Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian suunnittelutyöryhmälle. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä psykiatrian tulosalueen aikuispsykiatrian kehittämissuunnittelun työryhmän, Salon alueen mielenterveysyhdistyksen asiakkaiden ja Turun ammattikorkeakoulun kanssa.

Teoreettisessa viitekehyksessä kuvaillaan mielenterveyttä, mielenterveyshäiriöitä ja aikuisväestön mielenterveyspalvelujärjestelmää. Tutkimusmenetelmänä käytettiin laadullista menetelmää ja aineisto kerättiin fokusryhmähaastattelun avulla. Fokusryhmähaastatteluun osallistui seitsemän (=7) mielenterveysyhdistyksen jäsentä. Analyysimenetelmänä käytettiin sisällön analyysiä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan asiakkaat kokivat nykyiset erikoissairaanhoidon mielenterveyspalvelut monipuolisina ja toipumista tukevinä. Enemmistö asiakkaista oli saanut tietoa mielenterveyspalveluista eri mielenterveyspalveluiden hoitoyksiköistä. Useimmiten asiakkaat olivat ohjautuneet hoitopaikkoihin aiempien hoitotahojen ohjaamina. Avohoidossa koettiin olevan paremmat mahdollisuudet vaikuttaa hoitopaikan valintaan. Enemmistö asiakkaista koki mielenterveyspalvelut monimutkaisiksi ja hajallaan oleviksi. Muutoksia mielenterveyspalveluissa tehdään koko ajan, eikä niissä oteta huomioon asiakkaiden mielipiteitä. Kaikki asiakkaat toivat esille toiveen nykyisten mielenterveyspalveluiden säilyttämisestä vähintään nykyisellään. Asiakkaat toivovat saavansa mielenterveyspalveluita keskitetysti yhdestä paikasta. Tulokset ovat suunnittelutyöryhmän käytettävissä. Opinnäytetyötä on mahdollista hyödyntää suunniteltaessa ja kehitettäessä asiakaslähtöisiä mielenterveyspalveluita.

ASIASANAT:

Mielenterveys, Mielenterveyshäiriöt, Mielenterveyspalvelut, Asiakaslähtöisyys,
Fokusryhmähaastattelu

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Bachelor of Health Care | Nursing

Spring 2011 | 66 + 4 appendices

Anne Hukari & Nina Vahlman-Sario

THE VIEW OF MENTAL HEALTH SERVICES USERS ON THE DEVELOPMENT OF ADULT PSYCHIATRY SERVICES IN THE SALO REGION

The thesis studied the opinions of the clients on the present mental health services and on the need to develop these. The aim was to analyse the opinions of the clients of the Mental Health Association on special mental health services and on the need to develop these for the Adult Psychiatry Planning Group of the Hospital District of South West Finland. The thesis was completed in cooperation with the Adult Psychiatry Development Planning Group of the Psychiatric Division, clients of the Salo region Mental Health Association and the Turku University of Applied Sciences

The theoretical framework describes mental health, mental disorders and the system of mental health services for the adult population. The research method used was a qualitative method, and the material was collected by means of a focus group interview. Seven (7) members of the Mental Health Association participated in the focus group interview. Contents analysis was used as the method for the analysis of the interview.

According to the results of the study, the clients found the present special mental health services to be diverse and to be providing support in recovery. A majority of the clients had received information on the mental health services from various care units within the mental health services. Mostly the clients had been directed to the care units by prior care providers. It was felt that there were better opportunities within non-institutional care to influence the choice of care unit. A majority of the clients thought that the mental health services were complicated and fragmented. Changes are continually being carried out within the mental health services, and the opinions of the clients are not taken into consideration. All clients expressed the wish that the current provision of mental health services should be kept at least at its present level. The clients would like the mental health services to be centralised into one location. The results of the study are available to the Planning Group. The thesis can be used when planning and developing client-oriented mental health services.

KEYWORDS:

Mental health, mental disorders, mental health services, client-orientation, focus group interview

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 MIELENTERVEYS JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖT	9
2.1 Mielenterveyden käsite	9
2.2 Keskeiset mielenterveyshäiriöt ja niiden esiintyvyys	10
2.2.1 Mielialahäiriöt	12
2.2.2 Ahdistuneisuushäiriöt	14
2.2.3 Psykoosit	15
2.2.4 Päihdehäiriöt	16
3 AIKUISVÄESTÖN MIELENTERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄ	18
3.1 Mielenterveyspalvelut	18
3.1.1 Psykiatrinen avohoito	19
3.1.2 Psykiatrinen sairaalahoito	21
3.1.3 Psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut Salon seudulla	22
3.2 Mielenterveyspalveluja säätelevät lait ja asetukset	25
3.3 Mielenterveyspalveluita ohjaava laatusuositus ja kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma	27
3.4 Mielenterveyspalvelujärjestelmissä tapahtuneet muutokset ja palvelujen kehittäminen	29
3.5 Asiakaslähtöisyys palvelujen kehittämisen lähtökohtana	33
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	36
5 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	37
5.1 Tutkimusmenetelmä	37
5.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu	39
5.3 Tutkimusaineiston analyysi	41
6 TUTKIMUSTULOKSET	43
6.1 Nykyisten mielenterveyspalveluiden toimivuus asiakkaiden mielestä	43
6.2 Asiakkaiden tiedonsaanti mielenterveyspalveluista	44
6.3 Asiakkaiden mahdollisuus vaikuttaa hoitopaikan valintaan	44
6.4 Mielenterveyspalveluissa esiintyneitä ongelmia	45
6.5 Mielenterveyspalveluiden tarjonta jatkossa	46
6.6 Muut palautteet käytetyistä palveluista	47
7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS	49
8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS	51
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	55

9.1 Tulosten tarkastelu	55
9.2 Kehittämisehdotuksia	59
LÄHTEET	61

LIITTEET

- Liite 1. Haastattelukysymykset
- Liite 2. Saatekirje
- Liite 3. Suostumuslomake
- Liite 4. Aikuispsykiatrian palvelut Salon seudulla

KUVIOT

Kuvio 1. Erikoissairaanhoidon psykiatrian ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön käynnit 2000 - 2008 (Saukkonen 2009, 13).	20
Kuvio 2. Psykiatrisessa sairaalahoidossa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi hoidetut potilaat ja sairaalahoitopäivät vuosina 1970 - 2005. (Harjajärvi 2006, 19).	30
Kuvio 3. Analysointiprosessin kuvaus	41
Kuvio 4. Esimerkki aineiston luokittelusta	42

KÄYTETYT LYHENTEET JA SANASTO

ACT	Assertive community treatment, työryhmäpohjainen tehostettu avohoito
Agorafobia	Julkisten paikkojen pelko
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnoosijärjestelmä
ICD	International Classification of Diseases, maailman terveysjärjestön kansainvälinen tautiluokitus
WHO	World Health Organization, maailman terveysjärjestö

1 JOHDANTO

Mielenterveysongelmat ovat yleisiä niin Suomessa kuin muuallakin Euroopassa ja ne aiheuttavat sekä yksilölle että yhteiskunnalle raskaan taakan. Mielenterveysongelmat aiheuttavat työkyvyttömyyttä, köyhyyttä, elämänlaadun huononemista, kuolleisuutta, tuotannon menetyksiä ja kasvattavat yleisiä terveysmenoja. Jonkinasteisesta mielenterveyshäiriöistä arvioidaan kärsivän joka viidennen eurooppalaisen. (Lavikainen ym. 2004, 13 - 17.) Tavallisimpia mielenterveysongelmia ovat masennus, ahdistuneisuushäiriöt ja alkoholin käyttöön liittyvät häiriöt. Mielenterveyshäiriöt ovat 1990-luvulta lähtien nousseet suurimmaksi eläköitymistä ja pitkäaikaista työkyvyttömyyttä aiheuttavaksi sairaudeksi. Mielenterveysongelmat aiheuttavat 20 - 40 -vuotiailla eniten pitkäaikaista työkyvyttömyyttä. (Nordling ym. 2009, 8-10.)

Laki on määrännyt mielenterveyspalveluiden järjestämisen kunnille ja kunnat puolestaan voivat järjestää mielenterveyspalvelut asukkailleen eri tavoin. Viimeisten vuosien suunta on ollut mielenterveyspalveluiden käytön lisääntynyt kasvu ja tämä on ollut suuri haaste kunnille. (Harjajärvi ym. 2006, 14 - 16.) Suomessa psykiatrinen hoito on jaettu perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon jakaantuu avo- ja laitoshoidon. (Punkanen 2008, 21 - 22.) Valtaosa mielenterveysongelmista on lieviä tai keskivaikeita häiriötiloja, joiden hoito pääasiallisesti voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa. Psykiatriseen erikoissairaanhoidon hakeudutaan perusterveydenhuollon kautta. (Harjajärvi ym. 2006, 14.)

Viimeisten vuosikymmenien aikana suomalaisessa mielenterveyspalveluissa on tapahtunut hallinnollisia ja rakenteellisia muutoksia. Suuntana on sairaalapainotteisesta mallista siirtyminen kohti monipuolisia avohoitopalveluja. Psykiatrian rakennemuutos on kuitenkin vielä kesken ja kansainvälisesti katsottuna Suomessa on edelleen runsaasti psykiatrian sairaalasijoja. (Harjajärvi ym. 2006, 7, 73.) Asiakkaiden osallistumisessa palveluiden kehittämiseen on puutteita, vaikka erilaisissa suunnitelmissa niitä korostetaan (Laitila 2010,3). Haaviston ym. (2009) mukaan palveluiden suunnittelussa,

toteutuksessa ja arvioinnissa tulee vahvistaa kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden osallisuutta, jotta nykyiset palvelut huomioisivat paremmin asiakkaiden tarpeita. (Haavisto ym. 2009, 20).

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalue on toiminut vuodesta 2006 lähtien ja on erikoissairaanhoitoa tuottava taso. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen visiona on olla vuoteen 2015 Suomen avohoitoin mielenterveyspalvelujen tuottaja. Tämän kehittäminen pohjaa sairaanhoitopiirin strategiaan, lainsäädäntöön, erilaisiin suosituksiin kuten mielenterveys- ja päihdetyön strategiaan sekä erilaisiin tunnuslukuihin. Psykiatrian tulosalueen tavoitteena on järjestää mielenterveyspalvelut ensisijaisesti avohoitopalveluina siten, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. Tämä vision toteutuminen on edellyttänyt psykiatrian tulosalueella eri palveluiden kehittämistä ja yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. (Koivu 2010.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen aikuispsykiatriassa on 19.8.2010 aloittanut suunnittelutyöryhmä, jonka tavoitteena on laatia kehittämissuunnitelma Salon alueen aikuispsykiatrian erikoissairaanhoidon palveluista huhtikuulle 2011. Suunnittelutyöryhmän tavoitteena on tehdä ehdotus perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon työnjaosta ja yhteistyöstä Salon seudulla. Suunnittelutyöryhmä laatii ehdotuksen erikoissairaanhoidon toiminnallisesta kehittämisestä ja tulevaisuudessa tarvittavista erikoissairaanhoidon avo- ja osastohoidon yksiköiden henkilöstö- ja tilatarpeista Salon seudulla. (Suunnittelutyöryhmän muistio 2010.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa asiakasnäkökulmaa palvelujen kehittämistarpeesta suunnittelutyöryhmälle. Opinnäytetyö tullaan toteuttamaan tekemällä fokusryhmähaastattelu Salon alueen mielenterveysyhdistyksen asiakkaille. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä psykiatrian tulosalueen aikuispsykiatrian suunnittelutyöryhmän, mielenterveysyhdistyksen asiakkaiden ja Turun ammattikorkeakoulun kanssa.

2 MIELENTERVEYS JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖT

2.1 Mielenterveyden käsite

Mielenterveys on Maailman terveysjärjestö WHO:n (2004) mukaan keskeinen osa ihmisen terveyttä. WHO:n mukaan ilman mielen terveyttä ei ole terveyttä. Perusta mielen terveydelle rakentuu ihmisen hyvinvoinnista ja toimintakyvystä. Mielenterveys on voimavara ja se mahdollistaa monia asioita elämässä. Mielenterveys ei ole vain mielen sairauksien puuttumista, vaan mielen hyvää vointia ja ihmisen kykyä ymmärtää omat kykynsä, sopeutua arkielämän haasteisiin, stressiin, työskennellä tuottavasti ja hyödyllisesti. Ihmisen kyky luovuuteen ja läheisiin ihmissuhteisiin ovat osa hyvää mielen terveyttä. (Järvinen & Laitila 2009, 9; Lehtonen & Lönnqvist 2007a, 26.)

Mielenterveys muovautuu persoonallisen kasvun ja kehityksen myötä koko elämän ajan. Siihen vaikuttavat yksilölliset ominaisuudet ja kokemukset, sosiaalinen vuorovaikutus sekä yhteiskunnalliset rakenteet, resurssit ja kulttuuriset arvot. Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Mielenterveys ei ole mikään pysyvä tila, vaan muuttuva tila olosuhteista riippuen. (Nordling ym. 2009, 7.)

Mielenterveyttä on määritelty monella eri tavalla. Määritelmät muuttuvat ajan myötä ja ne ovat kulttuurisidonnaisia. Mielenterveys on ihmisen voimavara, joka kuluu ja muuttuu päivittäin, siksi se tarvitsee huolenpitoa ja lataamista. Pirkko Lahti Suomen mielen terveysseuran puheenjohtajana on määritellyt mielen terveyden kulmakiviksi perusturvallisuuden, selviytymiskeinot, ihmissuhteet ja onnistumisen kokemukset. Mieleltään terve ihminen on tasapainoinen, toimintakykyinen, hän pystyy ilmaisemaan ja vastaanottamaan tunteita. (Punkanen 2008, 9 - 10.)

Tunnusmerkkejä hyvälle mielen terveydelle ovat kyky ihmissuhteisiin, toisista välittäminen ja rakkaus, kyky ja halu vuorovaikutukseen sekä henkilökohtaiseen tunneilmaisuun. Lisäksi hyvään mielen terveyteen kuuluvat kyky työntekoon, sosiaalinen osallistuminen ja asianmukainen edun valvonta. Ihmisen

kohdatessa vaikeuksia pitää olla kykyä tehdä työtä niiden voittamiseksi. Tärkeää on myös kyky riittävään ahdistuksen hallintaan, menetyksen sietämiseen ja valmius elämän muutoksiin. Merkittävää hyvälle mielenterveydelle on todellisuudentaju, jotta kyetään erottamaan oma ajatusmaailma ja ulkoinen todellisuus vaikeissa elämäntilanteissa ja stressissä. Hyvää mielenterveyttä kuvaa psyykkinen kimmoisuus ja kyky suojautua haitallisilta tekijöiltä vaikeissakin olosuhteissa. Mielenterveyden olemuksen ymmärtämisessä on tärkeää tietää, mikä on mielenterveyden kannalta normaalia ja mikä poikkeavaa. (Lehtonen & Lönnqvist 2007a, 26 - 28.)

Väestön mielenterveyteen ovat merkittävässä yhteydessä yhteiskunnan rakenteet, taloudelliset resurssit ja yhteiskuntapoliittiset ratkaisut. Mielenterveyttä voivat olla osaltaan joko heikentämässä tai parantamassa työllisyys-, sosiaali-, terveys-, koulutus-, asumis- ja ympäristöpolitiikka sekä palvelujen saatavuus. Merkitystä on myös yhteisöjen arvoilla ja yksilöiden asenteilla. (Nordling ym. 2009, 7.)

2.2 Keskeiset mielenterveyshäiriöt ja niiden esiintyvyys

Mielenterveyshäiriöt ovat nousseet 1990-luvulta lähtien suurimmaksi eläköitymistä ja pitkäaikaista työkyvyttömyyttä aiheuttavaksi sairausryhmäksi (Nordling ym. 2009, 9). Mielenterveyshäiriöt aiheuttavat runsaasti kärsimystä, palveluiden tarvetta ja kustannuksia. Niiden kansanterveydellinen merkitys on suuri, ja niiden aiheuttama sairaustaakka kasvaa entisestään. Tavallisempia ja kansanterveydellisesti keskeisimpiä mielenterveyshäiriöitä ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, psykoosit ja päihdehäiriöt. (Pirkola & Sohlman 2005, 4.)

Amerikan psykiatriyhdistyksen diagnostinen ja tilastollinen käsikirja DSM-IV määrittelee mielenterveyden häiriön kliinisesti merkitsevänä yksilön käyttäytymiseen liittyvänä tai psyykkisenä oireyhtymänä tai oirekokonaisuutena. DSM-IV:n määritelmän mukaan mielenterveydenhäiriöön liittyy ajankohtaista haittaa oireina tai toimintakyvyn häiriintymistä. Tähän liittyy merkitsevästi vaara kärsiä kivusta, toimintakyvyn haitasta, suurentuneesta kuoleman riskistä ja vapauden menetyksestä. (Lönnqvist 2007, 50.)

Mielenterveyshäiriö on yleisnimitys erilaisille psykiatrisille häiriöille. Psykiatrisia häiriöitä luonnehtivat kliinisesti merkittävät psyykkiset oireet, jotka yhdessä muodostavat erilaisia oireyhtymiä. Jokaiselle häiriölle on annettu tautiluokituksessa oma nimikkeensä, diagnoosi ja diagnoosinumero. Psykiatriset diagnoosit ovat sisällyneet Maailman terveysjärjestön ICD:n tautiluokituksen vasta vuodesta 1948 alkaen. Vuodesta 1996 alkaen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa on ollut käytössä ICD-tautiluokituksen uusin versio, ICD-10 ja se on edelleen käytössä. ICD:n tautiluokituksissa mielenterveyden häiriöt ovat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt F00 - F99. (Lehtonen & Lönnqvist 2007a, 49 - 50; Lehtonen & Lönnqvist 2007b, 14; Tautiluokitus ICD-10 1995, 185 - 245.)

Kansanterveyslaitoksen johdolla tehdyssä Terveys 2000 tutkimuksessa on hankittu tietoa tärkeimmistä kansansairauksista, niiden syistä ja hoitotilanteesta sekä työ- ja toimintakyvystä. Terveys 2000 -tutkimuksen osallistujat olivat 30 vuotta täyttäneitä ja tutkimuksen otos oli 8028, joista 7419 osallistui tutkimukseen. Tutkimus osoitti, että valtaosa suomalaisista kokee voivansa psyykkisesti melko hyvin, eivätkä mielenterveysongelmat näytä olevan sen yleisempiä kuin 20 vuotta sitten. Tutkituista 25 %:lla arvioitiin olevan lievää työuupumusta ja 2,5 %:lla vakavaa työuupumusta. Vakava masennus todettiin olevan 5 %:lla. Masennusjaksojen esiintyminen oli yleisempää naisilla (7 %) kuin miehillä (4 %). Sen sijaan alkoholiriippuvuus oli miehillä (7 %) yleisempää kuin naisilla (2 %). Mielenterveysongelmien vuoksi terveystalvakuja oli viimeisen vuoden aikana käyttänyt 6 %. (Aromaa & Koskinen 2002, 1 - 53.)

Terveys 2000 -tutkimus osoitti vakavien mielenterveysongelmien olevan harvinaisia, mutta hyvinvointia heikentävät psyykkiset oireet olivat yleisiä. Tutkimustulokset osoittivat, että hälyttävää mielenterveyden heikkenemistä ei ole tapahtunut verrattuna vuosien 1978 - 1980 tehtyyn Mini-suomi-terveystutkimukseen. Tulokset osoittivat mielenterveyshäiriöiden olevan suuri kansanterveysongelma. (Aromaa & Koskinen 2002, 131.) Suomessa masennuksen vuoksi alkaneiden sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärät ovat kaksinkertaistuneet 1990-luvulta.

Suomessa masennuksen perusteella alkoi yli 32 000 sairauspäivärahaa ja uudelle työkyvyttömyyseläkkeelle jäi 4600 henkilöä. (Käypä hoito -suositus 2010.)

Alonso ja Lepine ovat tehneet Euroopassa vuonna 2000 laajan tutkimuksen mielenterveyshäiriöiden esiintyvyydestä, riskitekijöistä, terveyspalvelujen käytöstä mielialaan, ahdistuneisuuden ja alkoholiin liittyvien häiriöiden yhteydessä. Tutkimukseen osallistui 21 425 aikuista Belgiasta, Ranskasta, Saksasta, Italiasta, Hollannista ja Espanjasta. Tutkimustulokset olivat samansuuntaiset kuin Suomessa tehdyssä Terveys 2000 -tutkimuksessa. Molemmissa tutkimuksissa noin 25 % tutkituista ilmoitti kärsineensä heikentävistä psyykkisistä oireista. Molemmissa tutkimuksissa nousi esiin, että riskiä mielenterveyshäiriöihin lisäävät naimattomuus ja työttömyys. Terveys 2000 -tutkimuksessa nousi esiin vielä alhaisen koulutustason tuoma riski mielenterveyden häiriöihin. (Aromaa & Koskinen 2002, 131 - 135; Alonso & Lepine 2000, 3.)

2.2.1 Mielialahäiriöt

Mielialahäiriöt ja erityisesti masennustilat ovat yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä. Mielialahäiriöille ovat ominaisia mielialan muutokset, joiden esiintymisessä on vaihtelua. Mielialan muutokset esiintyvät masennusjaksoina, manioina tai ne voivat esiintyä sekamuotoisina jaksoina sekä masennus- että mania- tai hypomaanisina jaksoina. Mielialahäiriöt koostuvat DSM-IV:ssä diagnostisesti kolmesta pääryhmästä: masennushäiriöistä, kaksisuuntaisista mielialahäiriöistä ja muista mielialahäiriöistä. (Lönqvist 2007, 57.)

Mielialahäiriöistä masennus on yksi keskeisimmistä kansanterveysongelmista. Masennustilat ovat väestössä yleisiä jo nuorissa ikäryhmissä. Masennus aiheuttaa suuren hoidon tarpeen, työ- ja toimintakyvyttömyyttä sekä lisääntynyttä itsemurhakuolleisuutta. Masennustilasta kärsii vuoden aikana noin 5 % suomalaisista ja naisilla masennustilat ovat noin 1,5 - 2 kertaa yleisempiä kuin miehillä. (Käypä hoito -suositus 2010; Isometsä 2007b, 157; Aromaa & Koskinen 2002, 53.)

Masennustilan tyypillisiä oireita ovat masentunut mieliala, mielihyvän menetys, uupumus, itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys, kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyydentunne. Masennusoireita ovat myös toistuvat kuoleman tai itsetuhoon liittyvät ajatukset ja käytös, päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys, unihäiriö sekä ruokahalun ja painon muutos. (Käypä hoito -suositus 2010; Isometsä 2007b, 158 - 160.)

Masennushäiriöt koostuvat DSM-IV:ssä vakavasta masennustilasta, pitkäaikaisesta masennuksesta sekä tarkemmin määrittämättömästä masennushäiriöstä. Tärkeää on eri masennustilojen tunnistaminen ja erotusdiagnoosi, jotta hoito voidaan järjestää tarkoituksenmukaisesti. (Lönngqvist 2007, 57.)

Pääosin masennuspotilaita hoidetaan perusterveydenhuollossa. Moniammatillisen yhteistyön on todettu tehostavan hoidon tuloksia perusterveydenhuollossa. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidetaan potilaat, jotka kärsivät vaikeasta tai psykoottisesta, vakavasta monihäiriöisestä, tavanomaiseen hoitoon huonosti vastanneesta tai vakavaa itsetuhoisuutta aiheuttavasta masennuksesta. (Käypä hoito -suositus 2010.) Masennuksen hoidossa keskeisimpiä hoitomuotoja ovat masennuslääkkeet ja psykoterapiat. Vaikeissa masennuksissa yhtenä hoitovaihtoehtona on sähköhoito. Hoidossa keskeistä on elämäntilanteen kartoittaminen ja psykososiaalisen tuen tarjoaminen. (Käypä hoito -suositus 2010; Isometsä 2007b, 181 - 182.)

Mielialahäiriöihin kuuluvat lisäksi kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, joita luonnehtii maanisten vaiheiden ja masennusten vaihtelu. Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen häiriö, jossa esiintyy vaihtelevasti maanisia, hypomaanisia, sekamuotoisia ja masennus jaksoja. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy paljon oheissairastavuutta ja itsemurhariski on suurentunut. (Käypä hoito -suositus 2008a.)

Hypomaniaa kuvaa lievä, mutta selkeä mielialan nousu, samanaikainen tarmon ja toimeliaisuuden kasvu. Hypomaanisia oireita ovat: toimeliaisuuden

lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus, puheliaisuuden lisääntyminen, unen tarpeen vähentyminen. Lisäksi oireita ovat seksuaalisen kiinnostuksen ja halukkuuden kasvu, lievä rahojen tuhailu tai muu vastuuton käytös sekä lisääntynyt seurallisuus tai tuttavallisuus. Maniassa esiintyy samoja oireita kuin hypomaniassa, mutta voimakkaampina aiheuttaen merkittävää sosiaalista haittaa ja toimintakyvyn heikkenemistä. Mania johtaa usein sairaalahoitoon. (Isometsä 2007a, 196 - 199.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyvyyttä Suomessa ei aivan tarkasti tunneta. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi hoitoa hakevista enemmistöllä on samanaikaisesti jokin muu psykiatrinen oireyhtymä. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat tulee hoitaa pääasiassa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Puhjettuaan kaksisuuntainen mielialahäiriö on krooninen sairaus, johon liittyy usein uusiutuvia sairausjaksoja. Hoidossa keskeisintä on estää jaksosten uusiutuminen. Hoidon perustana ovat mielialaa tasaavat lääkkeet. Psykososiaalinen hoito on merkittävä osa hoitoa. Psykososiaalisen hoidon tavoitteena on tukea potilasta, parantaa lääkehoitoon sitoutumista, helpottaa mielialajaksojen varhaista tunnistamista ja tukea potilasta ja hänen omaisiaan sairauteen sopeutumisessa. (Käypä hoito -suositus 2008a.)

2.2.2 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisempiä mielenterveyden häiriöitä ja niiden kansanterveydellinen merkitys on havaittu viimeisten vuosien aikana. Ahdistuneisuus tarkoittaa sisäistä jännitystä, levottomuutta, kauhua tai paniikin tunnetta. Ahdistuneisuushäiriö on kyseessä silloin, kun ahdistuneisuus on voimakasta, pitkäkestoista sekä psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä rajoittavaa. Ahdistuneisuushäiriöön liittyy ahdistuneisuuden tunteen lisäksi muita oireita, kuten autonomisen hermoston aktivoitumisen oireet ja välttämiskäyttäytymistä. Keskeiset ahdistuneisuushäiriöt ovat paniikkihäiriö ilman agorafobioa, paniikkihäiriö ja agorafobia, sosiaalinen fobia,

määräkohteinen pelko, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö ja traumaperäinen häiriö. (Isometsä 2007c, 223.)

Yleistyneestä ahdistuneisuudesta kärsii 1,2 - 6,7 prosenttia väestöstä. Se on hyvin tavallinen ja pitkäkestoinen ahdistuneisuushäiriö. Yleistyneen ahdistuneisuuden keskeisimpiä oireita ovat ahdistuneisuuden lisäksi liiallinen huolestuneisuus ja useat somaattiset vaivat. Ahdistuneisuusoireet alkavat usein jo nuoruusiässä ja ne ovat jonkin verran yleisempiä naisilla kuin miehillä. (Koponen 2007, 256.)

Ahdistuneisuushäiriöt hoidetaan pääasiassa perusterveydenhuollossa. Eri psykoterapian muodot on todettu olevan paras ja pysyvin keino lievittää ahdistuneisuutta ja pelkoja. Terapiamuodoista eniten tutkimuksia on tehty käyttäytymis- ja kognitiivisen psykoterapian hyvästä soveltuvuudesta ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Ahdistuneisuushäiriössä käytetään tarvittaessa lääkehoitoa. Masennuslääkkeiden käyttö erityisesti pitkäaikaisen ahdistuneisuushäiriön hoidossa on todettu tehokkaaksi. (Huttunen 2008, 165 - 169.)

2.2.3 Psykoosit

Psykoosilla tarkoitetaan todellisuustajun vakavaa häiriintymistä, joka voi ilmetä harhaluuloina, aistiharhoina, puheen hajanaisuutena tai karkeasti poikkeavana käyttäytymisenä. Psykoosin oireyhtymä on kyseessä silloin, kun sillä on tietty rajallinen kesto ja kun kullekin häiriölle sovitut diagnoosikriteerit täyttyvät. Psykoosisairauksista vaikea-asteisin on skitsofrenia. Skitsofrenian hoito on kehittynyt paljon, mutta siihen liittyy edelleen potilaiden ja omaisten kärsimystä sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun laskua. Skitsofrenian ennustetta voidaan parantaa sen varhaisella tunnistamisella ja varhain aloitetulla hoidolla. (Käypä hoito -suositus 2008b; Honkonen ym. 2007, 73; Honkonen & Lönnqvist 2007, 140.)

Skitsofreniaan sairastutaan yleensä nuorella aikuisiällä. Miesten sairastumisen alkamisiän huippu on 20 - 28 ja naisilla 24 - 32 ikävuosina. Koko väestöstä 0,5 - 1,5 % sairastaa skitsofreniaa. (Käypä hoito -suositus 2008b; Honkonen ym. 2007, 85.) Skitsofrenian oireet ovat havaintokyvyn, ajatustoiminnan, käyttäytymisen ja tunne-elämän häiriintymiseen liittyvät oireet. Tyypillisimpiä oireita ovat harhaluulot, aistiharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Lisäksi ongelmia on usein sosiaalisen toimintakyvyn alueella, kuten ihmissuhteissa, työssä ja itsensä huolehtimisessa. Tautiluokituksen mukaan psykoottisten oireiden tulee kestää vähintään yhden kuukauden ajan, ennen kuin skitsofreniadiagnoosi tehdään. (Käypä hoito -suositus 2008b; Honkonen ym. 2007, 73.)

Ensipsykoosia sairastava tulee hoitaa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, muuten hoito voi olla myös perusterveydenhuollon mielenterveysyksikössä. Hoito on ensisijaisesti moniammatillisten työryhmien toteuttamaa avohoitoa. Hoidossa keskeisiä ovat psykoosilääkitys, koulutuksellinen perhetyö ja potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua parantavat psykososiaalisen kuntoutuksen muodot. (Käypä hoito -suositus 2008b.)

Muita psykooseja ovat skitsofrenistyyppinen häiriö, skitsotyyppinen häiriö, harhaluuloisuushäiriöt, äkilliset psykoottiset häiriöt, skitsoaffektiiviset häiriöt ja ei-elimelliset psykoottiset häiriöt. Psykoottisuutta voi ilmetä joidenkin somaattisten sairauksien yhteydessä, kuten aivosairauksien ja infektioiden yhteydessä sekä päihteiden käytön yhteydessä. Muiden psykoosien hoidossa noudatetaan pitkälti samoja hoidon periaatteita kuin skitsofrenian ja mielialahäiriöiden hoidossakin. (Honkonen & Lönnqvist 2007, 140 - 142.)

2.2.4 Päihdehäiriöt

Päihteiden käyttö ja päihteisiin liittyvät mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat väestössä yleisiä. Päihteillä tarkoitetaan keskushermostoon vaikuttavia riippuvuutta aiheuttavia aineita, kuten tupakkaa, alkoholia, lääkkeitä, liuottimia ja huumeita. Yleisimmin käytetty päihde Suomessa on alkoholi. Alkoholinkäyttö on lisääntynyt nopeasti ja siitä on tullut yksi suuri uhka kansanterveydelle.

(Järvinen & Laitila 2009, 9.) Suomalaiset käyttävät alkoholia keskimäärin 10 - 11 litraa vuodessa henkeä kohden. Miesten alkoholiriippuvuus on selkeästi yleisempää kuin naisten, mutta naisten alkoholin käyttö on ollut viime vuosien aikana huolestuttavasti nousussa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 173 - 174; Aromaa & Koskinen 2002, 53.) Alkoholikulutuksen kasvu on johtanut alkoholin aiheuttamien terveysongelmien, alkoholikuolemien määrän ja sosiaalisten ongelmien lisääntymiseen (Järvinen & Laitila 2009, 5).

Päihteiden väärinkäyttö- ja päihderiippuvuusoireyhtymien diagnostiset kriteerit ovat kaikille päihteille suurin piirtein samat. Aineenhimo liittyy lähes kaikkiin riippuvuusoireyhtymiin. Diagnostisia kriteereitä on tautiluokitus ICD-10:ssä kuusi; voimakas himo aineenkäyttöön, heikentynyt kyky hallita päihteen käytön aloitusta, määrää ja lopettamista sekä vieroitusoireet, sietokyvyn lisääntyminen ja aineen käyttö on muodostunut elämän keskipisteeksi. Yhtenä kriteerinä on aineen käytön jatkuminen huolimatta sen aiheuttamista haitoista, joista käyttäjä on tietoinen. (Poikolainen 2003, 77.)

Päihdeongelmat hoidetaan pääasiassa perusterveydenhuollossa ja hoidossa painopisteen tulee olla päihdeongelmien varhaisessa tunnistamisessa ja niihin puuttumisessa. Valtaosa päihdepotilaiden hoidosta järjestetään kuitenkin sosiaalitoimen yksiköissä. A-klinikat ovat päihteiden käyttäjien avohuollon hoitoyksiköitä. Laitoshoidossa hoidetaan pitkään päihteitä käyttäneitä, psyykkisesti oireilevia tai itsemurhavaarassa olevia päihdepotilaita. Psykiatriin sairaaloihin on myös perustettu päihdepotilaiden tutkimus- ja hoitoyksiköitä. Moniammatillinen hoito on tärkeä huomioida päihdepotilaan hoidossa ja erilaiset psykososiaaliset hoitomuodot ovat kaikkien päihdepotilaiden hoidon perusta. (Heinälä ym. 2007, 476 - 480.) Lääkehoitoa voidaan käyttää hoitotulosten vahvistamiseksi. Lääkkeistä on todettu olevan apua retkahduksen estossa ja alkoholimäärän käytön vähennyksessä. (Heinälä ym.2007, 446 - 447.)

3 AIKUISVÄESTÖN

MIELENTERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄ

3.1 Mielenterveyspalvelut

Mielenterveyspalveluilla tarkoitetaan mielenterveyden häiriön takia annettavia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Mielenterveyspalveluihin sisältyy mielenterveyspalveluiden tunnistaminen, perustason hoito sekä psykiatrinen avohoito, sairaalahoito ja kuntoutus. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010.) Vuonna 1991 voimaan astunut mielenterveyslaki velvoittaa kuntia järjestämään mielenterveyspalveluja osana kansanterveystyötä. Kuntien on mahdollista tuottaa mielenterveyspalvelut omana perusterveydenhuollon toimintana tai järjestämänsä psykiatrisen hoidon toimintana. Lisäksi kunnat voivat ostaa mielenterveyspalvelut alueensa sairaanhoitopiiriltä tai muilta tuottajilta. (Harjajärvi ym. 2006 14 - 15; Pirkola & Sohlman 2005, 1 - 2.)

Mielenterveyspalveluissa avohoitokeskeisyys on psykiatrisen hoidon kehittämisen kansainvälinen suuntaus. Laadukkaan psykiatrisen hoitojärjestelmän tulee koostua monimuotoisista avohoitopalveluista, joissa on lisäksi tarvittava määrä sairaalapalveluita ja päiväsairalahoitoa. Psykiatrisen avohoidon ja sairaalahoidon välimaastoon tulee lisäksi kehittää erilaisia palveluja. (Pirkola ym. 2009, 147 - 153; Hyvönen 2008, 142 - 143, 268; Tansella & Thornicroft 2004, 283 - 290.)

Mielenterveyspalvelujen tarjonta on hyvin monipuolista. Vaikeasti sairaille on tiiviitä ja vaativia hoitoja. Lievemmistä häiriöistä kärsiville on eri elämäntilanteisiin liittyviä tuki- ja neuvontapalveluita. (Harjajärvi ym. 2006, 14.) Yleisempiä mielenterveyspalveluita ovat mielenterveyden avohoitokäynnit perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Psykiatriset sairaalahoidot liittyvät tilanteisiin, joissa avohoidon toimenpiteet eivät ole riittäviä mielenterveyden häiriöiden aiheuttamien ongelmien hallitsemiseksi. (Harjajärvi ym. 2006, 14; Pirkola & Sohlman 2005, 1 - 2.) Psykiatrisen avohoidon ja

sairaalahoidon väliin sijoittuvat palvelut tukevat avohoitoa ja kuntoutumista kuten päiväsairaalahoido, asumispalvelut, työtoiminta ja päivätoimintakeskukset (Harjajärvi ym. 2006, 14). Tasokas avohoito ei ole päiväsairaalahoidoa lukuun ottamatta sairaalaa halvempi vaihtoehto (Korkeila 2009, 2339). Palveluita järjestettäessä tulee huomioida niiden riittävyys, asiakkaiden ikä, äidinkieli ja muun muassa maahanmuuttajien erityistarpeet (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010).

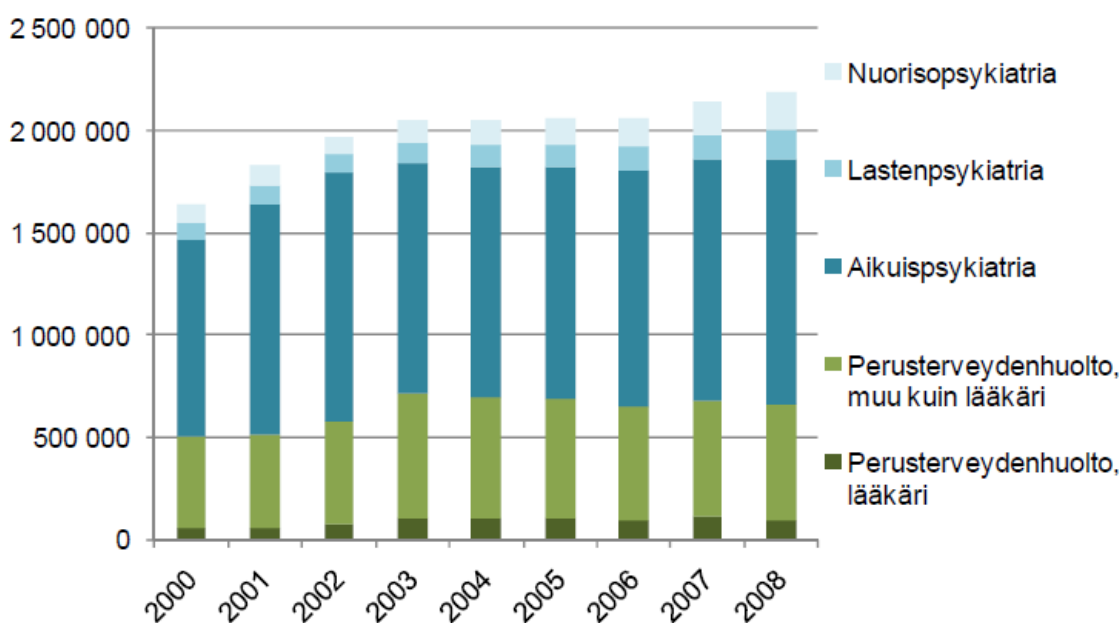
Palvelurakennemuutos on edennyt kaupungeissa ja maaseudulla eri tahtiin. Monipuolisinta palvelurakenne on suurissa kaupungeissa ja niissä erikoissairaanhoidon budjetoidaan enemmän rahaa. (Huhtanen ym. 2005, 138 - 140.) Monipuolisten palveluiden järjestämisen edellytyksenä on riittävä väestöpohja ja kattavien avohoitopalvelujen turvaamiseksi väestöpohjan tulisi olla 100 000 asukasta. (Wahlbeck 2007, 95.)

Palveluiden tarve ja tarjonta vaikuttavat toisiinsa hyvin erilaisin tavoin. Palveluiden kysynnässä tapahtuneiden muutosten perusteella ei voi tehdä päätelmiä tarpeiden taustalla olevien ongelmien tai häiriöiden esiintyvyydestä, vaan ne määräytyvät monien tekijöiden summana. Suomen maantieteellinen laajuus ja maan osien asumistiheyden vaihtelevuus vaikuttavat palveluiden saatavuuteen. (Pirkola & Sohlman 2005, 9.) Mielenterveyspalveluissa eriarvoisuutta syntyy erityisesti mielenterveysalan asiantuntijoiden epätasaisesta alueellisesta jakautumisesta ja etuuksien korvaamisissa (Harjajärvi ym. 2006, 20 - 21).

3.1.1 Psykiatrinen avohoito

Mielenterveyshäiriöiden hoidossa ensisijaisena palveluna ovat sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut. Peruspalveluiden ollessa riittämättömät tarvitaan psykiatrinen avohoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Perusterveydenhuollossa avohoitokäynnit ovat kasvaneet viimeisen kymmenen vuoden aikana (Wahlbeck 2007, 91). Mielenterveystyön avohoitokäyntejä oli vuonna 2008 erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa yhteensä 2,2 miljoonaa käyntiä. Näistä erikoissairaanhoidon käyntejä oli 1,5 miljoonaa.

Erikoissairaanhoidon käynnit ovat lisääntyneet 35 % vuosina 2000 - 2008. Tilastoinnissa on mukana lasten, nuorten ja aikuisten käynnit. (Kuvio 1.) Aikuisten käynneistä 93 % oli ajanvarauskäynnejä. (Saukkonen 2009, 1 - 3.) Avohoitokäynnit ovat edelleenkin perinteisiä pysyviä ajanvarauspoliiknikoita. Niiden rinnalle tarvittaisiin monipuolisia ja kehittyneitä, liikkuvia ja päivystyksellisiä avopalveluita. (Harjajärvi ym. 2006, 7 - 8.)



Kuvio 1. Erikoissairaanhoidon psykiatrian ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön käynnit 2000 - 2008 (Saukkonen 2009, 13).

Mielenterveyshäiriöt eivät ole Suomessa lisääntyneet, mutta mielenterveyspalveluiden kysyntä on jatkuvassa kasvussa (Wahlbeck 2005, 61). Kysynnän kasvuun vaikuttavat psyykkisen oireilun ja pahoinvoinnin lisääntyminen sekä hoitoon hakeutumisen madaltuminen (Kärkkäinen 2004, 194). Lisääntyneet avohoidon käynnit näyttäisivät ohjautuvan väestönosaan, joilla on hyvä sosiaalinen asema ja korkea mielenterveysvalistuneisuus. Puutteellisen hoidon porrastuksen seurauksena palvelun tarjonta on pienintä eniten mielenterveyspalveluja tarvitseville. (Wahlbeck 2007, 92.)

Avohoidon ja sairaalahoidon välimaastoon on kehitetty välimuotoisia palveluja. Näiden palvelujen tarjoaminen vaihtelee kunnittain ja monissa kunnissa näiden palvelujen kehittäminen ei ole ollut riittävää. (Pirkola & Sohlman 2005, 18.) Tutkimuksia on tehty päiväsairalahoidon vaikuttavuudesta avohoidossa ja sairaalasta kotiutumisen yhteydessä. Päiväsairaalahoidon on todettu vaikuttavaksi avohoidossa ja sairaalasta kotiutumisen yhteydessä. Päiväsairalahoidon on arvioitu olevan 21 - 37 % edullisempaa kuin sairaalahoidon. (Crowther ym 2009, 2; Tansella & Thornicroft 2004, 287; Almaraz-Serrano ym. 2001.)

Tutkimusten mukaan itsemurhien määrä on matalampi yhteisöissä, joissa on hyvin kehittyneet mielenterveyspalvelut kuin, jos palvelut ovat pääasiassa sairaalahoitopainotteista. Lyhentyneet sairaalahoitajakset eivät ole lisänneet sairaalahoidon jälkeisiä itsemurhia. Monimuotoiset avohoitopalvelut, joissa on päivystysvalmiuksia tukevat matalampia itsemurhalukuja ja itsemurhayrityksestä selviytymistä. (De Leo ym. 2009, 845 - 851; Pirkola ym. 2009, 147 - 153.)

3.1.2 Psykiatrinen sairaalahoidon

Psykiatrisen sairaalahoidon määrän vähentäminen on Suomessa alkanut jo 1970-luvulla. Ympäri vuorokautisia mielenterveyspalveluja tarjoavat yksiköt ovat edelleenkin perinteisiä sairaalaosastoja. Vaihtoehtoja sairaalahoidolle ei ole, kun tarvitaan akuuttia ympärivuorokautista hoitoa. (Wahlbeck 2007, 95.) Sairalahoidon on hyvin monenlaista, lyhyistä kriisi- ja avohoidon tukihoidoista pitkiin kuntouttaviin hoitajaksoihin (Harjajärvi ym. 2006, 14). Erillisistä sairaalayksiköistä on pyritty siirtymään muun sairaalatoiminnan yhteyteen (Pirkola & Sohlman 2005, 11). Psykiatrista sairaalahoidon on yliopistollisissa keskussairaaloissa, keskussairaaloissa ja aluesairaaloissa. Lisäksi on erillisiä psykiatrisia sairaaloita ja valtion sairaaloita, joissa hoidetaan kriminaali- ja vaikeahoitoisia potilaita (Harjajärvi ym. 2006, 14).

Psykiatrian erikoisalan laitoshoidossa oli vuonna 2009 noin 30 600 potilasta joka on väestömäärään suhteutettuna 5,7 tuhatta asukasta kohden. Vuodesta 2008 laskua oli 4 %. Hoitopäiviä oli yhteensä 1 560 000 joka on väestömäärään suhteutettuna 293 tuhatta asukasta kohden. Vuodesta 2008 laskua oli 8 %. Keskimääräinen hoitoaika oli 34 hoitopäivää. Hoitopäiviä oli eniten 25 - 29 -vuotiailla. Hoitopäivistä 55 % käytettiin skitsofrenian hoitoon. Uusista potilaista 31,6 % oli tulotapana ”lähetteenä tahdosta riippumatta”. (Forsström & Pelanteri 2011, 1 - 2.)

3.1.3 Psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut Salon seudulla

Salon seudulla toteutettiin 1.1.2009 kuntaliitos. Seudun kunnat Halikko, Kiikala, Kisko, Kuusjoki, Muurla, Perniö, Pertteli, Salo, Suomensjärvi ja Särkisalo muodostivat Salon kaupungin. Yhdistymisen takana oli kunta- ja palvelurakennemuutos, jonka tavoitteena on tulevaisuudessa turvata asukkaille kuntien vastuulla olevat hyvinvointipalvelut. (Salo 2009.) Salon kaupungissa oli helmikuussa 2011 yhteensä 55286 asukasta. (Salon kaupunki 2011).

Salossa mielenterveyspalvelut muodostuvat sosiaali- ja terveystoimen mielenterveyspalveluista ja erikoissairaanhoidon psykiatrisen tulosalueen palveluista. Palvelut muodostuvat lisäksi täydentävistä palveluista, joita tarjoavat eri järjestöt, yhdistykset ja yksityiset palvelun tuottajat (Salon kaupunki 2011). Salon kaupungin erikoissairaanhoidon psykiatrisista palveluista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalue. Psykiatrian tulosalueella on lastenpsykiatrian, nuorisopsykiatrian ja aikuispsykiatrian erikoissairaanhoidon palveluita. Palvelupisteitä on Halikossa, Kaarinassa, Liedossa, Loimaalla, Raisiossa, Salossa, Turussa ja Uudessakaupungissa (VSSHHP psykiatrian tulosalue 2011).

Salon kaupungin mielenterveyspalveluita käyttävistä yli 18-vuotiaista asukkaista käyttää pääsääntöisesti seuraavia aikuispsykiatrian erikoissairaanhoidon avo- ja sairaalapalveluja. Sairaalahoitopalveluja on erillisessä psykiatrisessa sairaalassa Halikon sairaalassa ja yleissairaalassa Salon aluesairaalan

yhteydessä olevassa yksikössä. Halikon sairaalassa on sekä avo- että sairaalahoitoa. Sairaalahoito- palvelua ovat suljetut vastaanotto-osastot 101 ja 102. Osasto 101 tarjoaa palveluita päihderiippuvaisille potilaille ja osasto 102 tarjoaa palveluita äkillisiin psykooseihin ja elämän kriisitilanteisiin. Suljettu kuntoutusosasto 501 tarjoaa kokonaisvaltaista ja yksilöllistä hoitoa erilaisista psyykkisistä sairauksista ja oireista kärsiville henkilöille. Suljettu vanhusten vastaanottoyksikkö 601 tarjoaa palveluita akuutisti hoidon tarpeessa olevan ongelmatilanteen arviointiin, psykiatrasta tutkimusta, hoitoa ja jatkohoidon selvittelyä. (VSSHP psykiatrian tulosalue 2011, 2009.)

Halikon sairaalassa avohoitopalvelua tarjoavat kuntoutuspoliklinikka ja vanhuspsykiatrian poliklinikka. Kuntoutuspoliklinikka tarjoaa mielenterveyskuntoutujille yksilöllisesti suunniteltua tukea kuntoutumiseen. Kuntoutuspoliklinikka toimii sairaalan ja avohoidon välimaastossa. Vanhuspsykiatrian poliklinikka tarjoaa apua vanhusikäisen henkilön psyykkisen kriisin selvittelyyn, toimintakyvyn, lääkityksen, jatkohoidon arvioon sekä vakavan masennuksen hoitoon. Vanhuspsykiatrian poliklinikka toimii vastaanottopoliklinikkana ja tekee suunnitellusti kotikäyntejä. Perustason ja erikoissairaanhoidon rajapinnalla on marraskuussa 2010 aloittanut toimintansa aikuispsykiatrian tutkimuspoliklinikka. Tutkimuspoliklinikka tekee hoidon arvion sairaalaan vapaaehtoisesti psykiatriseen osastohoitoon lähetetyille yli 18-vuotiaille asiakkaille ja tarjoaa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille mahdollisuuden hoitaja- ja lääkärikonsultaatioon. (VSSHP psykiatrian tulosalue 2011, 2009.)

Salon kaupungissa sijaitsevat aikuispsykiatrian yksiköistä Salon aikuispsykiatrian yksikkö ja aluesairaalan yhteydessä erityispalveluyksikön yleissairaalapsykiatrian poliklinikka ja osasto. Aikuispsykiatrian yksikköön kuuluvat aikuispsykiatrian poliklinikka ja päiväyksikkö. Aikuispsykiatrian poliklinikka on ajanvarauspoliklinikka ja se tarjoaa palveluita vaikeista mielenterveyshäiriöistä, itsetuhoisuudesta, vaikeista ahdistuneisuushäiriöistä, vaikeista persoonallisuushäiriöistä ja vaikeista uniongelmista kärsiville asiakkaille. Poliklinikalla toimii lisäksi akuuttityöryhmä, joka kriisitilanteissa voi

tarvittaessa tehdä alkukartoituksen potilaan kotona. Päiväosasto vastaa psykiatrisesta avohoidosta ja tarjoaa sekä hoito että tutkimuspalveluita. (VSSHP psykiatrian tulosalue 2009.)

Yleissairaalapsykiatrian poliklinikka on ajanvarauspoliklinikka ja tarjoaa palveluita potilaille, joilla on somaattiseen sairauteen liittyvä psyykkinen kriisi, somaattisin oirein ilmenevä psykiatrinen häiriö tai raskauden aikainen masennus, synnytyksen jälkeinen masennus tai meneillään oleva lapsettomuushoito. Poliklinikan keskeisenä tehtävänä on vastata aluesairaalaan tuleviin psykiatrisiin konsultaatioihin. Yleissairaalapsykiatrian osasto 103 on alueen ainoa avo-osasto. Osasto tarjoaa palveluita äkillisen kriisin laukaisemaan vakavaan mielenterveyshäiriöön, vaikeaan masennukseen, synnytyksen jälkeiseen masennukseen, vaikeaan syömishäiriöön, unihäiriöön tai kiputilasta johtuvaan mielenterveyden häiriöön sekä toiminnalliseen häiriöön. (VSSHP psykiatrian tulosalue 2009.)

Vuonna 2006 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella sairaalasijojen määrä oli 240 sairaansijaa ja vuoden 2009 lopussa 167 sairaansijaa. Avohoitotoiminnan osuus kustannuksista vuonna 2006 oli 30 % ja 50 % vuonna 2009. Yli 10 % avohoitokäynneistä on siirtynyt henkilöstöresursseineen perustason toiminnaksi. Vuonna 2009 avohoittoon pääsy on ollut nopeampaa, helpompaa ja palvelut ovat olleet monipuolisempia kuin vuonna 2006. (Koivu 2010.)

Harjajärven ym. (2006) tekemässä MERTTU- tutkimuksessa kuvattiin työikäisen väestön mielenterveyspalveluiden tilaa ja alueellista rakennetta vuonna 2004. Hankkeessa tarkasteltiin lisäksi sairaanhoitopiirien välisiä eroavaisuuksia ja tutkittiin mielenterveyspalveluiden vaikuttavuutta. Tutkimuksen mukaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin avohoitopalvelujen palvelutarjonta on ympärivuorokautista hoitoa ja järjestettyä päivätoimintaa monimuotoisempi. (Harjajärvi ym. 2006, 7, 68.)

3.2 Mielen terveystalvaeluja säätelevät lait ja asetukset

Mielen terveystalvaeluiden järjestämistä ohjaavat lainsäädännön tasolla mielen terveystalvaelain (1116/1990) lisäksi kansanterveystalvaelaki (66/1972) ja erikoissairaanhoidotaki (1062/1989) sekä laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Uusi terveydenhuoltotaki (2011) tuo mukanaan muutoksia ja laki on tulossa asteittain voimaan.

Mielen terveystalvaelaki on puitelaki, missä määritellään mielen terveystalvaeluksen käsitteet, sisältö, valvonta, järjestämisvastuu ja talvaelujen järjestämisperiaatteet (Harjajärvi ym. 2006, 15). Mielen terveystalvaelulaissa säädetään mielen terveystalvaeluiden järjestäminen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten kanssa. Kunnan tai kuntayhtymän tulee huolehtia, että mielen terveystalvaelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin alueella esiintyy tarvetta. Ensisijaisesti mielen terveystalvaelut on järjestettävä avotalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoritumista tuetaan. (Harjajärvi ym. 2006, 15; Mielen terveystalvaelaki 1116/1990, 1 luku 3 - 5 §.) Mielen terveystalvaelaki määrittää milloin ihminen voidaan tai hänet tulee ottaa tahdosta riippumattomaan hoitoon ja millaisia tahdonvastaisia toimenpiteitä hoidossa voidaan käyttää (Mielen terveystalvaelaki 1116/1990, 2 luku). Mielen terveystalvaelasetuksessa (1247/1990) annetaan säännöksiä mielen terveystalvaeluksen tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä.

Kansanterveystalvaelaki määrää kunnan huolehtimaan kansanterveystalvaeluudesta. Kansanterveystalvaeluustyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä ja ylläpitämistä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä sekä yksilön sairaanhoitoa (Kansanterveystalvaelaki 1972/66, 1 luku 1 §). Kunnat voivat myös yhdessä huolehtia kansanterveystalvaeluudesta perustamalla kuntayhtymän (Kansanterveystalvaelaki 1972/66, 2 luku 5 §). Kansanterveystalvaelakiin on sisällytetty mielen terveystalvaelut siten, että kunnat veloitetaan järjestämään asukkailleen heidän tarvitsema sellainen ehkäisevä mielen terveystalvaeluustyö ja sellaiset mielen terveystalvaelut, jotka on tarkoituksenmukaista antaa terveyskeskuksessa (Kansanterveystalvaelaki 1972/66, 3 luku 14 §).

Erikoissairaanhoidolaissa määritetään erikoissairaanhoidon ja siihen liittyvän toiminnan järjestämisestä. Laki määrää jokaisen kunnan kuulumaan erikoissairaanhoidon järjestämiseksi johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään (Erikoissairaanhoidolaki 1989/1062, 1 luku 3 §). Sairaanhoitopiirien tehtävänä on omalla alueellaan huolehtia erikoissairaanhoidopalvelujen yhteensovittamisesta. Yhdessä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoidoa siten, että kansanterveystyöstä ja erikoissairaanhoidosta muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulee tehdä yhteistyötä kuntien sosiaalilautakuntien kanssa. Lisäksi sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulee huolehtia tehtäväalaansa kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta. (Erikoissairaanhoidolaki 1989/1062, 3 luku 10 §.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä säädetyn lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua. Lailla varmistetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilöillä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja muut valmiudet. Lisäksi lain tarkoituksena on järjestää terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonta terveyden- ja sairaanhoidossa sekä helpottaa ammatillisesti perusteltua terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, 1 luku 1 §.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista säätää, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niissä rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Lain mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoito on järjestettävä ja potilasta on kohdeltava niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Laissa määritetään lisäksi potilaan äidinkielen, yksilöllisten tarpeiden ja kulttuurin huomioonottaminen hänen hoidossaan ja kohtelussaan mahdollisuuksien mukaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 2 luku 3 §.)

Uusi terveydenhuoltolaki on tulossa voimaan 1.5.2011. Uudessa terveydenhuoltolaissa säädetään terveydenhuollon toiminnoista ja tehtävistä sekä terveystalvelujen sisällöistä. Terveydenhuollon rakenteita koskevat säännökset ovat jatkossakin kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa. Uuden terveydenhuoltolain tarkoituksena on ylläpitää ja edistää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvaa. Lain tarkoituksena on kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Lain tarkoituksena on lisäksi toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta sekä vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä. Laki vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon eri toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. (Terveydenhuoltolaki 2011, 1 luku 2 §.) Uusi terveydenhuoltolaki on asiakaslähtöinen ja se lisää potilaan mahdollisuuksia valita terveydenhuollon palveluja yli kuntarajojen.

3.3 Mielenterveyspalveluita ohjaava laatusuositus ja kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma

Mielenterveyspalveluille on laadittu vuonna 2001 laatusuositukset, joissa käsitellään mielenterveyspalveluita ja mielenterveystyötä Mielenterveyslain (1991) mukaan. Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa on koottu keskeisimmät rakenteelliset ja toiminnalliset asiat, joista käytännön kokemuksen pohjalta laadukas mielenterveystyö rakentuu. Laatusuosituksissa nousee esiin, että mielenterveys on hyvinvoinnin, työ- ja toimintakyvyn ja selviytymiskyvyn kannalta merkittävä. (Harjajärvi ym. 2006, 13.)

Mielenterveyspalveluiden laatusuositukset on tarkoitettu kaikkien niiden käyttöön, jotka ovat mielenterveyspalvelujen toiminnassa mukana. Suosituksia voidaan käyttää mielenterveyspalveluiden suunnittelun, kehittämistyön, toiminnan seurannan ja vertaisarviointin välineenä. Suositus ei ole kuntia sitova määräys, vaan kunnat voivat käyttää suosituksia kokonaissuunnittelun

laatimisen lähtökohtana ja laatujärjestelmän kehittämisen apuna. Laatusuosituksissa on huomioitu tarvelähtöisyys erottamalla suositukset kolmeen osaan 1) kuntalaisen tai potilaan tarve, 2) palvelut ja toimintatavat, joilla saisi parhaan avun, 3) edellytykset, joita toiminta vaatii päättäjiltä ja hallinnolta. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 3 - 4.)

Laatusuosituksen rakenteessa on huomioitu mielenterveysongelmien kehittyminen prosessina ja siksi mielenterveyspalveluita tulisi olla saatavilla prosessin jokaisessa vaiheessa. Suosituksen mukaan mielenterveystyön resursseja ja osaamista tulee suunnata voimavarojen vahvistamiseen elämisessä ja selviytymisessä, ongelmien ehkäisyyn, psykososiaalisten ongelmien selvittelyyn ja tukemiseen, mielenterveyshäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen, tehokkaaseen hoitoon ja kuntoutukseen. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 3.)

Mielenterveyspalveluille on laadittu kaikkiaan 12 laatusuositusta. Suosituksissa nostetaan esiin muun muassa seuraavat asiat: jokainen pääsee elämäntilanteensa ja ongelmiansa kannalta tarkoituksenmukaiseen tutkimukseen ja hoitoon. Hoito tulee toteuttaa ensisijaisesti avohoitona, mutta tarvittaessa potilaan tulee päästä psykiatriseen sairaalahoitoon. Suosituksissa nousee esiin tärkeänä kohtana, että mielenterveystyötä varten tulee tehdä kokonaissuunnitelma. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 6 - 8.)

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma ohjaa mielenterveys- ja päihdetyön tulevaisuuden keskeisiä periaatteita ja painotuksia vuoteen 2015. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma edellyttää tulevaisuudessa kuntia sisällyttämään mielenterveys- ja päihdetyön strategian terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitelmaan osana kuntastrategiaa. (Nordling ym. 2009, 11.) Suunnittelun pohjana on ollut mielenterveys- ja päihdeongelmien suuri kansanterveydellinen merkitys. Nykyisessä palvelujärjestelmässä mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat erillään; mielenterveyspalvelut ovat pääosin terveystoimessa ja päihdehuollon palvelut ovat sosiaalitoimessa. Palvelujen hajanaisuus aiheuttaa nykyisellään hoitoon pääsyn vaikeutumista ja edesauttaa hoidosta pois jäämistä. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman

kehittämisessä on huomioitu meneillään oleva kunta- ja palvelurakennemuutos ja lainvalmisteluohjelma. (Haavisto ym. 2009, 3 - 13.)

Sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esitetään 18 ehdotusta mielenterveys- ja päihdetyön yhteiseksi kehittämiseksi vuoteen 2015. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa painottuu asiakkaan aseman vahvistaminen, mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistäminen, ongelmien ja haittojen ehkäisy ja hoito sekä kaikkien ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen keskittyen perus- ja avohoitopalveluihin. Suunnitelmassa nousee esiin, että mielenterveys- ja päihdepalvelut järjestetään pääpiirteissään avohoitona, jolloin palvelut palvelevat asiakkaita paremmin ja tukevat heidän voimavarojaan (Haavisto ym. 2009, 14 - 17.)

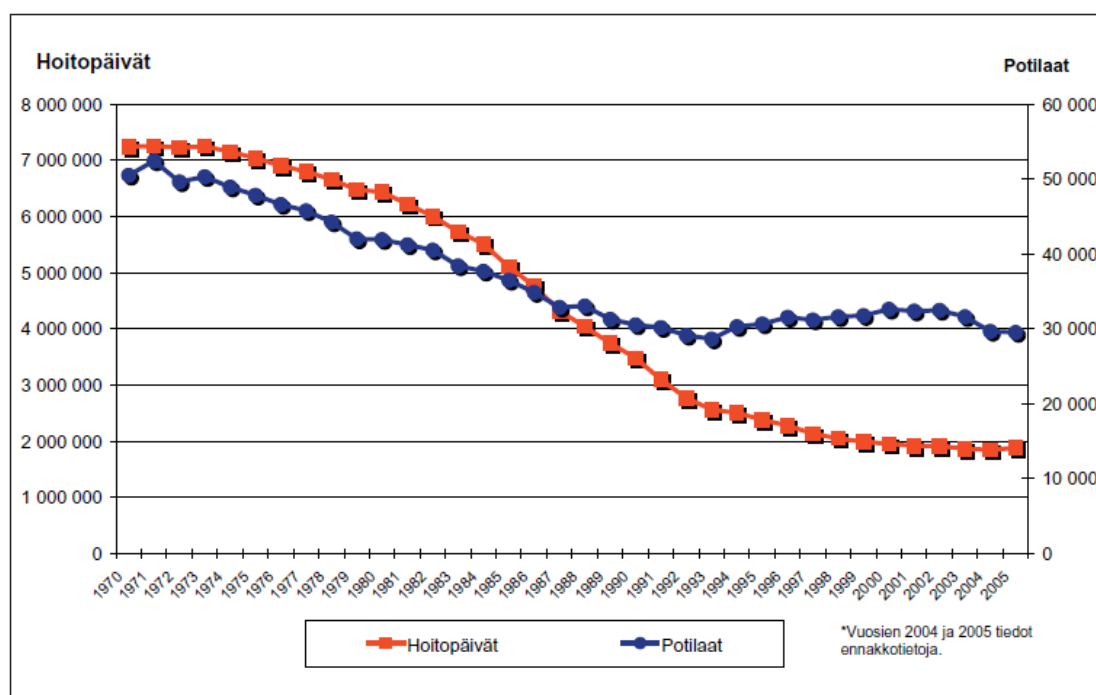
Pitkäjänteinen mielenterveyden edistämistyö ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen mahdollistavat vastaamisen ja auttamisen yksilön mielenterveys- ja päihdeongelmissa. Mielenterveyden edistäminen mahdollistaa muun muassa mielenterveyshäiriöiden ja itsemurhien ehkäisyä. Ehkäisevän päihdetyön tarkoituksena on vähentää päihteiden kysyntää, saatavuutta, tarjontaa sekä päihteiden käyttöön liittyviä haittoja edistämällä päihdeettömiä elämäntapoja, päihdehaittoja vähentämällä ja lisäämällä päihteisiin liittyvää ymmärrystä ja hallintaa. Kaste-ohjelmalla, mikä on sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma on ollut myös merkittävässä asemassa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisessä. (Bergman ym. 2010, 5 - 7.)

3.4 Mielenterveyspalvelujärjestelmissä tapahtuneet muutokset ja palvelujen kehittäminen

Viimeisen parinkymmenen vuoden aikana mielenterveyspalveluissa on tehty muutoksia niin hallinnossa kuin rakenteissa. Nämä muutokset ovat muualla länsimaissa olleet samansuuntaisia. Merkittäviä psykiatriseen palvelujärjestelmään vaikuttaneita muutostekijöitä ovat olleet 1990-luvun alussa erikoissairaanhoidolla toteutettu psykiatrisen hoitojärjestelmän hallinnollinen yhdentyminen muuhun erikoissairaanhoidon. Kyseessä on valtionosuusuudistuksella säädetty hallinnollinen hajautus, joka muutti

erikoissairaanhoidon tuottajaorganisaatioksi ja jolta kunnat tilaavat palvelut. Psykiatrisen palvelujärjestelmän muutokseen on vaikuttanut vuosikymmenen alkupuolella ollut taloudellinen lama. (Hyvönen 2008, 131 - 135.) Psykiatrisen palvelujärjestelmän rakennemuutos on selvimmin nähtävissä psykiatristen sairaalasiijojen määrässä (Lehtinen & Taipale 2005). Sairaalasijojen vähentämisen taustalla oli taloudellisten seikkojen lisäksi inhimillistä potilaiden hoitoa ja tarjota erilaisia hoitovaihtoehtoja (Hyvönen 2004, 15 - 16).

Sairaansijojen määrä oli 1980-luvulla 20 000 ja vuonna 2002 hieman alle 5 000. Hoitopäivät ovat vähentyneet samansuuntaisesti, mutta hoidettujen potilaiden kokonaismäärä on pysynyt melko vakaana. (Kuvio 2.) (Lehtinen & Taipale 2005.) Vuosittain sairaalahoidossa on noin 30 000 henkilöä (Harjajärvi ym. 2006, 18). Avohoidon vahvistamisen ja monipuolistamisen tavoitteena on vuoteen 2015 mennessä vähentää nykyisestä sairaansijasta 4600 noin 3000 sairassijaan (Haavisto 2009, 33).



Kuvio 2. Psykiatrisessa sairaalahoidossa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi hoidetut potilaat ja sairaalahoitopäivät vuosina 1970 - 2005. (Harjajärvi 2006, 19).

Nykyisin kunnilla on vastuu järjestää mielenterveyspalvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi mitä kunnassa tai kuntainliiton alueella esiintyvä tarve edellyttää (Pirkola & Wahlbeck 2008, 131; Harjajärvi ym. 2006, 16 - 17). Laitosvaltaisesta hoitojärjestelmästä on siirrytty monipuoliseen avohoitopalveluiden malliin. Samalla ovat laajentuneet palveluntuottajat, joita ovat sairaanhoitopiirit, kunnat, yksityiset toimijat ja kolmannen sektorin toimijat. Tämä on tehnyt palvelujärjestelmän pirstaleiseksi. (Pirkola & Wahlbeck 2008, 13.) Peruspalvelujen tehtävänä on mielenterveyden edistäminen, ehkäisevä työ, mielenterveyden diagnostiikka, hoito ja kuntoutus (Lehtinen & Taipale 2005). Psykiatrisen erikoissairaanhoidon lisätehtävänä on tukea peruspalveluja konsultaatioilla, työnohjauksella ja koulutuksella (Harjajärvi ym. 2006, 22). Sairaanhoitopiirit vastaavat lisäksi toimialueensa erikoissairaanhoidon avo- ja sairaalahoidon asianmukaisuudesta. Lisäksi sairaanhoitopiirin tehtävänä on koordinoita alueellista yhteistyötä, arvioida mielenterveyspalveluiden tarvetta ja kehittää mielenterveyspalveluita tasapuolisesti. (Lassila 2006, 3619.)

Avohoidon kehittämissyryyksistä huolimatta monissa kunnissa mielenterveyspalveluiden monimuotoisuus on edelleen niukka. Paikoitellen esiintyy laitospainotteisuutta. Avohoitopalvelut eivät ole kehittyneet riittävän monipuolisiksi. (Wahlbeck 2007, 95.) MERTTU -tutkimuksessa tuli esille, että kunnissa, joissa osin tai kokonaan psykiatrinen avohoito oli siirretty terveyskeskuksen toimintaan, käytettiin vähemmän erityyppisiä avohoitopalveluja ja palvelut olivat laitoshoitopainotteisia (Harjajärvi ym. 2006, 65). Kärkkäisen (2004) tutkimuksen mukaan mielenterveyspalveluiden rakenteessa ja laadussa on suuria alueellisia eroja ja hoitojärjestelmän hallinta sekä ohjaus ovat kokonaisuutena puutteellisia (Kärkkäinen 2004, 192).

Avohoitopalvelujen suurimpia ongelmakohtia on vähäinen vetovoimaisuus alan ammattihenkilöstön silmissä (Wahlbeck 2007, 96). Mielenterveyspalveluiden hajanaisuus ja toimivan työnjaon sekä yhteistyömallien puuttuminen ovat vaikuttaneet vetovoimaisuuden puuttumiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 64). Julkisen sektorin työnsisältö, työmäärä ja työolosuhteet eivät vastaa psykiatrien tarpeisiin (Joukamaa ym. 2003, 4255). Erityisesti juuri psykiatreja

on ollut vaikeaa saada avohoidon paikkoihin (Wahlbeck 2007, 96). Islantia lukuun ottamatta Suomessa on pohjoismaista eniten psykiatreja, 26 psykiatria 100 000 henkilöä kohden. Psykiatrisia sairaanhoitajia on kolme kertaa enemmän kuin muissa Pohjoismaissa. (Wahlbeck 2010, 41.)

Tasapainoiseen mielenterveyspalvelujärjestelmään kuuluu monimuotoisia avohoitopalveluja ja tarvittava määrä sairaalapalveluja (Harjajärvi ym. 2006, 69; Tansella & Thornicroft 2004, 283). Suomessa monipuoliseen palvelujärjestelmään tarvitaan lisää sairaaloiden ulkopuolelle sijoituvia ympärivuorokautisia yksiköitä, järjestettyä päivätoimintaa, liikkuvia ja päivystäviä avohoitopalveluita (Harjajärvi ym. 2006, 69). Avohoito ja sairaalahoito tulee yhdistää toisiaan tukevaksi ja täydentäväksi palveluksi (Korkeila 2009, 2339). Psykiatrinen sairaalahoito toteutetaan parhaiten osana yleissairaalaa (Wahlbeck 2009, 13).

Psykiatrisen avohoidon laadun parantamiseksi tulee tapahtua kehitystä palvelujärjestelmän kehittämisessä. Ihmisten asenteiden, työtapojen ja voimavarojen painopisteen tulee muuttua. (Korkeila 2009, 2333.) Hoidon ja arvioinnin tulee perustua tieteelliseen näyttöön (Wahlbeck 2007, 96). Palvelujärjestelmän järjestäminen edellyttää palvelujen vaikuttavuuden, tasavertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden huomioimista (Korkeila 2009, 2334). Huomiota tulee kiinnittää eri palveluiden ja organisaatioiden keskinäiseen hoidon jatkuvuuteen, mielenterveyden ja päihteettömyyden edistämiseen sekä häiriöiden ennaltaehkäisyyn ja potilaskohtaisen hoidon jatkuvuuteen (Korkeila 2009, 2338; Harjajärvi ym. 2006, 23).

Palvelujärjestelmässä tulee kehittää potilaita vähemmän leimaavia ja laitostavia palveluyksiköitä. Sairaalassa tapahtuvalle ympärivuorokautiselle akuuttihoidolle tulee etsiä vaihtoehtoisia palvelumuotoja. Kuntoutustoiminnan sisällön kehittäminen ja laadun ylläpitäminen ovat palvelujärjestelmän kehittämisen keskeisiä vaatimuksia. Avo- ja sairaalahoidossa oleville mielenterveyspotilaille ja -kuntoutujille tulee järjestää omaehtoisia osallistumismahdollisuuksia ja mielekästä tekemistä. (Harjajärvi ym. 2006, 67, 73.)

Uusia ja tutkittuja avohoidon palvelumuotoja ovat erilaiset liikkuvat, moniammatilliset avohoitotiimit, kuten työryhmäpohjainen tehostetun avohoidon tai psykoosi ja kriisityöryhmien toiminta (Harjajärvi ym. 2006, 67). Työryhmäpohjaisen tehostetun avohoidon (Assertive Community treatment, ACT) on todettu vähentävän sairaalahoidon tarvetta ja lyhentävän sairaalahoidon kestoa (Käypä hoito suositus 2007; Tansella & Thornicroft 2004, 287; Lockwood & Marshall 1998, 11).

Avohoitopainotteisessa palvelujärjestelmässä korostuu omaisten vastuu mielenterveyskuntoutujien arkipäivän selviytymisestä. Puutteet avohoitopalveluissa ovat lisänneet omaisten kuormittumista. Omaisten jaksamiseen tulee kiinnittää huomiota ja perheille tulee tarjota riittävästi tietoa, käytännön neuvoja, taloudellista ja henkistä tukea. Omaisyhdistykset tulee huomioida kehitettäessä palvelujärjestelmiä. (Stengård 2005, 119.) Mielenterveystyössä tulee vahvistaa ja tukea omaisten asemaa. (ETENE 2009, 20).

Mielenterveyspalvelujen palvelujärjestelmän kokonaisuuden kehittäminen edellyttää vapaaehtois- ja vertaisryhmien mukaanoton. Nämä ryhmät pystyvät vastamaan sellaisiin tarpeisiin, joita julkisesti järjestetyt palvelut eivät tunnista tai osaa kohdata. Nämä ovat matalan kynnyksen palvelua. (Harjajärvi ym. 2006, 69.)

3.5 Asiakslähtöisyys palvelujen kehittämisen lähtökohtana

Asiakas on yleiskäsitemuotoilla potilaalle ja kuntoutujalle. Asiakslähtöisyys voidaan samoin korvata tilanteen mukaisesti potilaslähtöisyydellä tai kuntoutujalähtöisyydellä. Asiakas on hoito- ja palvelujärjestelmässä asioiva henkilö. (Immonen ym. 2002, 7.) Tässä opinnäytetyössä käytetään asiakasta kuvaamaan haastateltavia mielenterveysyhdistyksen jäseniä.

Asiakslähtöisessä ajattelussa on useita ulottuvuuksia: yhdenvertaisuus ja yhteistyö, aito vuorovaikutus sekä voimavarat ja voimaantuminen. Voimaantumisen mahdollistavia tekijöitä ovat luottamus, arvostus,

valinnanvapaus, itsenäisyys, vastuu ja kunnioittaminen. Muita mahdollistavia tekijöitä ovat vuorovaikutus, turvallisuus, hyväksyntä, tarpeelliseksi kokeminen, kriittisyys, toiveikkuus ja myönteisyys. (Immonen ym. 2002, 20 - 23.)

Asiakaslähtöisessä työskentelyssä organisaatio ottaa asiakkaan mukaan keskusteluun ja päätöksentekoon. Toiminta vastaa asiakkaan tarpeisiin, eikä toimintaa suunnitella pelkästään organisaation tai työntekijän tarpeista lähtien. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa toiminnan suunnittelua niin, että asiakas on keskipisteenä ja lähtökohtana. Asiakaslähtöinen työote edistää mielenterveyttä ja tänä päivänä potilaat haluavat aktiivisemmän roolin terveydenhuollossa ja he hyötyvät siitä. Asiakkaan osallisuuden lisääminen tukee itsetuntoa ja kohentaa mielenterveyttä, se vähentää erillisyyden tunnetta ja rohkaisee vastuulliseen asennoitumiseen omasta terveydestä. (Immonen ym. 2002, 27 - 31.) Asiakaslähtöisyydessä ihmiset nähdään itsenäisinä, vastuullisina ja yhteiskunnallisiin toimintoihin aktiivisesti vaikuttavina toimijoina (Hirsikoski ym. 2007, 9). Asiakkaan osallisuutta voidaan tukea asiakaslähtöisellä toiminnalla ja asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdetyössä toteutuu organisaatioiden, asiakas - työntekijä yhteistyösuhteen ja yksittäisen työntekijän toiminnan tasolla (Laitila 2010, 183).

Laitila (2010) on väitöstyössään tutkinut asiakkaiden osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden näkökulmasta sekä työntekijöiden näkökulmasta käsin. Tutkimuksessa asiakkaiden osallisuus toteutui osallisuudesta omaan hoitoonsa ja kuntoutukseen, osallisuudesta palveluiden kehittämiseen ja osallisuudesta palveluiden järjestämiseen. Tutkimuksen mukaan asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdetyössä tarkoittaa työntekijöiden tapaa tehdä työtä tai tapaa, jolla työskentelyn tavoitteet asetetaan. Tutkimuksen mukaan asiakkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet ovat edelleen puutteellisia. Tutkimuksessa vahvistui käsitys siitä, että palveluiden käyttäjiltä kannattaa kysyä, koska heillä on paljon kokemustietoa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi. Asiakkaiden mukaan kehittämistyöhön tulisi ottaa lisäksi mukaan kolmannen sektorin toimijoita, erityisesti potilasjärjestöjä. (Laitila 2010, 1, 145 - 166.) Asiakkaiden

kokemuksien ja näkemysten huomioiminen palveluiden suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa laajentaa monin tavoin työntekijöiden työtä (ETENE 2009, 20).

Kokko (2004) on väitöstyössään tutkinut mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Tutkimuksessa asiakkaat arvostavat palvelujärjestelmää, joka toimii joustavasti moniammatillisen työskentelyn periaatteella. Asiakkaat arvostavat lisäksi vaikutusmahdollisuutta hoitoonsa, työntekijöiden ammattitaitoa ja yhteistyötä perheiden kanssa, vertaistukea sekä ihmisarvoista ja ammattitaitoista kohtelua. (Kokko 2004, 136 - 137.)

Asiakkaiden osallistumismahdollisuuksissa on edelleenkin puutteita käytännön toteutuksissa, vaikka sitä erilaisissa suunnitelmissa, strategioissa ja ohjelmissa korostetaan (Laitila 2010, 3; Connor & Wilson 2006, 473; Toikko 2006, 20). Kansallinen mielenterveys- ja päihdetyön toimeenpanosuunnitelman kokoamisessa ja siitä tiedottamisesta on tehty yhteistyötä mielenterveys ja päihdealan omais- ja potilasjärjestöjen kanssa (Nevalainen 2010, 63). Paikallisella ja valtakunnallisella tasolla onkin haasteena saada mielenterveys ja päihdepalveluiden käyttäjät mukaan palveluiden kehittämiseen ja järjestämiseen (Laitila 2010, 167). Mielenterveyspalveluiden käyttäjillä on arvokasta kokemusta, jota tulisi ottaa huomioon päätöksenteossa, toimintojen suunnittelussa ja niitä toimeenpantaessa (EU 2008, 2 - 3).

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa asiakasnäkökulmaa mielenterveyspalvelujen kehittämiseen. Tavoitteena on selvittää mielenterveysyhdistyksen asiakkaiden mielipiteitä Salon seudun erikoissairaanhoidon mielenterveyspalveluista ja kehittämistarpeista. Asiakkailta saadut mielipiteet viedään tiedoksi psykiatrian tulosalueen aikuispsykiatrian suunnittelutyöryhmälle.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten Salon seudun erikoissairaanhoidon aikuisten mielenterveyspalvelut on järjestetty asiakkaan näkökulmasta?
2. Miten Salon seudun erikoissairaanhoidon aikuisten mielenterveyspalveluita tulisi jatkossa muuttaa asiakkaan näkökulmasta?

5 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyöhön on valittu laadullinen tutkimusmenetelmä, koska sen avulla on mahdollisuus kuvata todellista elämää. Laadullisen tutkimuksen avulla mahdollistuu kokonaisvaltainen tiedon hankinta ja siinä suositaan ihmistä tiedon keruun välineenä ja sen avulla on mahdollisuus saada esiin erilaisia näkökulmia. (Hirsijärvi ym. 2003, 152 - 155.) Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmänä ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja dokumentteihin perustuva tieto (Sarajärvi & Tuomi 2009, 71).

Opinnäytetyön tutkimusaineiston keruu toteutetaan fokusryhmähaastattelun (focus group interview) avulla, joka on laadullinen menetelmä. Fokusryhmähaastattelumenetelmää on käytetty Suomessa tutkimusmenetelmänä yhteiskuntatieteessä ja sosiaali- ja terveydenhuollon aloilla 1990-luvun alkupuolelta alkaen (Holma ym. 2007, 306). Mielenterveystutkimuksissa menetelmää on käytetty ensisijaisesti kohderyhmien mielipiteiden, tunteiden, asenteiden ja palvelujen uudistuksiin liittyvissä tutkimuksissa (Baba ym. 2004, 25).

Fokusryhmähaastattelussa keskeistä on ryhmän vetäjän rooli ja läsnäolo. Fokusryhmähaastattelu on valikoidussa ryhmässä tapahtuva ja haastattelijan ylläpitämää keskustelua ennalta suunniteltujen haastattelukysymysten pohjalta. (Kaila & Mäntyranta 2008, 1507; McLafferty 2004, 189; Rabiee 2004, 655 - 656.) Menetelmä on joustava ja siinä pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja vastaamaan kysymyksiin miksi, kuinka, mitä ja miten (Kaila & Mäntyranta 2008, 1507; Holma ym. 2007, 307). Fokusryhmähaastattelun tavoitteena on saada esille haastateltavien näkemyksiä, kokemuksia ja mielipiteitä (Kaila & Mäntyranta 2008, 1507; Rabiee 2004, 655 - 656). Haastattelussa saatu tieto kuvaa haastatteluun osallistuneiden käsityksiä, eikä näin ollen edusta koko väestöä (Davidson ym. 2007, 1003; Baba ym. 2004, 26).

Fokusryhmähaastattelu on ainoa menetelmä haluttaessa oppia haastateltavien tutkimusaihetta koskevista mielipiteistä ja näkökannoista (Holma ym. 2007, 306; Kevern & Webb 2001, 802). Se eroaa muista ryhmähaastatteluista siten, että siinä käytetään ryhmän vuorovaikutusta tuottamaan esille tietoa, jota ei muuten saataisi (Holma ym. 2007, 307; McLafferty 2004, 187; Rabiee 2004, 656; Kevern & Webb 2001, 799).

Optimaalinen haastatteluryhmä koostuu tarkoin valituista ja erikseen kutsutuista kuudesta tai kahdeksasta henkilöstä (Ruusuvuori 2005, 223; Rabiee 2004, 656; Hirsjärvi & Hurme 2000, 62). Haastatteluun osallistuvien jäsenten toistensa tuntemisesta on erilaisia mielipiteitä (Holma ym. 2007, 307; Freeman 2006, 493; Rabiee 2004, 656). Kokemusta on, että tutkittaessa hyvin herkkiä ja henkilökohtaisia kysymyksiä, ennestään tutun ryhmän käyttö saattaisi olla parempi. Tällöin ryhmän jäsenten välillä on syntynyt luottamus, mikä kannustaa ilmaisemaan ajatuksia. (Davidson ym. 2007, 1008; Rabiee 2004, 656.) Ryhmään osallistuminen edellyttää haastateltavalta vapaaehtoisuutta, asiantuntijuutta ja kykyä ilmaista itseään verbaalisesti (Kaila & Mäntyranta 2008, 1509; Baba ym. 2004, 27). Valittaessa haastateltavia tärkeää ei ole tilastollinen edustavuus, vaan pyrkimys saada koolle ryhmä haastateltavia, jotka pystyvät tuomaan tutkittavaan asiaan erilaisia näkökulmia (Kaila & Mäntyranta 2008, 1509).

Haastattelussa kysytyjä kysymyksiä olisi hyvä olla neljä tai viisi, joiden pohjalta keskustellaan aiheesta. Johdattelevia kysymyksiä on syytä välttää. (Kaila & Mäntyranta 2008, 1510.) Ryhmän on oltava riittävän suuri, jotta siinä saadaan erilaisia mielipiteitä ja toisaalta tarpeeksi pieni, jotta jokainen voi osallistua riittävästi haastatteluun. Haastattelutilanteessa tulee haastattelijan pysyä valituissa teemoissa ja huolehtia siitä, että kaikilla haastateltavilla on mahdollisuus osallistua keskusteluun. (Holma ym. 2007, 308; Freeman 2006, 492; McLafferty 2004, 190; Hirsjärvi & Hurme 2000, 61.) Haastattelun kesto on 1 - 2 tuntia ja haastattelun pituudesta on hyvä kertoa osallistujille (Rabiee 2004, 655 - 656).

5.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Opinnäytetyön kohderyhmä koostuu Salon seudun mielenterveysyhdistyksen jäsenistä, joiden mielipidettä psykiatrian tulosalueen suunnittelutyöryhmä toivoi palveluiden kehittämiseen. Suunnittelutyöryhmältä tuli lisäksi ehdotus käyttää tutkimusmenetelmänä fokusryhmähaastattelua. Palvelun käyttäjien osallistumista toiminnan kehittämiseen voidaan edistää osallistuvilla menetelmillä, kuten ryhmähaastatteluilla (Campell ym. 2009). Mielenterveysyhdistys on Mielenterveyden Keskusliiton jäsenyhdistys ja se toimii Salon mielenterveyskuntoutujien etujärjestönä (Mielenterveysyhdistys Salmi ry 2011). Haastattelun kohderyhmäksi valittiin mielenterveysyhdistyksen jäseniä, koska heillä ajateltiin olevan laaja-alaista kokemusta ja näkemystä Salon alueen erikoissairaanhoidon eri mielenterveyspalveluista.

Haastattelukysymykset laadittiin tutkimusongelmien mukaisesti suunnittelutyöryhmältä joulukuun aikana tulleiden toiveiden pohjalta (Liite 1). Toinen opinnäytetyön tekijöistä esitesti haastattelukysymykset Salon yleissairaалapsykiatrian osaston kuuden potilaan kanssa. Esitestauksen tavoitteena oli testata kysymysten ymmärrettävyyttä, haastattelijan roolia ja arvioida haastattelun keskimääräinen kesto aika. Tämän pohjalta tehtiin toiseen tutkimusongelmaan tarkennus. Kehittää sanan tilalle vaihdettiin muuttaa sana. Tämän toivottiin helpottavan kysymykseen vastaamista. Esihaastattelun perusteella haastatteluun varattiin aikaa 1,5 tuntia.

Ennen haastattelua toinen opinnäytetyön tekijöistä kävi tutustumassa mielenterveysyhdistyksen tilaan ja toimitti samalla yhdistyksen puheenjohtajalle 40 saatekirjettä yhdistyksen jäsenille jaettavaksi (Liite 2). Haastattelijoiden toiveena oli saada haastatteluun henkilöitä, joilla on kokemusta Salon seudun erikoissairaanhoidon mielenterveyspalveluista ja edustusta molemmista sukupuolista. Lisäksi toiveena oli osallistujien halukkuus osallistua haastatteluun ja valmius ilmaista mielipiteitä ryhmässä. Ryhmän rekrytointi sovittiin yhdistyksen puheenjohtajan tehtäväksi, koska hänellä on parhain tuntemus yhdistyksen jäsenistä.

Fokusryhmähaastattelu toteutettiin sovittuna ajankohtana mielenterveysyhdistyksen tiloissa. Etukäteen suunniteltu tila jouduttiin vaihtamaan yhdistyksen ryhmätoiminnan vuoksi pienempään tilaan. Tilaan saatiin kehämäinen muodostelma, mutta tuolit olivat hyvin epämukavat. Sovittuun ajankohtaan mennessä haastatteluun oli ilmoittautunut yhdeksän haastateltavaa. Haastattelutilanteeseen osallistui seitsemän haastateltavaa. Koko oli sopivan pieni luottamuksellisen ilmapiiriin muodostumiseksi. Kesken haastattelua olisi osallistunut vielä yksi henkilö, mutta haastateltavien kanssa oli etukäteen sovittu, ettei haastatteluun voi osallistua enää kesken haastattelun. Haastattelu nauhoitettiin osallistujien suostumuksella

Ennen varsinaisen haastattelun aloitusta haastattelijat esittelivät itsensä sekä saatekirjeen ja suostumuksen (Liite 3). Näihin liittyvät asiat kerrattiin ja tarkennettiin ja haastattelun runko käytiin läpi. Haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen, josta he saivat itselleen oman kappaleen. Haastateltaville selvitettiin lisäksi Salon seudun erikoissairaanhoidon mielenterveyspalvelut (Liite 4). Jokaiselle haastatteluun osallistujalle jaettiin vielä paperinen esite. Tämän esitteen tarkoituksena oli auttaa haastateltavia hahmottamaan erikoissairaanhoidon palvelut.

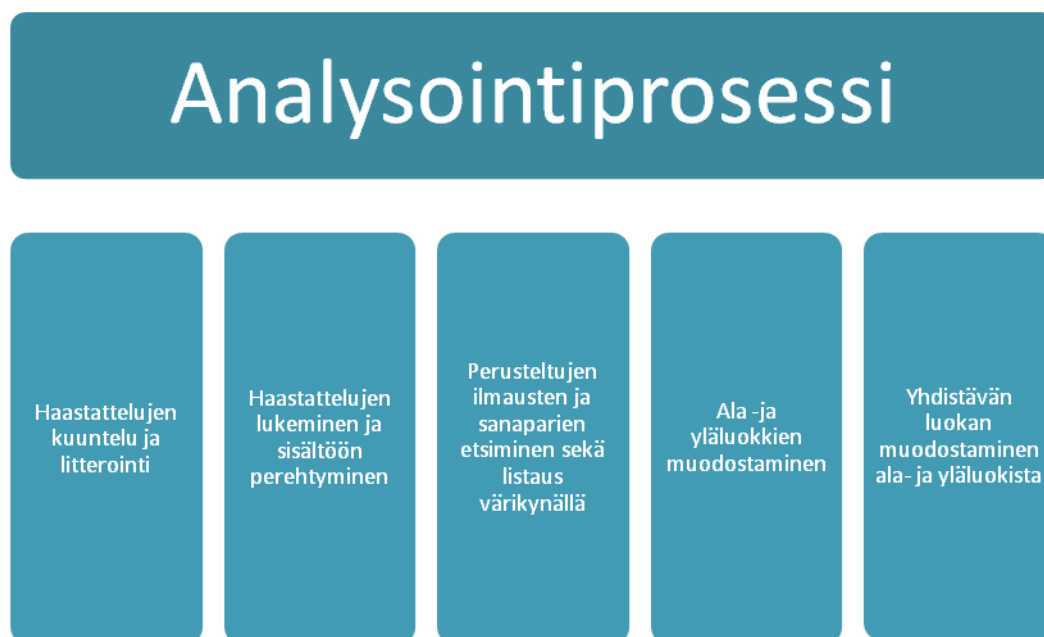
Haastattelun ilmapiiri oli rento ja haastateltavat kertoivat kysymyksiin liittyviä asioita omilla termeillä ja ilmaisutavoilla. Haastattelu eteni haastateltavien ehtoilla, kuitenkin niin, että kaikista kysymyksiin liittyvistä asioista keskusteltiin. Vaikka haastattelusta joutui yksi osallistuja lähtemään pois hieman ennen haastattelun päättymistä, keskustelu säilyi sujuvana ja ilmapiiri avoimena. Toinen haastattelijaa huolehti haastattelun nauhoituksesta, havainnoi ja teki muistiinpanoja haastattelun aikana koskien haastattelun sisältöä. Haastattelu kesti vajaat 2 tuntia.

Haastattelusta saadut tulokset esiteltiin psykiatrian tulosalueen suunnittelutyöryhmälle 16.3.2011. Lisäksi tulokset toimitetaan mielenterveysyhdistyksen puheenjohtajalle. Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot jäivät haastateltaville mahdollisia jälkikäteen tulevia lisätietoja varten.

5.3 Tutkimusaineiston analyysi

Haastatteluaineisto analysoitiin laadullisella menetelmällä sisällön analyysillä. Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla etsitään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia. Saatu tieto esitetään sanallisessa muodossa. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineisto ryhmitellään johdonmukaisiksi kokonaisuuksiksi ja tiivistämistä ohjaa tutkimusongelma sekä tutkimuskysymykset. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 103 - 113; Vilkkä 2009, 139 - 142.)

Analysointi aloitettiin nauhoituksen kuuntelemisella, jonka jälkeen ne kirjoitettiin sanatarkasti puhtaaksi tekstimuotoon Microsoft Office Word tekstinkäsittelyohjelmalla. Litterointi tuotti 22 A4 sivua tekstiä. Tämän jälkeen litteroinnit tulostettiin ja luettiin huolellisesti läpi. Eriväreillä tekstistä nostettiin esille teemoihin liittyviä lauseita ja sanapareja. Tämän pelkistämisen jälkeen haastatteluaineistosta etsittiin samankaltaisia ilmauksia, joista muodostettiin alaluokka. Alaluokkia yhdistelemällä saatiin muodostettua yläluokka. Kaikista yläluokkien teemoista saatiin yhdistävä luokka. (Kuvio 3). Näin saatiin vastaukset tutkimusongelmiin.



Kuvio 3. Analysointiprosessin kuvaus

Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä asiakkaiden haastattelut pelkistettiin ja ryhmiteltiin. (Kuvio 4). Oheisessa kuviossa on kuvattuna yksi luokitteluprosessi vaiheittain. Kuviossa tulee esille asiakkaiden kokemukset nykyisten mielenterveyspalveluiden toimivuudesta. Kaiken kaikkiaan ryhmittelystä syntyi kuusi yhdistävää luokkaa, jotka kuvataan tarkemmin tutkimustuloksissa.

Asiakkaiden haastattelu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
<ul style="list-style-type: none"> •Kaiken kuntoutuspoliiklinikan ja kaiken sen avulla mä voin näinkin hyvin. Että olen todellakin monelta suunnalta saanut tukea. En todellakaan ilman tukea tulisi toimeen. Et jos mä olen joskun ollut ihan romahtamassa, niin se mulle ainakin on tänä keväänä avautunut, ei tarvitse pärjätä yksin. Aina saa apuakun pyytää •Hyvää se kun lääkäri kävi mun kaikki lääkkeet läpi ja niitä vähennettiin ja sit mulle järjestettiin kuntoutustyöntekijä , kotisairaanhoido ja lisäksi mä aloin käydä aikuispsykiatrian poliiklinikalla. Kuntoutustyöntekijä kävi luonani ja me tehtiin sellaisia sovittuja asioita ja mentiin johonkin. •Mä tykkäsin hirveen paljon tuosta yleissairaalapysykiatriasta. Siellä lääkäri otti minut kokonaisuutena koska minulla on näitä fyysisiä sairauksia, psyyken sairauksia. Et ne ottaa niin kuin huomioon, kaikki oli samaa, fyysiset ja psyykkiset. •Se helpottaa kun saa käydä juttelemassa. miässä on semmoinen ihminen joka ymmärtää paljon asioita. •Perusterveydenhoitoon järjestettiin omalääkäri joka nyt paneutuu mun asioihin. •Ne jaksaa paneutua , ymmärtää ja hoitaa koko ihmistä •Halikon sairaalan henkilökunta on jo sieltä 1970-luvulta ollut aikaansa edellä, vaikka siellä oli aika kolkot ja harmaat seinät silloin vielä ennen saneerausta, se oli aika semmoinen yksitöisen oloinen paikka, niin henkilökunta oli ajan tasalla, vähän iäkkäämkin hoitajat. •Hyvä kun saa käydä tietyn aikaa. 	<ul style="list-style-type: none"> •Monipuoliset palvelut ovat tukenet toipumista •Erikoissairaanhoidon mielenterveyspalveluiden lisäksi potilaille on järjestetty perusterveydenhuollon palveluja mm. omalääkäri, kotisairaanhoido, ryhmätoimintaa •Yleissairaalapysykiatriassa kokonaisvaltainen hoito, jossa somaattinen puoli huomioidaan ja tehdään monipuolisia tutkimuksia •Kuntoutuspalvelut suuntaavat kotiin ja ohjaavat aktiiviseen toimintaan kodin ulkopuolelle •Lääkäri, joka on ottanut huomioon asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon •Keskustelut on koettu tärkeäksi hoitomenetelmäksi •Apua saa aina pyydettyä •Laaja-alainen ymmärrys asiakkaan tilanteeseen ja osaava henkilökunta •On mahdollisuus sopia tietyn mittaisesta hoitajaksosta 	<ul style="list-style-type: none"> •Monipuolisia palveluita •Yhteistyö perusterveydenhuoltoon on toimivaa •Kokonaisvaltainen hoito ja osaava henkilökunta 	<ul style="list-style-type: none"> •Asiakkaiden kokemuksia nykyisten mielenterveyspalveluiden toimivuudesta

Kuvio 4. Esimerkki aineiston luokittelusta

6 TUTKIMUSTULOKSET

Suurimmalla osalla haastatelluista asiakkaista oli pitkä kokemus erilaisista erikoissairaanhoidon mielenterveyspalveluista. Sairaalahoitokokemuksia oli suljetuilta ja avo-osastoilta. Avohoitokokemusta oli päiväyksiköstä, psykiatrian poliklinikalta, yleissairaalapsykiatrian poliklinikalta ja kuntoutuspoliklinikalta. Haastateltavilla ei ollut kokemusta päihdeosaston, vanhuspsykiatrian osaston ja poliklinikan eikä tutkimuspoliklinikan palveluista. Asiakkailta oli lisäksi kokemusta perusterveydenhuollon ja yksityisen sektorin mielenterveyspalveluista. Muutaman asiakkaan avohoito oli siirretty kokonaan perusterveydenhuollon palveluihin.

6.1 Nykyisten mielenterveyspalveluiden toimivuus asiakkaiden mielestä

Enemmistö asiakkaista koki erikoissairaanhoidon mielenterveyspalveluiden olevan monipuolisia ja nämä palvelut olivat tukeneet heidän toipumistaan. Enemmistö asiakkaista oli tyytyväisiä erikoissairaanhoidon mielenterveyspalveluiden ja perusterveydenhuollon väliseen yhteistyöhön sekä saamaansa kokonaisvaltaiseen hoitoon.

”En todellakaan ilman tukea tulisi toimeen. Et jos mä olen joskus ollut ihan romahtamassa, niin se mulle on ainakin tänä keväänä avautunut, ei tarvikaan pärjätä yksin. Aina saa apua kun pyytää”...

Kaikki asiakkaat pitivät tärkeänä, että heidän hoidossa huomioidaan sekä psyykinen että fyysinen vointi. Erityisesti yleissairaalapsykiatrisen hoito koettiin kokonaisvaltaiseksi hoidoksi, missä psykiatrisessa hoidossa on tutkimuksellinen ote ja hoidossa huomioidaan somaattinen puoli. Enemmistö asiakkaista oli tyytyväisiä lääkäriin, joka huomioi asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon. Tärkeänä hoitomenetelmänä asiakkaat kokivat keskusteluhoidon ja kotiin suuntaavan kuntoutustoiminnan. Enemmistö asiakkaista koki mielenterveyspalveluiden henkilökunnan osaavaksi ja ammattitaitoiseksi, missä asiakkaan tilanne tulee laaja-alaisesti ymmärretyksi. Hyvänä asiana erityisesti avohoidossa koettiin mahdollisuus sopia tietyn mittaisesta hoitojaksosta.

Tärkeänä asiana asiakkaat toivat esiin sen, että olivat saaneet apua tarvittaessa.

”Että olen todellakin saanut monelta suunnaltakin tukea. Mulla on ollut se, että olen ottanut tukea vastaan. Kaiken sen avulla mä voin näinkin hyvin, mitä mä nyt voin”.

”Että ne ottaa niin kuin kaikki huomioon, kaikki on samaa psyykkiset ja fyysiset”...

”Halikon sairaalan henkilökunta on jo sieltä 1970-luvulta ollut aikaansa edellä, vaikka siellä oli aika kolkot ja harmaat seinät silloin vielä ennen saneerausta, se oli aika semmoisen yksitotisen oloinen paikka, niin henkilökunta oli ajan tasalla, vähän iäkkäämmätkin hoitajat”.

6.2 Asiakkaiden tiedonsaanti mielenterveyspalveluista

Enemmistö asiakkaista oli saanut tietoa mielenterveyspalveluista eri mielenterveyspalveluiden hoitoyksiköistä, joissa olivat olleet asiakkaana. Yleisemmin asiakkaat olivat saaneet tietoa hoitoneuvotteluissa. Lisäksi asiakkaat olivat saaneet tietoa somaattisesta erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta, omaisilta, mielenterveysyhdistykseltä tai he olivat itse ottaneet selvää.

”Mä olen saanut lähinnä sit aina sieltä hoitoyksiköstä eli on ollut näitä hoitoneuvotteluja ja niissä on sit päätetty niin, että miten hoidetaan”...

”Niin hän sitten lähetti lähetteen sieltä sairaalasta tohon yleissairaalapysykiatrian poliklinikalle ja mä pääsin sinne sitten ja sen kautta sitten”...

”Kyll mä olen ottanut itekin selvää. Vaihtoehtoja olisi tietysti voinut olla monia muitakin”...

Yhdellä asiakkaalla oli kokemus, ettei ole mistään saanut tietoa mielenterveyspalveluista. Asiakkaalla oli kokemus, ettei ollut osannut eikä jaksanut ottaa selvää mielenterveyspalveluista.

”Mä en tällaisia ennen tiennytkään, että olisi ollut jossain, mistä saa apua”.

6.3 Asiakkaiden mahdollisuus vaikuttaa hoitopaikan valintaan

Enemmistö asiakkaista oli ohjautunut hoitopaikkoihin aiempien hoitotahojen ohjaamina. Enemmistö asiakkaista koki avohoidossa olevan paremmin mahdollisuutta vaikuttaa hoitopaikan valintaan. Yhden asiakkaan omaan

mielipiteeseen hoitopaikasta oli vaikuttanut muiden asiakkaiden mielipiteet. Muutamalla asiakkaalla taloudelliset asiat olivat vaikuttaneet siihen, oliko voinut käydä yksityisellä puolella vai ei. Kelan tuki oli muutamalla asiakkaalla mahdollistanut käynnit yksityissektorin puolella.

”Juu, aina siirrettiinkin sitten niin kuin eteenpäin. Jotta pääsin sieltä sitten avohoitoon”...

”Oon saanut päättää hoitopaikasta”...

Muutamalla asiakkaalla oli kokemus, ettei heillä ole ollut mahdollisuutta vaikuttaa hoitopaikkaan, vaan heidän oli tyydyttävä siihen, mitä hoitavataho tarjoaa. Muutamalla asiakkaalla oli kokemus, ettei pakkohoidossa ole ollut mahdollisuutta vaikuttaa hoitopaikan valintaan, mutta voinnin kohentuessa oli voinut vaikuttaa.

”Mulle on niin kuin määrätty vain ja mä olen mennyt siinä mukana”...

”Kun mä sairastuin, niin enhän mä silloin saanut oikeastaan valita sitä, vaan se määrättiin mulle. Niin sithän mä sain, mitä parempaan kuntoon mä tulin, niin sen enemmän mä olen itse saanut vaikuttaa tähän mun hoitoon”...

6.4 Mielenterveyspalveluissa esiintyneitä ongelmia

Enemmistö asiakkaista koki mielenterveyspalvelut monimutkaisiksi ja hajallaan oleviksi. Kaikkien asiakkaiden mielestä muutoksia mielenterveyspalveluissa tehdään koko ajan, eikä niissä oteta huomioon asiakkaiden mielipiteitä. Tietämättömyys mielenterveyspalveluista oli muutaman asiakkaan mielestä ongelma. Asiakkaiden siirtyminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon organisaatioon oli lisännyt muutaman asiakkaan pelkoa tyhjän päälle jäämisestä. Enemmistöllä asiakkaista oli pelko Halikon sairaalan loppumisesta.

”Tämä on mun mielestä hirveän hajanainen tämä koko systeemi. Ja sit kun sen itse kokee, että se oma hoitokin on niin monessa eri paikassa”...

”On vähän vaikea, kun tämä on mennyt liian monimutkaiseksi”...

”Ja sitten vielä jos nää kaikki ajetaan niin kuin Halikon sairaala alas, miten sit pärjätään”...

Kaikki asiakkaat kokivat avohoidossa erityisen ongelmallisena lääkäreiden vähäisyyden, mikä heijastuu lääkäriaikojen huonoon saamiseen. Muita ongelmia avohoidossa oli sosiaalityöntekijän palveluiden vähäisyys ja liian harvoin toteutuvat hoitoneuvottelut. Avohoidossa muutamat asiakkaat kokivat ongelmana myös hoitosuhteiden katkeamisen, avohoidon kahlitsevuuden ja toisaalta rajallisen ajan käydä avohoidossa. Lisäksi avohoidossa koettiin pelkkien keskusteluhoitojen olevan riittämättömiä ja kuntouttavan toiminnan olevan vähäistä. Enemmistö asiakkaista koki voinnin kohentuessa, etteivät mielenterveyspalvelut vastaa heidän muuttuneita tarpeita.

”Koska mulla on nyt hirveän pitkä aika, koska viimeksi mulla on ollut hoitoneuvottelu. Mä olen ollut silloin ihan erilaisessa kunnossa kuin nytten”.

”Kuntoutusta enemmän tuota jo nuorena, ettei niin kuin turhaudu”...

”Mutta mä olen semmoinen vapaa sielu, että vähän on turhan kahlittu niin kuin tuo avohoitokin joskus”...

6.5 Mielenterveyspalveluiden tarjonta jatkossa

Kaikki asiakkaat toivat esille toiveen nykyisten mielenterveyspalveluiden säilyttämisen vähintään nykyisellään. Muutaman asiakkaan mielestä sairaalahoitoa tulisi jatkossakin saada ja psykoottisena tarvitaan turvallista suljettua osastoa. Sairaalahoitoa tulisi olla vain sen aikaa kunnes voi siirtyä avohoitoon. Enemmistön asiakkaiden mielestä avo-osaston palveluja tulisi jatkossakin saada ja yleissairaalapsykiatrian osasto tulisi säilyttää.

”No vähintään niin kuin nämä täytyy säilyttää mun mielestä, että se mikä nyt toi paikkamäärän nyt täällä on. Niin sehän on täällä Salon seudulla ihan naurettava, että mitä nyt yritetään ajaa läpi. Eihän se riitä niin kuin millään”.

”Tietysti olisi hyvä, en mä oikein osaa muuta sanoa, mutta tietysti olisi hyvä, että se olisi tässä paikkakunnalla. Ettei kovin kaukana, mikäli mahdollista. Jos tämä nyt on tätä Suur-Saloo vai mitä tämä on, niin jos tänne tulee paljon ihmisiä, niin jatkossa lisää ihmisiä, niin kyllä hoitopaikka voisi olla tällä alueella silloin”.

Enemmistön mielestä mielenterveyspalveluiden tulisi olla kaikenkattavia ja palveluita tulisi saada ympärivuorokauden. Palveluita tulisi kehittää matalankynnyksen palveluiksi, joihin olisi helppo ottaa yhteyttä mihin aikaan vuorokaudesta tahansa. Asiakkaiden mielestä kehittyneitä, ja monipuolisia

avohoitopalveluita tulisi järjestää. Palveluita kehitettäessä kaikki asiakkaat pitivät tärkeänä omaa psykiatria, joka vastaisi hoidon koordinoimisesta. Palveluiden kehittämisessä kaikki asiakkaat näkivät tärkeänä ammattitaitoisen henkilökunnan säilymisen Salon seudulla. Palveluja kehitettäessä tulisi huomioida muutaman asiakkaan mielestä ryhmämuotoiset palvelut. Palveluiden kehittämisessä enemmistö asiakkaista toivoi, että heidät huomioitaisiin osana yhteiskuntaa, eikä heitä tulisi eristää muista ihmisistä.

”Pitäisi olla omalääkäri, se yksi sama, jonka kanssa voisi jutella, eikä se lääkäri vaihtuisi aina”...

”Paljon tarvitsisi kyllä tämmöistä, jotta saisi vain soittaa ja pyytää apua”.

”Sen verran paljon palveluita, että psykiatriset potilaat olisivat ihan osana yhteiskuntaa. Että ne on terveitten tai jollakin tavalla muitten sairaitten ihmisten kanssa tekemisissä, ettei me oltaisi aina vaan niin kuin eristetty yksikkö”...

Enemmistö asiakkaista toivoi saavansa mielenterveyspalveluita keskitetysti yhdestä paikasta. Enemmistön toiveena olisi saada palvelut mahdollisimman läheltä ja nopeasti. Enemmistö asiakkaista toivoi, että kaikki terveydenhoitopalvelut tulisi järjestää keskitetysti. Muutaman asiakkaan mielestä heillä tulisi olla mahdollisuus käyttää sekä julkisia että yksityisiä mielenterveyspalveluita.

”Mun mielestä ne pitäisi saada keskitetysti yhdestä paikasta. Ettei olisi sitä, tätä kauheaa tällaista jakoa, että yksi sieltä ja toinen täältä”...

”Mahdollisimman läheltä. Sillain ettei monen mutkan kautta”...

”Mun mielestä saisi olla sellainen keskus, että siellä hoidettaisiin kaikki samassa talossa”...

6.6 Muut palautteet käytetyistä palveluista

Muutamit asiakkaat olivat tyytyväisiä perusterveydenhuollon monipuolisiin psykososiaalisiin palveluihin. Perusterveydenhuollon palveluista oltiin lisäksi tyytyväisiä kotisairaanhoidon, terveydenhoitajan ja omalääkärin palveluihin. Muutamit asiakkaat olivat tyytymättömiä siihen, etteivät he olleet voineet vaikuttaa hoidon siirtymiseen perusterveydenhuoltoon. Asiakkaiden enemmistön mielestä terveyskeskuksen palvelut tulisi saada keskitetysti.

Mielenterveyspalveluiden lisäksi asiakkaat olivat saaneet tukea seurakunnalta ja kriisikeskuksesta. Enemmistö asiakkaista nosti esille todella tärkeäksi vertaistuen merkityksen ja mielenterveysyhdistyksen toiminnan. Asiakkaiden mielestä odotukset kolmannen sektorin toimintaan ovat liian korkeat eikä toimintaa tueta taloudellisesti riittävästi.

”Ei saanut vaikuttaa kun siirty sieltä mielenterveystoimistosta perusterveydenhuoltoon”...

”Mä käyn siellä terveyskeskuksen terveydenhoitajalla ja sit mulla on diakonia ja sit mä olen ottanut tämän Salmi ry, minkä mä koen hyväksi. Että on niin kuin vertais semmoista”.

”Sitten siirryttiinkin sellaiseen, että mä käyn terveyskeskuksessa uusimassa lääkkeit ja sit mä pääsin ryhmätoimintaan. Huomennakin mennään keilaamaan ja musta se on niin kuin vaihtelua. Mä en tunne itseäni enää sellaiseksi leimatuksi, niin sanotusti niin kuin mieleltään sairaaksi enää”.

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS

Tutkimuksessa aiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkimuskohdetta tai ongelmaa valittaessa on arvioitava kenen ehdoilla tutkimuksen valinta suoritetaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Tutkimuksessa kohteena oleville henkilöille on selvitettävä, miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä osallistumiseen sisältyy. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176 - 177, Hirsjärvi 2003, 23 - 27.)

Tämän opinnäytetyön aiheen valinta on ollut työelämälähtöinen ja aihe on saatu opinnäytetyöntekijöiden omasta organisaatiosta. Salon seudulla mielenterveyspalveluiden suunnittelu ja kehittäminen ovat meneillään. Salon seudun suunnittelutyöryhmä haluaa kuulla asiakkaiden näkökulman palveluiden kehittämiseen. Asiakasnäkökulman huomioiminen on tärkeää palveluita suunniteltaessa ja siksi tämä aihe tuntui innostavalta sekä eettisesti oikealta.

Tieteellisen tutkimuksen eettinen hyväksyttävyyden, luotettavuus ja tulosten uskottavuus edellyttävät tutkimuksen tekemistä hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen (ETENE 2002, 3). Eettisten asioiden huomioiminen on erityisen tärkeää tutkittaessa ihmisten toimintaa ja kun tiedon lähteenä käytetään toista ihmistä (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 361). Ihmisen itsemääräämisoikeus, vahingoittumattomuus ja yksityisyyden kunnioittaminen ovat tutkimuksessa keskeisiä eettisiä periaatteita (Kuula 2006, 60).

Tutkimukseen suostuminen vaatii haastateltavien informoinnin tutkimuksesta etukäteen mahdollisimman monipuolisesti ja haastateltavien oikeuksien kuvaamista mahdollisimman rehellisesti ja totuudenmukaisesti. Tutkittavalle annetaan mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta ja keskeyttää se. Tutkimuksen lähtökohdaksi on, että haastateltavia kohdellaan rehellisesti ja kunnioittavasti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367.) Haastattelijan veloitteita haastateltavia kohtaan on varmistaa haastateltavien vapaaehtoisuus, anonymiteetin säilyminen, haastateltavia ei saa loukata tai nöyryyttää ja haastateltavien mielipiteitä tulee kunnioittaa. Haastattelunauhat ja muut tallenteet ovat vain

tutkijoiden käytettävissä ja ne hävitetään aineiston keruun jälkeen. (Holma ym. 2007, 309.)

Tässä opinnäytetyössä saatekirje toimitettiin hyvissä ajoin ennen haastattelua mielenterveysyhdistyksen puheenjohtajalle. Hänen kanssaan keskusteltiin saatekirjeen sisällöstä sekä opinnäytetyön tarkoituksesta ja vapaaehtoisuudesta. Puheenjohtaja rekrytoi haastatteluun osallistujat ja näin säilyi mielenterveysyhdistyksen jäsenien anonymiteetti. Saatekirjeessä oli haastattelijoiden yhteystiedot, jolloin haastateltavilla oli mahdollisuus kysyä vielä ennen haastattelua mahdollisia epäselviä asioita. Haastatteluun osallistujat olivat halukkaita haastatteluun ja osallistuivat siihen vapaaehtoisesti.

Haastattelun alussa kerrattiin opinnäytetyön tarkoitus, vapaaehtoisuus, haastattelun kulku, nauhoitukseen liittyvät asiat ja vaitiolovelvollisuus. Tällä tavalla varmistettiin haastattelun eettisyyden toteutuminen. Haastateltaville annettiin tiedoksi haastattelun olevan vapaaehtoista ja mahdollisuus ilman perusteluja keskeyttää haastatteluun osallistuminen milloin tahansa. Haastateltaville tiedotettiin haastattelujen nauhoituksesta analysointia varten. Haastattelun nauhoitukset kerrottiin olevan vain opinnäytetyöntekijöitä varten ja nauhoitukset tullaan hävittämään lopullisen työn valmistuttua. Allekirjoitettu suostumuslomake jäi sekä haastatteliijoille että haastateltaville. Opinnäytetyöhön ei tarvittu erillistä tutkimuslupaa, koska haastateltavat eivät ole erikoissairaanhoidon organisaation potilaina.

Aineiston analysoinnissa on kuvattu rehellisesti haastateltavien esille tuomia mielipiteitä. Haastattelussa on kunnioitettu haastateltavien mielipiteitä. Haastateltaville selvitettiin tarkasti opinnäytetyön tarkoitus, haastattelun vapaaehtoisuus ja haastateltavan oikeus keskeyttää halutessaan haastattelu. Haastateltavien henkilöllisyys ei tule työssä esille. Haastateltavia kuvataan mielenterveysyhdistyksen jäsenenä ja näin anonymiteetti säilyy. Haastatteluaineisto on asiallisesti säilytetty ja nauhoitteet olivat vain haastattelijoiden käytössä. Haastattelunauhoitukset hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS

Holman mukaan haastattelussa luotettavuuden keskeisiä asioita ovat tutkimuksen suunnittelu, asiantuntevat haastateltavat, keskustelun rajaaminen keskeisiin ongelmiin ja tutkimusaiheen arkaluonteisuus. Lisäksi luotettavuudessa keskeisiä asioita ovat ryhmän jäsenten suhteet, sukupuoli, haastattelijan taidot ja kysymysten esitestaus. (Holma ym. 2007, 308.) Janhosen mukaan tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkija ja hänen taitonsa, aineiston laatu, aineiston analysointi sekä tutkimustulosten esittäminen (Janhonen & Nikkinen 2003, 36). Luotettavuuden perustana on tutkittavien ihmisten yhteistyöhalu ja heidän rehellinen ja kunnioittava kohtelu (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367).

Tässä opinnäytetyössä haastattelukysymykset esitettiin ennen haastattelua ja niihin tehtiin tarvittava muutos. Haastatteluun osallistui seitsemän ennakkoon ilmoittautunutta haastateltavaa. Eri lähteiden mukaan tämä oli optimaalinen koko. Koko oli sopivan pieni luottamuksellisen ilmapiiriin muodostumiselle ja ryhmädynamiikka oli hallittavissa. Mielenterveysyhdistyksen puheenjohtaja ohjasi saatekirjeen niille, jotka ovat aktiivisesti mukana yhdistyksen toiminnassa ja jotka olivat halukkaita osallistumaan tämän tyyppisiin tilanteisiin.

Lähes kaikki haastateltavat tunsivat toisensa entuudestaan. Tämä näkyi siinä, että haastateltavat toivat esille hyvin arkaluonteisia asioita. Haastateltavista välittyi toisten kunnioitus. Jokaisen haastateltavan annettiin puhua kokemuksistaan ja mielipiteistään rauhassa, eikä kukaan ottanut dominoivaa asennetta muihin haastateltaviin nähden. Haastateltavat ottivat kantaa toisten mielipiteisiin ja kokemuksiin. Haastattelut etenivät haastateltavien ehdoilla kuitenkin niin, että kaikista kysymyksiin liittyvistä asioista haastattelussa keskusteltiin. Ennalta suunniteltu haastattelu-aika ylitettiin puolella tunnilla. Haastateltavien väsymys saattoi vaikuttaa haastattelun loppuvaiheen vastausten sisältöön. Tämä näkyy vastausten niukkuutena viimeisten kysymysten kohdalla.

Haastattelija ja havainnoitsija toimivat taka-alalla kuitenkin ohjaten keskustelua tutkimuskysymysten suuntaan. Lähes kaikilla haastateltavilla oli paljon kokemusta erikoissairaanhoidon palveluista, tämä mahdollisti laaja-alaisen tarkastelun palveluista. Haastattelun lopuksi osallistujat sopivat vielä yhteisesti, että haastattelussa esille tulleista asioista ei puhuttaisi haastattelun ulkopuolella.

Laadulliseen tutkimukseen arviointiin on määritelty erillisiä suosituksia ja luotettavuuskriteereitä. Luotettavuuden arviointiin voidaan kriteereinä käyttää uskottavuutta (credibility), siirrettävyyttä (transferability), riippuvuutta (dependability) ja vahvistettavuutta (confirmability). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159 - 160; Sarajarvi & Tuomi 2009, 136 - 139.)

Uskottavuuden edellytyksenä on tuloksien ja analyysin selkeä kuvaaminen. Tuloksissa tulee käydä esille tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Opinnäytetyön uskottavuutta vahvistaa tutkimustulosten tarkka kuvaus ja käytetyt suorat lainaukset haastattelutekstistä. Tutkimusaineiston analyysin on kuvattu tarkasti ja analyysin selkiinnyttämisen avuksi opinnäytetyöhön on liitetty analyysiprosessista kaavio, jonka mukaan analyysi on tehty.

Tässä opinnäytetyössä uskottavuutta on lisännyt haastattelijoiden kokemus mielenterveyspalvelujärjestelmästä ja palveluita käyttävistä asiakkaista. Toisen opinnäytetyöntekijän tuntemus Salon alueen palveluista auttoi välttämään väärin ymmärryksiä eri palveluiden suhteen, koska haastateltavat käyttivät paljon hoitopaikkojen lyhenteitä, numeroita ja työntekijöiden nimiä.

Opinnäytetyöntekijöillä on kokemusta haastatteluista ja ryhmädynaamisista ilmiöistä. Työnjako haastattelutilanteessa oli toimivaa, vaikka itse haastatteluteknikka oli ensimmäistä kertaa käytössä. Toinen opinnäytetyön tekijöistä tunsi osan haastateltavista, mutta ei ole kenenkään kanssa hoitosuhteessa. Haastattelutilanteessa tuttuus ei noussut ongelmaksi, vaan näytti edesauttavan luontevaa ilmapiiriä.

Laadullisen tutkimuksen yhtenä kriteerinä pidetään tulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin (Sarajärvi & Tuomi 2009, 138). Tässä opinnäytetyössä haastatteluissa esiin tulleet mielipiteet ovat vain hyvin pieni osa palvelukäyttäjistä, joten sellaisenaan näitä tuloksia ei voida siirtää laajempaan kokonaisuuteen. Tutkimustulokset mahdollistavat niiden käytön toimeksi antaneelle suunnittelutyöryhmälle.

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009) määrittävät siirrettävyyden vahvistamisen edellyttävän tarkkaa tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien valinnan selvittämistä sekä aineiston keruun ja analyysin kuvausta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Tämän opinnäytetyön siirrettävyyden varmistamiseksi on kuvattu haastateltavat tarkasti ja haastatteluun osallistuvien valintaan vaikuttavat asiat. Haastatteluaineiston keruu ja analyysi on kuvattu seikkaperäisesti.

Riippuvuuden vahvistamisella laadullisen tutkimuksen kriteerinä tarkoitetaan tieteellisen tutkimuksen ohjaavien periaatteiden noudattamista (Sarajärvi & Tuomi 2009, 139). Haastateltavien itsemääräämisoikeutta, vahingoittumattomuutta, yksityisyyden kunnioittamista ja vaitiolovelvollisuutta on noudatettu hyvin tarkasti. Tutkimustulosten analysoinnissa ja esittämisessä on oltu rehellisiä ja avoimia, jättämättä vastauksista mitään pois.

Opinnäytetyön prosessointi on edennyt ideavaiheen kautta tutkimussuunnitelmaan, mikä on ollut tutkimuksen lähtökohta. Tutkimussuunnitelman mukaisesti on edetty varsinaiseen tutkimukseen ja työn raportointiin. Opinnäytetyöhön on tehty laaja kirjallisuushaku. Työssä on käytetty lähteinä tieteellisiä tutkimuksia ja kirjallisuutta. Tiedonhaku on ollut kriittistä. Pääasiassa työssä on käytetty uusia, alle kymmenen vuotta vanhoja lähteitä. Tiedonhaku on tehty pääasiallisesti Nelli-portaalin kautta. Opinnäytetyössä on käytetty kotimaisista tietokannoista muun muassa Mediciä, Terveysporttia, Terveiden ja hyvinvoinnin laitosta, Hoitotiedelehteä, Lääkärilehteä ja Duodecimiä. Ulkomaisista tietokannoista on käytetty Cochranea, Cinahlia, Medlineä ja Your Journals@Ovidia. Tutkimuksen tietolähteet on valittu keskittyen niihin ongelmiin, joihin haastattelussa on haluttu

saada vastauksia. Opinnäytetyössä on pyritty rehellisyyteen käytettyjen lähteiden käytössä ja merkinnässä.

Laadullisen tutkimuksen arviointikriteeri vahvistettavuus tarkoittaa, että tutkimuksessa tehdyt ratkaisut ja päättelyt ovat oikeutettuja (Sarajärvi & Tuomi 2009, 139). Haastattelun litterointi toteutettiin heti seuraavina päivinä ja nauhoitukset litteroitiin tarkasti. Aineiston analysointi on pyritty kuvaamaan selkeästi ja seikkaperäisesti. Tulosten esittämisessä on tuotu esille haastateltavien monipuolisia mielipiteitä jättämättä niistä mitään pois.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

9.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa asiakasnäkökulmaa mielenterveyspalvelujen kehittämiseen. Tavoitteena oli selvittää mielenterveysyhdistyksen asiakkaiden mielipiteitä Salon seudun erikoissairaanhoidon mielenterveyspalveluista ja kehittämistarpeista Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen aikuispsykiatrian suunnittelutyöryhmälle. Tutkimustulokset kuvaavat Salon seudun mielenterveyspalveluita käyttävien asiakkaiden näkemyksiä alueen erikoissairaanhoidon palveluista.

Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan mielenterveyspalveluita käyttävät asiakkaat kokivat nykyiset erikoissairaanhoidon mielenterveyspalvelut monipuolisiksi ja toipumista tukeviksi. Asiakkaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliseen yhteistyöhön, mikä mahdollisti kokonaisvaltaisen hoidon. Asiakkaat toivat esille miten tärkeätä on hoidossa huomioida psyykinen ja fyysinen puoli. Harjajärven ym. tutkimuksessa (2006) tulee esille, että kunnissa joissa mielenterveyden avopalveluja on siirretty terveyskeskukseen yhteistyömuodot psykiatrisen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa ovat yleisempiä. Kuitenkaan tämä yhteistyö ei ole monipuolistanut palvelutarjontaa.

Salon seudulla erikoissairaanhoidon mielenterveyspalveluista on viimeisten vuosien aikana osa palveluista siirtynyt perusterveydenhuollon psykososiaalisin palveluihin. Hyvösen (2004) tutkimuksen perusteella psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä tulisi edelleen kehittää. Mielenterveyden huomioiminen perusterveydenhuollossa edellyttää asiakkaan kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen ymmärtämistä. Harjajärven ym. ja Hyvösen tutkimukset tukevat haastatteluun osallistuneiden asiakkaiden

näkemyksiä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyöstä ja tarpeesta kehittää edelleen palveluita.

Opinnäytetyöhön haastatellut asiakkaat toivat esille vähäisen vaikuttamismahdollisuuden hoitopaikkojen valinnassa ja tiedossaan alueen eri hoitopaikoista. Siirtyminen eri hoitopaikkoihin ja tiedot niistä tulivat sen hetkisen hoitopaikan henkilökunnalta. Avohoidossa hoitoon liittyvien asioiden vaikutusmahdollisuudet koettiin paremmiksi. Pakkohoidossa hoitoon liittyviin asioihin voi vaikuttaa voinnin kohentumisen myötä. Laitilan (2010) tutkimuksen mukaan kaikilla tasoilla tulee huomioida palveluiden käyttäjien riittävä tiedonsaanti. Rakenteiden ja järjestelmän tasolla tulee antaa tietoa siitä, mihin palvelun käyttäjillä on mahdollisuutta vaikuttaa. Tämä auttaa välttämään epärealistisia odotuksia ja pettymyksiä. Tutkimuksessa tuli esille mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden valinnan- ja vaikutusmahdollisuuksien olevan vähäisiä. Asiakkaat tarvitsevat tietoa erilaisista vaihtoehdoista ja oikeuksista, jotta voisivat olla osallisina. Tiedon tulee olla sellaisessa muodossa, että asiakas sen ymmärtää. Vastentahtoinen hoito ei ole este osallisuudelle ja asiakaslähtöiselle kohtelulle. Pakon käytölle, säännöille ja määräyksille on oltava riittävän selkeät perustelut, jotka tulee käydä läpi yhdessä asiakkaan kanssa. Tämä Laitilan (2010) tutkimus tukee opinnäytetyöhön osallistuneiden haastateltavien kokemuksia vähäisistä vaikuttamismahdollisuuksista ja tarpeesta saada riittävästi tietoa hoidon eri vaiheissa.

Kärkkäisen (2004) tutkimuksen mukaan psykiatrinen hoitojärjestelmä on pirstoutunut ja saatavuudessa sekä laadussa on alueellisia eroja. Avohoidon kehittyminen on jäänyt kesken ja avohoitopalvelut ovat jääneet riittämättömiksi. Kärkkäisen (2004) tutkimus oli yhtenevä Harjajärven ym. (2006) ja Pirkolan & Wahlbeckin (2008) käsitysten mukaan. Opinnäytetyön haastatteluun osallistuneiden asiakkaiden käsitys mielenterveyspalveluissa esiintyneistä ongelmista oli samansuuntainen näiden edellä mainittujen tutkimusten kanssa. Asiakkaat kokivat palvelut monimutkaisiksi ja hajallaan oleviksi. Asiakkaiden oli vaikeaa hahmottaa sitä, mikä on erikoissairaanhoidon ja mikä on perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelua. Korkeilan (2009) mukaan

avohoidon kehittämisessä tulisi huomioida asiakaskohtainen eri palveluiden ja organisaatioiden keskinäinen hoidon jatkuvuus. Palvelujärjestelmän hajanaisuus on riskitekijä asiakkaiden hoidon jatkuvuuden kannalta. Harjajärvi ym. (2006) ja Pirkola & Wahlbeck (2008) esittävät hoidon jatkuvuuden parantamiseksi eri palvelutarjoajien yhteistyötä ja yhteistyömuotoja niin, ettei palveluketju katkeaisi eikä turhaa päällekkäisyyttä syntyisi.

Opinnäytetyön haastatteluun osallistuneet asiakkaat kokevat ongelmaksi hoitosuhteiden katkeamisen. Ongelmana koettiin myös, etteivät mielenterveyspalvelut vastaa heidän muuttuneita tarpeitaan voinnin kohentuessa. Avohoidossa pelkät keskusteluhoidot ja kuntouttavan toiminnan vähäisyys koettiin ongelmallisiksi. Kokon (2004) tutkimuksen mukaan asiakkaat arvostavat muun muassa omia vaikutusmahdollisuuksia hoitoon, mahdollisuutta kahdenkeskiseen hoitosuhteeseen ja vertaistukeen. Asiakkaat arvostavat palvelujärjestelmää, jossa on joustavasti toimiva moniammatillinen työote. Tutkimuksessa asiakkaat kuvasivat hyvää mielenterveystyötä toimintana jossa heidät otetaan mukaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon.

Opinnäytetyön haastatteluun osallistuneet asiakkaat kokivat avohoidossa ongelmallisimmaksi lääkärin vähyyden. Tämä heijastuu hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja kokonaisvaltaisen hoidon toteutumiseen. Kärkkäisen (2004) ja Korkeilan ym. (2003) tutkimusten mukaan julkisella sektorilla on erityisesti avohoidossa huomattava psykiatripula. Tämä heikentää lääketieteellisten palveluiden saatavuutta ja laatua. Näiden tutkimusten tulokset ovat yhteneväisiä haastateltujen asiakkaiden kokemusten kanssa.

Julkisia palveluita on Toikon (2006) mukaan perinteisesti kehitetty asiantuntijoiden ehdoilla, jolloin palveluiden käyttäjiä ei ole huomioitu palveluiden kehittämisessä. Palveluiden käyttäjien huomioiminen palveluita kehitettäessä tarkoittaa asiakkaiden osallistumista palveluiden suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Asiakkaat tulisi nähdä asiantuntijoina, joilla on rooli palveluiden kehittämisessä. Kuitenkin asiakkaiden osallistuminen terveyden- ja sosiaalihuollon järjestelmässä on toteutunut huonosti. Asiakkaan ja hänen arkeaan tuntevan ihmisen osallistuminen hoidon, kuntoutuksen ja palveluiden

suunnittelun tulisi olla kaiken keskipisteenä. Asiakkaiden asiantuntijuus (Laitila 2010, Connor & Wilson 2006) jätetään käytännössä huomiotta, vaikka lainsäädännön, suositusten ja strategioiden tasolla niitä korostetaan. Nämä ajatukset tukevat opinnäytetyön haastateltavien näkemyksiä palvelujärjestelmässä tapahtuvissa muutoksissa, joissa heitä ei ole otettu huomioon. Haastateltavat pitivätkin tärkeänä tätä opinnäytetyön tuomaa mahdollisuutta saada tuoda esille ajatuksiaan Salon alueen mielenterveyspalveluiden kehittämiseen.

Kaikki opinnäytetyön haastatteluun osallistuneet asiakkaat toivat esille toiveen nykyisten mielenterveyspalveluiden säilymisen Salon seudulla. Asiakkaiden mielestä mielenterveyspalveluita tulisi saada läheltä ja palvelut tulisi keskittää. Asiakkaiden mielestä sairaalahoitoa tulisi jatkossakin saada avohoidon lisäksi. Mielenterveyspalvelut tulee olla kaikenkattavia, ympärivuorokautisia ja matalankynnyksen palveluita. Kehittyneitä ja monipuolisia avohoitopalveluita tulee heidän mielestään jatkossa järjestää.

Korkeilan (2009) mukaan avohoito ja sairaalahoito tulee pyrkiä järjestämään toisiaan tukeviksi palveluiksi. Tutkimukset (Harjajärvi ym. 2006; Tansella & Thornicroft 2004) osoittavat monipuolisen psykiatrisen hoitojärjestelmän olevan tuloksellista sisältäessään monimuotoisia avohoitopalveluja ja lisäksi riittävän määrän sairaalapalveluja. Avohoidon tulisi sisältää ympärivuorokautisia palveluita, järjestettyä päivätoimintaa sekä liikkuvia ja päivystäviä palveluita. Pirkolan ym. (2009) tutkimuksen mukaan itsemurhat näyttäisivät olevan harvinaisempi niissä kunnissa, jotka tarjoavat monipuolisia ja avohoitoon painottuvia mielenterveyspalveluita. Tässä tutkimuksessa tuli esille, että liikkuvien mielenterveyspalveluiden ja kokovuorokautisen päivystyksen havaittiin liittyvän itsemurhien vähäisempään määrään. Monimuotoisia avohoitopalveluita tarjoavissa kunnissa hoitoon pääsy on helpompaa ja palveluilla saatetaan tavoittaa paremmin itsemurhavaarassa olevat henkilöt. Nämä tutkimustulokset tukevat opinnäytetyöhön haastateltujen asiakkaiden näkemyksiä ja toiveita monipuolisista mielenterveyden avo- ja sairaalahoitopalveluista.

Lisäksi opinnäytetyön haastatteluun osallistuneet asiakkaat toivat esille vertaistuen merkityksen ja mielenterveysyhdistyksen toiminnan tärkeyden osana kokonaisvaltaista tukea. Harjajärven ym. (2006) mukaan vapaaehtois- ja vertaistuen palvelut jäävät usein huomioimatta virallisilta hoitotahoilta. Nämä ei-ammattilliset palvelut kuitenkin saattaisivat täydentää sisällöllisesti erityisesti niitä ihmisiä, joilla on korkea kynnyks tai vähäinen motivaatio hakeutua mielenterveyspalveluiden piiriin tai jotka eivät koe saavansa riittävästi apua palvelujärjestelmältä.

Asiakkaiden haastattelussa esille tuomat näkemykset ovat yhteneväisiä opinnäytetyön teoriaosuuden kirjallisuuden ja kotimaisten sekä ulkomaisten tutkimusten mukaan. Erisuuntaisia näkemyksiä ei tässä opinnäytetyössä noussut esille.

9.2 Kehittämissuhteita

Mielenterveyspalveluiden hajanaisuus ja pirstaleisuus edellyttää mielenterveyspalvelujärjestelmän systemaattista organisointia. Tämän kehittäminen mahdollistaisi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen palvelujärjestelmän kokonaisuuden muodostumisen. Salon seudulla psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa työryhmä on suunnittelemassa alueen aikuisten mielenterveyspalveluita. Perusterveydenhuolto vastaa osasta mielenterveyspalveluista ja on osaltaan kehittämässä psykososiaalisia palveluitaan. Tärkeää olisi yhteistyössä kehittää alueen tarpeenmukaisia mielenterveyspalveluita ottaen huomioon asiakkaiden tarpeet ja toiveet. Kokemusasiantuntijat tulisi ottaa mukaan palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen kuten kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa on esitetty.

Salon alueen mielenterveyspalvelujärjestelmässä näyttäisi olevan puutteita ympärivuorokautisista matalankynnyksen hoitopaikoista. Salon alueella monimuotoisia avohoitopalveluiden kehittämistä tulisi jatkaa. Kuitenkin osastohoitoa tulisi jatkossakin olla riittävästi, mutta sen ei tulisi olla ensisijainen hoitomuoto.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön tärkeys mielenterveyspalveluketjujen saumattomuuden kehittämisessä olisi huomioitava alueen mielenterveyspalveluita suunniteltaessa. Tämä parantaisi mielenterveyspalveluiden käyttäjien hoito- ja kuntoutumisprosessia. Lisäksi tällä välttyttäisiin päällekkäisiltä palveluilta. Mielenterveyspalveluihin tulisi liittää mukaan järjestöjen palvelut osaksi mielenterveyspalveluketjua.

LÄHTEET

Almaraz-Serrano, A.; Bond, R.; Creed, T.; Crowther, R.; Hill, E.; Huxley, P.; Kluiters, H.; Marshall, M.; Roberts, C.; Tyrer, P & Wiersma, D.. 2001. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: acute day hospital versus admission; vocational rehabilitation; day hospital versus outpatient care. Luettavissa <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon521.pdf>

Alonso, J & Lepine, J-P. 2000. Overview of Key Data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). The Journal of Clinical Psychiatry. Vol 68, supplement 2, 3 - 9.

Aromaa, A & Koskinen, S.(toim.) 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 - tutkimuksen tulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki.

Baba, A.; Baingana, F.; Gulbinat, W.; Jenkins, R.; Khandelval, S.; Mandescheid, R.; Mayeyma, J.; Minoletti, A.; Mladenova, M.; Mubbashar, M.; Parameshvara Deva, M.; Sakuta, T.; Schilder, K.; Tomov, T., Townsed, C. & Whiteford, H. 2004. The appropriateness and use of focus group methodology across international mental health communities. International review of psychiatry. Vol 16, issue 1 - 2, 24 - 30.

Bergman, V.; Nordling, E.; Moring, J & Partanen, A.(toim.). 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 - 2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.3.2011 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>

Campbell, S.; Gately, C & Gask. L. 2007. Identifying the patient perspective of the quality of mental healthcare for common chronic problems: a qualitative study. Chronic Illness.2007, 3, 46-65. Viitattu 13.3.2011. <http://chi.sagepub.com/content/3/1/46.abstract>

Connor. SL & Wilson. R 2006. It's important that they learn from us for mental health to progress. Journal of Mental Health. Vol 15 issue 4, 461 - 474.

Crowther, R.; Marshall, M.; Shasis. F.; Shek. E.; Stein. A & Tyrer.P. 2009. Day hospital versus outpatient care with schizizophrenia. Cochrane database of systematic reviews. 2009, issue 4. Art.No.;CD003240.DOI.1002/14651858.CD003240.pub2.

Davidson, P.; DiCiacomo, M.; Gholizadeh, L.; Halcomb, E. & Phillips, J. 2007. Literature review considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. Journal of clinical nursing. Vol 16, issue 6, 1000 - 1011.

De Leo, D., Dieserud, G.; Jakhelln, F.; Johannessen, HA & Zahl, PH. 2009. Changes in institutional psychiatric care and suicidal behavior: a follow-up study of inpatient suicide attempters in Baerum, Norway. Social psychiatry & psychiatric epidemiology. Volyme 44, issue 10, 845 - 851

Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062.

ETENE 2002. Tutkimuksen eettinen arvio Suomessa. Helsinki: ETENE- julkaisut 2002. Viitattu 13.3.2011. <http://www.etene.fi/julkaisut/2002>

ETENE 2009. Mielenterveysetiikka. Sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. Helsinki: ETENE- julkaisuja 25.

EU.2008. European pact for mental health and well-being. Eu high-level conference together for mental health and wellbeing. 12 - 13.6.. Brussels. Viitattu 13.3.2011. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

Forsström, J & Pelanteri, S. 2011. Psykiatrian erikoisalalan laitoshoido 2009. Tilastoraportti 4/2011. Terveysten ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 13.3.2011.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr04_11.pdf

Freeman, T. 2006. "Best practice" in focus group research: making sense of different views. Journal of Advanced nursing. Vol 56, issue 5, 491 - 497.

Haavisto, K.; Korhonen, J.; Lassila, A.; Lönnqvist, J.; Murto, L.; Paaso, K.; Partanen, A.; Partanen, M-L.; Posio, J.; Ruohonen, M.; Tuori, T.; Voipio-Pulkki, L-M.; Vuorilehto, M.; Wahlbeck, K. & Ylikoski, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Viitattu 13.3.2011.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf

Harjajärvi, M.; Pirkola, S. & Wahlbeck, K 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. MERTTU-tutkimuksen palvelukatsaus. Suomen kuntaliitto. Helsinki: Stakes. Viitattu 13.3.2011.
<http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/187merttuverkoon.pdf>

Heikkinen- Peltonen, R.; Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. 1. painos. Helsinki: Edita.

Heinälä, P.; Kuoppasalmi, K & Lönnqvist, J. 2007. Päihteisiin liittyvät häiriöt. Teoksessa Heikkinen, M.; Henriksson, M.; Lönnqvist, J.; Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 446 - 447, 476 - 480.

Hirsikoski, R.; Hänninen, K.; Högnabba S.; Julkunen, I.; Paananen, I.; Romo, H & Thomasén, T. 2007. Asiakkaat oppimisen käyttäjinä. Raportti BIKVA-menetelmän oppimisen kehistä. Helsinki: Stakes raportteja 6.

Hirsijärvi, S.; Remes, P & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. 6. - 9. painos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsingin yliopisto

Holma, T.; Kankkunen, P.; Sipilä, T. & Suominen, T. 2007. Fokusryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmä hoitotieteellisessä tutkimuksessa: esimerkkinä tutkimus ITE-arviointimenetelmän käytöstä johtamisen työvälineenä. Hoitotiede Vol. 19, no 6/07, 305 - 313.

Honkonen, T.; Isohanni, M.; Lönnqvist, J. & Vartiainen, H. 2007. Skitsofrenia, 73, 85. Teoksessa Heikkinen, M.; Henriksson, M.; Lönnqvist, J.; Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Honkonen, T & Lönnqvist, J. 2007. Muut psykoosit. Teoksessa Heikkinen, M.; Henriksson, M.; Lönnqvist, J.; Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 140 - 142.

Huhtanen, P.; Karvonen, S. & Rintala, S. 2005. Sosiaali- ja terveysmenojen alueelliset erot ja hyvinvointi kunnissa. Yhteiskuntapolitiikka. 70:2, 132 - 142. Helsinki. Viitattu 13.3.2011.
<http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/FD5DD835-CC6A-4FAE-B6CB-A6669A5BBDDDB/0/052huhtanen.pdf>

Huttunen M. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.

Hyvönen, J. 2008. Suomen psykiatrisen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Väitöskirja. Lääketiede 440. Kuopio: Kuopion Yliopiston julkaisuja D.

Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1028. Tampere: Tampereen yliopisto.

Immonen, T. 2005. Kehittävä asiantuntijayhteistyö mielenterveystyön suunnitteluvälineenä. Helsinki: Stakes Aiheita 15/2005.

Isometsä, E. 2007a. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Heikkinen, M.; Henriksson, M.; Lönnqvist, J.; Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5.uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 196 - 199.

Isometsä, E. 2007b. Masennushäiriöt. Teoksessa Heikkinen, M.; Henriksson, M.; Lönnqvist, J.; Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5.uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 157 - 160, 181 - 182.

Isometsä, E. 2007c. Paniikkihäiriö. Teoksessa Heikkinen, M.; Henriksson, M.; Lönnqvist, J.; Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5.uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 223.

Immonen, T.; Kiikkala, I.; Kokkola, A. & Sorsa, M. 2002. Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: STAKES.

Janhonen, S & Nikkonen, M (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY

Joukamaa, M.; Korkeila, J.; Ostamo, A & Salokangas, R. 2003. Missä psykiatrit ovat? Suomen lääkärilehti 58 (42), 4253 - 4256.

Järvinen, T.; Laitila, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa. THL - Opas 6. Helsinki. Yliopistopaino. Viitattu 13.3.2011.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/45c668e3-4570-4ab8-9d6a-b4f694f320ee>

Kaila, M. & Mäntyranta, T. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Duodecim 2008. Vol. 124 No.131507 - 1512.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYproOy.

Kevern, J & Webb, C. 2001. Focus group as a research method: a critique of some aspects of their use nursing research. Journal of advance nursing. Vol 33, issue 6, 798 - 805.

Koivu, J. 2010. Suomen avohoitoisin mielenterveyspalveluiden tuottaja. Palvelut hajautetusti lähellä palvelujen käyttäjien kotipaikkaa. VSSHP. Psykiatria. Viitattu 13.3.2011.
<http://www.kuntaportaali.org/binary.asp?path=1;29;353;85691;129992;149105;166721;166742&field=FileAttachment&version=3>

Kokko, S. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Väitöskirja. Acta Universitas Ouluensis D 785. hoitotieteen ja terveyshallinnonlaitos.Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 13.3.2011.
<http://herkules oulu.fi/isbn9514273435/isbn9514273435.pdf>

Koponen, H. 2007. Yleistynyt ahdistuneisuus. Teoksessa Heikkinen, M.; Henriksson, M.; Lönnqvist, J.; Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy. 256.

Korkeila, J. 2009. Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrista avohoitoa? Duodecim 2009 125:2333 - 2340 Viitattu 13.3.2011 <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98399.pdf>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka, aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus

Kärkkäinen, J. 2004. Onnistuiko psykiatrian yhdentyminen somaattiseen hoitojärjestelmään? Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys Suomessa ja sairaanhoitopiiri uudistuksen arviointi psykiatrian näkökulmasta. Väitöskirja. Lääketiede. Turku: Turun Yliopisto.

Käypä hoito - suositukset 2010. Depressio. Viitattu 13.3.2011.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023>

Käypä hoito - suositukset 2008a. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Viitattu 13.3.2011.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50076>

Käypä hoito - suositukset 2008b. Skitsofrenia. Viitattu 13.3.2011.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050>

Käypä hoito - suositukset. 2007. Työryhmäpohjainen tehostettu avohoito. Viitattu 13.3.2011.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nak01292#R1>

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä, fenomenografinen lähetyksentapa. Väitöskirja. Hoitotieteenlaitos. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 13.3.2011.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Lassila, A. 2006. Prosessiajattelu mielenterveystyön kehittämisessä ja johtamisessa. Suomen lääkärilehti 36, 3615 - 3620

Lavikainen, J.; Lahtinen, E & Lehtinen, V. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön tutkimus ja kehittäminen. Helsinki: STAKES

Lehtinen, V & Taipale, V. 2005. Mielenterveystyö ja psykiatrisen sairaalahoito. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 13.3.2011.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054

Lehtonen, J & Lönnqvist, J. 2007a. Mielenterveys. Teoksessa Heikkinen, M.; Henriksson, M.; Lönnqvist, J.; Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 26 - 28.

Lehtonen, J & Lönnqvist, J. 2007b. Psykiatria. Teoksessa Heikkinen, M.; Henriksson, M.; Lönnqvist, J.; Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 14.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY

Lockwood, A & Marshall, M. 1998. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 2. Art. No: CD001089 DOI:10.1002/14651858.CD001089. John Wiley. Chichester.

Lönnqvist, J. 2007. Mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka, Teoksessa Heikkinen, M.; Henriksson, M.; Lönnqvist, J.; Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 49 - 50, 57.

McLafferty, I. 2004. Focus group interviews as a data collecting strategy. Journal of advanced nursing. Vol 48, issue 2, 187 - 194.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9, Sosiaalinen- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto.

Mielenterveysyhdistys Salmi ry. 2011. Viitattu 13.3.2011. <http://salmiry.nettisivu.org/>

Nevalainen, V. 2010. Arviointia vuoden 2009 toiminnasta. Teoksessa Bergman, V (toim.); Moring, J.; Nordling, E & Partanen, A. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Sunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Avauksia 16/2010, 62 - 64. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 13.3.2011. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>

Nordling, E.; Savolainen, M.; Sipilä, M. & Stegård, E. 2009. Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa. Aineistoa suunnittelun tueksi. Mielenterveyden edistäminen -yksikkö ja WHO mielenterveysalan yhteistyökeskus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Jyväskylä: Gummerus. Viitattu 13.3.2011. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/bdea673d-8c0f-45f5-90ed-41463001ad7e>

Pirkola, S.; Sailas, E.; Sund, R. & Wahlbeck, K. 2009. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. Lancet 2009 Jan 10 - 16; 373(9658): 147 - 153. Viitattu 13.3.2011 [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61848-6/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61848-6/fulltext#article_upsell)

Pirkola, S & Sohlman, B. (toim.) 2005. Mielenterveysatlas tunnuslukuja Suomesta. STAKES. Saarijärvi: Gummerus. Viitattu 13.3.2011. <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/0752E814-2B67-4C60-9891-5078B3588A88/0/MielenterveysAtlas2005.pdf>

Pirkola, S & Wahlbeck, K. 2008. Onko jo aika sulkea psykiatriset sairaalat? Stakes. Viitattu 13.3.2011. <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/DA29659C-2609-4149-A60D-2CC4A91CE058/0/M269WahlbeckPirkola.pdf>

Poikolainen, K. 2003. Päihderiippuvuuden ja haitallisen käytön diagnostiikka, 77. Teoksessa Kianmaa, K.; Salaspuro, M & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Punkanen, T. 2008. Mielenterveystyö ammattina. 2. - 5. painos. Helsinki: Tammi.

Rabiee, F. 2004. Focus-group interview and data analysis. Proceedings of nutrition society. 63 655 - 660, ©author2004.

Ruusuvuori, J. & Tiittula L. (toim.) 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus.

Salo. 2009. Viitattu 13.3.2011. <http://www.salo2009.fi/>

Salon kaupunki > sosiaali- ja terveyspalvelut > psykososiaaliset palvelut > mielenterveys- ja päihdepalvelu opas. Viitattu 13.3.2011. <http://www.salo.fi/>

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi, 6 uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Saukkonen, S. 2009. Erikoissairaanhoidon ja mielenterveystyön avohoito 2008. Tilastoraportti 24/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.3.2011. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr24_09.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Viitattu 13.3.2011. <http://www.stm.fi/> > Sosiaali- ja terveyspalvelut > Mielenterveys- ja päihdepalvelut > Mielenterveyspalvelut.

Stengård, E. 2005. Journey of hope and despair. The short-term outcome in schizophrenia and the experiences of caregivers of people with severe mental disorders. Väitöskirja Acta Universitatis tamperensis 1066. Tampere: Tampereen yliopisto.

STM. 2004. Työnjakoa ja työnrasitusta mielenterveys palveluissa selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suunnittelutyöryhmän muistio. 19.8.2010

Tansella, M. & Thornicroft, G. 2004. Components of a modern health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. British Journal of Psychiatry, 185, 283 - 290. Viitattu 13.3.2011.

<http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/bjprcpsych;185/4/283>

Tautiluokitus ICD-10. 1995. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. Ohjeita ja luokituksia 1995:3. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Rauma: STAKES. 185 - 245.

Terveydenhuoltolaki (astuu voimaan 1.5.2011). Viitattu 26.3.2011.

http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/ev_244_2010_p.shtml

Toikko, T. 2006. Asiakkaiden osallistuminen palveluiden kehittämiseen. Työpolittinen Aikakauskirja 3, 13 - 22.

Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. 3 painos. Helsinki: Tammi.

VSSHP psykiatrian tulosalue.2009. 2011 <http://psykiatria.vsshp.fi/fi/>

Wahlbeck. K. 2005. Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä, M & Roos, M (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: Stakes. 60 - 75.

Wahlbeck. K. 2007. Mielenterveyspalvelut. Stakes. Viitattu 13.3.2011.

http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/Palvelukatsaus_2007_Wahlbeck.pdf

Wahlbeck.K.2010 Mielenterveyspalvelut pohjoissamassa. Teoksessa Bergman, V.; Nordling, E.; Moring, J & Partanen, A.(toim.). 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 39.- 43 Viitattu 13.3.2011. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>

Wahlbeck. K. 2009. Tulevaisuuden mielenterveyspalvelut. Mieli 2009, avauksia 5. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 13.3.2011. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8d1a1ced-6d71-4a76-b121-68d43c37a1c9>

Haastattelukysymykset

1. Miten Salon seudun erikoissairaanhoidon aikuisten mielenterveyspalvelut on järjestetty asiakkaan näkökulmasta?
 - Mitä hyvää/toimivaa nykyisissä mielenterveyspalveluissa mielestäsi on?
 - Miten olet saanut tietoa eri mielenterveyden hoitopaikoista?
 - Miten olet voinut vaikuttaa hoitopaikan valintaan?
 - Minkälaisia ongelmia mielenterveyspalveluissa olet kohdannut?

2. Miten Salon seudun erikoissairaanhoidon aikuisten mielenterveyspalveluita tulisi jatkossa muuttaa asiakkaan näkökulmasta?
 - Minkälaisia mielenterveydenpalveluja erikoissairaanhoidon tulisi jatkossa tarjota?
 - Mistä mielenterveyspalveluita tulisi jatkossa saada?

Hyvä mielenterveysyhdistyksen jäsen

Olemme aikuisopiskelijoina Turun ammattikorkeakoulun terveysalalla. Olemme koulutukseltamme sairaanhoitajia ja päivitämme tutkintomme ammattikorkeakoulututkinnoksi. Anne Hukari työskentelee Salon Yleissairaalapsykiatrian yksikössä vastaavana sairaanhoitajana. Nina Vahlman-Sario työskentelee Turun Yleissairaala-psykiatrian poliklinikalla ja addiktiopoliklinikalla vastaavana sairaanhoitajana.

Opintoihimme liittyen teemme opinnäytetyön, joka on osa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen aikuispsykiatrian kehittämissuunnittelutyöryhmän hanketta. Kehittämissuunnittelutyöryhmä laatii maaliskuun loppuun mennessä Salon seudun aikuispsykiatrian erikoissairaanhoidon palvelujen suunnitelman.

Opinnäytetyötämme varten keräämme ryhmähaastattelun avulla Salon seudun aikuispsykiatrian erikoissairaanhoidopalvelujen käyttäjien kokemuksia ja kehittämisehdotuksia. Haastattelusta saatua tietoa käytetään osana kehittämissuunnitelmaa. Opinnäytetyön ohjaajana toimii aikuiskoulutuksen koordinaattori Turun ammattikorkeakoulusta.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja siihen osallistutaan nimettömänä. Haastattelu nauhoitetaan asioiden jäsentämistä varten. Nauhoitteet käsitellään luottamuksellisesti ja ne hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Raportoinnissa ei tule kenenkään henkilöllisyys tai mielipiteet esille niin, että ne ovat tunnistettavissa. Meitä sitoo vaitiolovelvollisuus.

Toivomme, että osallistut haastatteluun. Kokemuksesi on ainutlaatuinen. Haastattelu kestää runsaan tunnin. Ennakkoilmoittautuminen Leena Taavitsaiselle 044 - 2955508 10.2. mennessä.

Haastattelu järjestetään 15. helmikuuta klo 12.15 mielenterveysyhdistyksen tiloissa. Kahvitarjoilu!

Anne Hukari, AMK opiskelija

vastaava sairaanhoitaja

02 - 3145255

Nina Vahlman-Sario, AMK opiskelija

vastaava sairaanhoitaja

050 - 4638456

Suostumus

Suostumus osallistumisesta Turun ammattikorkeakoulun terveystalon Anne Hukarin ja Nina Vahlman-Sarion opinnäytetyöhön. Opinnäytetyön aiheena on palvelujen käyttäjien näkökulma Salon seudun aikuispsykiatrian kehittämiseen.

Opinnäytetyö on osa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen aikuispsykiatrian kehittämissuunnittelutyöryhmän hanketta. Kehittämissuunnittelutyöryhmä laatii maaliskuun 2011 loppuun mennessä Salon seudun aikuispsykiatrian erikoissairaanhoidon palvelujen suunnitelman. Opinnäytetyöhön liittyvät haastattelutulokset toimitetaan kehittämissuunnittelutyöryhmälle maaliskuun 2011 aikana liitettäväksi osaksi suunnitelmaa.

Minulle on selvitetty yllämainitun opinnäytetyön tarkoitus ja käytettävä haastattelumenetelmä. Olen tietoinen siitä, että opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista. Olen tietoinen siitä, että henkilöllisyyteni ja mielipiteeni eivät ole raportissa tunnistettavia. Olen tietoinen siitä, että haastattelussa syntynyt aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Suostun siihen, että minua haastatellaan ja haastattelussa antamiani tietoja käytetään kyseisen opinnäytetyön tarpeisiin. Voin halutessani keskeyttää haastatteluun osallistumisen milloin tahansa ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni.

Salossa _____.____.2011

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Anne Hukari

Nina Vahlman-Sario



Aikuispsykiatrian palveluja Salon seudulla

Avohoito:

- Aikuispsykiatrian poliklinikka (Salon keskustassa Vilhonkadulla)
- Päiväyksikkö (Salon keskustassa Vilhonkadulla)
- Yleissairaalapsykiatrian poliklinikka (Salon aluesairaalan yhteydessä)
- Kuntoutuspoliklinikka (Halikon sairaalassa)
- Vanhuspsykiatrian poliklinikka (Halikon sairaalassa)

- Tutkimuspoliklinikka, sijoittuu erikoissairaanhoidon ja perusterveyden huollon välimaastoon, tekee hoidon arviota vapaaehtoisesti psykiatriseen osastohoitoon lähetetyille yli 18-vuotiaille (Halikon sairaalassa)

Sairaalahoito:

- Salon yleissairaalapsykiatrian osasto 103 (Salon aluesairaalan yhteydessä)
- Vastaanotto-osasto 101 (Halikon sairaalassa)
- Vastaanotto-osasto 102 (Halikon sairaalassa)
- Kuntoutusosasto 501 (Halikon sairaalassa)
- Vanhusten vastaanotto-osasto 601 (Halikon sairaalassa)