Tampereen yliopisto

Aino Keloharju

DOKUMENTTIANALYYSI SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN SAATAVUUDESTA JA DIGITALISAATION EDUISTA

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Pro gradu -tutkielma
lokakuu 2022

TIIVISTELMÄ

Aino Keloharju: Dokumenttianalyysi sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudesta ja digitalisaation eduista
Pro gradu
Tampereen yliopisto
Hyvinvointipolitiikan ja yhteiskuntatutkimuksen maisterikoulutus

Lokakuu 2022

Tutkielma käsittelee palveluiden saatavuuden haasteita ja digitalisaation hyödyntämisen etuja sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Näiden aiheiden sisällä tutkielmassa tarkastellaan yksityiskohtaisemmin, miten palveluiden saatavuuden haasteet ja digitalisaation edut näyttäytyvät korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluissa. Tutkielman tutkimuskysymykset ovat seuraavat: ”Millaisina sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuden haasteet kuvataan aineistossa?”, ”Millaisia etuja digitalisaatiolla esitetään olevan sosiaali- ja terveyspalveluissa?” ja ”Millaisina palveluiden saatavuuden haasteet ja digitalisaation edut esitetään korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluissa?”. Tutkielman tarkoitus on ymmärtää palveluiden saatavuuden haasteita sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä, ja yksityiskohtaisemmin mielenterveyspalveluissa, jotta haasteisiin kyetään vastaamaan oikeilla sosiaali- ja terveyspoliittisilla toimentoimenpiteillä.

Globaalilla tasolla mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet, eivätkä terveyspalvelujärjestelmät ole kyenneet vastaamaan palveluntarpeeseen sen edellyttämällä laajuudella. Esimerkiksi Suomessa merkittävä osa korkeakouluopiskelijoista kokee psyykkistä kuormitusta ja noin kaksi kolmesta mielenterveyspalveluita tarvitsevasta korkeakouluopiskelijasta kokee tyytymättömyyttä mielenterveyspalveluiden saatavuudessa. Aikaisemman kirjallisuuden mukaan palveluiden saatavuuteen vaikuttaa sosiodemografisten taustamuuttujien ohella maantieteellinen sijainti, sekä aika, joka kuluu palvelun vastaanottamiseen. Palveluiden saatavuuden haasteiden rinnalla on oleellista tarkastella, minkälaisia ratkaisuja haasteisiin esitetään, ja tähän erityisen vaikuttavaksi ratkaisuksi esitetään digitalisaatio. Digitalisaation etuina nähdään myönteiset vaikutukset myös muihin yhteiskunnallisiin kipukohtiin.

Tutkimusaineisto koostuu neljästä erillisestä dokumentista, joista kaksi ovat Sosiaali- ja terveysministeriön ja kaksi Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön laatimia. Tutkimusmenetelmäksi on valittu dokumenttianalyysi, joka mahdollistaa aineiston tarkastelun siltä kannalta, että minkälaisina saatavuuden haasteet, digitalisaation edut ja korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalvelut nähdään näiden aiheiden valossa. Dokumenttianalyysi sopii tutkielman tutkimusmenetelmäksi, sillä siinä nähdään aineistosta ilmentyvien sisältöjen heijastavan tutkittavaa ilmiötä sellaisenaan, joka on myös tämän tutkielman tavoitteena.

Tulokset osoittivat, että palveluiden saatavuuden haasteet liittyvät palvelujärjestelmän hajanaisuuteen sekä palvelukäytäntöjen että maantieteellisen sijainnin osalta. Tuloksissa nähtiin, että digitalisaatiolla on merkittävä rooli palveluiden saatavuuden haasteiden ratkaisijana ja edut liitetään erityisesti palveluiden saatavuuteen haja-asutetuilla seuduilla sekä palveluiden saatavuuden nopeuteen. Mielenterveys tuo lisäksi uuden merkittävän tarkastelukulman palveluiden saatavuuden haasteisiin ja digitalisaation etuihin. Tulosten mukaan mielenterveyspalveluihin kohdistuva stigma vaikuttaa palveluiden käyttöön ja siten palveluiden saatavuuteen. Tulokset osoittavat, että digitaalisia mielenterveyspalveluita aletaan hyödyntämään korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluissa aikaisempaan enemmän. Tutkielmaa voidaan hyödyntää tarkastellessa palveluiden saatavuutta ja digitalisaatiota myös muiden palvelukokonaisuuksien ja väestöryhmien osalta.

Avainsanat: Palveluiden saatavuus, sosiaali- ja terveyspalvelut, mielenterveyspalvelut, yhdenvertaisuus, digitalisaatio, korkeakouluopiskelijat

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla

1. **Johdanto** **5**

2. **Mielenterveys** **11**

2.1 Mielenterveyspalveluiden lisääntynyt tarve nyky-yhteiskunnassa 12

3. **Sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus** **15**

3.1 Sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus -käsitteen lähestymistapoja 15
3.2 Palveluiden saatavuus -käsitteen yhdenvertaisuus ja tasa-arvotavoitteinen perusta 16
3.3 Palvelujen saatavuuden eriarvoisuus 17
3.3.1 Sosiodemografiset taustamuuttujat ja palvelujärjestelmä rakentamassa saatavuuden eriarvoisuutta 18
3.3.2 Palveluiden saatavuuden alueellinen eriarvoisuus 19
3.3.3 Palveluiden saatavuuden ajalliset haasteet 21
3.3.4 Mielenterveyden stigma rakentamassa eriarvoisuutta 21
3.4 Korkeakouluopiskelijoiden väylät mielenterveyspalveluihin ja niiden saatavuus 23

4. **Sosiaali- ja terveyspalveluiden digitalisaatio** **26**

4.1 Digitaalisen muutoksen aika 26
4.2 Digitalisaation tuominen osaksi sosiaali- ja terveyspalveluita 27
4.3 Digitalisaation tuominen osaksi mielenterveyspalveluita 29
4.4 Digitalisaation tekniset soveltamisalueet 32
4.5 Digikuilu ja digitaalinen käyttötapakuilu 33

5. **Tutkimusasetelma** **36**

5.1 Aineisto 36
5.2 Tutkimusmetodi ja tutkimuseettisyys 38
5.3 Dokumenttiaineisto ja sen analyyttiset vaiheet 40

6 Tutkimustulokset **43**

6.1 Sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus 43
6.1.1 Kärkitavoitteena avun saatavuuden ja saavutettavuuden parantuminen 43
6.1.2 Palvelujärjestelmän hajanaisuus 44
6.1.3 Palveluiden saatavuuden taustalla kansalaisten yhdenvertaisuus 46
6.2 Digitalisaation edut sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä 48
6.2.1 Terveyttä sosiaali- ja terveyspalveluiden digilinjauksilla 49
6.2.2 Palveluiden saatavuus paranee digitaalisilla palveluratkaisuilla 51
6.2.3 Digitaaliset ratkaisut ajan, paikan ja järjestelmien haasteissa 52
6.3 Korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalvelut, niiden saatavuus ja digitalisaatio 56

7 Pohdinta **60**

7.1 Tutkielman arviointi, luotettavuus ja jatkotutkimusaiheet 63
7.2 Johtopäätökset 65

8. Lähteet **67**

1. JOHDANTO

Tässä pro gradussa tutkitaan palveluiden saatavuuden haasteita ja digitalisaation hyödyntämisen etuja sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Näiden aiheiden sisällä tarkastellaan yksityiskohtaisemmin, miten palveluiden saatavuuden haasteet ja digitalisaation hyödyntämisen edut näyttäytyvät korkeakouluopiskelijoille suunnatuissa mielenterveyspalveluissa. Tutkielman aihe on merkityksellinen, jotta palveluiden saatavuuden haasteita voidaan ylipäänsä ymmärtää. Tietoisuuden lisääminen tutkimusaiheesta on tärkeää, jotta palveluiden saatavuuden haasteisiin pystytään vastaamaan yhteiskunnan tasolta oikeilla sosiaali- ja terveyspoliittisilla toimilla, ja siten vastaamaan hyvinvoinnin tukemisen tarpeisiin.

Tutkielmassa tarkastellaan ensin mielenterveyttä globaalina terveysongelmana. World Health Organization (jatkossa WHO, 2021) pohjustaa palveluiden saatavuuden haasteita tuomalla esille, että terveydenhuoltojärjestelmät eivät toistaiseksi ole pystyneet vastaamaan mielenterveysongelmien kasvuun tarvetta edellyttävällä laajuudella. Globaali terveysongelma näkyy myös Suomessa konkreettisin numeroin: 43 prosenttia suomalaisten työkyvyttömyyseläkkeistä on mielenterveysperusteisia (Palotie-Heino & Nyman, 2020). Tämän lisäksi pääosin kaikki alle 35-vuotiaiden työkyvyttömyydet myönnetään mielenterveyssyistä. (emt. 2020.) Mielenterveysongelmien kentällä korkeakouluopiskelijat nähdään erityisenä väestöryhmänä tämän tutkimusaiheen parissa, sillä korkeakouluopiskelijoilla on psyykkisiä oireita ja kuormittuneisuutta enemmän suhteessa koko aikuisväestöön, joka tulee ilmi vuoden 2021 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamasta korkeakouluopiskelijoiden hyvinvointitutkimuksen mediatiedotteesta (Parikka, Suvisaari, Hujanen 2021). Lisäksi peräti 65 prosenttia korkeakouluopiskelijoista, jotka tarvitsevat mielenterveyspalveluita kokevat saaneensa palveluita riittämättömästi (emt. 2022).

Edellä kuvatut haasteet mielenterveyspalveluiden riittämättömyydestä sekä globaalilla (esim. WHO 2021) että kansallisella tasolla (Parikka, ym. 2021) tekee mielenterveyspalveluiden saatavuuden tutkimisen yhteiskunnallisesti merkittäväksi tutkimusaiheeksi. Tutkimusasetelmaan on sisällytetty myös suomalaiset korkeakouluopiskelijat, sillä merkittävä osuus tästä väestöryhmästä kokee psyykkistä kuormitusta ja mielenterveyspalveluihin kohdistuvaa riittämättömyyttä palveluiden saatavuudessa (emt. 2021). Yhteiskunnallinen muutos mielenterveyspalveluihin kohdistuneessa palveluntarpeessa toimii jo itsessään perusteluna tutkimusasetelmalle, sillä muutosta tulee ymmärtää, jotta siihen pystytään reagoimaan yhteiskunnalliselta tasolta haasteisiin vastaavilla toimilla.

Tämän tutkielman lähtökohtana on siten ymmärtää palveluiden saatavuutta ja siihen kohdistuneita haasteita, ja tämän teeman sisällä tarkastella yksityiskohtaisemmin juuri korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluiden saatavuutta ja siinä esiintyviä haasteita. Aikaisemmassa tutkimuksessa palveluiden saatavuutta käsitteellistetään usein sen käytön määrällä, mutta yhä enemmän kirjallisuudessa on alettu korostamaan näkemystä palveluiden saatavuuden tyydyttämättömästä palvelutarpeen näkökulmasta (Manderbacka ym. 2013). Palveluiden saatavuuden toteutumiseen vaikuttaa sosiodemografiset taustamuuttujat, esimerkiksi koulutuksella ja sosioekonomisella taustalla nähdään olevan suurta merkitystä palveluiden käytön erilaisuuteen (emt. 2013, 9—10). Wahlbeck ja tutkijaryhmä (2018, 127) tuovat lisäksi esille, että palveluiden saatavuuden eroihin vaikuttaa tulo- ja varallisuuserojen ja materialististen tekijöiden lisäksi sosiaalisia, psykologisia ja kulttuurisia tekijöitä. Myös Blomgren ja Hiilamo (2012) tuovat samansuuntaisia tuloksia esille palveluiden saatavuuteen liittyvistä palvelujärjestelmän eriarvoistavista mekanismeista, jonka lisäksi he tuovat ilmi, että ne ovat yhteydessä kasvaviin terveyseroihin.

Aikaisemman kirjallisuuden mukaan palveluiden saatavuuteen liitetään usein myös näkökulmat palveluiden ajallisesta ja paikallisesta saatavuudesta. Karvonen, Kestilä ja Kauppinen (2019, 230) tuovat ilmi, että palvelut tulisivat olla asiakkaalle saatavilla siten, ettei ajasta koituvat haasteet rajoita palvelun käyttöä tai sen pariin hakeutumista. Palveluiden ajallinen saatavuus nähdään kirjallisuudessa merkittäväksi teemaksi, sillä mikäli palveluiden pariin pääsemisestä koituu ajallisia haasteita tai esteitä, voi se vaikuttaa palvelun käytön määrään tilanteissa, joissa asiakas itse arvioi ongelmansa kiireettömäksi (Lillrank & Vanesmaa 2010). Näissä tapauksissa asiakkaan terveydentila voi palvelun viivästyessä heikentyä ja terveysongelman vaikeuta. (emt. 2010, 91.) Toiseksi Manderbacka, Satokangas ja Karvonen (2019, 1) tuovat esille, että palveluiden saatavuuteen vaikuttaa palveluiden paikallisuus: esimerkiksi harvaan asutetulla maaseutualueella välimatkat palveluiden pariin ovat suuremmat, joka esitetään palveluiden saatavuuden haasteena.

Palveluiden saatavuutta ja sen haasteita tarkastellaan tutkielmassa myös korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluiden saatavuuden näkökulmasta. Korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluiden saatavuutta kuvaillaan teoriaosuudessa erilaisten palvelutarjoajien näkökulmasta, jossa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiöllä on vahva oma roolinsa. Mielenterveys tuo puolestaan palveluiden saatavuuteen oman sävynsä siltä kannalta, että mielenterveysongelmiin on liitetty kautta historian ennakkoluuloja (Ahonen 2019). Mielenterveysongelmiin liitetty ennakkoluulot, eli stigma, on teema, jonka voittaminen nähdään kirjallisuudessa ensisijaiseksi tavoitteeksi mielenterveystyössä, sillä sen lisäksi, että stigma asettaa kansalaiset eriarvoiseen asemaan toistensa kanssa ja vääristää mielikuvia todellisuudesta, se vaikuttaa negatiivisesti terveydenhuollon resurssien

jakoon vielä tänäkin päivänä (Eskola & Taipale 2013, 176). Mielenterveys on siten jo itsessään teema, joka vaikuttaa eriarvoisesti palveluiden saatavuuden yhdenvertaisuuteen, joka nähdään yhdeksi perustavanlaatuiseksi hyvinvointipoliittiseksi tavoitteeksi palvelurakenteissa (Karvonen, Satokangas & Manderbacka 2019). Palveluiden yhdenvertainen saatavuus onkin nostettu tässä tutkielmassa merkittäväksi tarkastelukohteeksi niin sosiaali- ja terveyspalveluissa kuin mielenterveyspalveluissakin, sillä kyseisten palveluiden saatavuus tulisi nojautua yhdenvertaisuuteen, johon on sitouduttu sekä kansainvälisten sopimusten (Leppo 2013, 95) että Suomen lainsäädännön puolesta (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 2 §, 10 §).

Palveluiden saatavuuden haasteiden rinnalla on oleellista tarkastella, minkälaisia ratkaisuja haasteisiin vastaamiseksi esitetään aikaisemmassa kirjallisuudessa. Palveluiden saatavuuden haasteisiin esitetään olevan moninaisia ratkaisuja, mutta yhdeksi erityisen vaikuttavaksi ratkaisuksi esitetään digitalisaatio (Gerd & Eskelinen 2018). Digitalisaation nähdään ratkaisevan samalla myös muita yhteiskunnallisia haasteita, joita palvelujärjestelmät kohtaavat: Suomen tiukan taloudellisen tilanteen vuoksi digitalisaatio tarjoaa kustannustehokkaan ratkaisun tuottaa palveluita. (emt. 2018, 71.) Kokonaisuudessaan digitalisaatio on laaja-alainen ilmiö, jota tässä pro gradu –tutkielmassa tarkastellaan sosiaali- ja terveyspalveluiden, ja yksityiskohtaisemmin mielenterveyspalveluiden, näkökulmasta. Kirjallisuudessa digitalisaatio esitetään ongelmien ratkaisijana, mahdollistajana, mutta samalla sitä käsitteellistetään kriittisin silmin, jota hyödyntämällä asetamme kansalaiset eriarvoiseen asemaan sosiaali- ja terveyspalveluiden kentällä (Kivistö 2019, 132—135).

Tässä pro gradussa keskitytään digitalisaation tuomien haittojen sijasta sen mahdollistaviin puoliin. Täten tutkielmassa tarkastellaan, minkälaisia etuja digitalisaation nähdään olevan palvelurakenteissa. Aikaisemman kirjallisuuden mukaan digitalisaation edut nähdään tukevan erityisesti palveluiden saatavuutta esimerkiksi silloin kun palvelut ovat vaikeasti saavutettavissa sijainnin vuoksi, tai kun digitalisaation nähdään tukevan palveluiden saatavuutta ajallisesta näkökulmasta (Parvinen, Lillrank & Vanesmaa 2005, 152). Digitalisaation hyödyntämisalueita nähdään sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä olevan muun muassa verkkopalveluiden avulla, virtuaaliklinikoiden tai chattibottien muodossa, jonka lisäksi digitalisaatiota nähdään hyödynnettävän terveystietojen keräämiseen ja analyysin tekemiseen, joka vaikuttaa palveluiden nopeuttamiseen, laatuun ja tehostamiseen (Gerd & Eskelinen 2018, 192—197).

Aikaisemman kirjallisuuden mukaan digitalisaatiota voidaan hyödyntää myös mielenterveyspalveluissa (esim. Rantala, ym. 2019, 4). WHO (2021) ehdottaa digitalisaation hyödyntämistä mielenterveyspalveluissa palvelun käyttäjästä huolimatta, jonka lisäksi WHO tuo ilmi, että

digitalisaation hyödyntäminen mielenterveyspalveluissa nähdään parantavan palveluiden saatavuutta mielenterveysongelmista kärsivillä (emt. 23, 27). Digitalisaation edut mielenterveyspalveluissa liittyvät esimerkiksi siihen, että ne lisäävät mielenterveyspalveluiden hoitomuotoja ja mahdollistavat hoidon niille asiakasryhmille, joita perinteiset hoitomuodot eivät tavoittaisi ja siten jäisivät mielenterveyspalveluiden ulkopuolelle (Ahlqvist & Kalliola 2022, 11—12). Digitaalisten mielenterveyspalveluiden edut nähdään muiden palveluiden ohella liittyvän myös paikkariippumattomuuteen, joka vastaa palveluiden saatavuuden haasteisiin haja-asutetuilla alueilla. Digitalisaation hyödyntäminen palvelujärjestelmissä toteutuu myös digitaalisten toiminnanohjausjärjestelmien avulla, joka aikaisemman kirjallisuuden mukaan tukee palveluiden vaikuttavuutta, laatua ja yhdenvertaisuutta. (emt. 2022, 11—12.)

Aikaisemman kirjallisuuden mukaan digitaaliset hoitomuodot nähdään erityisen soveltuviksi esimerkiksi masennuksen ja ahdistuksen hoitoon (Ahlqvist & Kalliola 202211—12). Digitaaliset masennuksen ja ahdistuksen hoitomuodot voidaan tältä osa-alueelta nähdä hyvin soveltuvaksi juuri korkeakouluopiskelijoiden hoitamiseen, sillä korkeakouluopiskelijoiden hyvinvointikyselyssä tuli ilmi, että 35 prosenttia korkeakouluopiskelijoista on psyykkisesti kuormittunut eli kärsi ahdistus- ja/tai masennusoireista (Parikka ym. 2022). Me-säätiön raportissa kartoitettiin lisäksi yliopisto-opiskelijoiden mielipiteitä mielenterveyspalveluiden toteutumiseen: opiskelijat toivat ilmi, että mielenterveyspalveluiden haasteina ovat olleet pitkät jonot, jotka vaikeuttavat palveluiden saatavuutta, jonka lisäksi suuret palvelumaksut voidaan nähdä esteinä palveluiden saatavuudelle (Rantala ym. 2019, 13—14). Yliopisto-opiskelijoiden esille tuodut haasteet mielenterveyspalveluista vastaavat kirjallisuudessa esille tulleita hyötyjä digitalisaation hyödyntämisestä, sillä teknisten ominaisuuksien ansiosta mielenterveyspalveluja voisi tuottaa suuremmalle asiakaskunnalle, joka vaikuttaisi hoidettavien asiakkaiden määrään, sekä palveluiden tuottamisen kustannustehokkuuteen, joka voisi mahdollistaa edullisemmat palvelut (Rantala ym. 2019, 4—5).

Digitalisaation hyödyntäminen sosiaali- ja terveyspalveluissa on merkittävä yhteiskuntatieteellinen tutkimusaihe, sillä sen hyödyntäminen palvelutuotannossa edellyttää eettistä herkkyyttä ja kriittistä havainnointia, jotta digitaalisen kehityksen jälkeen ei jää väestöryhmiä palveluiden ulottumattomiin asettaen silloin myös kansalaiset epätasa-arvoiseen asemaan keskenään. Uudenlaiset ratkaisut niin sosiaali- ja terveyspalveluissa kuin mielenterveyspalveluissakin herättävät kysymyksiä muun muassa digikuilusta ja digitaalisesta käyttötapakuilusta. Digikuilu ja digitaalinen käyttötapakuilu vaikuttavat siihen, mitkä mahdollisuudet kansalaisilla on käyttää digitalisia välineitä niin laitteiden omistajuuden kannalta, mutta myöskin niiden käytön kannalta (Tuomivaara & Alasoini 2020, 11—12, 14).

Digitalisaatio kuvataan teemaksi, joka voi vastata palveluiden saatavuuden haasteisiin, vaikka sen hyödyntäminen edellyttäisikin eettistä herkkyyttä ja kriittistä havainnointia. Tässä pro gradussa tullaan kuitenkin keskittymään juuri digitalisaation hyödyntämiseen ja sen etuihin tutkimuksellisista intresseistä lähtien.

Edellä käsiteltyjä teemoja tarkastellaan tässä tutkielmassa seuraavin tutkimuskysymyksin:

1. ”Millaisina sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuden haasteet kuvataan aineistossa?”
2. ”Millaisia etuja digitalisaatiolla esitetään olevan sosiaali- ja terveyspalveluissa?”
3. ”Millaisina palveluiden saatavuuden haasteet ja digitalisaation edut esitetään korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluissa?”

Tutkielman tutkimusmenetelmäksi on valittu dokumenttianalyysi. Tutkielman dokumenttiaineistoksi on valittu neljä erillistä dokumenttia, joista kaksi ovat Sosiaali- ja terveysministeriön laatimia: ”Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030” ja ”Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena– Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025”, ja toiset kaksi dokumenttia ovat Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön laatimat: ”Toimintasuunnitelma ja talousarvio 2021” ja ”Toimintasuunnitelma ja talousarvio 2022”. Dokumenttianalyysi sopii tutkielman tutkimusmenetelmäksi, sillä siinä nähdään aineisosta ilmentyvien sisältöjen heijastavan tutkittavaa ilmiötä sellaisenaan (Anttila 1998), joka on myös tämän tutkielman tavoitteena. Täten dokumenttianalyysi mahdollistaa tutkimusaiheen tarkastelun makrotasolta käsin, sillä valitut dokumentit käsittelevät kansallisen tason strategioita, linjauksia ja toimintasuunnitelmia mielenterveyspalveluiden kehittämisestä, sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuden parantamisesta ja digitalisaation hyödyntämisestä. Tutkielmassa dokumenttianalyysin tuloksia tarkastellaan tulososuudessa sisällönanalyyttisesti aineiston ja teorian vuoropuheluna.

Tutkielman alkaa mielenterveyshaasteiden- ja palveluiden tarkasteluna. Tämän jälkeisessä luvussa palveluiden saatavuutta tarkastellaan ensin yleisellä tasolta käsin sosiaali- ja terveyspalveluiden näkökulmasta, jonka jälkeen palveluiden saatavuutta tarkastellaan korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluiden näkökulmasta. Seuraavassa luvussa tarkastellaan, miten palveluiden saatavuutta on käsitteellistetty, mihin palveluiden saatavuus yleisesti ottaen perustuu, miten eriarvoisuus nivoutuu palveluiden saatavuuteen, minkälaisia haasteita palveluiden saatavuuteen liitetään ja mitä erityispiirteitä mielenterveys asettaa palveluiden saatavuudelle. Palveluiden saatavuuden haasteet toimivat perusteluina tälle tutkielmalle, sillä hyvinvointipoliittisena tavoitteena on tarjota palveluita

kansalaisille yhdenvertaisesti. Tämän tavoitteen vuoksi tutkielman seuraavassa vaiheessa siirrytään tarkastelemaan digitalisaation etuja sosiaali- ja terveyspalveluissa, ja yksityiskohtaisemmin korkeakouluopiskelijoille suunnatuissa mielenterveyspalveluissa. Korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalvelut kulkevat siis koko tutkielman ajan mukana ”punaisena lankana”, toimien samalla esimerkkitapauksena, minkälaisina palveluiden saatavuuden haasteet ja digitalisaation edut voivat tarkasteltavalla väestöryhmällä esiintyä. Erityisen huomion kohdistaminen korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluihin on lisäksi merkittävää, sillä nuoren sukupolven mielenterveyden tukeminen ja kattavien palveluiden varmistaminen tukee seuraavan työssäkäyvän sukupolven työssä jaksamista, ja siten myös hyvinvointivaltion kantokykyä pitkälle tulevaisuuteen.

2. MIELENTERVEYS

Mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet maailmanlaajuisesti merkittävästi viime vuosien aikana. World Health Organization (2021, jatkossa WHO) mukaan terveydenhuoltojärjestelmät eivät ole toistaiseksi pystyneet vastaamaan mielenterveysongelmien kasvuun tarvetta edellyttämällä laajuudella globaalilla tasolla. Tämän seurauksena kuilu palveluita tarvitsevien ja palveluntarjoamisen välillä on suuri kauttaaltaan koko maailmassa. (emt. 3) Mielenterveys määritellään mielenterveyden hyvinvointitilaksi, johon jokainen ihminen ja yhteisö voi myötävaikuttaa omalla tavallaan (Mieli ry 2021). Mielenterveyden hyvinvointitilassa ihminen ymmärtää potentiaalinsa, selviytyy normaalista elämän stressistä ja voi työskennellä tuottavasti. WHO:n (2021) mukaan mielenterveyden ja sen häiriöiden määrittäjiin kuuluu sekä yksilöllisiä että rakenteellisia tekijöitä. Yksilöllisiä määrittäjiä ovat kyky hallita omia ajatuksia, tunteita, käytöstä ja kommunikoimista muiden kanssa, kun taas maakohtaiset rakenteelliset määrittäjät keskittyvät sosiaalisiin-, kulttuurisiin-, taloudellisiin-, poliittisiin- ja ympäristön tekijöihin, kuten sosiaalipoliittisiin käytäntöihin tai esimerkiksi rakenteellisiin työ- ja asumisolosuhteisiin (emt. 2021).

WHO (2021) tuo julkaisussa esille, että nämä määrittäjät vaikuttavat siihen, minkälaisessa asemassa yksilöt ja ihmisryhmät ovat suhteessa mielenterveyteen ja mielenterveyden ongelmien ja häiriöiden riskeihin. Mielenterveyden ongelmat näyttäytyvät yksilölle merkittävänä riskinä yksilön toimintakyvyn madaltumiselle. Asian vakavuutta kuvailee muun muassa se, että mielenterveysongelmista koituu suurempi riski yksilön ennenaikaisille kuolemille: esimerkiksi 40 prosentilla ihmisistä, jotka kärsivät vakavasta masennuksesta on suurempi riski ennenaikaiselle kuolemalle kuin muulla väestöllä. (WH0 2021, 2.)

Suomessa mielenterveysongelmilla on laajat yhteiskunnalliset vaikutukset (Kestilä & Karvonen 2019, 59). Mielenterveysongelmat ovat merkittävä terveysongelma kaikissa ikäluokissa, ja vain osa apua tarvitsevista hakee palveluiden piiriin (emt. 2018, 59). Mielenterveysongelmien yhteiskunnallisesta laajuudesta kertoo se, että 43 prosenttia suomalaisten työkyvyttömyyseläkkeistä on mielenterveysperusteisia ja pääosin kaikki alle 35-vuotiaiden työkyvyttömyydet myönnetään mielenterveyssyistä (Palotie-Heino & Nyman, 2020). Mieli ry:n (2021) mukaan mielenterveysongelmien kasvu kertoo muutoksesta psyykkisten kysymysten merkityksestä ja roolista nyky-yhteiskunnassa. Esimerkiksi 1970-luvulla työelämäkyvyttömyys perustui fyysisiin oireisiin ja ammattitauteihin, nyt sen painotus on vähitellen muuttunut korostamaan mielenterveydellisiä haasteita työkyvyttömyyden myöntämisessä. (Mieli ry 2021.) Väestön fyysisen toimintakyvyn parantuessa

mielenterveyden häiriöiden suhteellinen osuus onkin kasvanut yhteiskunnan kokonaissairastavuutta tarkastellessa (Wahlbeck ym. 2018, 122).

Mielenterveyttä voidaan tukea yksilön omista lähtökohdista käsin, tai sitten yhteisön tai yhteiskunnan tarjoamilla avustuksilla ja palveluilla. Mielenterveyspalveluita tuotetaan osana perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidossa sekä osana sosiaalihuoltoa (Kestilä & Karvonen 2019, 194; Mielenterveyslaki 1990/1116). Mielenterveyspalveluihin sisältyy neuvonta, ohjaus ja tarpeenmukainen psykososiaalinen tuki, kriisitilanteiden psykososiaalinen tuki ja mielenterveyden häiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa mielenterveystyön valtakunnallisesta suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta (STM, Mielenterveyspalvelut.)

2.1 Mielenterveyspalveluiden lisääntynyt tarve nyky-yhteiskunnassa

Yhä useampi suomalainen käyttää mielenterveyspalveluita, kerrotaan Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisussa “Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut” (2018, 122). Selvityksessä tuodaan ilmi, että mielenterveyden häiriöistä koituvat kustannukset ovat vuositasolla noin kuusi miljardia euroa, jonka lisäksi palvelujen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja integraatiosta koituvat ongelmat tuottavat valtiolle välillisiä lisäkustannuksia. Vaikka tarve mielenterveyspalveluille kasvaa entisestään, yhä pienempi osuus kuntien terveydenhuollon menoista ohjautuu mielenterveyspalveluihin: esimerkiksi mielenterveyspalveluiden osuus oli vuonna 2000 5,5 %, kun taas vuonna 2015 vastaava osuus oli 4,3 %. (emt. 2018.) Samansuuntaisia tuloksia saadaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamasta kansallisesta verkkokyselystä “Korkeakouluopiskelijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimuksen” (jatkossa KOTT-tutkimus, Parikka, ym. 2021). Korkeakouluopiskelijoiden hyvinvointitutkimuksesta käy ilmi, että korkeakouluopiskelijoilla psyykkinen huonovointisuus on lisääntynyt ja mielenterveyspalveluita riittämättömästi saaneiden määrä on kasvanut. KOTT-tutkimuksessa kohderyhmäksi on ikävakioitu 18–34 –vuotiaat ammattikorkea- ja yliopistotason opiskelijat ja se lähetettiin 12 000 satunnaisesti valitulle perustutkinto-opiskelijalle. Lopullinen vastausprosentti oli 53 % ja vastaajia 6 258, jolloin vastaustuloksia voidaan pitää kattavina kansallisina tutkimustuloksina.

Vuoden 2021 KOTT-tutkimuksessa tarkasteltiin korkeakouluopiskelijoiden hyvinvointia kauttaaltaan, mutta mielenterveyteen kohdistuvia kysymyksiä kartoitettiin todetuista psyykkisistä sairauksista, psyykkisestä kuormittavuudesta ja korkeakouluopiskelijoiden riskistä sairastua psyykkisiin häiriöihin. Tutkimuksen mukaan noin joka kolmas (35 prosenttia) korkeakouluopiskelija oli psyykkisesti

kuormittunut eli kärsi edellä mainituista ahdistus- ja/tai masennusoireista. (Parikka, ym. 2021.) KOTT-tutkimuksessa kartoitettiin lisäksi korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluiden tarvetta ja käyttöä, joka on myös tämän tutkielman kannalta merkittävä teema palveluiden saatavuuden kannalta. Tutkimustulosten mukaan kaikista korkeakouluopiskelijoista Suomessa sai riittämättömästi mielenterveyspalveluita noin kaksi kolmasosaa (65 prosenttia) niitä tarvitsevista. (Parikka, ym. 2021.) Näin ollen ajankohtaisen tutkimustuloksen perusteella voidaan todeta, että korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluissa on ongelmia palveluiden saatavuuden saralla, vaikka korkeakouluopiskelijoiden palveluntarve on kasvanut ja ihmiset uskaltavat hakeutua enemmän palveluiden piiriin kaikissa ikäluokissa. Näin ollen korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluiden saatavuuden tutkiminen on ajankohtaisen tutkimustuloksen valossa merkittävä yhteiskuntatieteellinen tutkimuskohde.

Palveluntarvetta on saattanut kiihdyttää vuonna 2022 edelleen ajankohtainen koronapandemia. Anna Kananen (2021) korostaa yhteisöllisyyden, tai sen puutteen, vaikutusta korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyteen. Kananen tuo esille etenkin koronapandemian vaikutuksia opiskelijoiden yhteisöllisen arjen rakentumiseen. Kirjoituksessa tuodaan esille, että puolitoista vuotta koronapandemian poikkeusoloissa on pitkä aika elää korkeakouluopiskelijana ilman yhteisöllisyyttä, tapahtumia ja normaalia opiskelijaelämää. Kirjoituksessa tuodaan ilmi, että yhteisöllisyyden puute on opiskelijoille kuormittavaa eikä sen merkitystä osata huomioida yhteiskunnallisesti. Kananen tuokin esille, että Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ennakkotietojen mukaan korkeakouluopiskelijoiden opinnot ovat vaikeutuneet 70 prosentilla opiskelijoista koronapandemian aikana. (emt. 2021.)

Yhteisöllisyyden ja sosiaalisen tuen nähdään myös muussa kirjallisuudessa tukevan yksilön mielenterveyttä. Ruuskanen (2002, 7) esimerkiksi esittää, että yksilön sosiaalisilla voimavaroilla tuetaan psykologisia ja biologisia vaikutuksia, joiden kautta yksilön terveys ja elämänlaatu paranevat. Hyvinvointi- ja elämänlaatuvaikutuksia selitetään esimerkiksi yhteisöllisyyden avulla. Yhteisöön kuuluminen mahdollistaa jäsenilleen turvallisuuden- ja samaistumisen tunteen, joka nähdään inhimillisiä tarpeita tyydyttäväksi. Yhteisöllisyydestä on terveydelle suotuisia vaikutuksia, mikäli se koostuu luotettavista sosiaalisista verkostoista ja ystävyyssuhteista, ja sisältää aktiivista osallistumista yhteiseen toimintaan. Terveyttä edistää näkökulma yhteisöön kuulumisesta, kun taas epäluottamus nähdään kuuluvan kielteisesti koettuun terveyteen. Sosiaalisen kontaktin tai yhteisöllisyyden puute koronapandemian jälkitiimoilta on siten voinut saada psykologisia seurauksia. (emt. 2002, 7.) Sosiaalisten kontaktien ja yhteisöllisyyden puutteen vuoksi korkeakouluopiskelijoiden kokemus sosiaalisista voimavaroista on siis voinut madaltua, joka on voinut vaikuttaa lisääntyneeseen palvelutarpeeseen (Parikka, ym. 2021).

Tässä luvussa on käsitelty mielenterveydellisten haasteiden lisääntymistä ja palvelujärjestelmien kyvyttömyyttä vastata palveluntarvetta edellyttämään laajuuteen sitä vastaavalla tavalla (WHO 2021). Mielenterveydelliset haasteet ovat liittyneet siihen, että mielenterveyden häiriöstä kärsii määrällisesti paljon ihmisiä, jonka lisäksi tuotiin ilmi, että mielenterveyspalveluita kohtaan koetaan riittämättömyyttä. Tämä nähtiin toteutuvan erityisesti korkeakouluopiskelijoiden kohdalla. (Parikka, ym. 2021.) Edellä mainitut ilmiöt herättävät kysymyksen siitä, että mitä palveluiden saatavuuden haasteita aikaisemmassa kirjallisuudessa esitetään olevan. Tarkoituksena on ymmärtää palveluiden saatavuuden haasteita, jotka voisivat laajentaa ymmärrystä siitä, että mistä palveluiden saannin tyytymättömyys johtuu. Seuraavaksi palveluiden saatavuutta tarkastellaan ensin sen määritelmistä käsin, jonka jälkeen tarkastellaan, minkälaisia haasteita siihen liitetään. Tarkoituksena on tutkia ensisijaisesti palveluiden saatavuutta ja sen haasteita, mutta tämän aiheen sisällä tarkastella yksityiskohtaisemmin, miten ne näyttäytyvät korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluissa.

3. SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN SAATAVUUS

Tässä luvussa tarkastellaan sosiaali- terveyspalveluiden saatavuutta Suomessa. Luvussa tarkastellaan, miten palveluiden saatavuutta on käsitteellistetty, mihin palveluiden saatavuus yleisesti ottaen perustuu, miten eriarvoisuus nivoutuu palvelujen saatavuuteen ja minkälaisia haasteita palveluiden saatavuuteen usein liitetään. Teemaa lähestytään yhteiskuntatieteellisen kirjallisuuden kautta sekä esimerkiksi mielenterveyslain ja terveydenhuoltolain säätelemin raamein, sillä ne ohjaavat mitä olennaisimmin palveluiden yhdenvertaista tarjontaa ja palveluiden saatavuutta. Saatavuuden teemaa tullaan tarkastelemaan yksityiskohtaisemmin myös korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluiden saatavuuden kannalta noudattaen tämän pro gradu -tutkielman aihetta. Palveluiden saatavuutta ja sen haasteita on merkityksellistä tutkia, jotta palveluiden saatavuuden haasteita voidaan ymmärtää. Tietoisuuden lisääminen tutkimusaiheesta on tärkeää, jotta siihen pystytään vastaamaan yhteiskunnan tasolta oikeilla sosiaali- ja terveyspoliittisilla toimilla, ja siten vastaamaan paremmin kansalaisten tarpeisiin ja hyvinvoinnin tukemiseen.

3.1 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN SAATAVUUS -KÄSITTEEN LÄHESTYMISTAPOJA

Palveluita käyttävän asiakkaan näkökulmasta palvelut tulisi näyttäytyä laadukkaina ja helposti saatavilla olevina palveluina. Laadukkaat palvelut näyttäytyvät asiakkaalle helposti saavutettavissa olevina palvelukokonaisuuksina, jotka kunnioittavat asiakkaan oikeuksia, lisäävät osallisuutta, vähentävät eriarvoisuutta, tarjoavat kuntoutumista tukevia palveluita ja käyttävät vaikuttavia työmenetelmiä (Wahlbeck ym. 2018, 122). Yleisesti ottaen Suomessa sosiaali- ja terveyspalveluista ja niiden saatavuudesta vastaa aluehallintovirasto (Ahonen 2019, 20) ja sosiaali- ja terveyspalvelujen asianmukaisuutta valvoo Valvira. Valvira ohjaa valtakunnallisesti terveydensuojelun toimeenpanoa ja valvontaa ja ohjaa aluehalliravirastoja tavoitteena yhdenmukaiset lupa-, ohjaus- ja valvontakäytänteet koko maassa. (Valvira 2022.)

Palvelujen saatavuus esitetään kirjallisuudessa monitahoisena käsiteenä, jota on usein mitattu palveluiden käytöllä (Manderbacka, Muuri, Keskimäki, Kaikkonen & Elomäki 2012). Monet tekijät kuitenkin vaikuttavat palveluiden käytön mahdollisuuksiin, jotka hankaloittavat saatavuus -käsitteen arviointia. Tämän vuoksi palveluiden saatavuuden ongelmia on lähestytty viime vuosina kansalaisten tyydyttämättömästä palveluntarpeen näkökulmasta. (emt. 2012.) Tätä lähestymistapaa on hyödynnetty myös aikaisemmin esitetyssä valtakunnallisessa korkeakouluopiskelijoiden terveys- ja hyvinvointikyselyssä (Parikka, ym. 2021), jossa tutkittiin palveluiden saatavuutta tutkimalla palveluita riittämättömästi saaneiden osuudella, joka oli 65 prosenttia.

Ilmarisen, Aallon ja Muurin (2019) mukaan palveluiden saatavuutta voidaan lähestyä myös väestötasolta käsin. Tutkijoiden mukaan väestön luottamus sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuteen on vähentynyt 2010-luvulla. Erityisesti toimeentulovaikeuksia kokeneet luottavat palveluiden saatavuuteen muita vähemmän. Epäluottamus oli suurempaa etuuksien saatavuudessa kuin palveluiden saamista kohtaan. Sosiaalipalveluiden tyydyttämätöntä palveluntarvetta esiintyy sosiaalipalveluissa peräti 30—50 prosenttia sosiaalipalveluiden käyttäjistä. (emt. 216.) Kansalaisten luottamus järjestelmän tasavertaisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen on merkittävä sosiaalipoliittinen tarkastelunkohde, sillä sen voidaan nähdä perustana hyvinvointivaltion legitimiteetille (Muuri, Aalto, Manderbacka & Arfman 2019, 292), jonka vuoksi se on otettu myös tarkasteluun tässä tutkielmassa.

3.2 Palveluiden saatavuus -käsitteen yhdenvertaisuus ja tasa-arvotavoitteinen perusta

Palveluiden saatavuus tulisi perustua kansalaisten yhdenvertaisuuteen ja tasa-arvoon (Manderbacka ym. 2018, 208 & Leppo 2013). Yhdenvertaisuusperiaate ja tasa-arvotavoite näyttäytyvät Suomen palvelujärjestelmässä sekä sosiaali- ja terveyspolitiikassa, ja ne pohjautuvat Euroopan Unionin jäsenmaita koskeville arvoille ja periaatteille, vaikka eri maiden terveydenhuollon rakenteissa onkin merkittäviä eroja. Yhteiset arvot pohjautuvat palveluiden saatavuuden oikeudenmukaisuuteen, yhdenvertaisuuteen, solidaarisuuteen ja universaalisuuteen, jolla tarkoitetaan palvelujen tarjoamista kaikille tarpeen mukaan. (Leppo. 2013, 95.) Euroopan Unionin asettamat tavoitteet ovat puolestaan Suomen tärkein politiikkataso kansallisen toiminnan yläpuolella, joten EU:n asettamien päätösten ja tavoitteiden avulla voidaan parhaiten vaikuttaa terveystavoitteiden sisällyttämiseen useilla eri aloilla Suomessa (Melkas 2013, 191).

Kansalaisten yhdenvertaista pääsyä palveluiden pariin säätelee mielenterveyslain lisäksi esimerkiksi jo mainittu terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolain artiklassa 2 sanotaan seuraavasti: "Terveydenhuoltolain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä ja hyvinvointia, kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja, toteuttaa väestön tarvitsemia palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta." Terveydenhuoltolain artikla 10 puolestaan käsittelee puhtaasti vain palveluiden saavutettavuutta ja yhdenvertaista saatavuutta. Yhdenvertaisesta saatavuudesta säädetään laissa seuraavasti: "Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava vastuullaan olevien asukkaiden palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan". (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 2 §, 10 §.) Lait määräävät näin ollen vastuun palveluiden järjestämisestä ja tarjoamisesta kansalaisten tarpeiden mukaisesti kunnille ja kuntayhtymille, asettaen

kansalaiset samanarvoiseen asemaan toistensa kanssa siten, että palvelut tulisivat olla yhdenvertaisesti saatavilla kaikille sosiaali- ja terveyspalveluita tarvitseville.

Kansalaisten yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon onnistumisen tavoitteet näkyvät myös esimerkiksi Sanna Marinin hallituksen ohjelmassa (10.12.2019). Strategisena kokonaisuutena on asetettu ”Oikeudenmukainen, yhdenvertainen ja mukaan ottava Suomi”, jota käsitellään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden parantamisen tavoitteella. Hyvinvointivaltion yhdeksi keskeiseksi kulmakiveksi on mainittu ihmisten yhdenvertaisuus ja tasa-arvo, johon on investoitu ihmisten hyvinvoinnin ja kansakunnan vaurastumisen tähden. Palvelujärjestelmän tavoitteena on esitetty olevan muun muassa hyvinvoinnin ylläpito, sosiaalisen turvallisuuden takaaminen ja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen. Hyvinvointi- ja terveyserot ovat kasvaneet tavoitteiden laatimisesta huolimatta, sillä vaikka osalla väestöstä nämä tavoitteet toteutuvat hyvin, osalla palveluiden käyttö on tarpeisiin nähden vähäistä tai saatavilla oleva palvelu ei vastaa yksilön tarpeisiin. (Hallitusohjelma 2019, 143—153.)

Hallitusohjelmassa (10.12.2019) tuodaan ilmi, että palveluiden saatavuudesta ja yhdenvertaisuudessa ei olla onnistuttu eikä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja rahoitus ole pystyneet turvaamaan yhdenvertaisia palveluita kaikille suomalaisille. Vuonna 2023 voimaantulevan sosiaali- ja terveydenhuolto uudistuksen keskeisinä tavoitteina onkin muun muassa kaventaa syntyneitä hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata yhdenvertaiset palvelut oikea-aikaisesti ja laadukkaasti ja parantaa palveluiden saatavuutta. (emt. 143—144.)

3.3 Palvelujen saatavuuden eriarvoisuus

Suomessa sosiaali- ja terveyspalveluiden tasa-arvotavoitteessa ja palveluiden yhdenvertaisessa saatavuudessa ei useiden kirjallisten lähteiden, kuten Karvosen, Satokankaan ja Manderbackan (2019) mukaan, olla onnistuttu kansainvälisistä ja kansallisista tavoitteista ja sopimuksista huolimatta. Saatavuuden haasteet liittyvät sekä mikro- että makrotason ilmiöihin ja eriarvoisuuteen, joita käsitellään tässä luvussa tarkemmin.

3.3.1 Sosiodemografiset taustamuuttujat ja palvelujärjestelmä rakentamassa saatavuuden eriarvoisuutta

Karvonen, Satokangas ja Manderbacka (2019) tuovat ilmi, että hyvinvointipoliittisena tavoitteena on palveluiden saatavuus yhdenvertaisesti niin, että kaikille asukkaille tulee tarjota yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut riippumatta sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä, asuinalueesta tai muista palvelun käyttöä rajoittavista tekijöistä. Näihin tavoitteisiin on sitouduttu paitsi oman lainsäädännön, mutta myös useiden kansainvälisten sopimusten kautta. Kuitenkin tutkijat listaavat, että eräät sosiodemografiset taustamuuttujat, kuten koulutus- ja sosioekonominen tausta vaikuttavat siihen, miten eri väestöryhmät hakeutuvat erilaisten palveluiden piiriin ja miten he käyttävät kyseisiä palveluita. (emt. 2019.) Lillrank ja Vanesmaa (2010, 74) tuovat lisäksi ilmi, että korkeasti koulutetut tietävät usein myös tarkemmin, mitä palveluja on tarjolla ja osaavat siten hakeutua ajoissa oikeaan paikkaan hoitoon.

Sosioekonominen asema palveluiden käyttöön liittyen tulee esille myös Blomgremin ja Hiilamon tutkimuksessa (2012). Tutkimuksessa tuodaan ilmi, että huonossa asemassa olevilla ei välttämättä ole samanlaisia mahdollisuuksia hyödyntää palvelujärjestelmän monikanavaisuutta yksityisten palveluiden kannalta. Monikanavaisuus nähdään kokonaisuudessaan lisäävän asiakkaiden vapautta valita palvelujärjestelmän moninaisuudesta, mutta käytännöntasolla huonossa asemassa olevilla tämä toteutuu eritasoisesti verrattuna muihin väestöryhmiin. Tutkijat tuovat esille, että palveluiden saatavuuden esteenä voi olla esimerkiksi palveluiden suuret palvelumaksut, jolloin useimmiten vain työssäkäyvien asiakkaiden varallisuus riittää näiden palveluiden hyödyntämiseen. (emt. 2012, 82.)

Myös esimerkiksi Manderbacka, Muuri, Kaikkinen ja Elovaino (2012, 9—10) tuovat ilmi, että taloudelliset tekijät voi olla este palveluihin hakeutumiselle ainakin heikoimmassa taloudellisessa asemassa olevilla. Suomessa on toteutettu myös tutkimuksia, joissa kartoitetaan palveluihin kohdistuvaa tyytymättömyyttä, jonka on todettu keskittyvät alimpiin tuloryhmiin, taloudellista uhkaa kokeviin ja huonon terveydentilan omaaviin (emt. 2012). Kestilä ja Karvonen (2019, 211—212) tuovat kirjallisuudessaan samansuuntaisia tuloksia esille, mutta lisäävät, että palveluiden saatavuuteen liittyy sosioekonomisten tekijöiden lisäksi palvelun käyttäjän ikä, asenteet ja henkilöiden aikaisempi kokemus palveluista. Näiden tekijöiden mukaisesti asiakas hakeutuu tai jättää hakeutumasta palveluiden pariin. (emt. 102.)

Edellä mainittujen sosiodemografisten taustamuuttujien lisäksi palvelujärjestelmä itsessään tuottaa eriarvoisuutta, joka tulee ilmi Blomgremin ja Hiilamon (2012) tutkimuksesta. Tutkijat esittävät, että palvelujärjestelmän tuottama eriarvoisuus on yhteydessä kasvaviin terveyseroihin, vaikka se onkin vain yksi tekijä suuremmassa kokonaisuudessa, joka vaikuttaa väestöryhmien terveydentilaan ja siten

väestöryhmien terveyseroihin. Tutkijat täsmentävät, että toistaiseksi ei tiedetä tarkasti, kuinka suuri merkitys palvelujärjestelmällä ja sen käytön eroilla on terveyserojen kasvuun. Palveluiden saatavuuden ja käytön erilaisuus näyttäytyy asiakkaalle kuitenkin siten, että hoitoon pääseminen on epävarmempaa, hitaampaa ja hintavampaa väestöryhmille, jotka ovat entuudestaan keskimääräistä sairaampia kuin muu väestö, jotka eniten tarvitsisivat palveluita ja joiden matala sosioekonominen asema heikentävät mahdollisuuksia käyttää yksityisen palvelusektorin palveluja. (emt. 2012.) Kristian Wahlbeck ja tutkijaryhmä (2018, 127) tuovat ilmi, että palvelujärjestelmän kyvyttömyys vastata sen odotuksiin ja toimimattomat palvelukäytännöt vaikuttavat sosiaaliseen syrjäytymiseen ja apua tarvitsevien laskevaan toimintakykyyn. Tutkijat tuovat esille, että palvelujärjestelmän eriarvoisuus näyttäytyy palveluiden ulkopuolelle jäämisenä, palveluiden piiristä putoamisena tai palveluiden satunnaiskäyttönä, jolloin palvelun vaikuttavuus asiakkaalle on heikkoa. (emt. 2018, 127.) Wahlbeck ja tutkijaryhmä (2018) tuovat samassa julkaisussa ilmi, että palvelujärjestelmän eriarvoisuus on siten yhteydessä sosiaalisiin, psykologisiin ja kulttuurisiin tekijöihin.

Palveluiden saatavuuden tutkiminen on tärkeää, jotta ilmiötä voidaan ymmärtää paremmin ja siten myös vaikuttaa palveluiden toteuttamisen yhdenvertaisuuteen. Eriarvoistavista tekijöistä johtuvat seuraukset saattavat vaikuttaa nimittäin siihen, että Suomessa esiintyvät terveyserot kärjistyvät entisestään, kun palveluista saatavat hyödyt kasaantuvat niille väestöryhmille, jotka entuudestaan jo voivat paremmin ja joilla on paremmat mahdollisuudet käyttää palveluita kattavammin esimerkiksi yksityiseltä sektorilta. Jotta makrotasolta käsin vaikutettaisiin palvelukäytön eriarvoisuuden vähentämiseen, voi palveluita pyrkiä kohdentamaan oikein, jolla arvioidaan pystyvän vaikuttamaan väestöryhmien välisiin terveyseroihin (Manderbacka ym. 2018, 208). Myös oikeanlaisella palveluohjauksella voidaan vaikuttaa palveluiden käytön eriarvoisuuteen (emt. 127).

3.3.2 Palveluiden saatavuuden alueellinen eriarvoisuus

Teoksessa ”Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt” (2013, 95) Leppo tuo esille, että tasa-arvo ja yhdenvertaisuus tavoitteista huolimatta sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus ei toteudu yhdenvertaisesti. Leppo painottaakin, ettei riitä, että palvelut ovat tarkoitettu kaikille universaalisti, vaan palveluiden tulisi olla myös kaikille saatavissa yhdenvertaisesti. Karvonen, Kestilä ja Kauppinen (2019, 230) määrittelevät palveluiden saatavuuden tarkoittavan muun muassa sitä, että palvelut ovat saatavilla fyysisesti järkevästi siten, ettei pääsyä rajoita esimerkiksi alueellinen epätasa-arvoinen tai rajoitettu palvelutarjonta. Rajoitettu palvelukirjo tarkoittaa sitä, että tietty palvelu olisi tarjolla vain osalle sitä tarvitsevista. Tutkijat tuovat esille, että palvelujen saatavuuteen voisi vaikuttaa liikkumismahdollisuudet tai sosiaalinen tuki, joka mahdollistaisi palveluun hakeutumisen. (emt. 2018, 230.)

Karvonen ottaa kantaa alueellisiin terveyseroihin ja saatavuuden haasteisiin myös Satokankaan sekä Manderbackan kanssa (2019). Yhdessä he tuovat ilmi, että Suomessa alueelliset terveyserot ovat merkittäviä. Alueelliset erot näyttäytyvät sekä palveluiden kysynnässä että tarjonnassa, jolloin palveluiden alueellinen saatavuus ei nähdä toteutuvan yhdenvertaisesti. Alueelliset terveyserot rakentuvat siten, että harvakseltaan asutun maaseudun väestö on iäkkäämpää, heikommin koulutettua ja sairaampaa kuin kaupungeissa ja niiden lähiseuduilla, ja näiden erojen on nähty kasvavan viime vuosikymmeninä. Tutkijat ehdottavat, että väestön alueellinen palvelutarpeen eriytyminen ja kansalaisten alueellisesti erilaistuvat palveluntarpeet tulee ottaa huomioon terveydenhuollon palveluja suunnitellessa, mikäli edelleen halutaan turvata lain edellyttämä tasa-arvo palveluiden saatavuudessa ja hoidon laadussa. Tutkijat tuovat esille, että palvelurakenteen haaste näyttäytyy siinä, että palveluiden saavutettavuus vaihtelee, kun asiakkaiden välimatkat palveluiden piiriin sekä palveluiden tarve muodostuvat alueellisesti. Tämä puolestaan edellyttää ponnistelua yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon toteuttamiseksi, joka ei puolestaan mahdollistu ilman useiden hallinnonalojen yhtenäistä työskentelyä. (Manderbacka, Satokangas & Karvonen 2019, 1—9.)

Myös tutkijakaksikko Lillrank ja Vanesmaa (2010) käsitteellistävät saatavuuden haasteita. Heidän mielestään sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudella ilmaistaan, miten nopeasti ja vaivattomasti kansalainen saa yhteyden tai pääsee palvelupisteeseen, tai toisaalta minkälainen aika, vaiva ja kustannus niistä on syntynyt. Ilmiönä palveluiden saatavuus on tapahtumasarja, joka koostuu hoitoon hakeutumisesta, pääsemisestä tai joutumisesta, ja se edellyttää vuorovaikutusta kansalaisen ja palveluntuottajan välillä. Tutkijat tuovat ilmi, että paikkasaatavuus ilmaisee asiakkaan fyysisen siirtymisen tarvetta palvelun luokse, joka välimatkojen vaihtelevuuden vuoksi johtaa siihen, että saatavuus palvelujen pariin ei ole samanlainen eikä yhtä lailla tyydyttävä koko väestölle. (emt. 2010, 69—77, 238.)

Palveluiden saatavuuden paikkasaatavuus korostuu etenkin silloin, kun palvelut ovat suuremman etäisyyden päässä, kulut niiden pariin pääsemisestä kasvavat tai kun huomioon tulee ottaa ulkoisia tekijöitä, kuten ruuhka-ajat ja teiden kunto (Lillrank & Vanesmaa 2010, 69—77, 238). Tutkijat jatkavat aiheesta, että välimatkat ovat vaikuttaneet tutkitusti myös siihen, miten etäisyys vaikuttaa palvelun saatavuuden tulkintaan alueittain: kohtuullisena etäisyytenä palveluiden pariin pidetään keskimäärin 2,5—7 kilometrin etäisyyksiä, mutta isoissa maaseutumaisissa maakunnissa, joissa asutus on harvempaa ja etäisyydet pidempiä, ovat asiakkaat valmiimpia matkustamaan pidempiä matkoja palvelun pariin. Paikkasaatavuutta puolestaan edistää palveluiden läheisyys, mutta myös esimerkiksi julkiseen liikenteen toimivuus, tai mahdollisuus käyttää autoa palveluiden pariin hakeutumisessa. (emt. 2010, 69—77, 238.)

3.3.3 Palveluiden saatavuuden ajalliset haasteet

Palveluiden saatavuutta voidaan määritellä usein ajallisesta perspektiivistä. Karvonen, Kestilä ja Kauppinen (2019, 230) määrittävät palveluiden saatavuutta sillä, että palvelu tulisi olla asiakkaan saatavilla ajallisesti siten, ettei se rajoita palvelun käyttöä tai sen pariin hakeutumista. Parvinen, Lillrank ja Ilvonen (2005) määrittelevät palveluiden ajallisen saatavuuden yhteydenottoajan, paikalle saapumisen ja odottamisen kuluttamasta ajasta. Tähän vaikuttavat muun muassa palvelun tyyppi ja sen kiireellisyys. (emt. 3.) Lillrank ja Vanesmaa (2010, 69) lähestyvät kirjallisuudessaan palveluiden ajallista näkökulmaa aikasaatavuuden -käsitteellä, määrittelemällä sen ajaksi, joka kuluu siirtymiseen asiakkaan olinpaikasta palvelun tarjontapisteeseen. Palveluiden huonot aukioloajat vaikuttavat palveluiden saatavuuteen, joka puolestaan voi vähentää sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä erityisesti tapauksissa, joissa potilas itse arvioi ongelmansa kiireettömäksi. Asiakkaan terveydentila voi viivytellessä heikentyä ja terveysongelman vaikeutua. (emt. 91.)

Olisi siis asiakkaan edun mukaista, että palvelut olisivat ajallisesti asiakkaan helposti saavutettavissa, jotta palveluiden aikarajoitteet eivät vaikuttaisi palveluihin hakeutumiseen tai hakeutumattomuuteen. Mielenterveyspalveluita käyttävän palveluntarve voi ilmentyä myös tyypillisten virastoaikojen ulkopuolella, jolloin palveluiden aikataulullisesta joustavuudesta ja esteettömyydestä voisi nähdä olevan merkittävää hyötyä mielenterveyspalveluita tarvitsevalla, sillä palveluiden pariin hakeutuminen voi jo itsessään olla kovan työn takana psyykkisen kuormituksen vuoksi. Lisäksi lainaten Lillrankia ja Vanesmaata (2010, 91) on mahdollista, ettei mielenterveyspalveluja tarvitseva välttämättä itse koe palveluntarvetta kiireelliseksi, jolloin asiakkaan terveydentila voi huonontua viivästyneen palvelun hakeutumisen vuoksi. Tällöin aika- ja paikkasaatavuuden haasteet voidaan nähdä lisäriskinä yksilön psyykkisen hyvinvoinnin tukemiselle tilanteessa, joka on mahdollisesti jo entuudestaan riskialtis. Palveluiden saatavuus on olennainen teema tutkia, sillä palveluiden aikasaatavuudesta koituvat ongelmat saattavat jäädä asiakkaan kannettavaksi (Lillrank & Vanesmaa 2010, 92). Teemaa on hyödyllistä tutkia myös siltä kantilta, jotta uusia, vaihtoehtoisia ratkaisuja palvelurakenteen eriarvoistaviin mekanismeihin löytyisi.

3.3.4 Mielenterveyden stigma rakentamassa eriarvoisuutta

Palveluita tarvitsevan näkökulmasta mielenterveydenhäiriöt muodostavat oleellisen osan yksilön toimintakykyä, vaikuttaen siten ihmisen kokonaisvaltaiseen terveyteen ja elämänlaatuun. Toimintakyvyttömyyden suurin aiheuttaja mielenterveyden häiriöistä on masennus, joka tulee usein ilmi siinä vaiheessa, kun se on jo vakavaa ja se haittaa huomattavasti toimintakykyä ja yksilön voimavaroja

(Aalto ym. 2009, 7, 9 & 31). Toimintakyvyn lasku voi ilmentyä ikätasoon suhteutettujen velvollisuuksiin laiminlyömisellä, kuten nuorten opintojen laiminlyöntinä. (emt. 2009, 7, 9 & 31.) Kun heikko psyykkinen toimintakyky voi yleisesti ottaen tarkoittaa voimavarojen puuttumista, on mahdollista, että palveluiden pariin hakeutuminen voi olla raskauttava prosessi. Tällöin merkittäväksi näkökulmaksi tulee myös ympäristön asenteet, kun yksilö harkitsee tarvitsevien palveluihin hakeutumista. Mikäli palvelu nähdään myönteisessä tai hyväksytyssä valossa, ja palveluntarpeeseen suhtaudutaan ilman ennakkoluuloja, voisi kuvitella palveluun pariin olevan matalampi kynnys hakeutua. Ahonen (2019) tuokin ilmi tähän liittyen, että ennakkoluulot muodostuvat sosiaalisesti ja ovat siten palvelu- ja palveluntarvekohtaisia.

Palvelun tarpeista juuri mielenterveysongelmiin on yhdistetty ennakkoluuloja niiden yleisyydestä huolimatta ja nämä asenteet voidaan jäljittää kauas historiaan. Ahonen (2019) tuo väitöskirjassaan esille, että mielenterveysongelmista kärsivää ihmistä on leimattu käsittämättömäksi, pelottavaksi ja järjettömäksi, joka on haluttu ulkoistaa yhteiskunnasta. Väitöskirjassa tuodaan esille, että nämä asenteet siirtyvät sukupolvelta toiselle ja siten eriarvoisuuden leima säilyy, kunnes se osataan tiedostaa paremmin. Ahonen (2019) kirjoittaa, että poliittisten asiakirjojen tutkiminen osoittaa, että stigmatisoituneiden asenteiden vaikutuksista on aina oltu kansainvälisesti huolissaan ihmisten oikeuksien toteutumisen kannalta: asenteet aiheuttavat kärsimystä ja sosiaalista syrjäytymistä, ja niillä on rakenteellisia seurauksia esimerkiksi asunnon ja työpaikan saamisen kannalta (emt. 169).

Eskola ja Taipale tuovat puolestaan esille teoksessa “Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt (2013, 176), että mielenterveysongelmiin liittyvän stigman voittaminen on mielenterveystyön ensisijaisia haasteita ja tavoitteita. Tutkijat ovat Ahosen (2019) kanssa samaa mieltä siitä, että stigma asettaa kansalaisen ala-arvoiseen asemaan ja värittää kansalaisten ajatuksia ja vaikuttaa negatiivisesti terveydenhuollon resurssien jakoon vielä tänäkin päivänä. Näin ollen sosiaalisesti muodostuneet asenteet vaikuttavat potentiaalisen asiakkaan päätöksentekoon palvelujen piiriin hakeutumisesta, mutta lisäksi ne vaikuttavat eriarvoisesti myös palvelujärjestelmän rakenteisiin. Myös WHO:n sivustolla tuodaan ilmi, että leimaantumista vastaan kamppaillaan käyttämällä kulttuurisesti sopivaa ja korkeanlaatuista terveys- ja sosiaalityötä mielenterveyden edistämiseksi (Maailman terveysjärjestö 2020).

Palveluiden saatavuus esitetään siis aikaisemman kirjallisuuden mukaan siis haasteelliseksi toteuttaa sosiodemografisten taustamuuttujien puolesta, joita nimettiin muun muassa sosioekonominen asema ja koulutustausta (Karvonen, Satokangas & Manderbacka 2019). Toisekseen voidaan nähdä, että palveluiden saatavuuden taustalla löytyy juurisyy palvelujärjestelmän eriarvoistavista mekanismeista (Blomgrem & Hiilamo 2012). Kolmanneksi aikaisemmassa kirjallisuudessa on korostettu alueellisia

eroja palveluiden saatavuudessa, jotka pohjautuvat erilaiseen sairastuvuuteen alueellisesti ja alueellisiin eroihin palveluiden välimatkoissa (Manderbacka, Satokangas & Karvonen 2019, 1—9.). Lisäksi mielenterveyspalveluihin liitytty stigma vaikuttaa palveluihin hakeutumiseen sekä palvelujärjestelmän rakenteisiin (Eskola & Taipale 2013, 176). Palveluiden saatavuus on edellä esitetyistä haasteista huolimatta asia, joka tulisi toteuttaa kansalaisille yhdenvertaisesti (Leppo 2013, 95). Seuraavassa tarkastellaan, miten mielenterveyspalvelut toteutuvat korkeakouluopiskelijoille suunnatuissa mielenterveyspalveluissa.

3.4 Korkeakouluopiskelijoiden väylät mielenterveyspalveluihin ja niiden saatavuus

Tarkastellessa korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluita, tulee ensin tarkastella palvelujärjestelmää niiden palveluiden osalta, joita tutkittava kohderyhmä on oikeutettu käyttämään. Ensinnäkin korkeakouluopiskelijoiden käyttämät mielenterveyspalvelut ovat Suomessa osa kansanterveystyötä ja sosiaalihuoltoa, jota määrittelee Mielenterveyslaki (1990/1116). Mielenterveyspalveluiden järjestämisestä kuitenkin määritellään laajemmin erityisesti terveydenhuoltolaissa (Mielenterveyslaki, 3§). Palvelujen tarjoaminen on kunnan vastuulla, jolloin kuntien tulee varmistaa, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin alueella esiintyvä tarve edellyttää (Moring 2013, 306). Vuoden 2023 tammikuusta lähtien astuu kuitenkin voimaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus, jolloin palveluiden tuotannosta ei vastaa enää kunnat, vaan 21 omiksi alueisi rajattua hyvinvointialuetta ja Helsingin kaupunki, jolla säilyy järjestämisvastuu sekä sosiaali- ja terveydenhuollosta että pelastustoimesta (Sote-uudistus 2021).

Vaikka palveluiden järjestämisvastuu muuttuu, ovat sosiaali- ja terveydenhuoltolaki sekä mielenterveyslaki edelleen muilta osin yhtä paikkaansa pitävä kuin ennenkin. Korkeakouluopiskelijat kuuluvat muiden kansalaisten tavoin Terveydenhuoltolain takaamien yhdenvertaisten ja riittävien sosiaali- ja terveyspalveluiden alle. Palvelut ovat saatavilla kunnan palveluiden kautta, jota terveydenhuoltolaki säätelee (Karvonen, Kestilä & Kauppinen 2019, 231). Karvonen ja tutkijaryhmä tuo esille, että kunnallisten palveluiden lisäksi korkeakouluopiskelijoiden palveluiden saatavuus mahdollistuu myös yksityisen palvelutarjoajan kautta. Palveluiden saatavuus yksityisen sektorin kautta on hyvä erityisesti kaupungeissa ja kuntakeskuksissa, mutta vaikka palvelujen saatavuus olisikin hyvä, palveluiden hinnat saattavat estää palvelun käytön. (emt. 231.)

Korkeakouluopiskelijoilla on yksityisen ja julkisen palveluntarjoajan lisäksi mahdollista päästä palveluiden piiriin työterveyden kautta (Manderbacka & Keskimäki 2013, 263). Palveluiden

saatavuuden arvioidaan olevan hyvää juuri työterveyden kautta. Työterveyspalveluiden sisältö toisaalta vaihtelee ja ne ovat parhaimpia hyvässä työmarkkina-asemassa olevilla työntekijöillä, jonka lisäksi vain työssä käyvät ovat oikeutettuja näiden piiriin (emt. 263), joka puolestaan voisi nähdä laittavan korkeakouluopiskelijat eriarvoiseen asemaan toistensa kanssa työsuhteeseen liittyvän statuksen perusteella. Toisaalta kaikki korkeakouluopiskelijat ovat oikeutettuja käyttämään opiskelijaterveydenhuoltoa, joka on suunnattu vain korkeakouluopiskelijoiden käyttöön. Opiskelijaterveydenhuolto (jatkossa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö tai lyhennetysti YTHS) nähdään yhdeksi merkittäväksi väyläksi terveyspalveluiden pariin (Muuri, Aalto, Manderbacka & Arffman 2019, 300) ja se vastaa suurelta osin myös mielenterveyttä tukevista palveluista. Näin ollen palvelujärjestelmän eriarvoinen saatavuus esimerkiksi työterveyden kautta saatavien palveluiden perusteella, ei välttämättä näyttäydy yhtä voimakkaana korkeakouluopiskelijoiden parissa kuin muissa väestöryhmissä, sillä korkeakouluopiskelijoiden käyttöön on järjestetty korvaava palveluntuottaja opiskelustatuksen perusteella.

Opiskelijoiden terveydenhuoltojärjestelmään on kuitenkin tullut merkittäviä uudistuksia tammikuussa 2021: YTHS ei tarjoa palveluita enää vain yliopisto-opiskelijoiden käyttöön, vaan palvelun piiriin lasketaan yliopisto-opiskelijoiden lisäksi myös ammattikorkeakouluopiskelijat lisäten näin ollen asiakaskuntaa merkittävästi (YTHS 2021). YTHS:n julkaisussa “Korkeakouluopiskelijoiden terveydenhuollon uusi aikakausi” vuosikatsauksessa 2021 tuodaan ilmi, että organisaatiouudistuksen lisäksi myös koronapandemian vaikutukset näkyivät YTHS:n palveluiden kysynnässä ja tuottamisessa vuonna 2021. Merkittävin muutos havaittiin nimenomaan mielenterveyspalveluiden kysynnässä, jota kuvataan julkaisussa samalla koko väestöä koskevaksi trendiksi mielenterveyspalveluiden kysynnän lisääntymisessä. Mielenterveyspalveluiden kysynnän trendi on kuitenkin ollut huomattavissa jo ennen koronapandemian alkamista: pandemia on tuonut sellaisia asiakkaita palveluiden piiriin, jotka eivät toisenlaisissa olosuhteissa mielenterveyspalveluita tarvitsisi. (emt. 2021.)

Korkeakouluopiskelijoiden yhdenvertainen palveluiden saatavuus voidaan nähdä myönteisenä kehityksenä opiskelijoiden väliselle tasa-arvolle, mutta YTHS:n organisaatiouudistus tuo merkittävän rakenteellisen muutoksen palveluiden tarjonnalle, kun asiakaskunta kasvaa peräti 140 000 uudella korkeakouluopiskelijalla ja 360 uudella opiskeluterveydenhuollon ammattilaisella (YTHS 2021). YTHS: n toimitusjohtaja Katariina Poskiparta kirjoittaakin osavuosikatsauksessa 2021, että suuret muutokset ottavat aina aikansa ja ne hioutuvat valmiiksi käytännön työssä kokemusten ja oppien kautta. YTHS:n uuden aikakauden organisaatiomuutokset, koronapandemian vaikutus jo entuudestaan kasvavaan trendiin mielenterveyspalveluiden kysynnästä ovat kokonaisuudessaan voineet vaikuttaa siihen, että KOTT- tutkimustuloksissa opiskelijoiden kokemus mielenterveyspalveluiden riittävyydestä

ei kuitenkaan ole myönteinen, vaan peräti 65 prosenttia mielenterveyspalveluita tarvitsevista koki palvelut riittämättömiksi (Parikka yms. 2021).

Palveluiden saatavuus esiintyy siis myös korkeakouluopiskelijoiden parissa haasteellisena, vaikka korkeakouluopiskelijoilla voidaan nähdä olevan monta erillistä väylää mielenterveyspalveluiden pariin. Koska aikaisemman kirjallisuuden mukaan palveluiden saatavuudessa esitetään olevan haasteita, on näiden haasteiden rinnalla oleellista tarkastella, minkälaisia ratkaisuja haasteisiin vastaamiseksi esitetään aikaisemmassa kirjallisuudessa. Palveluiden saatavuuden haasteisiin esitetään olevan moninaisia ratkaisuja, mutta yhdeksi erityisen vaikuttavaksi ratkaisuksi esitetään digitalisaatio (Gerd & Eskelinen 2018, 71). Digitalisaation nähdään ratkaisevan palveluiden saatavuuden haasteiden rinnalla myös muita yhteiskunnallisia teemoja: sen esitetään tarjoavan kustannustehokkaan ratkaisun tuottaa palveluita tiukassa taloudellisessa tilanteessa (emt. 2018, 71).

4. SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN DIGITALISAATIO

Digitalisaatio on ilmiönä laaja-alainen, jota tässä pro gradu –tutkielmassa tarkastellaan sosiaali- ja terveyspalveluiden, ja yksityiskohtaisemmin mielenterveyspalveluiden, näkökulmasta. Kirjallisuudessa digitalisaatio esitetään ongelmien ratkaisijana, mahdollistajana, mutta samalla sitä katsotaan kriittisin silmin siltä kannalta, että digitalisaatiota hyödyntämällä asetamme kansalaiset eriarvoiseen asemaan sosiaali- ja terveyspalveluiden kentällä (Kivistö 2019, 132—135). Tässä pro gradussa tullaan keskittymään digitalisaation mahdollistaviin puoliin, vastaten siten tutkimuskysymykseen digitalisaation hyödyntämisen eduista sosiaali- ja terveyspalveluissa. Näin ollen tutkielmassa tarkastellaan, minkälaisia etuja digitalisaation hyödyntämisellä nähdään olevan palvelurakenteissa.

4.1 DIGITAALISEN MUUTOKSEN AIKA

Rantalan ja tutkijaryhmän (2019, 4) mukaan teknologian kehittyminen on saanut aikaan suuria ja nopeita yhteiskunnallisia muutoksia monilla eri aloilla, joka muuttaa käsitystä vuorovaikutuksesta, ryhmien muodostamisesta ja esimerkiksi informaation prosessoinnista. Suomessa on julkaistu runsaasti aineistoa sosiaali- ja terveyspalveluiden digitalisaatioon liittyen. Gerdtin ja Eskelisen (2018, 71) mukaan perusteluina digitaalisten ratkaisujen hyödyntämiselle palvelutarjonnassa on esitetty Suomen tiukka taloudellinen tilanne ja uudenlaiset, paremmin saatavilla olevat, vaikuttavammat palvelut. Esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen “Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa 2018 - päätösten tueksi” - julkaisussa tuodaan esille, että Suomen tiukka taloustilanne pakottaa kuntia etsimään uusia keinoja vaikuttavuuden aikaan saamiseksi. Koko maan sosiaali- ja terveyspalveluista aiheutuvien kustannusten arvioidaan kasvavan 17 prosenttia vuoteen 2030 mennessä. Samaan aikaan väestöllä on kuitenkin kasvava palvelutarve, johon kuntien tulisi vastata vaikuttavilla palveluilla. (Gerdt & Eskelinen 2018, 71.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisun mukaan nykyinen tilanne on pakottanut kuntia parantamaan palveluiden tuottavuutta ja keventämään palvelurakennetta, johon on päästy lisäämällä avo-, etä- ja liikkuvia palveluja (Rissanen ym. 2020, 5). Talouspaineista, työllisten vähäisestä määrästä, väestön ikääntymisestä ja digitalisaation tuomista uusista vaikuttavista ja kustannustehokkaista ratkaisuista on julkaistu myös useissa muissa lähteissä, kuten Kestilän ja Karvosen teoksessa ”Suomalaisten hyvinvointi 2018” (2019, 16). Kriittisten kirjallisuuslähteiden mukaan hyvinvointipalveluiden digitaalisiin ratkaisuihin ryhdytään viimeistään valtion rahojen loppuessa ja kuntakonkurssin uhatessa, jolloin myös muutosvastarinta laimenee ja sidosryhmät uudistusten vireille laittamiseksi löytävät toisensa. Parvinen, Lillrank ja Ilvonen (2005, 35—36) tuovat lisäksi esille, että

digitalisaation tuoma uudistus voi tapahtua yllättäen; mistä äsken ei saanut edes keskustella, onkin päivän sana.

Teemat taloudellisesta kestävyydestä, väestörakenteen murroksesta ja palveluiden saatavuudesta nivovat yhteen nykytilan haasteita ja toisaalta myös sen tuomia mahdollisuuksia. Mahdollisuudet voivat olla monentyyppisiä, mutta tämän pro gradun kannalta digitalisaation tarkastelu on mielenkiintoista palveluiden saatavuudessa ilmentyvien haasteiden edessä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kannalta digipalveluiden kehittämien tukee yhdenvertaisuutta, kun palvelut ovat saatavilla sijainnista ja osittain ajasta riippumatta. Anna-Mari Martikaisen (2020) mukaan yksilön näkökulmasta tarkasteltuna digitaalisten palveluiden käyttö tulee varmasti yleistymään tulevaisuudessa, ja perustelee väitteen myöskin kustannushyötyjen mukaisesti. Gerdt ja Eskelinen (2018, 192) tuovat ilmi, että kustannussäästöt tuodaan digitalisilla ratkaisuilla, ei niinkään työn tehostamisen, kustannusten alentaminen ja hoidon optimointi mielessä, vaan keskittymällä asiakaskokemuksen parantamiseen ja sitouttamalla asiakkaita palveluihin osallisiksi. Asiakaslähtöisyydellä saavutetaankin parempia terveysvaikutuksia, jonka seurauksesta kustannussäästöjä kertyy. Tutkijat tuovat ilmi, ettei ole niinkään kyse palveluiden tehostamisessa, vaan pikemminkin palveluiden parantamisesta.

Martikainen (2020) tuo esille, että kehitys ja muutostilat, kuten palvelurakenteen uudistaminen ja digitalisaation hyödyntäminen, edellyttävät aina tahtotilaa sekä oikeanlaista osaamista uudistuksen läpiviemiseksi. Sosiaali- ja terveyspalveluiden digitalisoiminen vaatii yhteistyötä useiden toisistaan erilaisten toimijoiden kanssa. Digikehitys edellyttää kuitenkin jatkuvaa reflektointia sosiaalipoliittisista teemoista; on muistettava ajatella asiakasnäkökulmaa ja suunnitella palvelut asiakkaalle suunnatusti, tulee muistaa, että digipalveluiden käyttäminen, kuten mielenterveyspalveluiden etävastaanottoajan hyödyntäminen, vaatii aina digitaalisen laitteiston, joka on kytkettynä internettiin. Niin sanotun älylaitteen käyttäminen vaatii myös teknisiä valmiuksia laitteen käyttöä varten. Kehitystyössä on hyvä pitää mielessä myös näkökulma siitä, ettei yksilöitä haluta asettaa eriarvoiseen asemaan käytettävissä olevan materian tai osaamisen puuteen vuoksi. Tulee myös varmistaa asiakkaiden aito kokemus turvallisuuden tunteesta, kun palvelut ja hyvinvointi nojautuvat vahvasti digitalisaation tuomaan kehitykseen. (emt. 2020.)

4.2 Digitalisaation tuominen osaksi sosiaali- ja terveyspalveluita

Yhteiskuntatieteissä on kansallisella tasolla tuotu ilmi, että hyvinvointipalveluiden digitalisaatiosta olisi hyötyä esimerkiksi sujuvimpien palvelukokonaisuuksien – ja etuuksien yhteensovittamisen saralla;

esimerkiksi nykyisestä sosiaaliturvajärjestelmästä saataisiin teknologiakehityksen ansiosta tehokkaampi, ajantasaisempi ja sujuvampi järjestelmä, joka tukee kansalaisten tarpeita paremmin (Kestilä & Karvonen 2019, 16). Toisaalta digitalisaation hyödyntäminen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä on teema, joka nostaa esille eettisiä kysymyksiä. Digitalisaation eettisyydestä Gerdt ja Eskelinen (2018, 60—61) tuovat ilmi, että kokonaiskuvassa teknologia ja digitalisaatio ovat edistäneet eettisten teemojen esille nousua. Tämän tutkijakaksikko perustelevat sillä, että organisaatioiden toiminta on tullut läpinäkyvämmäksi, ja sitä on helpompi myös seurata teknologian avulla.

Teknologia ja digitalisaatio ovat saaneet myös näkyvyyttä palvelujärjestelmän epäkohdille ja eettisille teemoille, kun ihmiset jakavat kokemuksiaan sosiaalisessa mediassa. Sitä kautta myös muut asiakkaat, jotka saattavat esimerkiksi kokevat samaa eriarvostusta palveluiden käytössä, voivat kokea voimaantumisen tunteita samaistuttavasta teemasta. Palvelusektorilla eettisyys liittyy lisäksi palvelun käyttäjän antamaan hyvinvointitietoihin ja niiden käsittelyyn (emt. 2018, 60—61). Rantalan ym. (2019, 20) mukaan kansalaisten keskuudessa henkilökohtaisten tietojen luovuttamisen halukkuus vaihtelee sen mukaan, minne sosiaali- ja terveystietoja on tarkoitus luovuttaa, ja mihin tarkoitukseen sitä hyödynnetään. Gerdt ja Eskelinen (2018, 62) tuovat teemaan näkökulman, että ihmiset ovat yhä enenevässä määrin valmiita luopumaan tietojaan paremman palvelun tähden. Tutkijat korostavat muiden tutkijoiden ohella terveystietojen luovuttamiseen liittyvää äärimmäistä herkkyyttä ja varovaisuutta arkaluontoisten terveystietojen äärellä.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden kentällä digitalisaatio on saanut myös kritiikkiä digitalisaation soveltamismahdollisuuksista: sosiaali- ja terveyspalveluihin suhtautuminen digitalisaatioon on samanaikaisesti kriittisesti reflektoiva ja sen tuomat mahdollisuudet ymmärtävä, Mari Kivistö kuvailee (2019). Kivistö kommentoi digitalisuuden olevan globaali megatrendi, joka on kaiken kaikkiaan viritetty kovin positiiviseksi ilmiöksi. Kivistö kirjoittaa sosiaali- ja terveyspalveluiden olevan jatkuvasti muuttuvassa toimintaympäristössä ja näkee sen edellyttävän erityistä reflektiota palveluiden järjestämisen ja niiden pariin pääsemisen kannalta. Reflektointi edellyttää erityisesti herkimmässä asemassa olevien väestöryhmien ja palveluita tarvitsevien huomioimista. Lisäksi on kyse sellaisesta työntekijän eettisestä toimijuudesta, jota yhteiskunnassa laajasti edellytetään. Tätä työntekijän eettistä toimijuutta, tai eettistä herkkyyttä, käytetään tunnistamaan kansalaisten tilanteiden moninaisuus ja pyritään turvaamaan heidän oikeuksien toteutuminen ja osallisuus muuttuvassa ympäristössä, digitalisoituvassa yhteiskunnassa. (emt. 2019, 132—135.)

Vaikka Kivistö (2019) painottaa digitalisaation kriittistä suhtautumista, esittää hän kuitenkin, että digitalisaation tuomat mahdollisuudet tulee tunnistaa palveluiden tuotannossa ja olla mukana sen

aallonharjoilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistäminen digipalveluihin nähdään siis sensitiivisenä teemana, joka edellyttää huolellista tarkastelua väestöryhmittäisesti, jotta digitalisaatio ei jätä palveluiden saavuttamattomiin eri väestöryhmiä lisäten siten terveyseroja niiden välillä. Palveluiden yhdenvertainen saatavuus onkin teema, jota muun muassa Manderbacka ja Keskimäki (2013) käsittelevät. He lisäävät teemaan näkökulman, että jo valmiiksi muodostuneet terveyserot saattavat kasvaa teknologian kehittyessä ja hoitomuotojen jalostuessa. Tämän he perustelevat sillä, että samankaltaisia vaikutuksia oli havaittavissa 1990- luvun loppupuolelta lähtien hoitomuotojen tehostuessa terveyspalveluiden vaikutukset väestön terveyteen ovat kasvaneet. (emt. 2013, 261—263.)

Digitaaliset palvelukokonaisuudet nähdään kirjallisuudessa siis myönteisten, mahdollistavien ja palvelurakenteita tukevien näkökulmien lisäksi kriittisin silmin. Tässä pro gradu -tutkielmassa keskitytään kuitenkin tarkastelemaan digitalisaation mahdollistavia puolia mukaillen siten tutkimuskysymystä digitalisaation hyödyntämisen eduista sosiaali- ja terveyspalveluissa. Seuraavassa tarkastellaan digitalisaation hyödyntämistä ja sen tuomia etuja juuri mielenterveyspalveluissa.

4.3 Digitalisaation tuominen osaksi mielenterveyspalveluita

Globaalilla tasolla toimiva World Health Organization (2021) näkee digitalisaation hyödyntämisen edut mielenterveyspalveluissa positiivisiksi: WHO ehdottaa digitaalisten palveluiden käyttöönottoa mielenterveyspalveluissa palvelun käyttäjästä riippumatta. WHO suosittelee digipalveluiden käyttöönottoa parantaakseen palveluiden saatavuutta mielenterveysongelmista kärsiville, esimerkiksi mielenterveyden itsepalveluissa, vertaistukiryhmissä tai missä tahansa soveltamiskohteessa. (emt. 23, 27.)

Sen lisäksi, että mielenterveyspalveluiden digitalisoimiseen kannustetaan, ovat myös asiakkaiden odotukset palveluiden tuottamisen tavoista muuttuneet (Gerdt & Eskelinen 2018, 71). Palveluita käyttävät saavat jatkuvasti tietoa muiden asiakkaiden palvelukokemuksista digitaalisista kanavista ja peilaa näitä omiin odotuksiinsa palvelun hyödyistä (emt. 71). Rantala ja tutkijaryhmä (2019) tuovat samanlaista pohdintaa esille tutkimuksessaan: heidän mukaansa mielenterveyspalveluiden lisääntyneeseen kysyntään on vaikuttanut diagnoosien yleistyminen, mutta näiden taustalla löytyy erityisesti ilmiö terveystietoisuudesta. Oireiden yleisyys ja mielenterveyspalveluiden kasvava tarve kertoo suuresta tarpeesta sekä mielenterveyden ennaltaehkäisylle että varsinaiselle hoidolle. Rantala ja tutkijaryhmä (2019) kirjoittavatkin, että on mahdollista, että kansalaiset ovat jatkuvasti tietoisempia

terveydentilastaan, jakavat siitä tietoa ja vertailevat sitä omiin kokemuksiin ja odotuksiin palveluilta, kasvattaen näin mielenterveyspalveluiden kysyntää entisestään. (emt. 2019, 1.)

Rantalan ja tutkijaryhmän (2019, 4) mukaan digitalisaation hyödyntäminen mielenterveyden hoitamisessa ei ole kuitenkaan kehittynyt samassa tahdissa digitalisaation tuomien mahdollisuuksien kanssa. Digiratkaisujen integroiminen mielenterveyspalveluihin on vasta alussa, vaikka toistaiseksi monet metatutkimukset viittaavat digitaalisten mielenterveyspalveluiden samankaltaiseen vaikuttavuuteen kuin mielenterveyden perinteisissä hoitomuodoissa. Tutkijat tuovat lisäksi ilmi, että digitalisaatio mahdollistaa mielenterveyspalveluissa vaikuttavamman hoidon, kun huomioon otetaan yksilöidysti käyttäjän tarpeet, kiinnostuksenkohteet ja persoonallisuus. Yksilöidympi hoito ja palvelu korreloivat puolestaan asiakkaan terveyskäyttäytymisen muutoksissa ja tarjoavat lupaavan osatekijän digitaalisen masennuksen hoidossa. Digitalisaation tuomat edut esimerkiksi sovellusmuodoissa voivat tarjota yksilölle soveltuvia ratkaisuehdotuksia ja psykoedukaatiota. (emt. 2019, 4.) Samainen tutkijaryhmä (2019) tuo lisäksi ilmi, että esimerkiksi ahdistuksesta kärsiville sovelluspohjaiset ratkaisut voivat tarjota käyttäjälleen informaatiota koskien ahdistuneisuutta, sekä harjoitteita, joilla kielteisiä tunteita voi oppia hallitsemaan. Mielenterveyden digipalveluiden etuja sovellusmuodossa ovat lisäksi helppo saatavuus ja palvelun vastaanottaminen välittömästi. (emt. 2019, 4.)

Aikaisemman kirjallisuuden mukaan digitalisaatio nähdään erityisen hyödylliseksi mielenterveyspalveluissa silloin, kun kynnys hakeutua mielenterveyspalveluiden pariin on suuri ja apua saa hitaasti, joka käykin ilmi Sosiaali- ja terveysministeriön ja Me-säätiön raportissa, jossa haastateltiin yliopisto-opiskelijoita (Rantala ym. 2019, 13—14.) Raportissa tuodaan ilmi, että mielenterveyspalveluiden kuormittuneisuus vaikeuttaa palveluiden pariin hakeutumista ja niihin pääsyä: yliopisto-opiskelijoiden mielenterveyspalveluiden kasvava kysyntä ja jonotustilanne hidastavat avun saamista. Usein apuun hakeutuvat ohjataan toisen palveluntarjoajan piiriin ja todellista apua voi saada vasta kuukausien jälkeen yhteydenotosta palveluntarjoajaan. (emt. 2019, 13—14.)

Kristiina Manderbacka ym. (2018, 211—212) tuovat keskusteluun yhteneviä tuloksia aiheeseen Rantalan ja kumppaneiden kanssa. Manderbacka ym. (2018) mukaan haastateltavien yliopisto-opiskelijoiden palveluiden esteiksi koituvat pitkät jonotukset. Tämän lisäksi he tuovat ilmi, että myös huono maksukyky ja palvelun järjestämisen tapa voivat olla esteitä palveluiden saatavuudelle. Rantala ja tutkijaryhmä (2019, 4—5) syventävät ymmärrystä entisestään tuomalla ilmi, että uudet teknologiat voivat mahdollistaa mielenterveyden edistämisen kustannustehokkaammin kuin mitä perinteinen hoito. Teknisiä ratkaisuja verkko- ja sovelluspohjaisesti voidaan hyödyntää primaarihoitona, muun hoidon lisänä sekä ennaltaehkäisevänä palveluna. Tekninen toteutus voidaan kohdistaa laajemmalle

asiakaskunnalle, jolloin erityisesti ennaltaehkäisevät interventiot voivat tulevaisuudessa kasvaa, jotka yhtä lailla tukisivat Rantalan ja kumppaneiden haastattelemien yliopisto-opiskelijoiden tilannetta suurista kustannuksista ja jonotustilanteesta. Erityisen hyviä tuloksia verkko- ja sovelluspohjaisista digitaalisista mielenterveyspalveluista on saatu hoidettaessa masennusta, ahdistusta, alkoholin käyttöä ja unettomuutta. (emt. 4—5).

Edellä esitetyt digitaliset mielenterveyspalvelut voivat mahdollistaa esimerkiksi nettiterapioilla. Nettiterapiat määritellään digitaalisiksi terapioiksi, jotka perustuvat kliiniseen näyttöön ja vaikuttavuuteen todellisessa käyttöympäristössä (Ahlqvist & Kalliola 2022). Ne pohjautuvat hoitomuotoihin, jotka ennaltaehkäisevät tai hoitavat sairauksia ja niitä tarjotaan suoraan potilaille, joilla on aktiivinen rooli niiden käytössä. Digiterapiat tarjoavat hoitomuotoja mielenterveyden hoitoon, masennuksen ja ahdistuksen lisäksi, esimerkiksi elintapojen muutokseen, kuntoutukseen ja kroonisiin sairauksiin. Digitalisaation murroksesta mielenterveysaloihin kertoo se, että globaalit digiterapiamarkkinat arvioidaan kasvavan vuosittain 20 prosenttia. Digiterapiamuodot lisäävät hoitomuotojen kokonaisuutta, jonka lisäksi ne tarjoavat vuorovaikutteiden kanavan hoitoyksikön ja asiakkaan välille. Niiden hyötyinä nähdään sellaisten asiakasryhmien tavoittaminen, jotka muuten jäisivät palveluiden ulkopuolelle, tai joiden hoito ei olisi muuten riittävää. Asiakkaalle hyödyt näyttäytyvät esimerkiksi paikkariippumattomuutena, jonka lisäksi digitaaliset palvelumuodot tarjoavat yksilöllisemmän hoidon ja lisäävät tietoa asiakkaalle ymmärrettävässä muodossa. (emt. 11—12.)

Myös Rantala ja tutkijaryhmä (2019, 10) tuovat ilmi, että digitaalisien mielenterveyspalveluiden etuja on mahdollisuus osallistua palveluun ilman fyysistä läsnäoloa. Tämä on Parvisen, Lillrankin ja Ilvosen (2005) mukaan erityisen hyvä palvelun saatavuudelle niille asiakkaille, joiden välimatka palveluiden pariin on pitkä: digitaalisilla ratkaisuilla palveluverkostojen avulla voidaan parantaa erityisesti harvaan asutettujen alueiden palveluiden saatavuutta (Parvinen, Lillrank & Ilvonen 2005, 152). Lisäksi voidaan pohtia, että esimerkiksi anonymiteetin säilyminen toteutuu paremmin digitaalisia palveluita käyttäessä, kun verrataan niitä perinteisiin kasvokkain tapahtuviin palvelutilanteisiin. Tilanteissa, joissa kynnys kasvokkaisen avun hakeutumiseen on liian suuri, palvelun käyttöön liittyy erityisen paljon stigmaa tai omista asioista puhuminen tuottaa hankaluuksia, digitalisaation tuomat ratkaisut mielenterveyssektorilla tuovat hyvän edun perinteiseen mielenterveysongelmien hoitoon nähden.

4.4 DIGITALISAATION TEKNISET SOVELTAMISALUEET

Digitalisaation tarkoituksena ei ole saada koko palvelukokonaisuutta verkkopohjaiseksi. Gerdt ja Eskelinen (2018, 207) tuovat ilmi kirjoituksissaan, että sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä tulisi digitalisoida ne hetket, jotka voidaan digitalisoida, mutta inhimillistää ne hetket, jotka puolestaan sitä edellyttävät. Seuraavassa tullaan esittelemään kolme soveltamisaluetta, joilla palveluista saadaan vaikuttavampia digitalisaatiota hyödyntäen. Ne ovat terveystiedon kerääminen ja analysointi; asiakassuhdetta ja vuorovaikutusta automatisoivat ja personoivat innovaatiot sekä asiakaskokemusta rikastettavat innovaatiot. Nämä ratkaisut ovat sovellettuina Gerdin ja Eskelisen (2018, 192—197) teoksessa ”Digiajan asiakaskokemus – Oppia kansainvälisiltä huipuilta”.

1. Terveystiedon kerääminen ja analyysi

Tarkoituksena on mahdollistaa ja nopeuttaa sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvän hyvinvointitiedon analysointia ja tehostaa ennaltaehkäisevää hoitoa. Digitaalisilla laitteilla kerätään hyvinvointitietoja asiakkaasta, jotka lisätään asiakasta koskeviin tietoihin. Ammattihenkilökunta hyödyntää tekoälyn jalostamaa ja seulomaa hyvinvointidataa osana palveluprosessia. Hoito on täten asiakkaalle paremmin suunniteltua ja vastaa paremmin asiakkaan tarpeita. Arvio on, että tulevaisuudessa valtaosa hyvinvointidatasta kerätään teknologisten ratkaisujen kautta. Teknologia auttaa terveysdatan mittaamisessa, joka puolestaan auttaa lääkäriä ja asiakasta tekemään päätöksiä hoidosta tai sen jatkumisesta. Tiedon kerääminen myös muuttaa asiakkaan suhdetta ammattilaiseen ja omaan hoitoonsa: asiakas on esimerkiksi älylaitteesta saatavan hyvinvointidatan avulla tietoisempi omasta hyvinvoinnistaan ja voi sitoutua paremmin hoitoon ja terveydentilan kohentamiseen.

2. Asiakassuhdetta ja vuorovaikutusta automatisoivat ja personoidut innovaatiot

Innovaatiot mahdollistavat asiakkaiden nopeamman ja pitkäjänteisemmän hoidon ja seurannan. Näitä ovat esimerkiksi virtuaaliklinikat, chattibotit ja etähoito. Digitaalisilla ratkaisuilla pyritään lisäämään palveluiden saatavuutta ja vapauttaa ammattihenkilöiden aikaa asiakkaiden kohtaamiseen. Virtuaaliklinikoiden etuna nähdään olevan se, että ne mahdollistavat tehokkaan hoidon esimerkiksi haja-asutuilla seuduilla. Virtuaaliklinikoista uskotaan tulevan asiakkaan ensimmäisiä terveydenhuollon kohtaamisia. Tästä esimerkkinä toimii Hämeenlinnassa Sitran kehittämä virtuaaliklinikka, jossa annetaan asiakkaille hoito-ohjeita tai kehotuksia vierailla vastaanotolla potilastietojen perusteella.

3. Rikastuttavat innovaatiot

Rikastuttavien innovaatioiden takana on digitalisaatio, jonka avulla esimerkiksi palveluiden virtuaalitapaamiset onnistuvat. Virtuaalimaailma mahdollistaa molemmin puoleisen kokemuksen myös potilaille, mikäli asiakkaat itse toivovat vierailevansa itselleen merkityksellisissä ympäristöissä osana hoitoa, jota heille tarjotaan. (Gerdin & Eskelisen 2018, 192—197.)

Myös muut kirjalliset lähteet tuovat lisäymmärrystä digitalisaation mahdollistavista rikastuttavista innovaatioista. Arto Holopainen (2015) tuo esimerkiksi esille, että digitaalisista mobiilisovelluksista voi luoda kokeilukulttuuria mukailevia pelillisiä sovelluksia, joissa on hyödynnettynä terveysteknologiaa. Pelilliset sovellukset voivat esimerkiksi kerryttää sovelluksen käyttäjän ymmärrystä omasta terveydentilasta, joka voi ohjata terveellisempiin ratkaisuihin palvelun käyttäjän arjessa. Digitalisaation hyödyntäminen sosiaali- ja terveyspalveluissa voi siten tukea sekä asiakasta itseään omassa arjessa, tai sitten asiakasta koskevaa terveysdataa voi hyödyntää palvelurakenteissa. Mobiilisovelluksista ennustetaan tulevaisuuden palvelujen saatavuuden parantajaa sekä kokonaan uusien palvelujen mahdollistajaa (emt. 2015, 1285—1289).

4.5 Digikuilu ja digitaalinen käyttötapakuilu

Digitalisaation hyödyntäminen sosiaali- ja terveyspalveluissa on merkittävä yhteiskuntatieteellinen tutkimusaihe, sillä se edellyttää eettistä herkkyyttä ja kriittistä havainnointia, jotta digitaalinen kehitys ei jätä väestöryhmiä palveluiden ulottumattomiin asettaen kansalaisia siten keskenään epätasa-arvoiseen asemaan (Kivistö 2019). Uudenlaiset ratkaisut niin sosiaali- ja terveyspalveluissa kuin mielenterveyspalveluissakin herättävät kysymyksiä digikuilusta ja digitaalisesta käyttötapakuilusta. Digitaalisella kuilulla tarkoitetaan epätasa-arvoista pääsyä digitaalisiin viestintäkanaviin ja niiden käyttömahdollisuuksiin (emt. 2019, 132—135). Digikuilu ja digitaalinen käyttötapakuilu vaikuttavat siihen, mitkä ovat kansalaisten mahdollisuudet käyttää digitalisia välineitä niin laitteiden omistajuuden kannalta, mutta myöskin niiden käytön kannalta (Tuomivaara & Alasoini 2020, 11—12, 14). Digitalisaation hyödyntäminen voidaan nähdä merkittäväksi tarkastelun kohteeksi, koska ilman digitalisaation hyödyntämistä, ei siitä koituvia hyötyjä ja etuja voi myöskään saada. Aikaisemman kirjallisuuden mukaan digitalisaation nähtiin esimerkiksi hyödyttävän palveluiden saatavuutta (esim. WHO 2021, 23). Digikuilun kontekstissa palveluiden saatavuutta voidaan tarkastella ihmisten digivalmiuksia ja digitaalista kuilua mahdollisena esteenä tai eriarvoisena asemana hakeutua ja vastaanottaa palveluita (Ragnedda & Mushert 2013, 2—6).

Digitaalisen kuilun nähdään ainakin potentiaalisella tasolla pystyvän jäljentämään jo valmiina olevia yhteiskunnallisia rakenteita ja sosiaalista eriarvoisuutta. Kehittyneillä alueilla, kuten Euroopassa on esimerkiksi tutkittu, että korkeamman statuksen omaavat henkilöt onnistuvat paremmin hyödyntämään internetin mahdollisuuksia kasvattamaan jo olemassa olevia resurssejaan entisestään. (Ragnedda & Mushert 2013, 2—6.) Käyttöön liittyvä digitaalisten mahdollisuuksien hyödyntäminen viittaa digitaaliseen käyttötapakuiluun, joka tarkoittaa kuilua niiden välillä, joilla on kyky, motivaatio ja mahdollisuus käyttää digitaalisia palveluita, sovelluksia ja välineitä monipuolisesti ja taidokkaasti, sekä niihin, joilla näitä taitoja ei ole. (Tuomivaara & Alasoini 2020, 14.) Digikuilu ja digitaalinen käyttötapakuilu vaikuttavat siten siihen, mitkä ovat kansalaisten mahdollisuudet käyttää digitalisia välineitä niin laitteiden omistajuuden kannalta, mutta myöskin niiden käytön kannalta (emt. 2020, 11—12, 14).

Suomessa digikuilu näyttäytyy merkittävänä tekijänä, vaikka Suomi näyttäytyykin kansainvälisissä vertailuissa teknologisesti kehittyneenä maana, jossa digitaalisten palveluiden, sovellusten ja välineiden käyttö on laajalle levittäytynyttä. Kehityksestä on omiaan kertomaan muun muassa se, että esimerkiksi koronapandemian aikana ihmiset pystyivät ketterästi siirtymään etätyömalliin. Kuitenkin arvioiden mukaan 500 000 – miljoonalla Suomen kansalaisella on puutteellinen pääsy digitaalisiin palveluihin ja välineisiin. Puutteellinen kyky käyttää digitaalisia laitteita liittyy osaamisen puutteisiin, tai fyysisiin tai kielellisiin rajoitteisiin. (Tuomivaara & Alasoini 2020, 11—12.) Tämä vahvistaa käsitystä siitä, että digitaalinen kuilu on merkittävä tekijä sosiaalisen eriarvoisuuden kannalta, vaikka yhteiskunta vaikuttaisikin teknologisesti kehittyneeltä maalta, tai vaikka henkilöillä olisikin pääsy internetin tuomiin mahdollisuuksiin, kuten digipalveluihin.

Tutkimusten mukaan Suomessa digitalisaation mahdollisuuksia vähiten käyttävät matalimmin koulutetut ja vain perusasteen tutkinnon opiskelleet (Tuomivaara & Alasoini 2020, 12). Kuinka korkeakouluopiskelijat asettuvat digikuilun saralle? Korkeakouluopiskelijoiden joukko ei ole homogeeninen väestöryhmä, jolloin korkeakouluopiskelijoiden lähtökohdat teknologian käyttämiseen ja sen tuomien mahdollisuuksien hyödyntämiseen voivat olla hyvinkin erilaiset. Pääkkösen (2017) mukaan korkeakoulut tarjoavat kuitenkin tukea digitaalisten laitteistojen käyttämiseen, sekä tarjoavat esimerkiksi kursseja uusien digitaalisten taitojen opiskeluun. Korkeakoulut edellyttävät kuitenkin opiskelijoilta laitevaatimuksia, kuten kaiuttimet tai kuulokkeet, sekä tietokoneen, jolta katsoa järjestettävää luentoa, sekä toimivan nettiyhteyden. Lisäksi opiskelijoilta edellytetään korkeakoulun verkkoalustojen käyttöä muita luentoja kuunnellessa tai palauttaessa kurssitehtäviä. (emt. 2017.)

Kurssien suoristamisen edellytyksenä on siis laitteisto, joiden avulla opinnot on ylipäänsä mahdollista suorittaa. Lisäksi korkeakoulussa digivalmiuksia opetetaan niistä kiinnostuneille. Näin ollen

korkeakouluopiskelijoiden digikuilu ei toteudu ainakaan niiltä osin, etteikö korkeakouluopiskelijoilla olisi osaamista käyttää digitaalisia laitteita hyödykseen tai materiaalisista puitteista käsin. Tuomivaara ja Alasoini (2020, 3) ovat asiassa samalla linjalla ja he nimeävätkin korkeakouluopiskelijat digitalisaation ”superhyötyjiin” verrattuna muihin väestöryhmiin. Digitalisaation ”superhyötyjien” nähdään pystyvän entisestään vahvistavan omaa asemaansa ja mahdollisuuksiaan yhteiskunnassa digitalisaation avulla. (emt. 3.) Digikuilu sekä digitaalinen käyttötapakuilu ovat kuitenkin teemoja, joita tulisi osata huomioida yhteiskuntatieteellisessä tutkimusaineistossa. Vaikka nämä eivät aikaisemman kirjallisuuden puitteissa näytä toteutuvan korkeakouluopiskelijoiden kohdalla, on mahdollista, että niiden tarkastelu toisessa kontekstissa olisi erittäin ajankohtaista ja tarpeellista kansalaisten eriarvoisen aseman tarkastelun vuoksi.

5. TUTKIMUSASETELMA

Tässä tutkielmassa aineistona käytetään valtakunnallisia asiakirjoja, jotka ovat Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön kaksi erillistä toimintasuunnitelmaa vuosille 2021 ja 2022 sekä Sosiaali- ja terveysministeriön laatimat Mielenterveysstrategia 2020—2030 sekä Digilinjaukset 2025. Valittua aineistoa tarkastellaan kolmen tutkimuskysymyksen avulla, jotka ovat seuraavat:

1. ”Millaisina sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuden haasteet kuvataan aineistossa?”
2. ”Millaisia etuja digitalisaatiolla esitetään olevan sosiaali- ja terveyspalveluissa?”
3. ”Millaisina palveluiden saatavuuden haasteet ja digitalisaation edut esitetään korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluissa?”

Tämän tutkielman lähtökohtana on tarkastella, millaisia sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuden haasteita aineistossa kuvataan, ja millaisia etuja digitalisaatiolla esitetään olevan sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kuten teoriaosuudessa esitettiin, digitalisaatio esitetään usein haasteiden, kuten saatavuuden ongelmien ratkaisijana, vaikka siinä nähdään yhteiskunnallisessa kirjallisuudessa olevan myös kriittisiä näkökulmia. Tässä pro gradu –tutkielmassa keskitytään kuitenkin tutkimaan, millaisia etuja digitalisaatiolla esitetään, vaikka kirjallisuudessa onkin esitetty kielteisiä näkemyksiä digitalisaation hyödyntämisestä. Tutkielman lopuksi keskitytään tarkastelemaan, miten edellä mainitut palveluiden saatavuuden haasteet ja digitalisaation etujen esittäminen näyttäytyvät korkeakouluopiskelijoille suunnatuissa mielenterveyspalveluissa. Korkeakouluopiskelijoiden asemaa mielenterveyspalveluiden saatavuuden saralla on tärkeää tutkia, koska korkeakouluopiskelijoilla esiintyy enemmän mielenterveysongelmia verrattuna muuhun aikuisväestöön (Parikka, ym. 2021).

5.1 AINEISTO

Tämän tutkielman aineistoksi on valittu neljä erillistä dokumenttia, jotka tuovat tutkittavaan ilmiöön sisällöllisiä teemoja erilaisista näkökulmista. Ensimmäinen dokumentti on Sosiaali- ja terveysministeriön laatima ”Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020—2030”, joka on julkaistu vuonna 2020. Tässä tutkielmassa tämä aineisto-osuus on koodattu nimellä D1 (Dokumentti 1). Tässä tutkielmassa aineistosta on poissuljettu itsemurhien ehkäisyohjelma, jolloin tähän tutkielmaan on sisällytetty vain kansallinen mielenterveysstrategia 2020—2030. Mielenterveysstrategia perustuu Sosiaali- ja terveysministeriön pitkäaikaiseen valmisteluun ja se on tuotettu laaja-alaista yhteistyötä hyödyntäen. Mielenterveysstrategian tavoitteena on mielenterveyden kokonaisvaltainen huomiointi ja turvaaminen koko yhteiskunnassa. Kansallisen mielenterveysstrategian

tavoitteena on varmistaa mielenterveystyön jatkuvuus ja tavoitteellisuus muuttuvassa maailmassa. Aineisto ei tarjoa suoria ratkaisuja mielenterveystyön haasteisiin, vaan tarjoaa tukea tavoitteelliseen suunnitteluun ja mielenterveyden kehittämistyöhön. Aineisto on yhteensä 47 sivua pitkä, kun ”Itsemurhien ehkäisyohjelman” on laskettu pois aineistosta. (Vorma, Rotko, Larivaara & Kosloff 2020, 5—10)

Toisena aineistona tähän tutkielmaan on valittu Sosiaali- ja terveysministeriön ”Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena– Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025”. Tässä tutkielmassa tämä aineisto-osuus on koodattu nimellä D2 (Dokumentti 2). Dokumentti on laadittu vuonna 2016 yhteistyössä Sosiaali- ja terveysministeriön (jatkossa STM) ja hallinnonalan virastojen ja laitosten kanssa. Se sisältää STM:n hallinnonalan näkökulmasta olennaisimmat linjaukset ja edellytykset, jotka tulee ottaa huomioon hallinnonalan palvelujen ja toimintojen digitalisoidessa, ja ne pohjautuvat hallitusohjelman digitalisaation kärkihankkeisiin sekä valtiovarainministeriön julkaisemiin julkisen hallinnon digitalisoinnin periaatteisiin. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalat ovat laaja-alaiset ja tässä dokumentissa tullaankin käsittelemään linjauksia, jotka koskevat sosiaali- ja terveyspalveluiden digilinjauksia, joihin myös mielenterveyspalvelut sisältyvät. Digitalisaatiolinjausten tarkoituksena on toimia tarkistuslistana digitalisaatiota hyödyntävien kehittämishankkeiden priorisoinnissa ja toteutuksessa. (STM 2016, 2—6.) Aineisto on yhteensä 37 sivua pitkä, mutta aineistosta huomioidaan vain ”Lukijalle”, ”Digitalisaatio muuttaa maailmaa”, ”Sosiaali- ja terveyspalvelujen linjaukset”, ”Digitalisaation edellytykset” ja “Johtopäätöksen ja linjausten toimeenpano” -luvut, sillä muissa luvuissa käsitellään digilinjauksia, jotka eivät vastaa tämän tutkielman aiheeseen eivätkä vastaa tutkielman tutkimuskysymyksiin.

Tutkielman kolmanneksi ja neljänneksi aineistoksi on valittu Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön ”Toimintasuunnitelma ja talousarvio 2021” ja ”Toimintasuunnitelma ja talousarvio 2022”. Dokumenteista ensimmäinen, ”Toimintasuunnitelma ja talousarvio 2021”, on nimetty koodilla D3. Dokumenteista jälkimmäinen, ”Toimintasuunnitelma ja talousarvio 2022”, on nimetty koodilla D4. YTHS:n tarjoamat palvelut on suunnattu tämän tutkielman kohdeväestölle, korkeakouluopiskelijoille, jolloin YTHS:n toimintasuunnitelmat vastaavat spesifisti tutkielman asetelmaan sen kohdeväestöstä. YTHS tarjoaa korkeakouluopiskelijoille sosiaali- ja terveyspalveluita yksilön kokonaisvaltaista terveyttä tukien, mutta tässä tutkielmassa tullaan huomioimaan vain kohdat, jotka käsittelevät palveluiden saatavuutta ja digitalisaation hyödyntämisen etuja juuri mielenterveyspalveluissa. Molemmat aineistot ovat 16 sivua pitkiä. YTHS:n dokumentit ovat julkisia asiakirjoja ja ne on saatu sähköpostitse niitä pyydettäessä. Lupa asiakirjojen käyttöön on saatu puhelimitse.

Yhdessä nämä neljä dokumenttia muodostavat tutkielman aineiston. Lähtökohtana on ollut, että aineistot ovat kahdelta eri taholta ja tyyliltään erilaisia, jolloin ne myös tuovat tutkittavaa teemaan erilaisia näkökulmia kaikilta tutkielman osa-alueilta, jotka ovat korkeakouluopiskelijat, mielenterveys, palveluiden saatavuus ja digitalisaatio.

5.2 Tutkimusmetodi ja tutkimuseettisyys

Tämän pro gradu -tutkielman tutkimusmenetelmäksi on valittu laadullinen dokumenttianalyysi, noudattaen samalla sen menetelmällisiä oppeja ja eettisiä ohjeita. Dokumenttianalyysi on valittu tutkielman tutkimusmenetelmäksi, sillä sen avulla pystytään systemaattisesti arvioimaan asiakirjojen sisältöjä. Analyyttinen menettely sisältää dokumenttien sisältämän, tutkittavan sisällön etsimisen, valitsemisen, arvioinnin ja asiayhteyksien yhdistämisen. Dokumenttianalyysi tuottaa tietoa, otteita ja lainauksia, joita voidaan lopuksi järjestää luokkiin ja tulosten kannalta merkityksellisimpiin teemoihin erityisesti sisällönanalyysin keinoin. (Bowen 2009, 27—28.)

Dokumenttianalyysi sopii hyvin tutkimusmenetelmäksi silloin, kun tutkittavaa ilmiötä ei pääse ollenkaan tai riittävästi tutkimaan uudella aineistonkeruulla (Anttila 1998). Dokumenttianalyysissä ei kerätä aineistoa esimerkiksi haastattelemalla tai keräämällä aineistoa kyselylomakkeella, vaan aineistona käytetään valmista, saatavilla olevaa materiaalia (Piergiorgio 2003, 287, 309). Tutkittaessa, mitä digitalisaation hyödyntämisestä linjataan palveluiden saatavuuden yhteydessä osana STM:n ohjeita ja YTHS:n toimintasuunnitelmia, on dokumenttianalyysi luonnollinen valinta tutkimusmenetelmäksi, sillä tutkimuksen asettelusta johtuen aineistoa ei pääse itse luomaan, vaan sitä tulee tutkia suoraan olemassa olevista dokumenteista käsin. Dokumenttianalyysissä sisältöä voidaan lähestyä joko dokumenttien sisällön puolesta, tai siitä, miten niiden sisältö on lähtökohtaisesti muodostunut. Dokumenttianalyysissä voidaan lisäksi lähestyä tutkittavaa asiaa kohdistamalla huomio siihen, miten eri toimijat käyttävät dokumenttien sisältöä eri tarkoituksiin, tai siihen, miten dokumentit toimivat osana sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta. (Alastalo & Vuori nd. Dokumentit.) Tässä tutkielmassa dokumenttianalyysia lähestytään siltä kannalta, että mitä sen asiasisältö kertoo lukijalleen, joka on Seitamaa-Hakkaraisen (2014) mukaan dokumenttiaineiston sisällöllisten ominaisuuksien kuvailua.

Dokumenttianalyysin kohteena voi olla joukko erilaisia aineistoja, joiksi soveltuu esimerkiksi asiakirjat, kirjeet, omaelämäkerrat, lait, sopimukset ja päiväkirjat, jotka ovat usein olemassa kirjallisessa muodossa (Piergiorgio 2003, 287). Esimerkiksi päiväkirjat ja kirjeet ovat henkilökohtaisia dokumentteja, kun taas lait, asiakirjat ja sopimukset ovat esimerkkejä institutionaalisista dokumenteista, jotka ovat

lähtökohtaisesti julkisia asiakirjoja, mutta ne voivat olla myös ei-julkisia (Alastalo & Vuori nd. Dokumentit.) Tämän tutkielman aineisto nojautuu institutionaalisiin dokumentteihin, jotka ovat julkisia dokumentteja, kaikkien saatavilla, joko suoraan tai niitä pyydettäessä. Tämän tutkielman aineistoksi valitut dokumentit eivät sisällä esimerkiksi henkilöyteen sisältäviä tietoja, eivätkä täytä muita määräyksiä eettisen ennakkoarviointilausunnon asetuksista, jolloin tutkimuslupaa ei näiden julkisten dokumenttien tutkimiselle tule pyytää. (Kuula-Luumi nd. Alastalo & Vuori, nd.)

Vaikka tutkimuksen tekeminen ei edellytä tutkimusluvan hakemista, tulee se silti pohjautua hyville tutkimuseettisille käytänteille. Günther ja Hasanen (2014) toteavat, että tutkimuksen tulee aina olla eettisesti kestävällä pohjalla, ja että tutkimuseettisten näkökohtien miettiminen tulee halkaista koko tutkimusprosessin. Dokumenttianalyysi sisältää aina eettisiä näkökulmia, joita tämänkin tutkielman varrella tulee ottaa huomioon. Tästä esimerkiksi se, että dokumenttianalyysissä tutkittava aineisto on lähes poikkeuksetta luotu aina johonkin muuhun tarkoitukseen kuin tutkimuksen kohteeksi. Tästä syystä analyysissa tulee kiinnittää erityistä huomiota aineiston alkupeiseen kontekstiin. (Alastalo & Vuori nd. Dokumentit.) Aineiston syntykonteksti tulee ymmärtää, jotta sitä on lähtökohtaisesti mahdollista hyödyntää tutkimusaineistossa. Muussa tapauksessa valmiista dokumenttiaineistosta annetaan tutkimusta tehdessä virheellinen kuva, joka vääristää tutkimuksen analyysiä, eikä se siten pohjaudu Güntherin ja Hasasen (2014) tuotosta mukaillen hyville tutkimuseettisille käytänteille.

Tutkimuseettisesti dokumenttianalyysiä tehdessä tulee lisäksi huomioida, että institutionaaliseen tarkoitukseen luodut dokumentit noudattavat usein tiukkoja raameja ja sääntöjä siitä, miten ne ovat tyyliltään kirjoitettu ja mitä ne sisältävät (Alastalo & Vuori nd. Dokumentit). Sisällöllinen lähdekritiikki on tärkeä osa dokumenttianalyysiä ja yksittäisinä aineistoina ne kertovat luodun dokumentin instituutiosta, kun taas oivaltava dokumenttien yhdistely samaan analyysiin voi auttaa tuottamaan tämän lisäksi monipuolisemman kuvan tarkasteltavasta ilmiöstä. Dokumenttianalyysiin liittyy myös lähdekritiikki siltä kannalta, että tutkijan tulee tunnistaa, mistä dokumentissa ei ole mainintoja, eli mitä sen ulkopuolelle jätetään. (emt. nd. Dokumentit.) Tämä tutkielma, kuten kaikki tutkimukset, pyrkii pohjimmiltaan lisäämään yleistä tietoisuutta tutkittavasta aiheesta, eli tässä tutkielmassa palveluiden saatavuuden haasteista, digitalisaation eduista ja näiden teemojen esiintymisestä korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluissa. Täten tutkimusaineiston hyödyntäminen ja tutkimuksen tekeminen aiheesta on perusteltua. Yhteiskunnallinen keskustelu, tiedottaminen ja tutkimuksen tuottaminen lisäävät yhteiskunnallista ymmärrystä, jota edellytetään muutoksen aikaansaamiseksi.

5.3 Dokumenttiaineisto ja sen analyyttiset vaiheet

Aineistoa tarkastellaan dokumenttianalyysin tuomin näkökulmin. Dokumenttianalyysi on valittu tutkielman tutkimusmenetelmäksi, sillä sen avulla pystytään systemaattisesti arvioimaan asiakirjojen sisältöjä. Tämä tutkielma noudattaa Bowenin (2009) ohjeita dokumenttianalyysin tekemisestä, joka etenee seuraavin vaihein: dokumenttien etsiminen, valinta, arviointi ja teemojen yhdistely tutkimuksen asiayhteyksiin. Bowenin (2009, 27—28) mukaan dokumenttianalyysin analyyttinen menettely alkaa tutkimukseen soveltuvien dokumenttien etsinnällä ja niiden valinnalla. Tässä tutkielmassa dokumenteissa käsiteltävien teemojen lisäksi valitun aineiston kriteeriksi muodostui dokumenttien laativa instituutio ja dokumenttien julkaisuvuosi, tarkoituksena käsitellä vain tutkimusaihetta vastaavia ajankohtaisia dokumentteja tahoilta, joilla on yhteiskunnassa merkittävä ja vastuullinen rooli laatia kansallisia strategioita, linjauksia tai toimintasuunnitelmia palveluiden digitalisoimisesta, sekä kommentoida palveluiden saatavuuden haasteita.

Tässä tutkielmassa aineistoa lähdettiin etsimään verkkoaineistosta. Sosiaali- ja terveysministeriön aineistoksi valitut dokumentit löytyivät internetistä käyttäen hakusanoja ”korkeakouluopiskelijat”, ”mielenterveys”, ”palveluiden saatavuus” ja ”digitalisaatio”. YTHS:n toimintasuunnitelmat on puolestaan saatu koottua tätä tutkielmaa varten tekemällä yhteydenottoja dokumenttien laativaa tahoon. Tämä kertoo sen, että vaikka dokumenttianalyysin tekeminen säästäisikin tutkijan aikaa aineistonkeruuvaiheessa, ei aineiston kokoaminen julkisista aineistoista ole aina yksinkertaista, sillä tutkittuun ilmiöön liittyvien dokumenttien paikantaminen voi olla hankalaa ja se saattaa vaatia yhteydenottoa dokumenttien laativiin toimijoihin. (Alastalo & Vuori nd. Dokumentit.) Aineistoksi valitut toimintasuunnitelmat eivät löytyneet YTHS:n verkkosivuilta, vaan ne vastaanotettiin pyynnöstä tätä tutkielmaa varten sähköpostitse.

Dokumenttien valinnan jälkeen aineistoa analysoidaan, arvioidaan ja yhdistellään tutkimuksen asiayhteyksiin (Bowen 2009). Aineiston arvioiti tuottaa tietoa ja lainauksia, joita lopuksi voidaan järjestää tulosten kannalta merkityksellisimpiin teemoihin ja luokkiin, erityisesti sisältöanalyysin avulla. (emt. 2009, 27—28.). Tämä tutkielma hyödyntää aineiston sisällönanalyysiä, joka noudattaa kvalitatiivisen tutkimuksen logiikkaa, jossa ollaan kiinnostuneita sisällöllisistä merkityksistä, eikä varsinaisesti sisältöjen esiintymistiheydestä. Dokumenttien arviointi alkaa yleensä aineiston lukemisella tutkimusta varten, jolloin siitä saadaan kokonaiskuva. Tähän kuuluu aineistoon laaja-alainen perehtyminen ja luokittelun kehittäminen, joka tapahtuu usein syklisesti. (Seitamaa-Hakkarainen, 2014.) Tässä tutkielmassa aineiston käsittely on alkanutkin sen valinnan aikana ja jatkunut koko tutkimusprosessin läpi.

Seitamaa-Hakkaraisen (2014) mukaan aineiston kvalitatiiviseen kuvaamiseen ei ole sisällönanalyysissä yhtä oikeaa menettelytapaa, sillä yksi aineiston luokittelujärjestelmä ei sovellu kaikkiin aineistoihin ja niiden tutkimiseen. Tutkija korostaakin luovaa tutkimusproseduuria ja luokitteluiden kehittämistä kvalitatiivisessa sisällönanalyysissä. Vaikka luovaa tutkimusproseduuria korostetaankin, tulee ennen aineiston analysointia tehdä metodisia ratkaisuja aineiston analyysin toteuttamiseksi. Aineiston tekstualisoinnin jälkeen kerätty aineisto tulee erittely- ja sijoittelusääntöjä noudattaen hajottaa käsitteellisiksi osiksi, jonka jälkeen ne sijoitetaan analyysiluokkiin. Kun analyysissä noustaan teoreettisten käsitteiden tasolle ja esitetään aineistosta yhteenveto, puhutaan yleistyssääntöjen noudattamisesta sisällönanalyysin tekemisessä. Luokat, joissa sisällöllisesti käsitellään aineisto-osuuden teemoja eivät Seitamaa-Hakkaraisen (2014) mukaan välttämättä muodostu suoraviivaisesti, sillä usein kvalitatiivisessa sisällönanalyysissä luokittelu muodostuu sekä aineiston että teoreettisen käsitteellistämisen yhteistyönä. Tässä tutkielmassa Seitamaa-Hakkaraisen (2014) ohjeita tektualisoinnin tekemisestä ei tarvinnut tehdä, sillä aineisto oli jo tekstimuodossa. Tutkielman sisältöluokat on muodostettu sen perusteella, mitä tutkimusaineistosta on tullut esille tutkimuskysymyksiin ja teoriaan nojautuen.

Tässä tutkielmassa analyysiluokat on koostettu palveluiden saatavuuden haasteista, digitalisaation eduista ja näiden teemojen esiintyvyydestä korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluissa. Aineisto on ensin tarkasteltu yleisesti, jonka jälkeen sitä on luettu vielä yksityiskohtaisemmin. Yksityiskohtaisen tarkastelun yhteydessä sisältöluokat on tunnistettu aineistosta ja kirjattu ylös omiin analyysiluokkiinsa. Tämän jälkeen analyysiluokkien sisällöt on tarkistettu tutkielman luotettavuuden varmistamiseksi, tarkistaen samalla, missä dokumentissa maininta asiasta oli ja millä sivulla. Lisäksi aineistosta on haettu tutkimuskysymyksiin soveltuvaa tematiikkaa muun muassa hakusanoilla “mielenterveys”, “digitalisaatio”, “verkkopalvelut”, nettiterapia”, “saatavuus”, “yhdenvertaisuus”, “tasa-arvo”, “korkeakouluopiskelijat” ja “opiskelija”. Hakusanoissa on myös huomioitu kantasanojen sanataivutukset, jolloin esimerkiksi haettaessa lisätietoa analyysiluokasta “saatavuus” voi sitä hakea myös sanamuodoilla, kuten “saatavilla”, ”saaminen” tai “saavutettava”. Nämä sanamuodot voivat sisältää tämän tutkielma kannalta oleellisia asioita, sillä saatavuuden sanataivutuksiin viittaavat lauseet voivat jatkua aineistossa esimerkiksi “saatavilla oleva mielenterveyspalvelu korkeakouluopiskelijoille”, jolloin se on relevantti tutkimustulos tätä tutkielmaa varten.

Sisällönanalyysissä käytettiin apuna visualisointia tutkielman teon helpottamiseksi ja tutkielmassa edelletyn tarkkuuden varmistamiseksi. Analyysiluokat kirjoitettiin ensin omille suurille papereille, jonka jälkeen tutkimuksen edetessä analyysiluokkaan kuuluvia teemoja kirjoitettiin samalle paperille

ranskalaisilla viivoilla, jotka tähän analyysiluokkaan kuuluivat. Tämä helpotti myös tuloksien kirjoittamista selvään ja loogiseen järjestykseen. Analyysiluokkiin kuuluvat teemaosuudet eivät Seitamaa-Hakkaraista (2014) lainaten muodostuneet suoraviivaisesti omiksi luokikseen aineistosta, sillä teemat ovat monelta osin päällekkäisiä. Teemat, jotka eivät vastanneet suoraan tutkielman aiheeseen tai tutkimuskysymyksiin rajattiin tutkielman ulkopuolelle. Bowenia (2009, 27—28) lainaten, tämä tutkielma hyödyntää laadullisen tutkimuksen aineiston sisällönanalyysiä, jossa ollaan kiinnostuneita sisällöllisistä merkityksistä, eikä varsinaisesti sisältöjen esiintymistiheydestä.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkielmassa vastataan kolmeen tutkimuskysymykseen, jotka samalla luovat järjestyksen esitettäville tutkimustuloksille. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. ”Millaisina sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuden haasteet kuvataan aineistossa?”
2. ”Millaisia etuja digitalisaatiolla esitetään olevan sosiaali- ja terveyspalveluissa?”
3. ”Millaisina palveluiden saatavuuden haasteet ja digitalisaation edut esitetään korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluissa?”

6.1 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN SAATAVUUS

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä tarkastellaan, millaisina sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuden haasteet kuvataan aineistossa. Aineistona toimii seuraavat dokumentit: ”Sosiaali- ja terveysministeriön ”Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020—2030” (D1), Sosiaali- ja terveysministeriön ”Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena– Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025” (D2) sekä Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön ”Toimintasuunnitelma ja talousarvio 2021” (D3) ja ”Toimintasuunnitelma ja talousarvio 2022” (D4).

Tutkielman tulosten esittämistyylinä käytetään juoksevaa numerointia. Tämä johtuu siitä, että lainauksiin viitataan lainausta seuraavassa leipätekstissä, jonka lisäksi lainauksiin viitataan myös tulososion tulevissa luvuissa. Juokseva numerointi helpottaa tutkielman seuraamista.

6.1.1 KÄRKITAVOITTEENA AVUN SAATAVUUDEN JA SAAVUTETTAVUUDEN PARANTUMINEN

Aineistossa palvelujen saatavuus kuvataan terveydenhuollon näkyvimmiksi haasteiksi. Tämän vuoksi YTHS:n yhdeksi kärkitavoitteeksi on asetettu avun saatavuuden ja saavutettavuuden parantuminen. Kärkitavoitteita on molemmissa YTHS:n toimintasuunnitelmissa (2021 ja 2022) yhteensä neljä, ja avun saatavuus ja saavutettavuus on asetettu molempien vuosien yhdeksi kärkitavoitteeksi. (D3, 7 & D4, 7—8.) Toimintasuunnitelmissa kuvaillaan palveluiden saatavuuden haasteita seuraavanlaisesti:

”Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus ovat terveydenhuollon näkyviä haasteita. Saatavuuden ja saavutettavuuden parantamiseksi on tärkeää tunnistaa ja purkaa toiminnan pullonkauloja, varmistaa asioinnin helppous ja kehittää palvelujen saumattomuutta sekä uusia toimintatapoja vastaamaan asiakkaiden tarpeita.” (Lainaus 1.)

Mikäli YTHS:n kuvaus palveluiden saatavuudesta terveydenhuollon näkyvänä haasteena on näyttäytynyt korkeakouluopiskelijoille esimerkiksi hankaluutena asioida YTHS:n kanssa, tai palvelut eivät ole näyttäytyneet saumattomina palvelukokonaisuuksina (Lainaus 1.), on mahdollista, että nämä ovat näyttäytyneet myös teoriaosuudessa esitetyssä korkeakouluopiskelijoiden hyvinvointitutkimuksessa (Parikka, ym. 2021). Siinä esitettiin, että 65 prosenttia mielenterveyspalveluita tarvitsevista korkeakouluopiskelijoista kokivat saaneensa palveluita riittämättömästi. Kokemus mielenterveyspalveluiden riittämättömyydestä voi näyttäytyä palvelun käytön alhaisena määränä tai tyydyttymättömänä palveluntarpeena.

Palveluiden käytön määrä ja tyydyttymätön palveluntarve ovatkin yhteiskuntatieteellisen kirjallisuuden mukaan merkittävä tutkimuskohteita, joiden avulla voidaan lähestyä palveluiden saatavuuden haasteita (Manderbacka, Muuri, Keskimäki, Kaikkonen & Elomäki 2012). Tyydyttymätöntä palveluntarve esitetään kirjallisuudessa merkittäväksi sosiaalipoliittiseksi tutkimuskohteeksi, sillä tyydyttymätön palvelutarve vähentää kansalaisten luottamusta järjestelmää kohtaan, joka nähdään hyvinvointivaltion legitimiteetin perustana (Muuri, Aalto, Manderbacka & Arfman 2019, 292). Tämän havainnon valossa olisi siten tärkeää, että terveydellisten näkökulmien lisäksi, korkeakouluopiskelijoiden kokemus palveluiden riittämättömyydestä korjattaisiin, jotta luottamus järjestelmään säilyisi.

Aineistossa kuvataan, että ”palveluiden näkyviä haasteita” turvataan erilaisilla toimilla. Aineistossa esitetään, että palveluiden saatavuuden turvaamiseksi ammattiryhmäkohtaisia mitoituksia tulee arvioida hoidon tarvetta vastaaviksi (D4, 8.). Palveluiden saatavuuden haasteita kerrotaan parannettavan myös muun muassa sillä, että paljon palveluita käyttävien hoitoprosessi vakiinnutetaan vastuutiimeissä ja pitämällä neuvonnan osuus hoitotarpeen arvioinnissa vähintään ennallaan (D3, 8). Aineistossa esiintyvä neuvonta liittyykin merkittävällä tavalla mielenterveyspalveluiden alkuvaiheen hoitoprosessiin, joka kokonaisuudessaan nähdään koostuvan asiakasryhmän neuvonnasta, tarpeenmukaisesta psykososiaalisesta tuesta, sekä mielenterveyden tutkimuksesta, hoidon ja kuntoutuksen lisäksi (STM, Mielenterveyspalvelut).

6.1.2 Palvelujärjestelmän hajanaisuus

Aineistossa (D1) kuvaillaan, että palveluiden saatavuuden ja oikein kohdentumisen haasteina ovat palveluiden hajanaisuus ja se, etteivät palveluita tarjoavat tahot ole sovittaneet toimintaansa yhteen tai sopineet työnjaosta (emt. 29). Palveluiden saatavuuden haasteina kuvaillaan siis olevan palveluiden integroinnin puute sekä toiminnallisesti että fyysisesti. Aineistossa (D1, 29) palveluiden hajanaisuutta

kuvaillaan kansallisen tavoitteen ”Ihmisten tarpeen mukaisia, laaja-alaisia palvelut” -yhteydessä seuraavanlaisesti:

“Palvelut ovat hajallaan, ja niitä tarjoavat eri tahot eivät ole sovittaneet toimintaansa yhteen tai sopineet työnjaosta, mikä vaikeuttaa palvelujen saatavuutta ja oikein kohdentumista.” (Lainaus 2.)

Palvelujärjestelmä näyttäytyy väestölle siis hajanaisena, mutta erityisen epäedullisena se voisi potentiaalisesti esiintyä yksilöille, joiden terveydentilaa kuvastaa sosiaalisten ja terveydellisten haasteiden laaja kirjo. Dokumentista 1 nousee tätä kuvastava ilmiö, jossa kuvaillaan, että palvelut tulisivat olla toistensa lähellä, varsinkin kun on kyse psykiatrisen sairaanhoidon asiakkaista, joilla on useimmiten palveluntarve myös muihin terveydenhuollon palveluihin. Aineistossa (D1, 30) kuvaillaan kyseistä ilmiötä tarkemmin seuraavanlaisesti:

“Vastaavasti psykiatrisen sairaalahoidon on syytä olla muun sairaalahoidon yhteydessä, jotta voidaan samaan aikaan hoitaa kaikkia terveysongelmia. Esimerkiksi päihderiippuvaisilla pelkkä riippuvuuden hoito ei yleensä riitä, vaan samanaikaiset muut psyykkiset ja fyysiset ongelmat tarvitsevat huomiota.” (Lainaus 3.)

Aineistosta noussut teema palveluiden fyysisestä etäisyydestä ja sen vaikutuksesta palveluiden saatavuuteen on linjassa yhteiskuntatieteellisen kirjallisuuden kanssa, joka nostettiin esille myös tämän tutkielman teoreettisessa viitekehyksessä: Karvonen, Kestilä ja Kauppinen (2019, 230) kuvailevat palveluiden saatavuuden tarkoittavan sitä, että palvelut tulisivat olla asiakkaan saatavilla fyysisesti järkevästi siten, ettei niihin pääsyä rajoita esimerkiksi alueellinen epätasa-arvo tai rajoitettu palvelutarjonta. Tutkijoiden puhumasta matkasta palveluiden pariin onkin mahdollista mitata siltä kantilta, että miten nopeasti ja vaivattomasti kansalainen saa yhteyden tai pääsee palvelupisteelle, ja minkälaisia kustannuksia siirtymästä koituu asiakkaalle. Näitä käsitteitä tarkastellaan aika- ja paikkasaatavuuden käsittein (Lillrank & Vanesmaa 2010, 92 69, 77, 238.). Lainauksessa 3. kuvaillaan myöskin palveluiden saatavuutta helpottavan palveluiden läheisyys, jolloin palveluiden saatavuutta kuvastaisi hyvä aika- ja paikkasaatavuus Lillrankin ja Vanesmaan (2010) käsiteparia lainaten. Lainauksesta 3. ei kuvailla palveluihin menemisen kustannuksia, mutta mikäli asiakas ei kulje palvelun pariin kävellen, voisi päätellä, että matkustuksesta koituu myös lisäkustannuksia esimerkiksi auton bensan tai julkisen liikenteen käyttömaksun verran.

Tarkastellessa aineistosta vielä tarkemmin, kuinka palveluiden pariin pääsemisen ”aikaa” kuvaillaan aineistossa, on huomattavissa, että se näyttäytyy aineistossa merkittävänä teemana, joka liittyy vahvasti

myös näkökulmaan palveluiden sijainnista. Seuraava Lainaus 4. (D1, 30) koskee psyykkisten sairauksien hoitoa lapsilla ja nuorilla, jossa kuvaillaan, että hoitoon pääsy tulisi pääsääntöisesti tapahtua nopeasti. Aineistossa kuvaillaan, että hoito tapahtuu parhaiten, kun arvio ja perustason hoito ovat osana muuta perusterveydenhuoltoa keskitetyissä paikoissa.

"Psyykkisissä sairauksissa olisi pääsääntöisesti päästävä hoitoon nopeasti. Hoito toteutuu parhaiten, kun arvio ja perustason hoito toteutetaan osana muuta perusterveydenhuoltoa sosiaali- ja terveyskeskuksissa ja lasten ja nuorten perusterveydenhuollon toimipaikoissa sekä osana työterveysyhteistyötä ja työntekijöiden työssäjaksamisen seurantaa, ja kun erikoissairaanhoidon antama tuki ja ohjaus ovat saatavissa esteettä, joustavasti ja lähellä." (Lainaus 4.)

Aineiston lainauksissa siis kuvaillaan, että psyykkisiä sairauksia tulisi hoitaa nopeasti. Lainauksessa 4. esimerkiksi toistetaan Lainauksen 3. huomiointi, että palveluiden saamisen helpottamiseksi palveluiden tulisi olla myös lähellä toisiaan, silti aineiston lainauksien (1 & 2) mukaan palveluita kuvastaa palvelujärjestelmän hajanaisuus fyysisesti ja toiminnallisesti. Aineistossa kuvatut palveluiden saatavuuden haasteet voivat näyttäytyä asiakkaiden arkitasolla, mutta samalla ne voivat suuremmassa mittakaavassa lisätä terveyseroja alueellisesti. Hyvinvointi- ja terveyserot ovatkin kasvaneet valtakunnallisella tasolla, joka tuodaan esille teoriaosuudessa esille tuodusta Hallitusohjelmasta (2019, 143—153): palvelujärjestelmän tavoitteet esimerkiksi hyvinvoinnin ylläpidosta ja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisesta näyttäytyvät osalla väestöstä toteutuvan hyvin, mutta osalla palveluiden käyttö on vähäistä tai kolmantena vaihtoehtona saatavilla oleva palvelu ei vastaa yksilön tarpeita (emt. 2019, 143—153).

6.1.3 Palveluiden saatavuuden taustalla kansalaisten yhdenvertaisuus

Aineistosta (D3 & D4) käy ilmi, että tavoite palveluiden paremmasta saatavuudesta perustuu palveluiden tuottamiseen kansalaisille yhdenvertaisesti. Yhdenvertaisuuden teemaa kuvaillaan aineistossa ensinnäkin dokumenteissa 3 ja 4, joissa kerrotaan "YTHS:n strategia 2025"; Perustehtävänä on työskennellä opiskelijoiden terveyden, hyvinvoinnin ja opiskelukyvyn hyväksi, helposti ja nopeasti vuoteen 2025 mennessä. Toimintaa ohjaavat arvot yhdenvertainen, rohkea ja välittävä. YTHS:n strategia esitetään lukijalle sen yhteydessä, että strategiaa mukaillaan kärkitavoitteiden yhteydessä, muun muassa palveluiden saatavuuden parantamisella. (D3, 3 & D4, 2.)

Dokumentissa 1 palveluiden yhdenvertaisuus tuodaan puolestaan esille kuvailtaessa strategista linjausta ihmisten tarpeen mukaisista, laaja-alaisista palveluista. Strategista linjausta tuetaan ensinnäkin saavutettavilla palveluilla, mutta sen lisäksi noudattamalla yhdenvertaisuusperiaatetta; palveluiden suunnittelussa kuvaillaan ottamalla huomioon erityisesti ryhmät, jotka olisivat muuten vaarassa jäädä eriarvoiseen asemaan (D1, 29). Myös dokumentissa 2 (D2, 26), tuodaan samaa teemaa esille kuvailemalla, että yhdenvertaisilla palveluilla tarkoitetaan eri asiakasryhmien erityispiirteiden huomioimista, jotta palvelut ovat kaikkien saatavilla. Yhdenvertaisten palveluiden kehittämisessä otetaan huomioon teemat palveluiden tarjoamista kaikille yhdenvertaisesti, ajasta, paikasta, toiminta- ja kommunikaatiokyvystä, iästä ja sukupuolesta riippumatta. (D2, 26.) Seuraavassa suora lainaus aineistosta (D2), jossa kuvaillaan palveluiden tuottamista kansalaisille yhdenvertaisesti:

"Yhdenvertaisella palvelulla tarkoitetaan eri asiakasryhmien erityispiirteiden huomioimista, jotta palvelut ovat kaikkien saatavilla. Digitaalisten palvelujen kehittämisessä on huomioitava myös palveluiden tarjoaminen kansalaisille yhdenvertaisesti ajasta, paikasta, toiminta- ja kommunikointikyvystä, iästä ja sukupuolesta riippumatta.
Yhdenvertainen palvelu varmistetaan asiakkaan tarpeeseen perustuvalla kehittämisellä, jossa huomioidaan kaikki asiakasryhmät erityispiirteineen." (Lainaus 5.)

Aineistossa kuvatut tavoitteet palveluiden saatavuuden yhdenvertaisesta toteutumisesta heijastavat Euroopan Unionin jäsenmaita koskevia yhdenvertaisuusperiaatteita ja tasa-arvotavoitteita (Leppo 2013, 95). Tämän lisäksi Suomen terveydenhuoltolain artikla 10 puolestaan käsittelee puhtaasti vain palveluiden saavutettavuutta ja yhdenvertaista saatavuutta (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 2 §, 10 §). Lailla määrätään, että vastuu palveluiden järjestämisestä ja tarjoamisesta on kunnilla ja kuntayhtymillä, asettaen kansalaiset samanarvoiseen asemaan toistensa kanssa, siten että palvelut ovat yhdenvertaisesti saatavilla kaikille tarvitseville (emt. 2010). Nämä yhdenvertaisuusperiaatteet tulisivatkin siten näyttäytyä yhteisenä tavoitetila, jota aineistoksi valitussa STM:n sosiaali- ja terveyspalveluiden digilinjauksissa, Mielenterveysstrategiassa ja YTHS:n toimintasuunnitelmissa tavoitellaan. Seuraavassa lainauksessa 6. tarkastellaan, kuinka yhdenvertaisuuden toteutumista kuvataan aineistossa (D1, 29):

"Psyykkisten sairauksien hoito on viime vuosikymmenen aikana lisääntynyt vuosittain. Kuitenkin psykiatriseen hoitoon pääsyn kynnystä on moitittu korkeaksi. Alueelliset erot oikea-aikaisessa hoitoon pääsyssä ja monipuolisten avohoitopalveluiden saatavuudessa ovat olleet suuret. Hoitotakuun mukaisia hoitoonpääsyaikoja on ollut vaikea saavuttaa. Näyttöön perustuvia hoitoja on ollut varsin puutteellisesti saatavissa, eikä niitä ylläpidetä tai levitetä koordinoidusti ja pitkäjänteisesti alueellisten väestötarpeiden mukaan." (Lainaus 6.)

Lainauksesta 6. voimme siis havaita, että kuvatut palveluiden saatavuuden haasteet estävät kansalaisten yhdenvertaisen palveluihin pääsyn, sillä esteiksi kuvatut alueelliset erot oikea-aikaiseen hoitoon pääsystä ja monipuolisten palveluiden saatavuudesta, hoitotakuunmukaiset hoitoonpääsyaikojen toteutumisen haasteista ovat ristiriidassa Terveydenhuoltolain (emt. 2010) yhdenvertaisuuslain kanssa. Teoriaosuudessa tuotiin samanlaisia tuloksia palveluiden saatavuudesta ja yhdenvertaisuuden toteutumisesta Hallitusohjelmassa (1019). Siinä otettiin kantaa, että sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudesta ja yhdenvertaisuudessa ei olla onnistuttu eikä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja rahoitus ole pystyneet turvaamaan yhdenvertaisia palveluita kaikille suomalaisille (Hallitusohjelma 2019, 144).

Kokonaisuudessaan tässä luvussa on kuvattu, että palveluiden saatavuus on terveydenhuollon näkyvä haaste (Lainaus 1.), joka kuvattiin näyttäytyvän palveluiden ”hajallaan” olemisella (Lainaus 2.). Aineistossa kuvattiin, että palveluiden järjestämisestä vastaavat tahot ”eivät ole sovittaneet toimintaansa yhteen tai sopineet työnjaosta”, joiden nähtiin myöskin hankaloittavan palveluiden saatavuutta (Lainaus 2.). Tässä luvussa esitettiin, että palveluiden saatavuuden parantamisesti “on tärkeää tunnistaa ja purkaa toiminnan pullonkauloja, varmistaa asioinnin helppous ja kehittää palveluiden saumattomuutta” (Lainaus 1.). Aineistossa kuvailtiin, että palveluihin pääsy tulisi toteutua nopeasti, ja että palveluiden tulisi olla fyysisesti toistensa lähettyvillä, jolloin palvelut olisivat kaikkien palvelutarpeiden osalta asiakkaalle helposti saavutettavissa, jonka todettiin olevan erityisen tärkeää mielenterveyspalveluita tarvitsevien kohdalla. (Lainaukset 3 & 4). Aineistossa tuotiin esille, että hoitoon pääsy tulisi tapahtua nopeasti, mutta silti hoitotakuunmukaisia hoitoonpääsyaikoja on ollut vaikea saavuttaa. Tässä luvussa tuotiin myös esille, että palveluiden saatavuus, tai saamattomuus, liittyy ylätason tavoitteeseen tuottaa palveluita kansalaisille yhdenvertaisesti. Lainauksessa 6. tuotiin esimerkiksi esille, että lainauksessa esiintyneet alueelliset haasteet eivät vastaa yhdenvertaisuustavoitteita, josta on määrätty Terveydenhuoltolaissa (2010). Aineistosta esitetyt kuvaukset, millaisina palveluiden saatavuuden haasteet esiintyvät, näyttävät tulevan esille myös esimerkiksi Hallitusohjelmassa (2019) näkemyksissä.

6.2 Digitalisaation edut sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä

Tässä luvussa tullaan vastaamaan tutkielman toiseen tutkimuskysymykseen: ”Millaisia etuja digitalisaatiolla esitetään olevan sosiaali- ja terveyspalveluissa?”. Tähän tutkimuskysymykseen vastataan seuraavien aineistodokumenttien avulla: Sosiaali- ja terveysministeriön ”Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020—2030” (D1), Sosiaali- ja

terveysministeriön ”Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena– Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025” (D2) sekä Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön ”Toimintasuunnitelma ja talousarvio 2021” (D3) ja ”Toimintasuunnitelma ja talousarvio 2022” (D4).

Aineistossa digitalisaation hyödyntämisestä ja sen eduista on kirjoitettu toistuvasti osana sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuden haasteita, joten aihe sivuaa edellisen luvun teemoja syventäen sitä tutkimuskysymyksen kaksi valossa. Digitalisaation hyödyntämisestä esitetään strategisia suunnitelmia myös mielenterveyden suhteen sekä YTHS:n korkeakouluopiskelijoille suunnattujen palveluiden koskevissa toimintasuunnitelmissa. Tässä luvussa sivutaan edellä mainittuja teemoja, jotta asian konteksti säilyy sellaisena, miten se on esitetty aineistossa. Tässä luvussa keskitytään eniten kuitenkin siihen, millaisia etuja digitalisaation hyödyntämisestä esitetään osana sosiaali- ja terveyspalveluita.

6.2.1 Terveyttä sosiaali- ja terveyspalveluiden digilinjauksilla

Dokumentissa 2 tuodaan ilmi STM:n hallinnonalan linjaukset, joissa esitetään, kuinka digitalisaatiota tulisi hyödyntää muun muassa sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintoja digitalisoidessa (D2, 3—5). Aineistossa esitetään digilinjauksien hyödyntämisen liittyvän sosiaali- ja terveysjärjestelmän toimintojen, palveluiden ja toimintaprosessien digitalisoimiseen (D2, 8). Aineistossa näiden digitalisaatiolinjausten hyödyntämisen edut nähdään liittyvän muun muassa palveluiden tuottavuuteen, palveluiden laadun parantamiseen ja kansalaisten terveyden tukemiseen ja yhdenvertaisuuteen. Tästä suora lainaus dokumentista 2:

“Digitalisaatiolinjausten toteuttaminen lisää tuottavuutta ja palveluiden laatua sekä parantaa kansalaisten yhdenvertaisuutta, terveyttä ja hyvinvointia. Myös yritysten menestyksen mahdollisuudet paranevat. Digitaalisten ratkaisujen tulee myös osaltaan tukea osallisuutta, sosiaalista hyvinvointia ja vähentää eriarvoisuutta.” (Lainaus 7.)

Lainauksesta 7 siis esitetään, että digitalisaation hyödyntäminen nähdään sosiaali- ja terveyspalveluissa suositeltavana asiana, josta seuraa etuja tuottavuuden, palveluiden laadun sekä kansalaisten yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Lainauksessa 7. tuodaan myös esille, että digitaalisten ratkaisujen tulee myös tukea osallisuutta, sosiaalista hyvinvointia ja vähentää eriarvoisuutta. Näkemys, jonka mukaan digitalisaation hyödyntäminen on myönteinen asia, on yhtenevä myös teoriaosuudessa esille tuodun World Health Organizationin digitalisaatiosuositusten kanssa: WHO suosittelee digitaalisten palveluiden käyttöönottoa hyvinvointipalveluissa palveluiden saatavuuden parantamiseksi (WHO 2021, 27). WHO:n kannanoton lisäksi myös Karvonen ja Kestilä (2019) tuovat esille, että digitalisaation

hyödyntämisestä koituu etuja. He tuovat ilmi, että teknologiakehityksen ansiosta järjestelmästä saataisiin sujuvampi, tehokkaampi ja ajankohtaisempi, joka tukee kansalaisten tarpeita paremmin (emt. 16). Tämän Lainauksen 7. ja teoreettisen viitekehyksen vuoropuheluna voisi siis pohtia, että digitalisaation hyödyntämisestä koituu etuja sekä mikro- että makrotasolla, sillä palveluiden parempi laatu ja parempi saatavuus edesauttaa kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia itsessään, mutta tehokkaampi ja sujuvampi järjestelmä tukee yksilöiden tarpeita paremmin tukien myös terveyttä myös makrotasolta mikrotasolle.

Aineistodokumentissa 2 hallinnollisia digilinjauksia on nostettu esille yhteensä kahdeksan, joista kuusi vastaa tutkimuskysymykseen kaksi sosiaali- ja terveyspalveluihin sovellettavasta digitalisaation hyödyntämisen eduista. Kaksi tutkielman ulkopuolelle jätettyä digilinjausta ovat ”Huomioimme yritysten tarpeet” sekä ”Ohjaamme luotettavalla suunnittelu- ja seurantatiedolla” (D2, 9), sillä kyseiset dlinjaukset käsittelevät enemmänkin yritysten liiketoimintaa ja kasvupotentiaalin huomiointia sekä talouden suunnittelua ja ohjausta kuin sosiaali- ja terveyspalveluiden digitalisaatiota ja sen etuja. Sosiaali- ja terveyspalveluissa hyödynnettävät digilinjaukset tämän tutkielman valossa (D2) ovat seuraavat:

1. Tarjoamme palvelut yhdenvertaisesti
2. Pyydämme tiedon vain kerran
3. Tarjoamme hallinnonalan ammattilaisille käyttöön kyvykkäät sähköiset järjestelmät
4. Uudistamme lupa- ja valvonnantoiminnan
5. Uudistamme lainsäädäntöä ja termistöä mahdollistamaan digitalisaatiota
6. Huomioimme tietoturvallisuuden ja yksilöllisen suojan. (emt. 8—9.)

Digilinjauksessa 1: “Tarjoamme palvelut yhdenvertaisesti”, digitalisaation hyödynnettävyyden edellytyksenä on palveluiden esteettömyys ja helppokäyttöisyys, mahdollistaen samalla palvelukäytön myös erityisryhmien keskuudessa, joka on teemana yhtenevä ”Sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus” -luvussa esitellyn yhdenvertaisuustavoitteiden kanssa (Lainaus 5.). Digilinjauksen 2, “Pyydämme tiedon vain kerran”, etuja kuvataan aineistossa järjestelmän helppokäyttöisyydellä ja järjestelmän toimivuudella. Kyseisen digilinjauksen mukaan digitalisaatio on mukana palveluiden toiminnassa siten, että asiakkaat joko itse päivittävät alustalle omat terveystietonsa tai sitten ammattilaiset päivittävät asiakasta koskevat tiedot palvelualustoihin hänen puolestaan (D2, 18.). Digilinjauksen etuna on se, että näin tieto tuotetaan alustalle vain kerran, jolloin terveystietoja ei esimerkiksi tarvitse kysellä uudemman kerran. Tämä säästää niin asiakkaan kuin ammattilaisenkin

ajallisia resursseja. Lisäksi luotettava hyvinvointitieto on saatavilla sähköisesti niin asiakkaalle kuin ammattilaisellekin, jonka avulla palveluiden laatu on parempaa ja asiakaslähtöisempää (D2, 18).

Niin asiakkaalle kuin ammattilaiselekin tämän digilinjauksen etuna on asioinnin helppous ja selkeys, mutta sosiaali- ja terveysalan ammattilaiselle digilinjauksen etujen saavuttaminen edellyttää kyvykkäät sähköiset järjestelmät työstä suoriutumiseen, joka on huomioitu digilinjauksessa 3. Digilinjauksessa 4, 5 ja 6 on huomattavissa digitalisaation hyödyntämistä edellyttävät teemat, kuten asiakkaan tietosuojan varmistaminen, lainsäädännön ja lupa- ja valvontatoiminnan uudistamista digitalisaation hyödyntämistä tukevaksi. (emt. 8—9.)

6.2.2 Palveluiden saatavuus paranee digitaalisilla palveluratkaisuilla

Aineistossa esitetään, että hyödyntämällä digitaalisia ratkaisuja sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä, voidaan vastata moniin saatavuuden haasteisiin. Digitaalisten ratkaisujen edut näyttäytyvät aineiston jokaisesta dokumentista, ensinnäkin se tulee ilmi dokumentista 4, jossa YTHS:n "Palveluiden saatavuuden -kärkitavoitetta", lähdetään ratkomaan hyödyntämällä digitalisaation mahdollisuuksia laajemmin. YTHS:n "palveluiden saatavuuden -kärkitavoite" on nostettu esille tämän tutkielman Lainauksessa 1.: "Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus ovat terveydenhuollon näkyviä haasteita. Saatavuuden ja saavutettavuuden parantamiseksi on tärkeää tunnistaa ja purkaa toiminnan pullonkauloja, varmistaa asioinnin helppous ja kehittää palvelujen saumattomuutta sekä uusia toimintatapoja vastaamaan asiakkaiden tarpeita.". Lainaus saa virkkeen päätteeksi jatkoa seuraavasti (D4, 7):

"Uusilla digitaalisilla ratkaisuilla voidaan vastata moniin saatavuuden haasteisiin."
(Lainaus 8.)

Huomionarvoista on, että aineistossa D3 ja D4, eli YTHS vuosien 2021 ja 2022 toimintasuunnitelmissa, on hyvin paljon yhtäläisyyksiä, mutta kyseistä kärkitavoitetta on jälkimmäisessä toimintasuunnitelmassa kuvattu tarkemmin kirjoittamalla seuraavanlaisesti: "Avun saatavuus ja saavutettavuus paranevat saumattomilla lähi- ja etäpalveluilla" (D4, 7). Vuoden 2022 toimintasuunnitelmassa on siis huomioitu digitaaliset etäpalvelut laajemmin vastatakseen palveluiden saatavuuden haasteisiin. Lisäksi kyseisen kärkitavoitteen perustelussa on uusi täsmennys, joka on myös nostettu Lainaukseen 8: "Uusilla digitaalisilla ratkaisuilla voidaan vastata moniin saatavuuden haasteisiin" (emt. 7), jota ei siis edellisen vuoden toimintasuunnitelmaan ole kirjattu.

Digitaaliset asiointi- ja etäpalvelut tuodaan osaksi YTHS:n toimintaa linjauksessa, jonka pyrkimyksenä on selkeyttää palveluntarjontaa asiakkaille ja ammattilaisille. Linjauksen kautta digitalisaation hyödyntämisen etuna on helpottaa asiakkaiden palveluihin pääsemistä, ohjata heitä oikeisiin kanaviin ja varmistaa hoidon jatkuvuus (D3, 6 & D4, 6). Näitä palveluiden saatavuuden haasteisiin liitännäisiä teemoja lähdetään muun muassa ratkomaan ottamalla käyttöön digitaalisia lomakkeita ja parantamalla yhteisten digitaalisten palveluiden toimivuutta (D4, 6). Palveluiden saatavuuden helpottamiseksi lähdetään YTHS:n toimintasuunnitelman mukaan tehostamaan uutta digitaalista takaisinsoittojärjestelmää ja lisäämällä verkkoasioinnin mahdollisuuksia (D4, 8).

6.2.3 Digitaaliset ratkaisut ajan, paikan ja järjestelmien haasteissa

Aineistossa digitalisaation hyödyntämisellä esitetään olevan monenlaisia etuja sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuden haasteissa (D4, 7). Näistä kolme korostuivat yli muiden, jotka ovat digitalisaation edut paikan, ajan ja järjestelmien kannalta. Ensinnäkin palveluiden ”paikkaan” liitetyt saatavuuden haasteet näyttäytyvät aineistossa eritoten silloin, kun kyse on asiakkaista, jotka asuvat haja-asutetuilla alueilla (D1, 29 & D2,18). Lisäksi “aika” nousee merkitykselliseksi teemaksi aineistossa, kun digitalisaation hyödynnettävyyttä ja sen etuja esitetään (D3, 8). Kolmas merkittävä teema digitalisaation hyödyntämisestä löytyy toiminta- ja palvelualustojen sekä tietojärjestelmien parantamisesta (D4, 5). Näitä kolmea osa-aluetta yhdistää digitalisaation hyödyntämisen edut palveluiden saatavuuden haasteissa, joten aineistossa ne esitetään usein samassa yhteydessä, tai osittain lomittaisina toistensa kanssa.

Aineiston mukaan palveluiden saatavuuden haasteet ajan ja paikan suhteen näyttäytyvät alueellisina haasteina oikea-aikaiseen hoitoon pääsyssä ja monipuolisten palveluiden saatavuudessa. Näyttöön perustuvia hoitoja on ollut puutteellisesti saatavissa, eikä niitä ylläpidetä tai levitetä koordinoidusti ja pitkäjänteisesti alueellisia väestötarpeiden mukaan. (Lainaus 7.) Dokumentissa 2 tuodaan esille näkemystä myös tähän liittyen, sekä siihen, että palveluiden saatavuus paranee sähköisten ratkaisuiden hyödyntämisellä erityisesti harvaan asutuilla alueilla ja koko väestön kattavasti (D2, 18), josta suora lainaus aineistosta:

“Lisäksi palvelujen saatavuus ja esteettömyys paranevat sähköisten ratkaisujen avulla. Sähköisillä ratkaisuilla turvataan palvelujen tasa-arvoisuus harvaan asutuilla alueilla ja erityisryhmille.” (Lainaus 9.)

Samaa kantaa digitalisaation eduista esitettiin myös teoriaosuudessa, jossa Parvinen, Lillrank ja Ilvonen kirjoittavat palveluiden digitalisoitumisella olevan erityisen myönteisiä vaikutuksia palveluiden saatavuudelle niiden asiakkaiden kohdalla, joiden välimatka paljeluiden pariin on pitkä: digitaalisilla ratkaisuilla palveluverkostojen avulla voidaan parantaa erityisesti harvaan asutettujen alueiden palveluiden saatavuutta (Parvinen, Lillrank & Ilvonen 2005, 152). Digitaaliset ratkaisut voivat siis hyödyttää fyysisesti hankalan sijainnin päässä olevia asiakkaita, mutta lisäksi sen voisi ajatella nopeuttavan palveluiden saavuttamisessa, kun matkustuksesta ei koidu asiakkaalle enää vaivaa. Samaa pohdintaa tuotiin esille teoriaosuudessa, jonka mukaan mielenterveyspalveluiden digiratkaisujen etuja ovat palvelun vastaanottaminen välittömästi ja helposti (Rantala 2019, 4). Lainauksessa 4, tuotiin puolestaan ilmi, että juuri mielenterveyspalveluita käyttävien keskuudessa palveluiden saaminen olisi erityisen tärkeää nopeasti ja vaivattomasti siten, että moniammatilliset palvelut olisi integroitu toistensa lähettäville. Tämä nähtiin erityisen merkittäväksi teemaksi juuri mielenterveyspalveluita käyttävien keskuudessa, sillä kyseisiä palveluita käyttävät tarvitsevat usein myös muita sosiaali- ja terveyspalveluita tukemaan hyvinvointiaan. (Lainaus 4.)

Myös YTHS:n aineistodokumentista käy ilmi, että digitaalisten ratkaisujen nopeus ja helppous on tunnistettu erityisesti palveluiden suunnitteluprosessissa. Dokumentissa 3 esitetään, että palveluaikoja laajennetaan erityisesti digitaalisten palveluiden osalta, jolla vastataan palveluiden saatavuuden haasteisiin (D3, 8). Tämä noudattaa tavoitetta vastata mielenterveyden haasteisiin ennaltaehkäisevällä ja vaikuttavalla hoidolla, niin että häiriöiden vaikutus opiskelukykyyn vähenee (emt. 4). Tavoitteeseen vastataan muun muassa nettiterapian lisäämisellä mielenterveys- ja päihdetyössä (D3,4 & D4, 5):

"Lyhytterapioiden, nettiterapioiden, ryhmämuotoisten hoitojen sekä konsultaatioiden käyttöä mielenterveys- ja päihdetyössä lisätään." (Lainaus 10.)

Edellisessä lainauksessa esille tuotu nettiterapia esitettiin teoriaosuudessa terapiamuodoksi, joka perustuu vaikuttavaan hoitoon ja kliiniseen näyttöön mielenterveyden häiriöiden hoidossa (Ahdqvist & Kalliola 2022). Nettiterapioiden nähdään lisättävän palveluiden saatavuutta ja vapauttavan ammattihenkilöstön aikaa asiakkaiden kohtaamiseen (Gerd & Eskelinen 2018, 192—197). Lainauksessa 10 esille tuotu tavoite lisätä palveluissa digitaalisia ratkaisuja näkyy myös YTHS:n toimintasuunnitelmassa 2022 konkreettisin numeroin. YTHS:n toimintasuunnitelmassa vuodelle 2022 nähdään, että nettiterapiaan lähetettyjen osuus mielenterveysongelman vuoksi hoidetuista on ollut vuonna 2021 1,1 prosenttia ja tavoite vuodelle 2022 on vähintään 5 prosenttia (D4, 3).

YTHS:n tavoite nostaa nettiterapiaan lähetettyjen osuutta melkein viisinkertaisesti on merkittävä tavoite, joka vastaa vuoden 2022 toimintasuunnitelmassa korostettuja tavoitetta digitaalisten ratkaisujen hyödyntämisen kasvusta, verrattuna edellisen vuoden toimintasuunnitelmaan. Tämä näkyi edellisessä luvussa, jossa käsiteltiin toimintasuunnitelmien eroja: vuoden 2022 toimintasuunnitelmaan (D4) palveluiden saatavuuden tavoitteisiin lisättiin yksityiskohta, jonka mukaan "avun saatavuus paranevat saumattomilla lähi- ja etäpalveluilla" (D4, 7). Lisäksi kyseisen tavoitteen perustelussa on uusi täsmennys: "Uusilla digitaalisilla ratkaisuilla voidaan vastata moniin saatavuuden haasteisiin" (emt. 7). Samainen ilmiö tuotiin esille teoriaosuudessa, jonka mukaan globaalien digimarkkinoiden arvioidaan kasvavan vuosittain 20 prosenttia, joka on omiaan kertomaan digitalisaation murroksesta mielenterveysalalla (Ahdqvist & Kalliola 2022, 11—12).

Aineistosta käy ilmi, että digitalisaation hyödyntämisestä esitetään olevan etuja myös toiminnanohjausjärjestelmien muodossa. Aineistossa tätä kuvataan esimerkiksi dokumentista neljä: kärkitavoitetta avun saatavuudesta lähestytään esimerkiksi valtakunnallisesti käyttöön otettavalla mielenterveystyön palvelutuotannon toiminnanohjausjärjestelmällä, jonka hyödyntämisen etuja on nopea hoitoon pääsy (D4, 8, Lainaus 14.) Dokumentissa kolme palvelutuotannon ohjausjärjestelmän kerrotaan myöskin nopeuttavan hoidon alkamista, jonka lisäksi sen eduksi mainitaan palveluvalikoimaan kuuluvien hoitomuotojen vaikuttavuuden arviointi (D3, 4, Lainaus 15.) Seuraavassa suorat sitaatit dokumenteista neljä ja kolme:

"Valtakunnallisesti käyttöön otettava mielenterveystyön palvelutuotannon toiminnanohjausjärjestelmä nopeuttaa hoitoon pääsyä." (Lainaus 11.)

"Mielenterveystyössä käyttöön tulee palvelutuotannon ohjausjärjestelmä, joka pohjautuu prosessikuvauksissa määriteltyyn palveluvalikoimaan ja joka nopeuttaa hoidon alkamista ja mahdollistaa palveluvalikoimaan kuuluvien hoitomuotojen vaikuttavuuden arvioinnin." (Lainaus 12.)

Aineistosta on siis huomattavissa, että digitalisaation hyödyntämisellä palvelutuotannon ohjaus- ja toiminnanohjausjärjestelmillä on vaikutusta erityisesti hoitoon pääsyn ja hoidon alkamisen nopeuttamisessa, sekä sen nähdään mahdollistavan palveluvalikoimaan kuuluvien hoitomuotojen vaikuttavuuden arviointi. Lainauksista on havaittavissa digitaalisten järjestelmien tuoma sujuvuus palveluiden kohdentamisessa asiakkaalle, joka nähtiin myös Kestilän ja Karvosen (2019, 16) kirjallisuudessa, jonka mukaan teknologiakehityksen ansiosta järjestelmästä saadaan tehokkaampi, ajankohtaisempi ja sujuvampi ja sen nähdään tukevan kansalaisten tarpeita paremmin. Aineistossa yhteisesti käsiteltävä tiedonhallinta nähdään tuovan selkeyttä sosiaali- ja terveyspalveluihin ja sen

nähdään tukevan myös sote-uudistusta (D2, 18). Sähköisiä ratkaisuja perustellaan vaikuttavuuden ja tehokkuuden lisäämisellä, josta sitaatti aineistodokumentista kaksi (D2, 18):

”Palvelujärjestelmä – rajalliset resurssit oikeaan käyttöön
”Asiakas- ja potilastiedot ovat ammattilaisten ja asiakkaiden käytössä riippumatta organisaatiorakenteiden, palveluiden ja tietojärjestelmien muutoksista. Sähköiset tiedonhallinnan ratkaisut lisäävät vaikuttavuutta ja tehokkuutta.” (Lainaus 13.)

Sen lisäksi, että aineistossa valtakunnallisia digilinjauksia suositellaan hyödynnettäviksi sosiaali- ja terveyspalveluissa, digitaalisia palveluratkaisuja lisätään palveluiden toimintasuunnitelmissa ja digitalisaation hyödyntämistä suositellaan osana kansallista mielenterveysstrategiaa, on digitaalisten palveluratkaisujen lisääminen ainakin osittain myös asiakaskunnan intressinä: teoriaosuudessa tuotiin ilmi, että kiinnostus mielenterveyden digiratkaisuja kohtaan on ollut kasvussa, vaikka se ei olekaan kehittynyt samassa tahdissa kuin muilla sosiaali- ja terveydenhuoltoaloilla (Rantala ym. 2019, 4). Holopainen (2015, 1285—1289) tuo myös esille, että palvelualustoista on tiedollista hyötyä sekä asiakkaalle itselleen, jonka perusteella asiakas voi muokata omia arjen valintojaan tukeakseen hyvinvointiaan.

Tässä luvussa on kokonaisuudessaan käsitelty digitalisaation hyödyntämistä ja sen etuja sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Tutkielman tuloksissa esitettiin, että hyödyntämällä digitaalisia ratkaisuja sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä, voidaan vastata moniin saatavuuden haasteisiin. Ensinnäkin digitaalisia ratkaisuja voidaan hyödyntää verkkopalveluilla, kuten nettiterapioilla, tai toiminnanohjausjärjestelmissä, jonka eduiksi nähdään hoidon alkamisen ja hoitoon pääsyn nopeuttaminen. Aineistossa esitellään, että näiden järjestelmien etuina ovat lisäksi palvelun käytön helppous asiakkaalle, kun asiakkaalta tarvittavaa terveystietoa kysytään vain kerran. Kerätyt terveystiedot tekevät palveluista lisäksi laadukkaampia ja asiakas voi hyödyntää terveystietojaan oman terveyden edistämiseen myös omalla ajallaan. Digitalisaation hyödyntämisen eduiksi on esitetty myös palveluiden saatavuuden turvaaminen haja-asutetuilla alueilla, kun välimatkat palveluiden pariin on suuremmat. Palveluiden tarjoaminen yhdenvertaisesti ajasta ja paikasta riippumatta onkin merkittävä osa-alue, johon voidaan digitalisaatiolla vaikuttaa, sillä kuntien velvollisuutena on tarjota palveluita asukkailleen yhdenvertaisesti koko alueellaan (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 2 §, 10). Seuraavassa tarkastellaan, miten palveluiden saatavuus näyttäytyy korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluissa, ja miten digitalisaation edut siinä esitetään.

6.3 Korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalvelut, niiden saatavuus ja digitalisaatio

Tässä luvussa tarkastellaan, millaisina palveluiden saatavuuden haasteet ja digitalisaation edut esitetään korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluissa. Aineistona toimii seuraavat dokumentit: Sosiaali- ja terveysministeriön ”Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020—2030” (D1), Sosiaali- ja terveysministeriön ”Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena– Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025” (D2) sekä Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön ”Toimintasuunnitelma ja talousarvio 2021” (D3) ja ”Toimintasuunnitelma ja talousarvio 2022” (D4).

Aineistossa ensinnäkin esitetään, että mielenterveysongelmat ovat kansallinen ongelma, joista lähes puolet ihmisistä kärsivät johonkin kohtaan elämästään. Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat kasvavan osuuden ihmisten toimintakyvyn menetyksistä, josta suora lainaus dokumentista 1 (D1, 11):

”Mielenterveyden häiriöt (sisältäen päihdehäiriöt) ovat suuria kansanterveydellisiä haasteita. Jopa puolella väestöstä on jokin mielenterveyden häiriö jossain vaiheessa elämää, ja lähes puolet työkyvyttömyyseläkkeistä aiheutuu mielenterveyden häiriöistä. Vaikka näiden sairauksien määrä väestössä ei ole lisääntynyt, ja niiden hoidosta tiedetään enemmän, ne aiheuttavat suurenevan osuuden ihmisten toimintakyvyn menetyksistä.” (Lainaus 14.)

Samoja tuloksia mielenterveysongelmien kasvusta esitettiin tämän tutkielman teoriaosuudessa, jossa viitattiin Eläketurvakeskuksen tutkijakaksikkoon Palotie-Heinoon ja Nymaniin (2020), jotka antoivat vielä hieman tarkemman tutkimustuloksen aineistossa ilmaistuun prosenttiosuuteen (Lainaus 14.) mielenterveysperusteisistä työkyvyttömyyseläkkeistä, jonka esitettiin olevan 43 prosenttia. Puolestaan alle 35-vuotiainen työkyvyttömyys myönnetään pääosin aina mielenterveyssyistä (emt. 2020). Tarkastellessa Suomessa asuvaa aikuisväestöä, on korkeakouluopiskelijat erityinen väestöryhmä mielenterveyden saralla, sillä korkeakouluopiskelijoilla on psyykkisiä oireita ja kuormitusta enemmän suhteessa koko aikuisväestöön, joka tulee ilmi teoriaosuudessa käsitellystä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2021) toteuttamasta korkeakouluopiskelijoiden hyvinvointitutkimuksesta. Lisäksi korkeakouluopiskelijoista peräti 65 prosenttia mielenterveyspalveluita tarvitsevista kokee saavansa palveluita riittämättömästi (Parikka, ym. 2021). Näin ollen korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluiden saatavuuden haasteet nousevat perustellustikin tutkimuksen kohteeksi.

Teoriaosuudessa ilmi tulleet teemat mielenterveysongelmien kansallisesta ongelmasta keskustelevat tämän tutkielman aineiston kanssa, koska korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyden tukeminen on

nostettu merkittäviksi tavoitteiksi osana YTHS:n toimintasuunnitelmia. “Mielenterveyden häiriöiden haitta opiskelukykyyn vähenee” -on vuoden 2021 kärkitavoite (D3, 2—4), ja “Ennaltaehkäisyllä ja vaikuttavalla hoidolla mielenterveyden häiriöiden vaikutus opiskelukykyyn vähenee” -on vastaavasti vuoden 2022 kärkitavoite (D4, 2—4). Korkeakouluopiskelijan yhteiskunnallinen asema mielenterveyden saralla on siis tunnistettu ja sen vaikutus opiskelusuoritukseen ymmärretään. Tämän vuoksi seuraavassa lainauksessa 15. esitetään, että opiskelukyvyn tukemisessa on tärkeää opiskelijan, korkeakoulun ja YTHS:n yhteistyö, jonka lisäksi nopea hoitoon pääsy ja riittävän tiivis alkuvaiheen hoito ovat tärkeitä mielenterveyden häiriöiden aiheuttaminen haittojen vähentämisessä (D3, 4 & D4, 4):

“Opiskelukyvyn tukemisessa tärkeää on opiskelijan, korkeakoulun ja YTHS:n yhteistoiminta. Nopea hoitoon pääsy ja riittävän tiivis alkuvaiheen hoito ovat tärkeitä tekijöitä mielenterveyden häiriöiden aiheuttamien haittojen vähentämisessä. Mielenterveyden häiriöiden aiheuttaman haitan vähentymistä voidaan arvioida mittaamalla mielenterveystyön vaikuttavuutta hoitotulosten ja opiskelukyvyn kannalta.” (Lainaus 15.)

Aineistossa esitetään, että tavoitteita lähdetään esimerkiksi ratkomaan ottamalla käyttöön mielenterveystyössä digitaalinen tiedonhallinta- ja toiminnanohjausjärjestelmä, lisäämällä netti-, lyhyt- ja ryhmämuotisia terapioita, lisäämällä mielenterveyden verkostossa tehtävää yhteistyötä (D4, 4—5) sekä kartoittamalla mahdollisuuksia toteuttaa digitaalisia kursseja tukeakseen korkeakouluopiskelijoiden terveyttä (D3, 5). Kokonaisuudessaan aineistossa tuodaan esille, että mielenterveystyöhön panostetaan aikaisempaa enemmän, sitä tullaan tekemään pitkällä aikajänteellä sekä käyttäen monipuolisia toimintatapoja.

Dokumenteissa kuvaillut parannukset saattaisivat toimiakin mielenterveyspalveluiden saatavuuden haasteiden korjaamiseksi, sillä Rantalan ym. (2019, 13—14) teoksessa ”Ennaltaehkäisevät digitaaliset mielenterveyspalvelut, tekoäly ja nuorten mielenterveys” esitetään haastateltavien yliopisto-opiskelijoiden mietteitä, ketkä esittävät kynnyksen mielenterveyspalveluiden piiriin hakeutumisen olevan suuri, jonka lisäksi apua saa liian hitaasti. Raportissa tuodaan ilmi, että mielenterveyspalveluiden kuormittuneisuus ei helpota palveluiden pariin hakeutumista ja niihin pääsemistä: opiskelijoiden mielenterveyspalveluiden nouseva kysyntä ja jonotustilanne hidastavat avun saamista. Korkeakouluopiskelijat ideoivat ratkaisuksi virtuaalisia vertaisryhmiä, sähköisiä tukimahdollisuuksia, terveydentilan seurantaa ja matalan kynnyksen palveluita, jotka ainakin osittain vastaavat YTHS:n toimintasuunnitelmien edellä esitettyjä toimia mielenterveyspalveluiden saatavuuden parantamiseksi (D4, 4—5, D3, 5).

Virtuaaliset vertaistukiryhmät ja muut teknologian muodot voivat mahdollistaa mielenterveyden edistämisen kustannustehokkaammin kuin mitä perinteinen hoito (Rantala ym. 2019, 4—5). Tämä olisi erityisen tärkeää mielenterveyspalveluiden saatavuudelle korkeakouluopiskelijoiden keskuudessa, sillä teoriaosuudessa esille tuotu Manderbacka ym. (2018, 211—212) palveluiden saatavuuden esteinä voi korkeakouluopiskelijoiden keskuudessa olla juuri huono maksukyky, jonka lisäksi haasteina voivat olla pitkät jonotukset ja palvelujärjestelmän tapa tarjota palveluita. Aineistossa (D1, 26 & 31) tuodaan esille, että mielenterveyspalveluiden hakeutumisen esteenä voi olla myös pelko kielteisestä leimasta, stigmasta, joka saatetaan liittää mielenterveyspalveluihin. Aineistossa tuodaan ilmi, että mielenterveyspalveluita tulisi muokata monimuotoisimmiksi ja helpommin saavutettavaksi, esimerkiksi digitaalisten palveluiden avulla. Tästä suora sitaatti dokumentista 1 (D1, 26):

"Psyykkiset sairaudet heikentävät yksilön kykyä hyödyntää palveluja ja huolehtia omista eduistaan, jolloin palveluita on muokattava monimuotoisiksi ja helpoiksi saavuttaa. Saavutettavuus voi toteutua myös digitaalisten palvelujen avulla, erityisesti pitkien välimatkojen alueilla. Palvelujen helppo saavutettavuus, asiakaslähtöisyys ja laadukkuus ovat tärkeitä myös mielenterveyden häiriöihin ja varsinkin päihderiippuvuuksiin liitetyn leiman vuoksi. Palvelut eivät toteudu, jos niitä ei tarjota tai käytetä väärien käsitysten, syrjivien asenteiden tai palvelunkäyttäjän itsensä sisäistämän häpeäleiman vuoksi." (Lainaus 16.)

Syrjivien asenteiden, pitkien välimatkojen lisäksi teoriaosuudessa tuotiin ilmi, että teknisellä toteutuksella palvelu voidaan kohdistaa laajemmalle asiakaskunnalle (Rantala ym. 2019, 4—5), jolloin se vastaa myös korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluiden tarpeen intensiteettiin (Parikka, ym. 2021). Rantalan ym. (2019) mukaan erityisen hyviä tuloksia verkko- ja sovelluspohjaisista digitaalisista mielenterveyspalveluista on saatu hoidettaessa masennusta, ahdistusta, alkoholin käyttöä ja unettomuutta (emt. 4—5). Masennuksen ja ahdistuneisuuden hoito olivatkin korkeakouluopiskelijoiden palvelutarpeen kärjessä, joka tuli ilmi teoriaosuudessa esille tuodusta hyvinvointitutkimuksesta (Parikka, ym. 2021).

Kokonaisuudessaan tämän luvun tuloksista voidaan todeta, että digitalisaatiolla esitetään olevan merkittävä rooli tuottaa mielenterveyspalveluita korkeakouluopiskelijoille saavutettavasti. Mielenterveyden häiriöistä oireilevien määrä kasvaa ja niiden on tunnistettu vaikuttavan korkeakouluopiskelijoiden opiskelukykyyn- ja suoritukseen negatiivisesti. Aineistossa esitettiin, että korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluiden saatavuus näyttäytyy ensinnäkin alueellisena, jolloin palveluiden saavutettavuus voi toteutua digitaalisten palveluiden avulla, erityisesti pitkien välimatkojen alueella. Aineistossa esitetään, että psyykkiset sairaudet heikentävät yksilön kykyä

hyödyntää palveluja ja huolehtia omista eduistaan, jolloin palveluita on muokattava monimuotoisiksi ja helpoiksi saavuttaa. Digitaalisten mielenterveyspalveluiden ratkaisut esitetään tuloksissa liittyvän esimerkiksi nettiterapioiden ja mielenterveyden verkostossa tehtävän yhteistyön lisäämiseen, digitaalisiin hyvinvointia tukeviin kursseihin ja digitaalisten tiedonhallinta- ja toiminnanohjausjärjestelmien käyttöönottoon. Kokonaisuudessaan aineistossa tuodaan esille, että mielenterveystyöhön panostetaan aikaisempaa enemmän, sitä tullaan tekemään pitkällä aikajänteellä sekä käyttäen monipuolisia toimintatapoja.

7 POHDINTA

Tutkielman tuloksissa tuotiin ilmi, että sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus ja saavutettavuus ovat terveydenhuollon näkyviä haasteita. Tulokset kuvaavat, että palveluiden saatavuuden parantamiseksi palveluiden pullonkauloja tulisi tunnistaa, sekä kehittää palveluiden saumattomuutta ja uusia toimintatapoja vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeita. Tutkimustuloksissa tuotiin ilmi, että palvelut esitettiin olevan hajallaan sekä toiminnallisesti että fyysisten etäisyyksien puolesta. Palveluiden hajanaisuutta palveluiden fyysisten etäisyyksien puolesta lähestyttiin tulososioissa hyödyntäen Lillrankin ja Vanesmaan (2010) paikkasaatavuuden käsitettä, joka ilmaisee asiakkaan fyysisen siirtymisen tarvetta palvelun luokse. Välimatkojen vaihtelevuuden vuoksi palveluiden saatavuus ei ole kaikille samanlainen eikä siten yhtä lailla tyydyttävä koko väestölle. (emt. 2010, 69—77, 238.)

Tuloksissa palveluiden saatavuus esitettiin heikkona, kun palveluita ei oltu sovitettu yhteen toiminnallisesti tai fyysisten etäisyyksien puolesta. Erityisen hankalana tämä näyttäytyi asiakkaille, keiden hoito edellytti psykiatrista hoitoa, mitkä ovat osa mielenterveyspalveluita. Tulokset kuvaavat, että mielenterveyspalveluiden käytön suhde palveluiden saatavuuteen tuli esille sen vuoksi, että usein ne asiakkaat, jotka käyttävät mielenterveyspalveluita, edellyttävät samanaikaisesti hoitoa myös muissa sosiaali- ja terveyspalveluissa, jolloin kaiken sairaalahoidon olisi syytä olla toistensa yhteydessä. Palveluiden yhtenäisyys sijainnin puolesta korostuu siis silloin kun asiakkaan terveydentila edellyttää palveluiden moninaista käyttöä, jolloin terveyteen liittyviä asioita olisi kätevää hoitaa ”yhden luukun” palvelumallina.

Tuloksena oli, että palveluiden keskinäinen läheisyys nähtiin myös edesauttavan hoitoon pääsyn nopeutta. Palveluiden pääsyn nopeus on teema, jota tulososuudessa havainnollistettiin Lillrankin ja Vanesmaan (2010) aikasaatavuus-käsitteen avulla. Aikasaatavuus määritellään ajaksi, joka kuluu asiakkaan siirtymiseen olinpaikasta palvelun tarjontapisteeseen. Palveluiden aikasaatavuutta on tärkeä tutkia, sillä mikäli asiakkaalla kuluu liian pitkä aika siirtymiseen palvelun tarjontapisteeseen, eli palvelun saatavuus viivästyy, voi asiakkaan terveydentila sillä välin heikentyä ja terveysongelma vaikeutua (Lillrank & Vanesmaa 2010, 91). Tällöin aika- ja paikkasaatavuuden haasteet voidaan nähdä lisäriskinä yksilön psyykkisen hyvinvoinnin tukemiselle tilanteessa, joka on mahdollisesti jo entuudestaan riskialtis.

Tutkielman tulosten mukaan hoitoon pääsyn nopeudessa esiintyi alueellisia eroja: mielenterveyspalveluihin kuuluvassa psykiatrisessa hoidossa esiintyy alueellisia eroja oikea-aikaiseen hoitoon pääsyssä, ja hoitotakuun mukaisia hoitoonpääsyaikoja on ollut paikoin vaikea saavuttaa.

Alueelliset erot oikea-aikaiseen hoitoon pääsyssä voivat kieliä haasteista tarjota palveluita yhdenvertaisesti koko Suomen kattavalle alueelle. Suomi on maa, joka kattaa sisälleen hyvinkin erilaisia alueita, joissa välimatkat vaihtelevat maakuntien välillä. Esimerkiksi suuremmissa, tiheämmin asutetuilla alueilla välimatkat palveluiden pariin voivat olla lyhyemmät, kun taas haja-asutetuilla alueilla etäisyydet voivat olla suuremmat. Etäisyyden lisäksi palveluiden saatavuuteen voi vaikuttaa esimerkiksi mahdollisuus käyttää julkista liikennettä, joka voi olla parempi kaupunkikeskittymissä suuremman asiakasmäärän vuoksi kuin pienemmissä kaupungeissa tai haja-asutetuilla alueilla. Palveluiden saatavuuden tekijät kietoutuvat siten yhteen kokonaisuudeksi ja lopulta vaikuttavat siihen, miten ne ovat asiakkaille saavutettavissa.

Tuloksissa esitettiin, että tavoite palveluiden tarjoamisesta tasavertaisesti esimerkiksi sijainnista huolimatta perustuu kansalaisten yhdenvertaisuusperiaatteeseen, joka tutkimustulosten mukaan oli palveluiden saatavuuden haasteiden valossa vaikea toteuttaa. Tuloksissa esitettiin, että palveluiden saatavuuden parantamiseksi tulisi tunnistaa palveluiden saatavuuden pullonkauloja ja kehittää uusia toimintatapoja vastata paremmin asiakkaiden tarpeisiin. Ensinnäkin yhdeksi palveluiden saatavuuden pullonkaulaulaksi voidaan tutkielman tulosten perusteella nimetä palveluiden hajanaisuus sekä fyysisten etäisyyksien että palveluiden yhteensovittamattomuuden puolesta. Toisekseen tuloksissa esitetty lainaus, jonka mukaan palveluiden saatavuuden haasteita tulisi parantaa kehittämällä ”uusia toimintatapoja”, toimi motivaationa tässä tutkielmassa. Uusia toimintatapoja lähdettiin tarkastelemaan siltä kannalta, että millaisia etuja digitalisaation hyödyntämisestä esitetään osana sosiaali- ja terveyspalveluita.

Tutkielman tulosten toinen osa-alue “digitalisaation hyödyntäminen ja sen edut” esitettiin tuloksissa merkittävänä keinona vastata sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuden haasteisiin, erityisesti aika- ja paikkasaatavuuden näkökulmista. Digitaalisia ratkaisuja voidaan muun muassa hyödyntää käyttämällä asiakkaasta saatuja terveystietoja hoitoratkaisuissa, verkkopalveluissa, toiminnanohjausjärjestelmissä ja laajentamalla verkkoasioinnin mahdollisuuksia ja digitaalisia palveluaikoja. Tuloksissa palveluiden aikasaatavuus ja digitalisaatio kietoutuvat yhteen, sillä aineistossa esiteltiin esimerkiksi toiminnanohjausjärjestelmien etuina olevan hoidon alkamisen ja hoitoon pääsyn nopeuttaminen. Paikkasaatavuus nivoutuu tutkielman tuloksiin digitalisaation hyödyntämisellä esimerkiksi nettiterapialla, joka soveltuu erityisen hyvin palveluiden saatavuuden haasteisiin erityisesti haja-asutetuilla alueilla. Edellä mainittu tutkimustulos kuvasi siis hyvin teoriassa esiteltyä etua digipalveluiden paikkariippumattomuudesta (Ahlqvist & Kalliola 2022).

Kolmanneksi tulososuudessa tarkasteltiin edellä käsiteltyjä teemoja palveluiden saatavuudesta ja digitalisaatiosta siltä kannalta, että millaisena ne esitetään korkeakouluopiskelijoiden

mielenterveyspalveluissa. Ensinnäkin korkeakouluopiskelijoiden erityistä asemaa mielenterveyden saralla pohjustettiin tuomalla ilmi, että korkeakouluopiskelijoilla on psyykkisiä oireita ja kuormittuneisuutta enemmän suhteessa koko aikuisväestöön, joka tulee ilmi vuoden 2021 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamasta korkeakouluopiskelijoiden hyvinvointitutkimuksesta. Lisäksi korkeakouluopiskelijoista peräti 65 prosenttia mielenterveyspalveluita tarvitsevista kokee saavansa mielenterveyspalveluita riittämättömästi (Parikka, ym. 2021). Mielenterveysongelmat ja mielenterveyspalveluiden saatavuus ovat siis merkittävä tutkimuskohde, jotta korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyttä pystyttäisiin jatkossa tukemaan paremmin ja ylläpitämään heidän psyykkistä toimintakykyään.

Ensinnäkin tuloksissa pohjustettiin mielenterveysteeman tärkeyttä tuomalla ilmi, että mielenterveyden häiriöistä oireilevien määrä kasvaa kansallisella tasolla niin, että jopa puolella väestöstä on jokin mielenterveyden häiriö jossain vaiheessa elämää ja ne aiheuttavat suurenevan osuuden ihmisten toimintakyvyn menetyksistä. Toisekseen tulokset kuvaavat, että nämä mielenterveyden häiriöistä koituneet haitat on tunnistettu korkeakouluopiskelijoille suunnatuissa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön palvelurakenteissa. Tämä näyttäytyi YTHS:n peräkkäisten vuosien (2021 ja 2022) toimintasuunnitelmien kärkitavoitteissa; ”Mielenterveyden häiriöiden haitta opiskelukykyyn vähenee” ja ”Ennaltaehkäisyllä ja vaikuttavalla hoidolla mielenterveyden häiriöiden vaikutus opiskelukykyyn vähenee”. Tuloksena oli, että digitalisuus esiintyi korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluissa siten, että edellä mainittuja kärkitavoitteita lähdetään ratkomaan ottamalla käyttöön esimerkiksi digitaalinen tiedonhallinta- ja toiminnanohjausjärjestelmä, lisäämällä netti-, lyhyt- ja ryhmämuotisia terapioita, lisäämällä mielenterveyden verkostossa tehtävää yhteistyötä sekä kartoittamalla mahdollisuuksia toteuttaa digitaalisia kursseja tukeakseen korkeakouluopiskelijoiden terveyttä. Digitalisaation hyödyt näyttäytyvät myös korkeakouluopiskelijoille suunnatuissa YTHS:n mielenterveyspalveluissa paikkasaatavuuden parantumisella. Kokonaisuudessaan tuloksissa tuotiin esille, että mielenterveystyöhön panostetaan aikaisempaa enemmän, sitä tullaan tekemään pitkällä aikajänteellä sekä käyttämällä monipuolisia toimintatapoja.

Tuloksissa korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluiden saatavuus ja digitalisaation hyödyntäminen esitettiin ajan näkökulmasta: nopea hoitoon pääsy ja riittävän tiivis alkuvaiheen hoito nähtiin tärkeiksi tekijöiksi mielenterveyden häiriöiden aiheuttamien haittojen vähentämisessä. Tuloksissa esiteltiin myös teoriaosuuden antia aiheeseen: haastateltavat yliopisto-opiskelijat esittävät, että kynnys mielenterveyspalveluiden pariin hakeutumisen on liian suuri, apua saa liian hitaasti, mielenterveyspalveluiden jonot suuria ja usein palvelut saa todellisuudessa vasta kuukausien jälkeen yhteydenotosta (Rantala ym. 2019, 13—14). Digitalisaatiolla nähdään teknisen toteutuksen ansiosta

pystyvän kohdistavan palvelut laajemmalle asiakaskunnalle (emt. 4—5), jolloin avun saannin hitauteen suurien asiakasjonojen vuoksi pystyttäisiin vastaamaan digitalisaation avulla paremmin. Tuloksissa mielenterveyspalveluiden paikkasaatavuus tuli esille, kun tarkasteltiin sosiaali- ja terveyspalveluita ja mielenterveyspalveluita kokonaisuudessaan, mutta asia ei tullut esille spesifisti korkeakouluopiskelijoille suunnatuissa mielenterveyspalveluissa.

Digitaliset palvelumahdollisuudet esitettiin tuloksissa hyödylliseksi välineeksi vastata palveluiden saatavuuden ongelmiin erityisesti silloin kun palvelun käyttöön liitetään erityisen paljon stigmaa. Digitaaliset palvelut voidaan nähdä myös hyödyllisiksi silloin kun kynnys kasvokkaiseen avun hakemiseen on suuri tai kun omista asioista puhuminen aiheuttaa hankaluuksia. Mielenterveyspalveluissa nämä voidaan nähdä erityisen korostuneiksi teemoiksi, joihin digitalisaation avulla voidaan pureutua perinteisten mielenterveydenhoidon ohella. Täten digitalisaation hyödyntäminen on varteenotettava keino tukea palveluiden saatavuuden haasteita, vaikka se ei yksioikoisesti ratkaisisikaan kaikkia palveluiden saatavuuden haasteita.

Tutkielman tulosten mukaan palveluiden saatavuuden haasteisiin pystytään tämän tutkielman valossa vastaamaan digitalisaation hyödyntämisellä niin sosiaali- ja terveyspalveluissa kuin korkeakouluopiskelijoille suunnatuissa mielenterveyspalveluissakin. Yhteiskunnallinen merkitys palveluiden paremmalle saatavuudelle ja niiden oikeinkohdentumiselle on tärkeää kaikissa väestö- ja ikäryhmissä, joka on perusteltavissa tasa-arvotavoitteiden ja yhdenvertaisuuden nimissä. Kuitenkin erityisen huomion kohdistaminen korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyden tukemiseen on tärkeää, sillä se tukee seuraavan työssäkäyvän sukupolven työssä jaksamista, ja siten myös hyvinvointivaltion kantokykyä pitkälle tulevaisuuteen.

7.1 Tutkielman arviointi, luotettavuus ja jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkielmassa tutkittiin palveluiden saatavuutta ja digitalisaation hyödyntämisen etuja sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Näiden aiheiden sisällä tarkasteltiin yksityiskohtaisemmin, miten palveluiden saatavuus ja digitalisaatio näyttäytyivät korkeakouluopiskelijoille suunnatuissa mielenterveyspalveluissa. Tutkimusmenetelmäksi valittiin dokumenttianalyysi, sillä tutkimusaihetta haluttiin tarkastella sisältöluokittain makrotason asiakirjoista käsin. Aineistodokumenteiksi valikoitui siten Sosiaali- ja terveysministeriön asiakirjat sekä Ylioppilashoitosäätiön laatimat toimintasuunnitelmat. Dokumenttianalyysiä tulee tarkastella jo tutkimusmenetelmän valinnan vuoksi kriittisin silmin, sillä valittu aineisto on alkuperäisesti kirjoitettu muuhun tarkoitukseen, joten sen sovellettavuus edellyttää sisällön vankkaa ymmärtämistä, jotta sitä on tutkimuseettisesti mahdollista

käyttää jatkotutkimukseen (Anttila 1998). Tämä on huomioitu tutkimusta tehdessä ja siinä on noudatettu erityistä huolellisuutta.

Tutkimusaihetta tarkasteltiin tämän tutkielman aineistoksi valittujen dokumenttien valossa, eivätkä ne siten anna koko totuutta palveluiden saatavuuden haasteista ja digitalisaation hyödyntämisestä Suomessa. Valitut dokumentit pyrittiin tosin valitsemaan sen perusteella, että ne kattaisivat mahdollisimman hyvin koko Suomen kansallisen tilanteen tutkittavasta aiheesta. Toisenlaisella aineistolla tutkittavasta aiheesta olisi kuitenkin saatu mahdollisesti hyvinkin erilaisia tutkimustuloksia. Myös toisenlaisella tutkimusasettelulla tutkittavaa aihetta olisi voitu saada hyvinkin erilainen kuva, jos digitalisaation etujen ohella (tai sijasta) olisi tutkittu digitalisaation tuomia haittoja sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Aineistossa tuotiin ilmi digitalisaation haittoja esimerkiksi siltä kannalta, että digitaaliset sosiaalisen median alustat mahdollistavat esimerkiksi nettikiusaamisen, joka voi aiheuttaa terveydelle uudenlaisia uhkakuvia. Myös tavoite palveluiden digitaalisesta esteettömyydestä kielii jo itsessään mahdollisista esteistä, joita palveluiden saatavuudelle voisi ilmaantua digitalisaation myötä. Pro gradulle sopiva mittakaava asetti kuitenkin rajat tutkielman aiheen laajuudelle, joten tässä tutkielmassa priorisoitiin etujen tarkastelu tutkijan intressien mukaisesti.

Toisekseen on huomionarvoista, että yksityiskohtaisemman tarkastelun kohteeksi päässeiden korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluja tarkasteltiin ainoastaan YTHS:n tarjoamien palveluiden kannalta, joten ne eivät ensinnäkään vastaa koko väestölle suunnattuja mielenterveyspalveluita, jonka lisäksi ne eivät vastaa kaikkia mielenterveyspalveluita, joihin korkeakouluopiskelijat olisivat Suomen kansalaisina oikeutettuja. Tutkielman koon rajoissa aihetta tarkasteltiin vain näiden aineistojen valossa, mutta aihetta voisi kenties laajentaa jatkotutkimuksessa esimerkiksi julkisen tai yksityisen sektorin tarjoamiin mielenterveyspalveluihin, ja tarkastella, miten palveluiden saatavuus ja digitalisaatio niissä esiintyvät.

Tämän tutkielman valossa erityisen mielenkiintoisia sosiaalipoliittisia jatkotutkimusaiheita koettiin olevan digikuilu ja digitaalinen käyttötapakuilu. Digitalisaation hyödyntäminen sosiaali- ja terveyspalveluissa edellyttää digikuilun ja digitaalisen käyttötapakuilun huomiointia kaikkien väestöryhmien kohdalla. Digikuilun jatkotutkiminen olisikin hyödyllistä, erityisesti niiden väestöryhmien kohdalla, jotka asettuvat eriarvoiseen asemaan esimerkiksi digilaitteiden omistamisen tai digitaalisten laitteiden käyttöön edellyttävän osaamisen, kykyjen ja motivaation puolesta. Aikaisemman tutkimuksen mukaan korkeakouluopiskelijat näyttäytyvät digitalisaation ”superhyötyjinä” verrattuna muihin väestöryhmiin, jolla tarkoitetaan sitä, että korkeakouluopiskelijat pystyvät hyödyntämään

digitalisaatiota vahvistamaan entuudestaan omaa sosiaalista asemaansa ja mahdollisuuksia yhteiskunnassa (Tuomivaara & Alasoini 2020, 3, 12 & 14).

Toisaalta mielenterveyden häiriöt voivat toimia tietynlaisena ”omana kuilunaan”, joka toimii esteenä mielenterveyspalveluihin hakeutumiselle, joka voidaan nähdä edellytyksenä mielenterveyspalveluiden saatavuudelle. Pohdinta juontaa juurensa Lillrankin ja Vanesmaan (2010, 91) tulkintoihin siitä, että mielenterveyspalveluja tarvitseva ei välttämättä koe palveluntarvetta itse kiireelliseksi, joka voi vaikuttaa siihen, ettei asiakas pidä kiirettä palveluihin hakeutumisessa. Tutkielman tuloksissa tuotiin myös ilmi, että psyykkiset sairaudet heikentävät yksilön kykyä hyödyntää palveluja ja huolehtia omista eduistaan (D1, 26). Digitalisaation yleistyessä digitaalisten kuilujen tutkiminen olisi merkittävää, jotta digikuiluista koituviin riskeihin voitaisiin puuttua jo varhaisessa vaiheessa sosiaalipoliittisilla toimenpiteillä, ja siten välttää terveyserojen kärjistyminen väestöryhmien välillä. Tämä on merkittävä tavoite yhdenvertaisuuden ja tasa-arvotavoitteiden kannalta, joihin Suomi on sitoutunut sekä kansainvälisten sopimusten että Suomen lainsäädännön kannalta.

7.2 Johtopäätökset

Tutkielman tulosten mukaan sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudessa on haasteita, jotka kohdistuvat eritoten palveluiden hajanaisuuteen sijainnin ja toiminnan yhteensovittamattomuuden puolesta, jonka lisäksi palveluiden oikea-aikaisessa tarjonnassa esitetään olevan haasteita. Palveluiden saatavuuden haasteiden keskellä tulisi varmistaa, että nykyaikaiset, vaikuttavat ja tehokkaat keinot palveluiden saatavuuden haasteisiin vastaamiseksi olisi huomioitu läpileikkaavasti koko yhteiskunnassa. Digitalisaation nähdään ottavan tässä roolinsa tehden sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmästä laadukkaan, yhdenvertaisen ja saavutettavan – kustannustehokkaasti. Yhteiskunnalliset muutokset, kuten huoltosuhteen muutos, on omiaan pakottamaan kuntia kustannustehokkaisiin ratkaisuihin, jotta valtion resurssit voidaan keskittää mahdollisimman tehokkaasti itse hyvinvoinnin tukemiseen. Digitalisaation hyödyntäminen palvelurakenteissa voidaan nähdä lisäksi tulevien sukupolvien oletusarvoksi, jonka toteuttaminen edellyttää hallinnonalalta rohkeutta ja yhteistä näkemystä palvelurakenteiden uudistamisesta. Toisaalta digitalisaation hyödyntäminen palvelurakenteissa edellyttää vahvaa eettistä havainnointia varmistaakseen, etteivät jotkut väestöryhmät jää jälkeen digitalisaation kehityksestä ja sen tuomista eduista.

Mielenkiinnolla jäämmekin odottamaan, miten vuonna 2023 tammikuussa voimaantuleva sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus tulee vastaamaan palveluiden saatavuuden haasteisiin,

kuinka digitalisaation hyödynnettävyys on otettu siinä huomioon ja miten mielenterveydenhäiriöiden kasvavaan kansalliseen haasteeseen vastataan.

8. LÄHTEET

Aalto, Mauri ym. (2009) Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Ahonen, Karoliina (2019) Suomalainen mielenterveyspolitiikka. Julkisen vallan ohjaus mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi. Helsinki: Teologinen tiedekunta Helsingin yliopisto.

Ahlqvist, Johannes & Kalliola, Markus (2022) Digitaaliset terapiat – Vaikuttavuutta uudistuviin terveyspalveluihin. Helsinki: Sitra.

Alastalo, Marja & Vuori, Jaana. Dokumentit. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto (ylläpitäjä ja tuottaja). Saatavilla osoitteessa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-aineistot/dokumentit/>. (Viitattu 22.8.2022)

Anttila, Pirkko (1998) Tutkimisen taito ja tiedonhallinta. (Verkkosivusto). Saatavilla osoitteesta: https://metodix.fi/2014/05/17/anttila-pirkko-tutkimisen-taito-ja-tiedon-hankinta/. Viitattu 22.8.2022.

Berg, Päivi, & Myllynen, Sami (toim.) (2021) Palvelu pelaa! Nuorisobarometri 2020. Valtion nuorisoneuvosto & Nuorisotutkimusseura & opetus- ja kulttuuriministeriö.

Bowen, Glenn (2009) Document analysis as a qualitative research method. Qualitative research journal. 9, 2.

Eskola, Jarkko & Taipale, Vappu (2013) Mielen terveyden politiikka. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 175–186.

Gerdt, Belinda & Eskelinen, Sanna (2018) Digiajan asiakaskokemus : oppia kansainvälisiltä huipuilta. Helsinki: Alma Talent 2018.

Günther, Kirsi & Hasanen, Kirsi (2014) Raportointi ja kirjoittaminen. Tietoarkisto. (Verkkojulkaisu). Saatavilla osoitteessa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-prosessi/raportointi-ja-kirjoittaminen/>. Viitattu 2.8.2022.

Hallitusohjelma (2019) Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Helsinki: Valtioneuvoston julkaisuja 2019:31.

Hiilamo, Heikki & Blomgren, Jenni (2012) Palvelujärjestelmä voi vaikuttaa sosioekonomisiin ja alueellisiin terveyseroihin. Teoksessa Mikkola, Hennamari & Blomgren, Jenni & Hiilamo, Heikki (toim.). Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Tampere: Tre university press.

Hobfoll, Stevan & Shirom, Arie (2001) Conservation of resources theory. Applications to stress and management in the workplace. Teoksessa R. Golembiewski (toim.), Handbook of organizational behavior, 57–81. New York: Marcel Dekker.

Holopainen, Arto (2015) Mobiiliteknologia ja terveyssovellukset, mitä ne ovat?. Teemaosuudessa: Sähköiset terveyspalvelut. Duodecim 2015; 131:1285–90.

Ilmarinen, Katja & Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu (2019) Sosiaalipalvelujen saatavuus ja asiakaskokemukset. Teoksessa Kestilä, Laura & Karvonen Sakari (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 216-–227.

Kananen, Anna (2021) Elämän parasta aikaa – etänä. Asiantuntija-artikkelit ja ajankohtaisblogit. Tilastokeskus. (Verkkojulkaisu). Saatavilla osoitteessa: <https://www.stat.fi/tietotrendit/blogit/2021/elaman-parasta-aikaa-etana/.>. Viitattu 7.9.2022.

Karvonen, Sakari & Sihto, Marita (2017) Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus. Teoksessa Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Tomi Mäki-Opas: Terveyssosiologian linjoja. Helsinki. Gaudeamus, 57–75.

Kestilä, Laura & Karvonen, Sakari (2019) Johdanto. Teoksesta Kestilä, Laura & Karvonen Sakari (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 9-–25.

Kivistö, Mari (2019) Sosiaalityön eettinen toimijuus digitalisaatiossa – esimerkkinä vammaistyö. Teoksesta Pohjola, Anneli & Kemppainen, Tarja & Niskala, Asta & Peronius, Nina & Blomberg, Helena (toim.) Yhteiskunnallisen asemansa ottava sosiaalityö. Tampere: Vastapaino, 2019. Print, 119–132.

Kuula-Luumi, Arja. Tutkimuslupa, suostumus, informointi ja tietosuoja. Teoksessa Vuori, Janana (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto (ylläpitäjä ja tuottaja). Saatavilla osoitteessa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>. Viitattu 22.8.2022.

Leppo, Kimmo (2013) Terveyspolitiikan lähtökohtia ja perusteita Suomessa ja kansainvälisesti. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 86–102.

Lillrank, Paul & Venesmaa, Julia (2010) Terveydenhuollon alueellinen palvelujärjestelmä. Helsinki: Talentum.

Maailman terveysjärjestö (2020) WHO:n kattava mielenterveyttä koskeva toimintasuunnitelma 2013–2020. Saatavilla osoitteessa: <https://www.fsf-ihce.com/fi/who-comprehensive-mental-health-action-plan-2013-2020/>. Viitattu 8.8.2022.

Manderbacka, Kristiina & Keskimäki, Ilmo (2013) Terveyspalvelut ja terveyserot. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 261–265.

Manderbacka, Kristiina & Muuri, Anu & Keskimäki, Ilmo & Kaikkonen, Risto & Elovainio, Marko (2013) Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta?. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, 49(4–12).

Manderbacka, Kristiina & Satokangas, Markku & Karvonen, Sakari (2019) Terveyspalvelujen oikeudenmukaisuus edellyttää paikkatietoista politiikkaa. Suomen sosiaalinen tila 1/2019. Tutkimuksesta tiiviisti 25. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Martikainen, Anna-Mari (2020) Digitaalisten sote-palveluiden kehittäminen vaatii muutoksen esteiden ylittämistä ja laajoja näkökulmia. (Verkkojulkaisu) Saatavilla osoitteesta: <https://www.tays.fi/fi-FI/Tutkimus_ja_kehittaminen/Kehitys_ja_innovaatiopalvelut/Kehyshanke/Digitaalisten_sotepalveluiden_kehittamin(111858)>. Viitattu 10.6.2022.

Melkas, Tapani (2013) Terveys kaikissa politiikoissa – Health in All Policies (HiAP). Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 187–199.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 3§. Finlex. Saatavilla osoitteesta: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.

Mieli ry. (2021) Mielenterveys on osa hyvinvointia ja terveyttä. (Verkkojulkaisu). Saatavilla osoitteessa: https://mieli.fi/vahvista-mielenterveyttasi/mita-mielenterveys-on/mielenterveys-on-osa-hyvinvointia-ja-terveytta/. Viitattu 29.5.2022.

Moring, Juha (2013) Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 305–308.

Muuri, Anu & Aalto, Anna-Mari & Manderbacka, Kristiina & Arffman, Martti (2019) Sosiaali- ja terveydenhuollon kannatusperusta väestössä. Teoksessa Kestilä, Laura & Karvonen Sakari (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 292-–304.

Palotie-Heino, Tiina & Nyman, Heidi (2020) Mielenterveyden sairaudet yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy. Eläketurvakeskus. Saatavilla soitteesta: https://www.etk.fi/ajankohtaista/mielenterveyden-sairaudet-yleisin-tyokyvyttomyyselakkeelle-siirtymisen-syy/. Viitattu 18.6.2022.

Parikka, Suvi & Holm, Noora & Ikonen, Jonna & Koskela Timo & Kilpeläinen Heikki (2021) Korkeakouluopiskelijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimus KOTT. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Parvinen, Petri & Lillrank, Paul & Ilvonen, Karita (2005) Johtaminen terveydenhuollossa : käytännöt, vastuut, valvonta. Helsinki: Talentum.

Piergiorgio, Corbetta (2003) Social Research: Theory, Methods and Techniques. London: SAGE

Pääkkönen, Anne (2017) Kehitä opiskelutaitojasi!. (Verkkosivusto) Helsingin yliopisto. Saatavilla osoitteessa: <https://www2.helsinki.fi/fi/uutiset/opetus-ja-opiskelu-yliopistossa/kehita-opiskelutaitojasi>. Viitattu 19.8.2022.

Ragnedda, Massimo & Muschert, Glenn (toim.) (2013) The digital divide : The internet and social inequality in international perspective. London: Taylor & Francis Group.

Rantala, Nella & Keppo, Joonas & Karadeniz, Sami & Hulkkonen, Tommi & Karla, Timo (2019) Ennaltaehkäisevät digitaaliset mielenterveyspalvelut, tekoäly ja nuorten mielenterveys. Informaatioteknologian tiedekunnan julkaisuja, 76, 2019.

Parikka, Suvi & Suvisaari, Jaana & Hujanen, Timo (2021) KOTT-tutkimus (2021): Korkeakouluopiskelijat tarvitsevat tukea – tutkijat huolissaan ahdistus- ja masennusoireiden yleisyydestä. Mediatiedote. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Rissanen, Pekka & Parhiala, Kimmo & Hetemaa, Tiina & Kekkonen, Raimo & Knape, Nina & Ridanpää, Hannele & Rintala, Eija & Sihvo, Sinikka & Suomela, Tuuli & Kannisto, Ritva (2020) Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa 2018 : Asiantuntija-arvio. Päätösten tueksi 2/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Ruuskanen, Petri (2002) Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi : näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille. Jyväskylä. PS-kustannus.

Seitamaa-Hakkarainen, Piritta (2014) Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Metodix – Metoditietämystä kaikille. (Verkkojulkaisu). Saatavilla osoitteessa: < https://metodix.fi/2014/05/19/seitamaa-hakkarainen-kvalitatiivinen-sisallon-analyysi/>. Viitattu 2.9.2022.

Sote-uudistus (2022) Mikä sote-uudistus?. (Verkkojulkaisu). Saatavilla osoitteessa: <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti->. Viitattu 15.7.2022.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveyspalvelut. (Verkkosivusto). Saatavilla osoitteessa: <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>. Viitattu 11.5.2022.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 2 § & 10 §. Finlex. Saatavilla osoitteesta: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>.

Tuomivaara, Seppo & Alasoini, Tuomo (2020) Digitaaliset kuilut ja digivälineiden erilaiset käyttäjät Suomen työelämässä. Helsinki: Työterveyslaitos.

Valvira (2022) Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Saatavilla osoitteessa: <https://www.valvira.fi/valvira>. Viitattu 1.6.2022.

Wahlbeck, Kristian & Hietala, Outi & Kuosmanen, Lauri & McDaid, David & Mikkonen, Juha & Parkkonen, Johannes & Reini, Kaarina & Salovuori, Samuel & Tourunen, Jouni (2018) Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston kanslia: Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2018.

World Health Organization (2021) Comprehensive mental health action plan 2013– 2030. World Health Organization.

YTHS (2021) Osavuosikatsaus 2021. YTHS asettumassa uuteen toimintaympäristöön. (Verkkojulkaisu). Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.

YTHS (2021) Vuosikatsaus 2021. Korkeakouluopiskelijoiden terveydenhuollon uusi aikakausi. (Verkkojulkaisu). Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.

Dokumenttiaineisto:

Sosiaali- ja terveysministeriö (2016) Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2016:5.

Vorma, Helena & Rotko, Tuulia & Larivaara, Meri & Kosloff, Anu (2020) Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6.

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (2019) Toimintasuunnitelma ja talousarvio 2020. Julkaisematon aineisto. Ylioppilaiden Terveydenhoitosäätiö.

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (2020) Toimintasuunnitelma ja talousarvio 2021. Julkaisematon aineisto. Ylioppilaiden Terveydenhoitosäätiö.