

**ENNALTAEHKÄISEVÄ MIELENTERVEYSTYÖ
PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA PSYKIATRISEN
SAIRAAHOITAJAN KOKEMANA**

Annariina Pihlaja
Opinnäytetyö
Syksy 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Annariina Pihlaja

Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö perusterveydenhuollossa psykiatrisen
sairaanhoitajan kokemana

Kaisa Koivisto, Satu Hakala

Syksy 2011

Sivumäärä: 55 + 2

Tutkimukseni tarkoituksena oli kuvailla millaista työtä psykiatriset sairaanhoitajat perusterveydenhuollossa tekevät, millaiseksi he työnsä kokevat sekä millaisia kehittämishaasteita he työllensä näkevät.

Opinnäytetyö on laadullinen, kvalitatiivinen tutkimus ja pohjautuu induktiiviseen lähestymistapaan. Tavoitteenani oli saada kuvailevaa ja kokonaisvaltaista tietoa psykiatristen sairaanhoitajien kokemuksista. Aineiston keräsin haastattelemalla kolmea perusterveydenhuollossa työskentelevää psykiatrista sairaanhoitajaa kesäkuussa 2011. Tutkimustani voidaan hyödyntää ennaltaehkäisevän työn kehittämiseen ja arviointiin perusterveydenhuollossa.

Analysoin aineiston induktiivisella sisällön analyysillä. Analyysin perusteella muodostui kuusi yläluokkaa, jotka olivat: sairaanhoitajan toimenkuva perusterveydenhuollossa, sairaanhoitajan vuorovaikutuksellinen ja teoreettinen osaaminen, sairaanhoitajan tekemä yhteistyö, sairaanhoitajan asiakaskunta, ennaltaehkäisevän työn ilmeneminen perusterveydenhuollossa sekä nykytilan vahvuudet ja tulevaisuuden haasteet.

Tutkimuksen mukaan hoitajien työnkuvaan kuuluu kahdenkeskisten tapaamisten lisäksi hoidollisten ryhmien vetäminen. Hoitajat kokevat ennaltaehkäisevän työn perusterveydenhuollossa tarpeelliseksi. Tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi koettiin terveysaseman sisäinen yhteistyö.

Asiasanat: mielenterveys, ennaltaehkäisy, perusterveydenhuolto, psykiatrian sairaanhoitajat

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree programme in nursing

Annariina Pihlaja

Pre-emptive mental health work in primary health care as experienced by psychiatric nurse

Kaisa Koivisto, Satu Hakala

Autumn 2011

Number of pages: 55 + 2

The meaning of this research was to describe what kind of work psychiatric nurses do in the field of primary health care, how they experience their work and what kind of development challenges they feel there is for their work.

The thesis is a qualitative analysis and it's based on inductive approach. My aim was to get descriptive and comprehensive information about psychiatric nurses' experiences. I gathered the material in June 2011 by interviewing three psychiatric nurses that work in primary health care. My research can be used in developing and evaluating pre-emptive work in primary health care.

I analyzed the material with inductive content analysis. Six upper classes were formed based on the analysis and they were: nurse's work description in primary health care, nurse's interactive and theoretical competence, the collaboration a nurse has, nurse's clientele, how pre-emptive work is manifested in primary health care and the strengths of present state as well as the challenges of future.

According to the research, in addition to one-on-one meetings nurse's work description also includes running treatment groups. Nurses feel that pre-emptive work is necessary in primary health care. Health centre's internal collaboration was seen as the most important development challenge.

Keywords: mental health, prevention, primary health care, psychiatric nurses

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	5
2 ENNALTAEHKÄISEVÄ MIELENTERVEYSTYÖ PERUS- TERVEYDENHUOLLOSSA.....	6
2.1 Positiivinen mielenterveys.....	6
2.1.1 Aikuisen mielenterveyttä suojaavat tekijät.....	7
2.1.2 Aikuisen mielenterveyttä haavoittavat tekijät.....	9
3 Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö.....	10
3.1 Ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toiminnanlajit.....	11
3.2 Mielenterveyspalvelut muutoksessa	14
3.2.1 Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa.....	16
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	19
5 TUTKIMUSMETODOLOGIA.....	20
5.1 Kvalitatiivinen tutkimus.....	20
5.2 Tutkimukseen osallistuvien valinta.....	20
5.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä.....	21
5.4 Aineiston analysointi.....	22
6 ENNALTAEHKÄISEVÄ MIELENTERVEYSTYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA PSYKIATRISEN SAIRAANHOITAJAN KOKEMANA.....	25
6.1 Sairaanhoidajan toimenkuva perusterveydenhuollossa.....	26
6.2 Sairaanhoidajan vuorovaikutuksellinen ja teoreettinen osaaminen.....	28
6.3 Sairaanhoidajan tekemä yhteistyö.....	31
6.4 Sairaanhoidajan asiakaskunta.....	32
6.5 Ennaltaehkäisevän työn ilmeneminen perusterveydenhuollossa.....	34
6.6 Nykytilan vahvuudet ja tulevaisuuden haasteet.....	35
7 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	43
7.1 Tutkimustulosten tarkastelua.....	43
8 POHDINTA.....	46
8.1 Tutkimuksen eettisyys.....	46
8.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	47
8.3 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu.....	48
LÄHTEET.....	51
LIITTEET.....	56

1 JOHDANTO

Ennaltaehkäisevällä mielenterveystyöllä tarkoitetaan kaikkea sellaista toimintaa, mikä vahvistaa mielenterveyttä ja vähentää sitä vahingoittavia tekijöitä. Ennaltaehkäisevä mielenterveys on tärkeää, sillä erilaiset mielenterveyden häiriöt ovat lisääntyneet. Ilman mielenterveyttä ei ole terveyttä. Fyysiseen terveyteen on kiinnitetty runsaasti huomiota esimerkiksi lisäämällä kansalaisten tietämystä liikunnan ja terveellisen ruokavalion tärkeydestä. Samalla kuitenkin psyykkinen terveys on jätetty vähälle huomiolle ja ahdistus- ja uniongelmat ovat lisääntyneet. (THL 2006, hakupäivä 29.11.2010.)

Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat inhimillistä kärsimystä yksilöille sekä lisäävät kustannuksia yhteiskunnassa. Ehkäisevään työhön panostaminen on investointia tulevaisuuteen. Säästöt näkyvät pitkällä aikavälillä, kun tarve korjaaville palveluille vähenee ja kuntalaiset voivat paremmin. Suunnitelmallisella ja määrätietoisella toiminnalla voidaan ehkäistä ongelmia ja välttää runsaasti resursseja vievät korjaavat toimenpiteet. On selvää näyttöä, että kaikissa elämän vaiheissa voidaan edistää mielenterveyttä ja ehkäistä häiriöitä tehokkailla toimintamalleilla. (Stengård, Savolainen, Sipilä & Nordling. 2009, 5, 10.)

Depressiohoitajat parantavat masennuksen hoitoa perusterveydenhuollossa. Hoidolla voidaan vähentää potilaiden oireita ja lisätä heidän toimintakykyään merkittävästi. Depressiohoitajat madalluttavat lääkärin kynnystä ottaa depressio puheeksi vastaanotolla, kun lääkäri tietää että tarvittaessa hoitoa ja seurantaa on saatavilla. Depressiohoitajalle potilaat ohjautuvat lääkärin läheteellä. Ensimmäisen ajan saa parin viikon sisällä, vaikeimmissa tapauksissa mahdollisesti jo seuraavana päivänä. Depressiohoitajalla käyminen leimaa potilasta vähemmän kuin käynnit mielenterveystoimistossa. (Kangas 2009. Hakupäivä 2.4.2011.) Oulun kaupungin perusterveydenhuollossa työskentelevät psykiatriset sairaanhoitajat eivät käytä itsestään nimitystä depressiohoitaja, sillä heidän asiakaskuntansa on depressiohoitajaa laajempi.

2 ENNALTAEHKÄISEVÄ MIELENTERVEYSTYÖ PERUS- TERVEYDENHUOLLOSSA

2.1 Positiivinen mielenterveys

Mielenterveydellä tarkoitetaan Maailman Terveysjärjestön (WHO) mukaan hyvinvoinnin tilaa, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, sopeutuu haasteisiin sekä stressiin arkielämässä, kykenee tuottavaan ja hyödylliseen työskentelyyn sekä kykenee antamaan yhteiskunnalle oman panoksensa. Mielenterveyttä arvioitaessa täytyy tietää millainen on ihanteellinen mielenterveys, mikä on normaalia ja mikä poikkeavaa. (Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2007, 26.) Käsite positiivinen mielenterveys on otettu käyttöön, jotta mielenterveys ja mielensairaus erotettaisiin paremmin toisistaan. Positiivinen mielenterveys mahdollistaa elämänilon ja toivon, tukee jaksamaan arjessa ja auttaa selviytymään vastoinkäymisistä. Mielenterveys on hyvinvoinnin kokemista. (THL 2007. Hakupäivä 29.11.2010.) Mielenterveys on osa ihmisen terveyttä ja perusta hyvinvoinnille. Hyvän mielenterveyden omaava ihminen kykenee elämän hallintaan, ympäristön tulkintaan ja sopeutumaan ympäristöönsä. Hyvä mielenterveys on voimavara, joka auttaa ihmisiä sosiaalisten suhteiden solmimisessa ja ylläpidossa, kokemaan elämän mielekkääksi sekä toimimaan yhteisössä tuottavina ja luovina jäseninä. (Stengård ym. 2009, 7.)

Hyvän mielenterveyden tunnusmerkkejä ovat kyky ihmissuhteisiin, vuorovaikutukseen, rakkauteen ja välittämiseen sekä tunteiden ilmaisuun. Tärkeää on kyky tehdä työtä, sosiaaliset suhteet ja oman edun valvonta. Hyvän mielenterveyden omaava ihminen kykenee voittamaan vaikeudet, hallitsemaan ahdistusta, sietämään menetyksiä ja on valmis muutoksiin elämässä. Hyvän mielenterveyden merkkejä ovat todellisuudentaju, eli kyky erottaa vaikeissakin elämäntilanteissa oma ajatusmaailma ja ulkoinen todellisuus toisistaan. Sosiaalinen itsenäisyys ja kehittynyt identiteetti ovat tärkeitä mielenterveyden tunnusmerkkejä. Hyvästä mielenterveydestä kertoo myös kyky suojautua vaikeissa olosuhteissa haitallisilta tekijöiltä. (Lönnqvist ym. 2007, 28.)

Mielenterveys on tila, joka vaihtelee eri elämän vaiheissa, se ei siis ole pysyvä

ominaisuus. Mielenterveyden voimavarat kasvavat suotuisissa olosuhteissa, mutta epäsuotuisissa olosuhteissa kuluminen voi olla uusiutumista suurempaa. (Stengård ym. 2009, 7.) Mielenterveys ei tarkoita sitä, että ei olisi ongelmia. Tärkeää on selviytyä niistä eteenpäin hyvillä ongelmanratkaisutaidoilla. (Suomen mielenterveysseura 2004, 7.)

Britta Sohlmanin tutkimuksen mukaan positiivisen mielenterveyden omaavilla ihmisillä on hyvä taloudellinen tilanne, läheisiä ihmisiä, heidän tekemisiinsä kiinnitetään paljon huomiota ja he saavat helposti apua tarvittaessa. Heillä on selkeitä tulevaisuuden suunnitelmia ja he suhtautuvat tulevaisuuteensa optimistisesti. Hyvän positiivisen mielenterveyden omaavat ihmiset kokevat harvoin kriisejä taloudellisessa elämässä, ongelmia läheisten kanssa tai masentuvat. (Sohlman, Immonen & Kiikkala 2005, 210.)

2.1.1 Aikuisen mielenterveyttä suojaavat tekijät

Mielenterveyttä suojaavat tekijät voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin, kuten taulukosta ilmenee. Suojaavien tekijöiden tarkoituksena on vahvistaa mielenterveyttä ja auttaa selviytymään vastoinkäymisistä ja kriisitilanteista. Suojaavat tekijät myös parantavat toimintakykyä ja elämänhallintaa. Suojaavat tekijät voivat olla itsessään suojaavia, eli ne vähentävät riskeille altistumista tai kompensoivat ja vähentävät riskien vaikutusta. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 20.)

Taulukko 1. Mielenterveyttä suojaavat tekijät (Heiskanen ym 2006, 21; Noppari ym 2007, 47-48).

Sisäiset suojaavat tekijät	Ulkoiset suojaavat tekijät
Perintötekijät	Ruoka
Hyvä fyysinen terveys	Suoja
Myönteiset varhaiset ihmissuhteet	Sosiaaliset suhteet
Hyvä itsetunto	Työllisyys
Hyväksytyksi tuleminen	Myönteiset mallit
Ongelmanratkaisutaidot	Koulutus
Oppimiskyky	Turvallinen ympäristö
Ristiriitojen käsittelytaidot	Toimiva yhteiskuntarakente
Vuorovaikutustaidot	
Kyky tyydyttää ihmissuhteisiin	
Mahdollisuus itsensä toteuttamiseen	
Huumorintaju	

Mielenterveyteen vaikuttavalla minäkäsityksellä tarkoitetaan ihmisen käsitystä

itsestään, mihin hän kokee pystyvänsä ja mikä hänelle on tärkeää elämässä. Itsearvostus liittyy vahvasti minäkäsitykseen, pystyykö ihminen ajattelemaan itsestään myönteisesti ja kokemaan positiivisia tunteita. Itseään arvostava ihminen kykenee ajattelemaan itsensä ainutlaatuisena yksilönä, jolla on oikeus itsenäiseen päätöksentekoon yhteisössä. Mielenterveyttä suojaavia tekijöitä ovat hyvät sopeutumis- ja stressinhallintataidot. Kuinka ihminen kykenee sopeutumaan eri tilanteisiin ja vastoinkäymisiin elämässä. (Noppiari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 21.)

Väestön hyvinvointiin ja mielenterveyteen vaikuttavat yhteiskunnalliset olosuhteet, rakenteelliset tekijät ja poliittiset päätökset. Mielenterveyteen vaikuttavat myös kulttuuriset arvot, etenkin se, menevätkö taloudelliset arvot inhimillisten arvojen edelle ja arvostetaanko ihmistä hänen itsensä vuoksi vai esimerkiksi työn kautta. Huomioitavaa on myös kuinka yhteiskunnassa suhtaudutaan erilaisuuteen, kuten fyysiseen vammaan, psyykkiseen häiriöön tai seksuaaliseen vähemmistöön. Mielenterveyteen vaikuttavia yhteiskunnallisia tekijöitä ovat taloudellinen perusturva, työllisyys tai työttömyys, ympäristö, palvelut ja niiden saatavuus, kuulluksi tuleminen ja vaikuttaminen päätöksiin sekä lait. (Heiskanen, Salonen, Kitshener & Jorm 2008, 14.) Mielenterveyden rakenteelliset tekijät vaikuttavat työllisyyteen ja toimeentuloon, turvalliseen asuinympäristöön, palveluiden saatavuuteen ja toimivuuteen. Kulttuuriset arvot vaikuttavat asenteisiimme ja muokkaavat käsityksiämme hyvästä ja normaalista elämästä. (Suomen mielenterveysseura 2004, 7.)

2.1.2 Aikuisen mielenterveyttä haavoittavat tekijät

Mielenterveyttä haavoittavat tekijät vaarantavat turvallisuuden tunnetta. Ne heikentävät terveyttä, hyvinvointia ja voivat lisätä alttiutta sairastua psyykkisesti, kuten taulukko osoittaa. (Heiskanen ym. 2006, 20.)

Taulukko 2. Mielenterveyttä haavoittavat tekijät (Heiskanen ym 2008, 15; Lönnqvist ym 2007, 30).

Sisäiset haavoittavat tekijät	Ulkoiset haavoittavat tekijät
Synnynnäinen sairaus	Nälkä
Haavoittuva itsetunto	Kodittomuus
Avuttomuus	Erot ja menetykset
Ihmissuhteiden puute	Väkivalta
Ongelmat seksuaalisuudessa	Hyväksikäyttö
Heikko sosiaalinen asema	Perheessä olevat psyykkiset
Eristäytyneisyys	Häiriöt
Vieraantuneisuus	Päihteet
	Ristiriidat kulttuurissa
	Rikollisuus
	Leimautuminen
	Autonomian puute
	Kiusatuksi tuleminen
	Työttömyys
	Köyhyys
	Haitallinen ympäristö

Mielenterveyden häiriöihin liittyy elämänlaadun heikkenemistä ja sosiaalisia ongelmia. Stigmatisoitumista ja leimautumista on edelleen havaittu. Tämä näkyy sairastuneen elämässä syrjintänä, mikä voi johtaa eristäytymiseen. Pelko leimautumisesta voi vaikeuttaa avun hakemista ja viivästyttää hoidon aloitusta. (Stengård ym. 2009, 9.) Mielen sairauksiin liittyy edelleen huomattava määrä ennakkoluuloja. Hylkääminen ja leimautuminen aiheuttavat lisäkärsimystä mielenterveyspotilaille ja heidän omaisilleen, mikä voi olla jopa itse sairautta haitallisempaa. Mielen sairautta voidaan pitää itseaiheutettuna ja potilaita arvaamattomina ja aggressiivisina. Mielisairauden leima voi hankaloittaa ihmissuhteita. (Heiskanen ym. 2006, 114-115.) Omaisen stigmaan voi liittyä syyllisyydentunteita ja pelkoa siitä, että on vaikuttanut sairastumiseen perimän ja perheyhteisön kautta (Salonen 2005, 17).

3 ENNALTAEHKÄISEVÄ MIELENTERVEYSTYÖ

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan mielenterveislain mukaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Väestön elinolosuhteet tulee kehittää sellaisiksi, että elinolosuhteet ennaltaehkäisevät mielenterveyshäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä sekä tukevat mielenterveyspalveluiden järjestämistä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, muutos 954/1992.) Mielenterveyttä voidaan edistää kansallisella tasolla muun muassa lainsäädännöllä, yhteiskunnallisilla ja poliittisilla päätöksillä, sekä asuinaluesuunnittelulla (Kilkku 2009, 103).

Ennaltaehkäisevästä mielenterveystyöstä innostuttiin Suomessa 1970-luvulla. Innostus ei kuitenkaan perustunut realismiin ja innostus laimeni vuosien kuluessa. Mielenterveysongelmien seuraukset alkoivat näkyä yhteiskunnassa kärjistyen 1990-luvun laman aikana. Vaativan ennaltaehkäisevän työn syrjäytti hoitava työ ja palveluja leikattiin. Vähitellen ymmärrettiin että pelkästään korjaavilla palveluilla ei voida hoitaa mielenterveysongelmia. Maailmanpankki ennustaa, että masennus on suurin pitkäaikaistyöttömyyttä aiheuttava sairaus vuonna 2020. Mielenterveysongelmat ovat kaikkien teollisuusmaiden kasvava ongelma. Tämän vuoksi mielenterveyttä edistäviin ja ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin on alettu panostaa. (Toikka, Hastrup & Solantaus 2005, 5-6.)

Kuvatessa mielenterveyden edistämistä on oleellista miettiä, mitä on mielenterveys ja miten se määritellään kulttuurissa ja ympäristössä. Lisäksi on määriteltävä mielenterveyteen yhteydessä olevan tekijät. Näiden pohjalta voidaan määritellä käsite mielenterveys ja tunnistaa mielenterveyden edistämisen keinot ja mahdollisuudet. (Kylmä, Nikkonen, Kinnunen & Korhonen 2009, 9.) Mielenterveyden edistäminen on kaikkea sellaista toimintaa, mikä pyrkii tukemaan optimaalisen mielenterveyden toteutumista. Ehkäisevä mielenterveystyö pyrkii ehkäisemään psykiatristen sairauksien syntymistä, kun taas mielenterveyden edistäminen pyrkii positiivisen mielenterveyden vahvistamiseen. Mielenterveyden edistämiseksi tyypillinen lähestymistapa on salutogeeninen, eli terveyttä hoitava perinteisen sairaus- ja häiriökeskeisen ajattelun

sijaan. (THL 2007, hakupäivä 29.11.2010.) Mielenterveyden edistäminen pyrkii luomaan olosuhteet ja mahdollisuudet yksilön hyvän elämän toteutumiseksi. (Heiskanen, Lyytikäinen&Sassi 2006, 26).

3.1 Ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toiminnanlajit

Mielenterveyden edistäminen eli promootiotyö ja häiriöiden ehkäisy eli preventio liittyvät toisiinsa. Nämä käsitteet eroavat kuitenkin toisistaan siten, että promootio tavoittelee mielenterveyden suojelua, vaalimista ja parantamista, kun taas preventio pyrkii mielenterveysongelmien- ja häiriöiden ehkäisemiseen vaikuttamalla riskiryhmiin. Ehkäisevässä mielenterveystyössä on kesteistä kehityksen ennakoiminen ja estää kehitys puuttamalla ongelmiin mahdollisimman varhain. (Stengård ym. 2009, 7.) Edistävällä työllä rakennetaan terveellisen elämän olosuhteita, jolloin vahvistetaan ihmisten selviytymistä ja lisätään mahdollisuuksia huolehtia terveydestään. Ehkäisevä työ pyrkii ehkäisemään sairaudet ja niiden pahenemisen. Terveyden edistämistä voidaan pitää tavoitteena, johon pyritään ehkäisevällä työllä. (MLL:n Terveyden edistämisen ohjelma 2009-2015, hakupäivä 2.4.2011.)

Mielenterveys käsitteenä on vaikeasti määriteltävä ja moniulotteinen, joten mielenterveyden edistäminen ei ole yksiselitteistä. Haastetta mielenterveyden edistämiseen lisää sen yhteys aikaan, arvoihin ja kulttuuriin. Terveys 2015-kansanterveysohjelmassa korostetaan, että mielenterveyden edistäminen on jokaisen asia. Terveydenhuolto ei voi olla yksin vastuussa kaikista mielenterveyteen liittyvistä kysymyksistä, vaan jokaisen yhteiskuntamme sektorin on otettava vastuu hyvinvoinnistamme. (Kinnunen 2009, 59-60.)

Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö voidaan jakaa primaaripreventioon, sekundaaripreventioon ja tertiääripreventioon. Primaaripreventio on lähellä promootiotasoa ja niiden erottaminen toisistaan on usein mahdotonta. Primaariprevention tarkoituksena on pyrkiä vähentämään mielenterveyden häiriöiden ilmaantuvuutta vähentämällä riskitekijöitä ja lisäämällä suojaavia tekijöitä. Sellaisten yksilöiden selviytymiskykyä on tärkeää parantaa, jotka eivät vielä pöde mielenterveysongelmia, mutta joilla on riski sairastua.

Hyvä esimerkki primaaripreventiosta on neuvolatoiminta, jolloin tuetaan riskiolosuhteissa eläviä perheitä ja ehkäistään perheen olosuhteiden vaikutusta lapsen mielenterveyteen. (Honkanen 2009, 33.) Primaariprevention lähtökohtana on tutkimustieto mielenterveydenhäiriöiden etiologiasta sekä tutkimuksista saadun tiedon soveltaminen väestö- ja riskiryhmätasolla (Lönnqvist ym. 2007,31). Sekundaaripreventiolla pyritään varhaiseen mielenterveysriskien ja mielenterveysriskin alaisena olevien henkilöiden tunnistamiseen ja välittömään apuun. Sekundaaripreventiolla voidaan estää vanhemman mielenterveysongelman paheneminen ja minimoida sairauden vaikutusta koko perheen elämään. (Honkanen 2009, 34.) Tertiääriprevention eli hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on vähentää mielenterveyshäiriöistä aiheutuvaa toimintakyvyn haittaa sekä auttaa potilaita palauttamaan heidän toimintakykynsä (Lönnqvist ym. 2007, 31).

Mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisyyn kohdistuvat interventiot voivat kohdistua koko väestöön (universaalinen interventio), valikoituun riskiryhmään (selektiivinen interventio) tai tunnettuun korkean riskin omaavaan ryhmään (indikoitu interventio). Esimerkki universaalista interventiosta on hyvä äitiyshuolto, mikä tukee kaikkien synnyttävien äitien mielenterveyttä. Selektiivinen interventio voidaan kohdistaa nuoriin yksinäisiin synnyttäjiin, jolloin vähennettäisiin riskiä sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen sosiaalisesti tukemalla. Indikoitu interventio voidaan kohdistaa skitsofreniaa sairastaviin äiteihin ja heidän lapsiinsa, sillä he muodostavat korkean riskiryhmän. Äitien hyvä psykiatrinen hoito, äitiyshuolto ja lasten hoito ovat suositeltavia toimenpiteitä. (Lönnqvist ym. 2007, 31-32.)

Mielenterveyden edistäminen painottaa osallistumista, voimavaraistumista ja sektoreiden välistä yhteistyötä. Mielenterveyden edistäminen korostaa ja painottaa ihmisen kasvua tukevia arvoja. (Heiskanen ym. 2006, 28.) Tutkimukset ovat todenneet näyttöön perustuvat mielenterveyden edistämistoimenpiteet tehokkaiksi. Tästä huolimatta mielenterveyden edistämistyö on puutteellista. Mielenterveyden kokonaissuunnitelmat ja henkilöresurssit puuttuvat useilta kunnilta, vaikka juuri näillä pystyttäisiin edistämään kuntalaisten mielenterveyttä. Päätöksenteossa ei huomioida mielenterveyteen vaikuttavia seuraamuksia. Usein niitä ei tulla edes ajatelleeksi. (THL

2007, hakupäivä 29.11.2010)

Ehkäisevä työ ja hyvinvoinnin edistäminen näkyvät vahvasti kansallisissa strategioissa ja kehittämissuunnitelmissa. Painopisteen siirtäminen mielenterveystyössä häiriöiden hoidosta ehkäisyyn vaatii tahtoa ja valmiutta uudenlaisen työorientaation rakentamiseen. Ehkäisevään työhön panostaminen on investointi tulevaisuuteen. Korjaavien tarpeiden vähentyessä säästöt näkyvät pidemmällä aikavälillä ja kuntalaiset voivat paremmin. Mielenterveystyön kehittämisen täytyy olla suunnitelmallista, muuten toimintaan ryhdytään vasta kun ongelmat ovat jo syntyneet. Ongelmien ratkaisu vaatii huomattavan paljon enemmän resursseja ja aikaa kuin niiden ehkäiseminen. Mielenterveyttä voidaan edistää ja mielenterveydenhäiriöitä ehkäistä tehokkaasti toimintamalleilla. Ehkäisevän mielenterveystyön kustannustehokkuudesta on kansainvälisiin tutkimuksiin perustuvaa näyttöä. Suorien vaikutusten lisäksi mielenterveyden edistäminen ja häiriöiden ehkäisy näkyvät epäsuorasti tuottavuuden kasvuna, haittojen vähenemisenä, kuolleisuuden ja tapaturmien alenemisena sekä yksilöiden ja perheiden elämänlaadun paranemisena. (Stengård ym. 2009, 5,10.) Muutamien viime vuosien aikana terveyden edistäminen, ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen ovat nousseet avainasemaan valtakunnallisissa ohjelmissa. Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa pyritään panostamaan ehkäisyyn. Hoitoon hakeutuminen tapahtuu usein vasta aikuisena, vaikka useimmat mielenterveysongelmat tulevat esille jo nuorena. (Bäckmand & Lönnqvist 2009, 7.)

Vuoden 2009 mielenterveys- ja päihdesuunnitelma edellyttää, että kunnat sisällyttävät kuntastrategiaan mielenterveys- ja päihdetyön strategian. Mielenterveys- ja päihdetyön strategiaan sisältyy mielenterveys ja päihdeongelmia edistävä työ, ongelmia ehkäisevä työ sekä hoitoa koskevat linjaukset. Strategian hyväksyy valtuusto ja strategian toteutumista arvioidaan joka vuosittain ja se päivitetään joka neljäs vuosi. Päätöksen strategian laatimiseen tekee valtuusto, mutta aloite sen tekemiselle voi tulla virkamiehiltä, käytännön ammattilaisilta tai kuntalaisilta. Jotta voidaan suunnitella ehkäisevää mielenterveystyötä, tulee tietää kuinka kuntalaiset voivat tällä hetkellä. Kun nykytilanne on arvioitu hyvin, osataan asettaa kehittämiskohteiden mukaiset tavoitteet. Kehittämiskohteita valitessa tulisi arvioida ovatko tavoitteet realistisia, kuinka tärkeitä

ne ovat ja kuinka kiireellisiä, riittävätkö resurssit sekä mikä niiden merkitys on koko mielenterveystyön kannalta. (Stengård ym. 2009, 11, 13, 15, 18.)

WHO on kehittänyt mallin, joka kuvaa optimaalista mielenterveyspalveluiden jakaumaa. WHO suosittelee mielenterveyspalveluiden integroimista perusterveydenhuoltoon. WHO:n mallin periaatteena on, että mikään yksittäinen palveluasetelma ei voi kohdata koko väestön mielenterveyden tarpeita. Tuki, valvonta, yhteistyö, tiedon jakaminen ja koulutus kuuluu kaikille yhteiskunnan organisaatioille. Malli korostaa mielenterveyshäiriöisten omaa mielenterveyden itsehoitoa. Hoitoon sitoutumista pitäisi edistää työntekijöiden ja potilaiden yhteistyöllä. Mallin mukaan tulisi lisäksi rajoittaa psykiatrisia sairaaloita viemällä palvelut perusterveydenhuoltoon. (Improving health systems and services for mental health, World Health Organization, hakupäivä 1.4.2011.)

3.2 Mielenterveyspalvelut muutoksessa

Suomen laitoshoitokeskeinen mielenterveyspalvelujärjestelmä muuttui voimakkaasti ja nopeasti 1980- ja 1990-luvulla. Muutokseen vaikuttavia tekijöitä olivat lainsäädäntö, talous ja yhteiskunta. Tänä päivänä mielenterveydenhoito pyritään järjestämään kuntien avohoidossa. Perusterveydenhuollolla on suuri rooli mielenterveystyössä, sinne ihmiset hakeutuvat ensimmäisenä kun tarvitsevat apua. 2000-luvulla perusterveydenhuollon työhön liittyy entistä enemmän erilaisia projekteja ja välitön asiakastyö on vähentynyt. Asiakastyöhön käytetty aika on vähentynyt ja työ on suunniteltua, tehokasta ja valvottua. Perusterveydenhuollon toteuttama mielenterveystyö kohdistuu koko väestöön. Tavoitteena on säilyttää väestön hyvinvointi sekä omatoimisuus. Perusterveydenhuollon tehtäviä mielenterveystyössä ovat ennaltaehkäisy, ongelmien tunnistaminen sekä hoito ja tarvittaessa jatkohoitoon lähettäminen. Työ perusterveydenhuollossa on verkostopainotteista. (Hyvönen 2005, hakupäivä 15.12.2010.)

Psykiatrisen sairaanhoidon rakennemuutos on näkynyt etenkin sairaansijojen määrässä, joka 1980-luvulla oli vielä 20 000, 1990-luvulla 12 300 ja vuonna 2002 luku oli hieman

alle 5000. Hoitopäivät sairaaloissa ovat lisääntyneet samaa tahtia, mutta potilaiden kokonaismäärä on pysynyt suunnilleen samana. Kuntien sosiaali- ja perusterveydenhuollossa tehtävä mielenterveystyö on tärkeä osa mielenterveystyön kokonaisuutta. Siksi tätä työtä on tulevaisuudessa kehitettävä. Peruspalveluiden tehtävänä on edistää mielenterveyttä, ehkäistä häiriöitä, diagnosoida tavallisimmat mielenterveydenhäiriöt sekä hoitaa ja kuntouttaa. (Lehtinen & Taipale 2005, hakupäivä 9.1.2011.) Laitoshoidon tilalle ei ole rakennettu riittävän kattavaa ja monipuolista avohoitojärjestelmää. Käytännössä mielenterveyspotilaille ei pystytä takaamaan samaa oikeutta hyvään ja tarpeenmukaiseen hoitoon kuin muilla potilasryhmillä. (Suomen mielenterveysseura 2004, 9.) Mielenterveydelliset ongelmat saavat paljon huomiota, mutta todellisuudessa mielenterveysongelma hukataan keskittämisen puutteen takia. Yksi syy tälle on kenties tunne, että on vaikeaa saavuttaa primaari mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisy ja että mielenterveyden edistäminen on parhaiten saavutettu valtion hyvinvointia parantamalla ja tukemalla kansalaisia heidän jokapäiväisessä elämässään. (Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories, European Commission, hakupäivä 1.4.2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriö suunnittelee, valvoo ja ohjaa valtakunnallista mielenterveystyötä. Häiriöiden ehkäiseminen, tunnistaminen, hoito ja kuntoutus kuuluu kunnan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hoidossa kunnan peruspalvelut ovat ensisijaisia, mutta joskus ne eivät riitä jolloin tarvitaan psykiatrista avohoitoa tai sairaalahoitoa. Kiireellistä psykiatrista hoitoa saavat kaikki sitä tarvitsevat. Mielenterveyshäiriöiden hoidossa pätee samat aikarajat kuin muussakin sairaanhoidossa. Terveyskeskukseen on päästävä kiireettömän tarpeen arvioon kolmessa arkipäivässä, hoitoon on päästävä kolmessa kuukaudessa ja erikoissairaanhoidossa on aloitettava hoidon tarpeen arviointi kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta, psykiatriseen sairaanhoitoon on aikuisen päästävä kuuden kuukauden kuluessa. (STM, 2010. Hakupäivä 9.1.2011.)

Stakesin vuonna 2008 tekemän MERTTU-tutkimushakkeen (tutkimus suomalaisten mielenterveyspalveluiden vaikuttavuudesta) mukaan mielenterveyspalveluiden rakennemuutos on oikeanlainen. Itsemurhat ovat vähentyneet kunnissa, joissa

avohoitopalvelut ovat monipuoliset. Kunnissa, joissa on ympärivuorokautinen avohoito, on itsemurhakuolleisuus 16 % pienempi verrattuna kuntiin, joissa ei päivystystä ole. Suomessa kuolee vuosittain noin tuhat henkilöä itsemurhaan. Stakes tutkimusprofessori Kristian Wahlberg arvioi, että kehittämällä hyviä avohoitopalveluita voitaisiin ehkäistä vuosittain noin sata itsemurhaa ja tuhat itsemurhayritystä. (THL 2008, hakupäivä 9.1.2011.)

3.2.1 Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa

Perusterveydenhuollossa työskennellessä tulee toimia niin, että uskoo ihmiseen ja hänen selviytymisensä vahvistumiseen. Auttamistyössä olennaista on itsetunnon vahvistaminen. Hyvän itsetunnon omaava ihminen kokee itsensä arvokkaaksi ja uskoo pärjäävänsä elämässä. Itsetuntoa voidaan tukea asiakaslähtöisellä toiminnalla. Asiakaslähtöistä työtä toteutettaessa tulee kunnioittaa ihmisarvoa, toimia rehellisesti ja turvata hoidon jatkuvuus, huomioida asiakas persoonana, konkretisoida arvoja sekä välittää asiakkaasta. (Noppari ym. 2007, 32-33.)

Vuonna 2001 Suomessa terveyskeskuksessa aloitti työnsä ensimmäinen depressiohoitaja. Depressiohoitajat tekevät työtä varhaisen puuttumisen periaatteella. Depressiohoitajat aloittavat työn, kun lääkäri on ensin tutkinut potilaan pois sulkeakseen somaattiset vaivat, määritellyt lääkehoidon ja sairasloman tarpeen. Depressiohoitajat keskittyvät pääasiassa masennuspotilaiden hoitoon, psykoottiset häiriöt eivät kuulu heidän hoitoonsa. Masennuspotilaat saavat depressiohoitajan avulla hoitoonsa jatkuvuutta ja seurantaa, mikä yleensä jää perusterveydenhuollossa vähälle. Useat masennuspotilaat eivät jaksakaan varata uutta aikaa viikkojen päähän ja näin hoito jää vähälle huomiolle. Psykiatri Maria Vuorilehdon mukaan lievätkin depressio-oireet voivat olla merkki vakavasta masennuksesta, mikä vaatii tehokasta hoitoa. Depressiopotilaiden itsetuhoisuuteen kiinnitetään hänen mielestään liian vähän huomiota. Vuorilehdon mukaan masennus uusiutuu ja kroonistuu helposti terveyskeskuspotilailla. Depressiohoitajien avulla aktiivinen hoito-ote säilyy, toipumisen seuranta paranee ja kynnys hoitoon hakeutumiseen madaltuu. Depressiohoitajan luona käydään yleensä 1-6 kertaa, jonka aikana selvitetään kuormitustekijöitä ja mietitään hoitosuunnitelma. Mitä useampi asiakas hyötyy hoidosta

perusterveydenhuollossa, sitä harvempi tarvitsee erikoissairaanhoidoa. Tämä merkitsee säästöä kunnille ja kaupungeille. (Vuorinen 2008, 24-25.)

Depressiohoitajien koulutukseen on julkaistu opetussuunnitelma yhteistyössä Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ja Suomen Sairaanhoidajaliiton mielenterveystyön asiantuntijaryhmän kanssa. Opetussuunnitelman tarkoituksena on yhtenäistää eri puolilla Suomea järjestettävää täydennyskoulutusta, sillä depressiohoitajien koulutus on tällä hetkellä ollut hyvin sattumanvaraista ja vaihtelevaa. Depressiohoitajakoulutus on tarkoitettu niille sairaanhoidajille, joilla on aikaisempaa kokemusta mielenterveystyöstä. Depressiohoitajan tulee olla empaattinen ja hänen työskentelynsä tulee olla potilasta arvostavaa ja toivoa ylläpitävää. 30 opintopisteen depressiohoitajakoulutusta järjestetään ammattikorkeakouluissa eri puolilla Suomea. Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esitetään, että vuoteen 2015 mennessä kaikissa terveyskeskuksissa työskentelisi depressiohoitaja. (STM 2010, hakupäivä 2.4.2011.)

Terveyskeskuslääkärit ovat usein mahdottoman tehtävän edessä, sillä vastaanottoajat ovat lyhyitä ja depression tunnistaminen vaikeaa lyhyessä hoitokontaktissa. Masentuneen mielialan sijaan potilaat valittavat fyysisiä oireitaan. Lääkäreillä on usein puutteellinen koulutus depression tunnistamiseen. On arvioitu että terveyskeskuslääkärit tunnistavat yhden käynnin yhteydessä puolet depressiopotilaista. Depression tunnistaminen helpottuu, jos käyntejä on useampi ja lääkärillä pitkä työkokemus. Perusterveydenhuollossa voidaan kuitenkin hoitaa suurin osa depressiopotilaista. . Depression tunnistaminen helpottuu, jos seulotaan riskiryhmiä, kuten sosiaalisista ongelmista kärsiviä, pitkäaikaistyöttömiä, työuupuneita ja paljon terveystalvituia käyttäviä. Depression käypä hoito- suositus painottaa depression huolellista seuranta, moniammatillista yhteistyötä ja pitkäaikaisen näkökulman merkitystä. (Huovila 2004, 17.)

Depressiohoitajat parantavat masennuksen hoitoa perusterveydenhuollossa. Hoidolla voidaan vähentää potilaiden oireita ja lisätä heidän toimintakykyään merkittävästi. Depressiohoitajat madalluttavat lääkärin kynnyistä ottaa depressio puheeksi vastaanotolla, kun lääkäri tietää että tarvittaessa hoitoa ja seuranta on saatavilla.

Depressiohoitajalle potilaat ohjautuvat lääkärin läheteellä. Ensimmäisen ajan saa parin viikon sisällä, vaikeimmissa tapauksissa mahdollisesti jo seuraavana päivänä. Depressiohoitajalla käyminen leimaa potilasta vähemmän kuin käynnit mielenterveystoimistossa. (Kangas 2009, hakupäivä 2.4.2011.)

Depressiohoitajan työhön perusterveydenhuollossa kuuluvat oireiden ja taustatekijöiden kartoitus, psykososiaalinen tuki ja potilasopetus, hoidon vaikuttavuuden ja toipumisen seuranta sekä yhteistyön järjestäminen. Depressio toistuu helposti, joten asiakkaalla tulee olla nimetty omalääkäri. Depressiohoitaja tiedottaa asiakkaan voinnista ja voinnin muutoksesta lääkärille. Lääkäri myös tekee tarvittaessa lääkemuutoksia, sekä kirjoittaa sairauslomaa. Hoidon perustana on asiakkaan kokema tarve hoidosta ja sen merkityksestä. Hoito rakentuu näiden pohjalta. Hoitosuhteen loputtua asiakkaan tulee olla tietoinen siitä, minne hän voi ottaa yhteyttä jos oireet palaavat ja kuka häntä hoitaa jatkossa. (STM. 2010, 3,5,9.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksessani on tarkoitus kuvailla millaista työtä psykiatriset sairaanhoitajat perusterveydenhuollossa tekevät, millaiseksi he työnsä kokevat sekä millaisia kehittämishaasteita he työllensä näkevät. Tutkimuksessani haluan hoitajien kertovan työnkuvastaan, yhteistyöstä muiden tahojen kanssa ja työn kehittämishaasteista.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Millaisia ovat psykiatrisen sairaanhoitajan kokemukset työstä perusterveydenhuollossa?
2. Millaisia ovat psykiatrisen sairaanhoitajan työn kehittämishaasteet perusterveydenhuollossa?

5 TUTKIMUSMETODOLOGIA

5.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Tutkimuksessani kuvataan psykiatristen sairaanhoitajien kokemuksia työstään perusterveydenhuollossa. Tutkimus perustuu haastatteluun, jossa hoitajat kertovat omakohtaisia kokemuksiaan aiheesta. Laadullisen tutkimuksen kohteena on elävä ihminen, jolloin tarkastellaan yksilön, yhteisön, sosiaalisen vuorovaikutuksen, arvojen tai ihmisten välisiä suhteita (Varto 1992, 23). Tutkimusmenetelmäkseni valitsin laadullisen tutkimuksen, jotta saisin mahdollisimman syvällistä ja henkilökohtaista tietoa sairaanhoitajilta. Haluan, että tutkimukseni ulottuu pintaa syvemmälle, mihin päästään esimerkiksi sairaanhoitajien kertomien esimerkkien avulla.

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus pyrkii kuvaamaan todellista elämää ja tähän liittyy ajatus todellisuuden moninaisuudesta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään kohteen mahdollisimman kokonaisvaltaiseen tutkimiseen ja näin voidaan löytää monensuuntaisia suhteita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan pieni määrä tapauksia ja mahdollisimman tarkasti. Tutkimus on prosessiluonteista, minkä vuoksi tutkimussuunnitelma elää tutkimuksen mukana. (Eskola & Suoranta 2005, 15-16.)

Yleisimmät kvalitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, erilaisista dokumenteista saatu tieto sekä havainnointi. Menetelmiä voidaan käyttää yksittäin, rinnakkain tai yhdistettynä tutkimusongelman ja resurssien mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 73.)

5.2 Tutkimukseen osallistuvien valinta

Aineiston tutkimustani varten hankin haastattelema perusterveydenhuollossa työskenteleviä psykiatrisia sairaanhoitajia. Tutkimukseni toteutui yhteistyössä Oulun kaupungin perusterveydenhuollon kanssa. Marraskuussa 2010 kävin tapaamassa hoitajia heidän kokouksessaan, jolloin mietimme yhdessä millaiselle opinnäytetyölle heillä olisi tarvetta. Tällöin jokainen hoitajista lupautui osallistumaan tutkimukseeni.

Haastatteluajankohdan lähestyessä otin hoitajiin yhteyttä sähköpostitse ja pyysin halukkaita ottamaan yhteyttä minuun. Sain tutkimukseeni kolme vapaaehtoista hoitajaa, joista muodostui haastateltavien joukko. Kaikki hoitajista olivat psykiatrisia sairaanhoitajia ja työskennelleet perusterveydenhuollossa vuoden ajan.

5.3 Teemahaastattelu aineistonkeruun menetelmänä

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina ryhmähaastattelun sijaan, jotta haastateltavat voivat tuoda rohkeammin esiin myös kielteisiä ajatuksia. Ryhmähaastattelussa voi olla keskustelun suunnan määrittelevä dominoiva henkilö (Hirsjärvi ym. 2009, 211). Haastattelu on Suomessa yleisin tapa kerätä aineistoa. Haastattelun avulla selvitetään, mitä jollakulla on mielessään. Haastattelu on tutkijan johdattamaa keskustelua. Haastattelussa voidaan säädellä joustavasti ja vastaajia myötäillen aineiston keruuta. Lisäksi voidaan säädellä aiheiden järjestystä ja tulkita monipuolisesti vastauksia. (Eskola & Suoranta 2005, 85.) Haastateltaviin voidaan ottaa yhteyttä jälkikäteen jos halutaan täydentää aineistoa tai tehdä seurantatutkimusta. Haastattelujen tekeminen on aikaa vievää ja vaatii huolellista suunnittelua. Haastattelun luotettavuutta saattaa heikentää tutkittavan halu antaa suotavia vastauksia. Lisäksi tutkittava voi antaa tietoa asioista joista tutkija ei kysy. (Hirsjärvi ym. 2009, 204-205.)

Esihaastattelut ovat tärkeä osa haastatteluja. Esihaastattelun tarkoituksena on testata haastattelurunkoa, kuten aihepiirien järjestystä. Esihaastatteluilla saadaan selville haastattelujen keskimääräinen kesto-aika ja voidaan karsia pois vähemmän tärkeitä osia. Esihaastattelun avulla tutkija voi harjoitella haastattelun toteuttamista, joten varsinaiset haastattelut sisältävät vähemmän virheitä. Esihaastatteluja on parempi tehdä liikaa kuin liian vähän. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 72-73.) Tarkoitukseni oli esihaastatella yhtä hoitajista, mutta aikataulusyistä ja haastateltavien vähäisen määrän vuoksi tämä ei toteutunut. Pyrin ottamaan haastattelu-aikoja sopiessani mahdollisimman hyvin hoitajien aikataulutoiveet huomioon, joten tein kaksi ensimmäistä haastattelua samana päivänä.

Haastattelutyyppejä ovat strukturoitu haastattelu eli lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja avoin haastattelu (Hirsjärvi ym. 2009, 207-209). Valitsin haastattelutyypiksi teemahaastattelun. Teemahaastattelu on tutkijan aloitteesta tapahtuvaa keskustelua, jossa

tutkija pyrkii vuorovaikutuksessa saamaan vastauksia tutkimuksen aihepiiriin (Eskola & Vastamäki 2007, 25). Teemahaastattelussa haastattelutyypit ovat tiedossa. Teema-alueiden järjestys ja laajuus vaihtelevat haastattelusta toiseen, mutta haastattelija varmistaa että kaikki alueet käydään läpi. Haastattelijalla on mukanaan tukilista, mutta ei valmiita kysymyksiä. (Eskola & Suoranta 2005, 86.) Teemahaastattelussa pyritään löytämään vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtävään. Teema-alueet on valittu tutkimuksen viitekehyksen mukaisesti eli jo tiedettyihin tutkittaviin ilmiöihin. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 77-78.) Teemahaastattelurunko on tutkimussuunnitelman liitteenä. (Liite 1/1)

Valitsin teemahaastattelun avoimen haastattelun sijaan, sillä avoin haastattelu vaatii useita haastattelukertoja ja on aikaa vievää. Koin teemahaastattelun itselleni sopivammaksi ja turvallisemmaksi vaihtoehdoksi. Avoin haastattelu vaatii muita haastattelumuotoja enemmän taitoja, sillä haastattelussa ei ole kiinteää runkoa (Hirsjärvi ym. 2009, 209).

Haastattelut toteutettiin kesäkuussa 2011. Haastattelin hoitajia heidän omissa työhuoneissaan. Haastattelut olivat kestoltaan 35-45 minuuttia. Haastatteluissa käytin kahta nauhuria, jotta varmistuin haastatteluiden tallentumisesta ja pystyin keskittymään haastatteluun kunnolla. Välittömästi haastattelujen jälkeen litteroin aineiston aukikirjoittamalla haastattelut sanasta sanaan. Koneella kirjoitettua litteroitua tekstiä kertyi yhteensä 18 sivua fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1 kirjoitettuna.

5.4 Aineiston analysointi

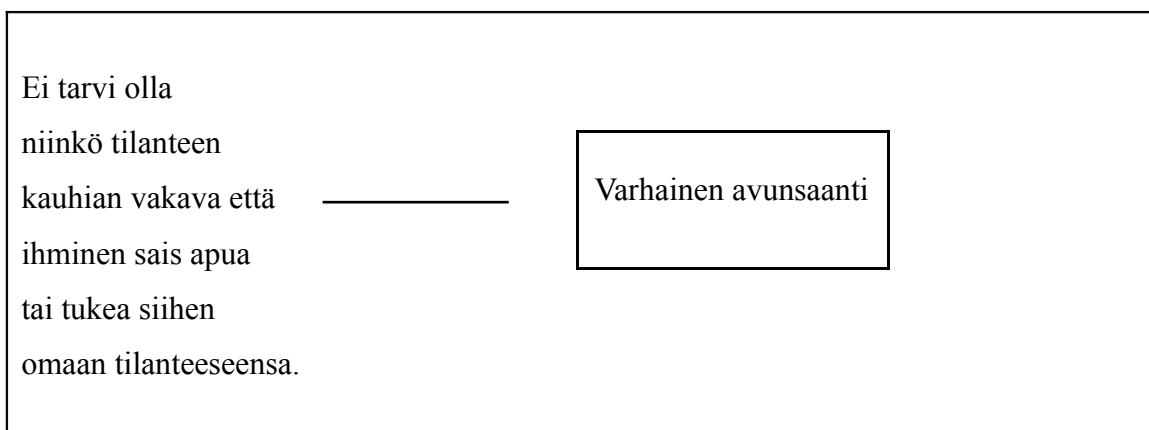
Kerätyn aineiston analysointi, tulkinta ja johtopäätösten teko ovat ydinasioita tutkimusta tehdessä. Analyysiin tähdätään jo aloittaessa tutkimuksen tekoa. Analyysivaiheessa tutkija saa vastauksia tutkimusongelmiinsa. Analyysivaiheessa tutkija voi saada myös tietää, millä tavalla ongelmat olisi pitänyt asettaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.)

Sisällönanalyysillä tietoaineisto tiivistetään ja tutkittavia ilmiöitä kuvataan lyhyesti ja yleistävästi. Sisällönanalyysillä voidaan havainnoida ja analysoida dokumentteja systemaattisesti, kuten päiväkirjoja, artikkeleja tai valokuvia. (Janhonen&Nikkonen

2001, 23.) Sisällönanalyysillä pyritään saamaan tiivis ja yleinen käsitys ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2006, 105).

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa, pelkistämässä voidaan esimerkiksi kysyä aineistolta tutkimustehtävään liittyviä kysymyksiä. Pelkistetyt ilmaisut tulee kirjata tarkkaan samoilla termeillä kuin teksti on aineistossa. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään, eli tutkija yhdistää pelkistetystä ilmaisuista ne asiat, jotka näyttäisivät kuuluvat yhteen. Ryhmälle annetaan sisältöä kuvaava nimi. Kolmas vaihe sisällönanalyysissä on käsitteellistäminen, eli abstrahointi, jossa yhdistetään samansisältöiset ryhmät toisiinsa. Analyysia jatketaan yhdistämällä samansisältöiset kategoriat toisiinsa, jolloin muodostuu yläkategorioita. Yläkategorioille annetaan nimi, joka kuvaa hyvin sisältöä, eli niitä alakategorioita, joista se on muodostettu. Abstrahointia jatketaan yhdistämällä kategorioita niin kauan kuin se on mielekästä. Kategorioiden nimeäminen voi olla vaikeaa, joten nimeämisessä käytetään usein päättelyä. Tällöin kategorioille annetaan nimeksi jokin aikaisemmasta tuttu käsite tai sanapari. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-6.)

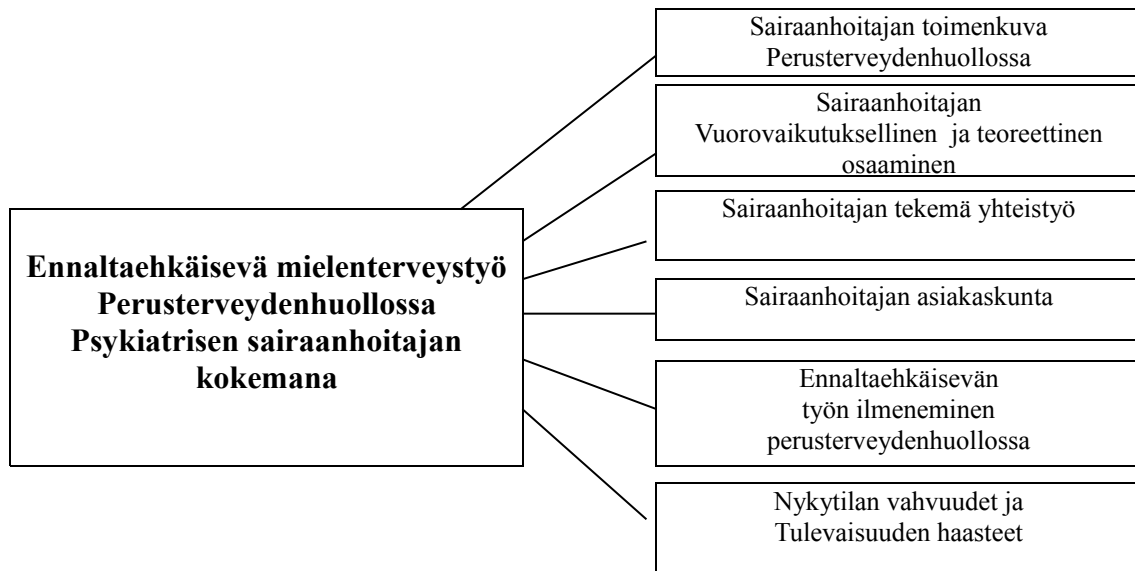
Haastattelujen jälkeen litteroin keräämäni aineiston puhtaaksikirjoittamalla nauhoitukset sanasta sanaan. Litteroinnin jälkeen luin aineistoa läpi useita kertoja ja pyrin löytämään vastauksia tutkimuskysymyksiini. Litteroinnin jälkeen muodostin pelkistettyjä ilmaisuja ja keräsin niitä allekkain Word-tiedostoon. Tämän jälkeen luokittelin aineistoni toistensa poissulkeviin luokkiin. Lopulta yhdistelin samaan aiheeseen liittyviä luokkia toisiinsa ja nimesin ne. Seuraavassa (Kuvio 1) esimerkki luokittelussa.



KUVIO 1. Esimerkki alakategorian muodostumisesta

6 ENNALTAEHKÄISEVÄ MIELENTERVEYSTYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA PSYKIATRISEN SAIRAAHOITAJAN KOKEMANA

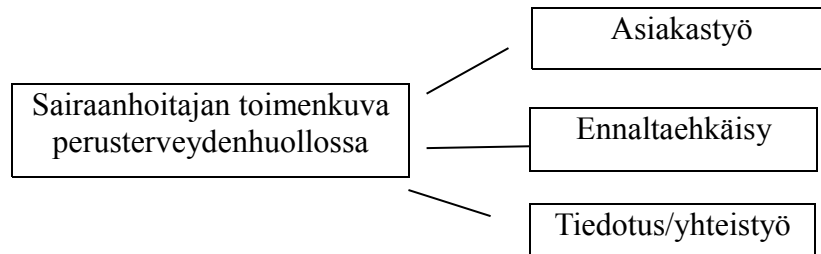
Tässä tutkimuksessa aineiston analyysin perusteella tutkimustuloksiksi muodostui kuusi pääluokkaa, jotka olivat: Sairaanhoitajan toimenkuva perusterveydenhuollossa, sairaanhoitajan vuorovaikutuksellinen ja teoreettinen osaaminen, sairaanhoitajan tekemä yhteistyö, sairaanhoitajan asiakaskunta, ennaltaehkäisevän työn ilmeneminen perusterveydenhuollossa ja nykytilan vahvuudet ja tulevaisuuden haasteet.



KUVIO 2. Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö perusterveydenhuollossa psykiatrisen sairaanhoitajan kokemana.

6.1 Sairaanhoidajan toimenkuva perusterveydenhuollossa

Sairaanhoidajan toimenkuvaa perusterveydenhuollossa kuvattiin käsitteillä asiakastyö, ennaltaehkäisy, tiedottaminen ja yhteistyö.



KUVIO 3. Sairaanhoidajan toimenkuva perusterveydenhuollossa

Tiedonantajat kertoivat tehneensä vastaanottotyötä perusterveydenhuollossa vuoden ajan. He kokivat työnsä olevan pääasiassa vastaanottotyötä, johon heidän oli palkattu. Kuvauksista ilmeni, että tällä hetkellä Oulun kaupungin perusterveydenhuollossa työskentelee kymmenen psykiatrista sairaanhoitajaa, joista seitsemän terveysasemilla ja kolme opiskelijaterveydenhuollossa. Periaatteessa hoitajia on jokaisella Oulun terveysasemalla, mutta ei fyysisesti. Hoitajat käyttävät itsestään nimitystä psykiatrinen sairaanhoitaja, sillä heidän asiakaskuntansa on laajempi kuin depressiohoitajalla.

.. täähän on psykiatrisen sairaanhoidajan vastaanottotyötä ja se painottuu ennaltaehkäisevään työhön.. ja mehän ollaan aika uus ammattikunta tässä terveyskeskuksissa, elikkä perusterveydenhuollossa.. ainaki täällä oulussa.. elikkä semmosen reilun vuoden verran on ollu psykiatrisia sairaanhoitajia terveyskeskuksessa..

me ollaan psykiatrisiasairaanhoitajia ihan just sen takia että meillä on muitaki.. ahdistus ja unettomuus muun muassa mitkä niinkö tuota.. että sen takia ei oo yksistään.. ja se depressio mitä oon niinku kirjallisuuden kautta tutustunu niin se on hyvin strukturoitua niinkö vaikka se ei varmasti koskaan ihmisten kanssa niin strukturoitua oo.. että sillä tavalla niinkö vähän eri tyyppistä ehkä sisällöltään

Sairaanhoitajat kuvasivat, että heidän työnsä painottuu **ennaltaehkäisevään** työhön. Tällä ennaltaehkäisyllä sairaanhoitajat tarkoittivat asiakastapaamisia, hoidollisten ryhmien ja vertaistukiryhmien sekä vetämistä että ohjaamista ja nuorten syrjäytymisen ehkäisyä. Hoitajat kuvasivat tänä päivänä vertaistuen ja vertaistukiryhmien olevan tärkeitä hoidollisia menetelmiä kun ihmisiä autetaan selviytymään mielenterveydellisistä ongelmistaan. Hoitajat kertoivat ohjaavansa asiakkaitaan herkästi erilaisiin vertaistukiryhmiin, sillä vertaistuella uskotaan olevan voimaannuttava vaikutus. Hoitajat kuvasivat mm tällaisia vertaisryhmiä olevan depressiokouluryhmä ja suunnitteilla on myös paniikkikoulu. Ryhmät toimivat siis kohdennettuina siten, että esimerkiksi depressiosta kärsivät henkilöt osallistuvat ryhmiin. Ryhmissä tapahtuva vuorovaikutus, tiedon jakaminen ja toisten samassa tilanteessa olevien tuki nähdään tärkeänä.

.. täähän on psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanottotyötä ja se painottuu ennaltaehkäisevään työhön..

niin tuosta mejän työnkuvasta että.. mä en muistanukkaa sanoa että meille kuuluu myöskin ryhmät.. yksilökäynnit ja ryhmät.. ja meillä on ollu tässä jo muutaman kerran depressiokoulu.. se alkaa taas syksyllä.. tämmönen masentuneille suunnattu koulumuotonen ryhmä.. kokoontuu kymmenen kertaa.. toiveissa ois syksyllä saada tämmönen paniikkikoulu.. siihen on tosiaan vielä tämmönen työkirja vielä työnalla..

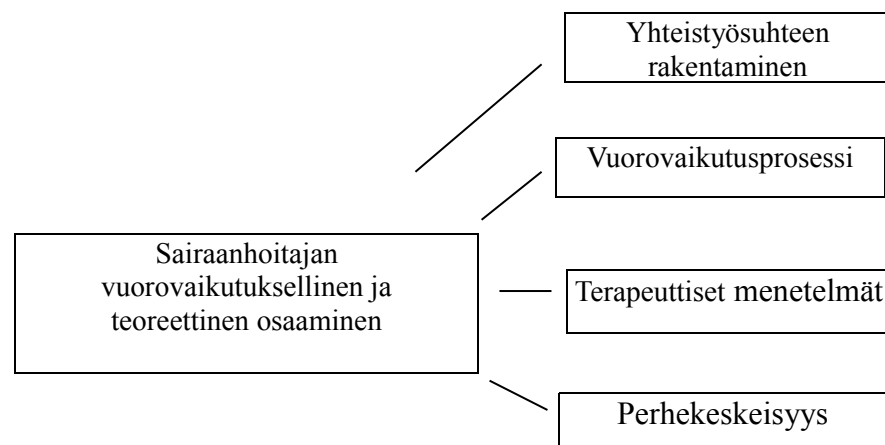
Tiedonantajat kuvasivat, että psykiatrisen sairaanhoitajan tekemä työ kohdentuu etenkin nuoriin ja heidän tilanteisiin. Tänä päivänä kouluilla esiintyy paljon pahoinvointia. Hoitajat kokivat myös, että keskustelujen avulla he pyrkivät ehkäisemään ihmisiä syrjäytymästä.

Tutkimustuloksista ilmeni, että hoitajien työnkuvaan kuuluu lisäksi erilaisiin palavereihin osallistumista ja omasta työstä **tiedottamista** terveysasemalla. Tiedonantajat kertoivat tekevänsä paljon **yhteistyötä** ja olevansa konsultoitavissa

erilaisissa asiakastilanteissa. Heidän mukaansa hoitajan tulee tietää monenlaisista asioista ja ajatella erilaisia verkostoihin liittyviä asioita.

6.2 Sairaanhoidajan vuorovaikutuksellinen ja teoreettinen osaaminen

Hoitajat kuvasivat sairaanhoidajan vuorovaikutuksellisen ja teoreettinen osaamisen sisältävän seuraavia ulottuvuuksia: yhteistyösuhteen rakentaminen, vuorovaikutusprosessi, terapeutitiset menetelmät ja perhekeskeisyys.



KUVIO 4. Sairaanhoidajan vuorovaikutuksellinen ja teoreettinen osaaminen

Yhteistyösuhteen rakentaminen tarkoitti luottamuksellisen vuorovaikutus- ja yhteistyösuhteen muodostamista asiakkaan kanssa. Luottamuksellinen suhde sisälsi asiakkaan kunnioittamisen, kuuntelemisen ja asiakkaan kokonaistilanteen huomioimisen. Asiakkaan kohtaamisessa painottuu työntekijän persoonallisuus ja tapa kohdata asiakas konkreettisessa tapaamistilanteessa. Tapaamista voidaan jäsentää ja auttaa luomalla tilanteesta asiakkaalle rento, jossa hänen on helppo olla ja hän kokee olevansa turvassa. Kokonaistilanteen näkeminen auttaa huomioimaan myös asiakkaan pärjäävä puoli eikä ainoastaan hoidettavaa sairautta tai oireita.

no oma persoonahan se on se tärkein työväline.. se on se väline miten saat sen hoitosuhteen asiakkaan kanssa .. se luottamus.. mulle on hirmu tärkeää että on mahdollisimman semmonen rento ja vapautunut tunnelma.. että tässä tilassa..

tässä huoneessa on heleppo olla.. ja se luottamus on tärkeä tieteenki..

ja tosiaan on hirmu tärkeää että se on semmosta yhteistä työskentelyä.. eli mää en oo joku tässä vähän korkiammalla tuolilla istuva ja tiiän miltä tuntuu ja mitä sun pitäis tehdä.. sitä kautta aukiaa niitä omia näkökulmia ja omien voimavarojen löytymistä ja tunnistamista

kunnioitetaan asiakasta ja aina nähhään se hänen pärjäävä puoli myös ettei tehä hänestä huonompaa sairaampaa ku hän on.. se on tärkeää minun mielestä.. ja tavallaan nihi hän me vedotaan hänenki kans että sää oot tuollonki pärjänny hyvin ja selvinny tästä.. ja nytki mennään.. että varmasti löytyy ne ratkasut

Yhteistyösuhteen alkuvaiheessa tiedonantajat kertoivat kartoittavansa ja arvioivansa kokonaisvaltaisesti asiakkaan tilanteen, yhdessä asiakkaan kanssa. Tilanteen kokonaisvaltaisen kartoittamisen jälkeen etsitään keinoja toipumiselle. Asiakkaan kokemista ongelmista etsitään ja määritellään tavoitteita, mihin keskusteluilla pyritään.

tavoitteitahan pitäis aina olla mutta en tiä tulleeeko ne niin selekiästi sanottua.. kyllä se ylleensä määritettään ja pannaan sinne papereihin ja suunnitelmiinkin että mihin pyritään..

Vuorovaikutusprosessi sisälsi aloitus-, työskentely- ja lopetusvaiheen. Aloitusvaiheessa asiakasta tavataan useammin ja pyritään näin yhteistyösuhteen rakentamiseen ja luottamuksen syntymiseen. Itse vuorovaikutuksessa työskentelyn aikana pyritään ymmärryksen, toivon ja lohdutuksen antamiseen. Tiedonantajien mukaan he tukevat asiakkaitaan havaituissa puolissa puutoksissa. Hoitajat kertoivat että prosessin edetessä asiakkaat oppivat löytämään ja tunnistamaan omia voimavarojaan, jolloin avautuu uusia näkökulmia asioihin. Työskentelyvaiheessa hoitajat pitivät tärkeänä, että asiakkaita tuetaan itseohjautuvuuteen ja opiskelemaan asioita myös itsenäisesti. Tiedonantajat kertoivat antavansa asiakkailleen **kotitehtäviä** ja artikkeleita luettavaksi. Tutkimustuloksista ilmeni, että esimerkiksi monet nuoret asiakkaat tarvitsevat paljon tietoa, mikä on normaalia ja elämään kuuluvaa.

tässä on paljon kaikkia kotitehtäviä joita annan.. ne kovasti työstävät ja erilaisia artikkeita mitä löyän alan lehistä niin minä monistan niitä.. on se sitten sisäinen puhe tai häpeä.. mikä on se ihmisen semmonen proplematiikka..mutta sillä tavalla semmosta itseohjautuvuutta tuen kovasti ja että itse opiskelevat ihmiset .. netin kautta ..

myös semmosta niinku tiedonantamista.. Tavallaan ku on paljon nuoria niin ne tarvii jos on tarpeeksi hyvissä ajoin lähteny liikkeelle mutta pelkästään se tiedonantaminen voi riittää että mikä on normaalia ja mikä kuuluu ihmisen elämään ja tämmönen..

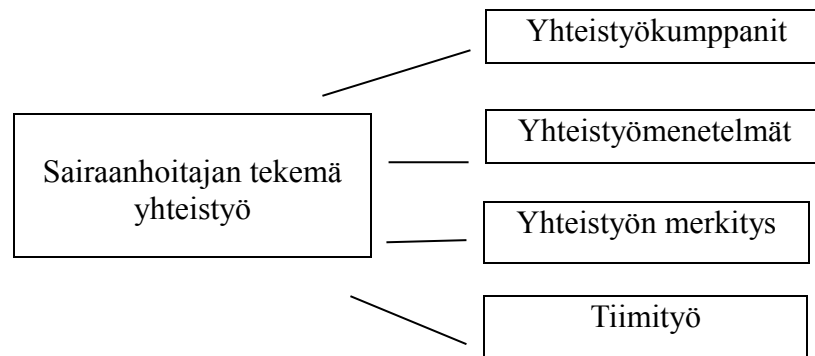
Koska asiakkaat käyvät hoitajan luona korkeintaan kymmenen kertaa ja osa asiakkaista tarvitsee käyntejä enemmän, pitivät tiedonantajat tärkeänä, että tarvittaessa asiakkaalle aletaan etsiä jatkohoitopaikkaa ajoissa. Jatkon turvaaminen koettiin erityisen tärkeäksi.

Tutkimustuloksista ilmeni, että hoitajan ja asiakkaan väliset keskustelut ovat tukikeskusteluja, ei terapeuttisia. Keskustelu onkin yksi hoitajien tärkeimmistä työvälineistä. Hoitajat pitivät tärkeänä osaamistaan terapeuttisten menetelmien ja perhekeskeisyyden suhteen. Paikkaa hakiessa hoitajilta ei ole vaadittu terapiaopintoja, mutta jokainen tiedonantajista kertoi lähestyvänsä asioita ratkaisu- ja voimavarakeskeisesti. Tiedonantajat kokivat tärkeäksi, että heillä on käytössään uusin **teoriatieto** erilaisista hoitomuodoista. Tiedonantajat kokivat että heidän tulisi ottaa työssään enemmän perhekeskeisyys huomioon. Nyt kun opiskelijaterveydenhuoltoon on tullut uusia psykiatrisia sairaanhoitajia töihin, tarkoituksena on että he tapaavat lapsen lisäksi myös heidän vanhempiaan.

perhekeskeistä pitäis olla enempi.. mutta nytkö tulee nämä kouluterveyden sairaanhoitajat nii ei lasta kahenkesken nähä vaan enempi perhettä... eikä nii että jokkaista perheenjäsentä juokсутtaa eri palvelussa.. että mieluummin niinkö sinne kuttua niitä eri asiantuntijoita.

6.3 Sairaanhoidajan tekemä yhteistyö

Sairaanhoidajan tekemään yhteistyöhön sisältyvät käsitteet yhteistyökumppanit, yhteistyömenetelmät, yhteistyön merkitys ja tiimityö.



KUVIO 5. Sairaanhoidajan tekemä yhteistyö

Tutkimustuloksista ilmeni hoitajien tekevän paljon yhteistyötä eri yhteiskunnallisten tahojen kanssa, sillä he haluavat auttaa asiakasta kokonaisvaltaisesti koko hoitajakson ajan. Tärkeimmiksi **yhteistyökumppaneiksi** tiedonantajat määrittivät kollegansa, mielenterveystoimiston ja terveysaseman sisäisen yhteistyön. Muita mahdollisia yhteistyökumppaneita ovat muun muassa Kansaneläkelaitos (Kela), sosiaalitoimi, työvoimatoimisto ja omaiset.

Sairaanhoidajat tapaavat yhteistyökumppaneitaan erilaisissa palavereissa tai ottavat tarvittaessa heihin puhelimitse yhteyttä. Hoitajat kertoivat usein soittavansa eri virastoihin asiakkaidensa puolesta. Kahden viikon välein hoitajilla on aluetyöryhmien konsultaatioaika mielenterveystoimiston kanssa, jossa he tapaavat psykiatrin ja miettivät asiakkaiden jatkohoitoja. Näitä konsultaatioaikoja pidettiin tärkeinä.

paljon soitan ja autan ihmisiä... viranomaisten on kuitenkin usein helpompi hoitaa asioita kun se pienen masentuneen ihmisen.

Yhteistyötä muiden auttajien kanssa pidettiin **merkityksellisenä** ja ulkopuolisten tahojen kanssa tapahtuvaa yhteistyö pääosin toimivaa. Mielenterveystoimiston kanssa

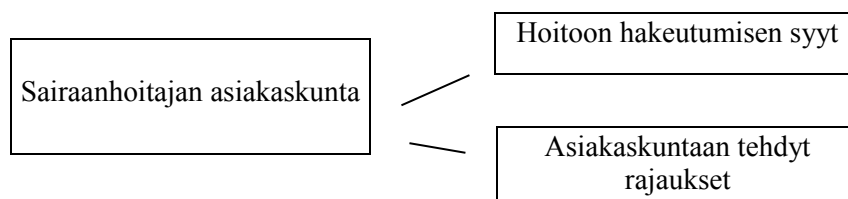
tapahtuvat konsultaatioajat ovat tärkeitä, sillä niissä hoitajat pystyvät tuomaan esiin mahdolliset huolensa asiakkaasta.

mielenterveystoimistohan nyt tulee ensimmäisenä mieleen.. se on tärkeä yhteistyökumppani... meillähän on mielenterveystoimiston kans kahen viikon välein tämmöset konsultaatioajat..äärettömän hyviä.. tärkeitä juttuja.. siellä me pystytään konsultoimaan psykiatria ja myöskin arvioimaan näitä mielenterveystoimiston asiakkuuksia, että kenen.. kuka mahdollisesti tarvitsee tämmöstä asiakkuutta .

Tutkimustulosten mukaan hoitajat tekevät **tiimityötä**. Omalta psykiatristen sairaanhoitajien tiimiltään saama tuki koettiin tärkeäksi. Hankalissa asiakastilanteissa on tarvittaessa mukana kaksi hoitajaa. Tiedonantajat kertoivat oman työnsä vahvuudekseen tiimivastaavansa, joka on asiantunteva ja jolla on halua kehittää ja viedä työtä eteenpäin. Tiimivastaavan he kokivat vahvistavan työn vakiintumista.

6.4 Sairaanhoitajan asiakaskunta

Sairaanhoitajan asiakaskunnassa määriteltiin hoitoon hakeutumisen syyt ja asiakaskuntaan tehdyt rajaukset.



KUVIO 6. Sairaanhoitajan asiakaskunta

Psykiatrisen sairaanhoitajan asiakkuuteen kuuluvilla on jokin mielenterveyteen liittyvä ongelma. Asiakkaalla voi olla muun muassa lievä tai keskivaikea masennus, ahdistusta, paniikkioireita, uniongelmia tai mielialaongelmia. Asiakas on voinut kohdata jonkin elämänkriisin tai hänellä voi olla ongelmia työssä jaksamisen kanssa. Lisäksi hoitajat tapaavat jonkin verran äitejä, joilla on synnytyksen jälkeinen masennus.

sitten tämmösiä aika vaikeitakin monimutkaisia elämäntilannesotkuja.. muutettu ja on tuota kaikki elämä rempallaan..mutta toki siinä on sitten se ahdistus ja masentuneisuuskin mukana..

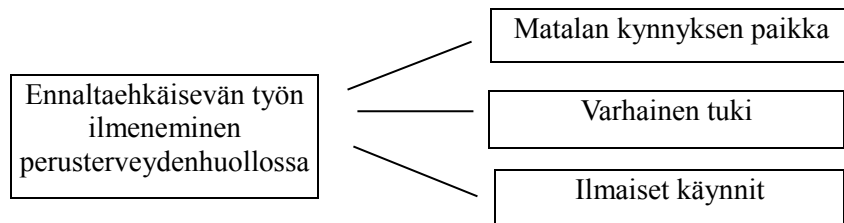
Asiakkaat ovat pääasiassa yksilöasiakkaita, mutta myös puolisoitten tapaaminen on suotavaa. Tutkimuksesta ilmeni suurimman asiakasryhmän muodostuvan työikäisistä. Tutkimustuloksissa kuvattiin työn olevan tarkoitettu pääasiassa työikäisille ehkäisemään liian varhaista eläköitymistä.

Psykiatrisen sairaanhoitajan työn tavoitteena on olla ennaltaehkäisevää, joten hoitajan asiakaskunta on määritelty etukäteen. Tämän vuoksi rajoituksia asiakaskuntaan on tehty jonkin verran. Rajoituksiin kuuluvat muun muassa asiakkaat, joilla on jo pitkä hoitosuhde takana mielenterveystoimistossa ja joilla on jo diagnoosi olemassa. Trauma-asiakkaat ovat usein liian vaikea hoitaa perusterveydenhuollossa, sillä he tarvitsevat usein pitempikestoisen terapiasuhteen. Lasten- ja nuorisopsykiatrisen työryhmä (Lanu) hoitaa pääasiassa alaikäiset asiakkaat ja opiskelijat ovat opiskelijaterveydenhuollon piirissä. Pikkuvauvaperheet hoitaa nykyisin perheneuvola ja perheterapeutti, sillä neuvoloihin on lisätty resursseja.

meidän asiakaskuntahan on niinku määritelty .. ketkä meille kuuluu asiakkuuteen.. se että meidän pitää aina kirkastaa ja muistuttaa että hetkinen että.. että tuota.. esimerkkinä ihan tämmönen.. terapiaresistentti asiakas jolla on pitkä historia jo kokeiltu terapiaa.. niin tuota. Tulee vastaanotolle niin täytyy siinä jotenki rajata heti.. että hetkinen.. mikä on tämän tarkoitus.. ja tavoitteet.. meidän aika kyllä täytyy helposti niinkö semmosesta asiakaskunnasta joilla on jo pitkä kokemus ja on jo oppinu tämmöseen että on terapia..

6.5 Ennaltaehkäisevän työn ilmeneminen perusterveydenhuollossa

Ennaltaehkäisevää työtä kuvattiin sanoilla: matalan kynnyksen paikka, varhainen tuki ja ilmaiset käynnit.



KUVIO 7. Ennaltaehkäisevän työn ilmeneminen perusterveydenhuollossa

Terveysasema mielenterveysasioiden hoitamisessa koettiin matalan kynnyksen paikaksi. Apua ongelmaan on mahdollista saada varhaisessa vaiheessa, soittamalla terveysaseman ajanvaraukseen ja kertomalla elämäntilanteestaan. Ensimmäisen ajan asiakas saa pääasiassa kahden-kolmen viikon sisälle. Asiakkaalle tarjotaan viidestä kymmeneen käyntikertaa, jonka jälkeen kartoitetaan jatkohoitopaikan tarve.

No ne voi käyä kerran viikossa.. harvemmin kylläkään mahdollisuus on siihen.. kahen viikon vällein on suurin.. yleisin se mitä mullakin käy.. mutta voi olla kolmekkin viikkoa väliä.. me aina sovitaan se seuraava aika asiakkaan kanssa yhdessä.. että mitä on tarvis.. jos on hätä ja huono tilanne niin sitten minä sumplin ja kattelen niin että löytyy aika niin että esimerkiksi seuraavalle viikolle löytyy .. joku ruokatauko..

Varhainen tuki koettiin ennaltaehkäiseväksi, sillä tällöin ehditään puuttua ajoissa psyykeeseen vaikuttaviin tekijöihin. Tutkimustuloksista ilmeni, että asiakkaan tilanteen ei tarvitse olla vakava, jotta voi saada apua terveysasemalta.

mää nään että ennaltaehkäisevä on just nimenommaan sitä että sillon ku ihminen ensimmäisen kerran jollakin tavalla ilmasee jollekin auttajalle että hän tarvittis tukea tai apua .. niin se siinä vaiheessa saa sitä..

useinhan niinkö varhaisessa vaiheessa niinkö saatu tuki niinkö vaa sitten useampi lukkoja.. se elämä ei oo menny vielä niinkö kauhian solmuun tai tilanteet ei oo vielä kauhian vaikeita.

no ainaki se että mahollisimman varhasessa vaiheessa pääsis, vaikka ei oo mikkää suuri ongelma.. että se on tärkeä esimerkiksi näille meidän yhteistyökumppaneille ja sairaanhoitajille jotka vastaa puhelimmeen ja antaa niitä aikoja että on tieto että pienissä asioissa voi tulla että ei tarvi olla kauhia katastrofi.. että nooo ei tässä nyt tarvi mittää..

Psykoedukaatiota ennaltaehkäisevässä näkökulmassa pidettiin tärkeänä, sillä tiedonantaminen ehkäisee tulevia ongelmia. Hoitajat jakavat asiakkailleen erilaisia esitteitä ja materiaaleja luettavaksi. Keskustelun koettiin ehkäisevän masennusta ja syrjäytymistä. Masennus tulee herkästi esille muun asian yhteydessä, joten lääkäreiden ja hoitajien tulisi ohjata herkästi asiakkaita psykiatriselle sairaanhoitajalle.

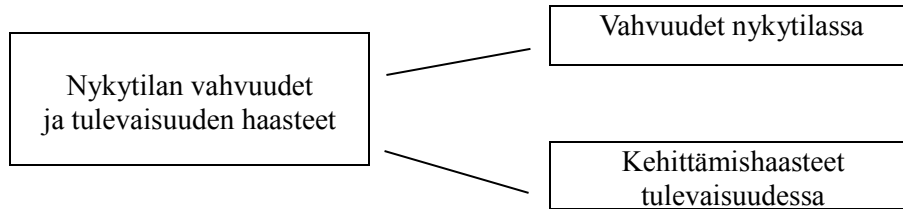
Ilmaiset käynnit ovat yksi ennaltaehkäisevä tekijä, sillä tällöin kaikki voivat hakeutua psykiatriselle sairaanhoitajalle taloudellisesta tilanteesta riippumatta.

Tiedonantajat kokivat mielenterveystyön olevan helposti enemmän korjaavaa kuin ennaltaehkäisevää. Mielenterveystyö on usein oireiden hoitamista. Psykiatriset sairaanhoitajat ovat tulevaisuudessa lisääntyvä ammattikunta terveysasemilla, sillä **ennaltaehkäiseminen** tuo vaikutuksia myös yhteiskunnalle.

6.6 Nykytilan vahvuudet ja tulevaisuuden haasteet

Nykytilan **vahvuuksiksi** koettiin (Kuvio 8) haasteellisuus, uuden oppiminen, asiakkaiden vaihtuvuus, motivoituneet työntekijät, työn tarpeellisuus, ryhmistä saadut hyvät tulokset, paikka alkaa löytyä, oikeanlaisia asiakkaita, työstä saadut tutkimustulokset, palkitsevuus, esimiehen tuki ja toimiva työnohjaus. **Kehittämishaasteiksi** koettiin korkea kynnys, haavoittuva alue, e-käynnit, ennaltaehkäisevä työ, uudet hoitajat, terveysaseman sisäinen yhteistyö, nuoret asiakkaat,

kotikäynnit, jatkohoitopaikkojen saaminen ja yksin työskenteleminen.



KUVIO 8. Nykytilan vahvuudet ja tulevaisuuden haasteet

Työn haasteet ja uuden oppiminen säilyttävät työssä mielekkyyden. Tiedonantajat pitivät asiakkaiden vaihtuvuudesta, kun heille tarjotaan käyntikertoja pitkän hoitosuhteen sijaan. Hoitajat ovat motivoituneita ja innostuneita työstään. Koska työ on uuden luomista, hoitajat eivät uraudu herkästi johonkin vanhaan ja tuttuun malliin.

mutta se että tää on uus.. uus ammattikunta.. me ollaan hyvin innostuneita ja motivoituneita.. meillä ei oo mitään aikasempaa mallia johon ois voinu herkästi urautua.. me ollaan semmonen aika tuore, raikas ammattikunta täällä.. tässä työyhteisössä..

Työ perusterveydenhuollossa on tarpeellista, sillä matalan kynnyksen paikalle on kysyntää. Työllä on hyvät tulevaisuuden näkymät ja perusterveydenhuollon psykiatrisen sairaanhoitajan työn uskottiin laajenevan tulevaisuudessa. Hoitajien vetämistä ryhmistä koettiin saaneen hyviä tuloksia, mikä nähtiin osana ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä. Tiedonantajat kokivat, että heidän paikkansa perusterveydenhuollossa alkaa pikku hiljaa löytyä ja heidän luokseen ohjautuu oikeanlaisia asiakkaita. Psykiatristen sairaanhoitajien työn tarpeellisuus pystytään tänä päivänä osoittamaan myös tutkimustuloksilla.

tulee niinkö tietoa siitä että minkälaisia vaikutuksia tällä työllä on.. esimerkiksi se vantaan kolmiomalli mitä on pystytty sitte jo tutkimaan.. että se on niinkö

pitemmän aikaa .. että nostanu sen että tällä on selkeästi oma paikkansa tällä työllä..

Hoitajan työ on palkitsevaa. Asiakkailtaan saatu palaute koettiin parhaaksi palkitsemiseksi. Asiakkaan toipuessa hoitajat kokevat onnistuneensa työssään. Hoitajaa palkitsee, kun asiakas saa tarvitsemansa avun.

asiakkaan antama palaute on paras.. paras niinkö palkitseminen..joku viesti tulee hymiön kera .. että mä voin paremmin ja mulla on nyt näin ja näin.. se on tosi ihana.. nämä on semmosia välähkyksiä jotka aina antaa voimavaroja tässä työssä..

että näkkee että se ihminen ehkä niinkö jotenki... lähtee jotenki toiveikkaampana ku se on tullu...

Terveysaseman palveluesimies ei tunne sisällöllisesti psykiatrisen sairaanhoitajan työtä. Esimieheltä saatu tuki koettiin kuitenkin riittäväksi. Työn kuvattiin olevan kaikille uutta, myös esimiehille. Esimieheltä saaduksi tärkeäksi tueksi nimettiin työnohjaus ja lisäkoulutukset. Tiedonantajat kuvasivat heillä olevan toimiva työnohjaus. Työnohjauksessa hoitajat käyvät ryhmässä läpi omia kokemuksiaan. Joskus asiakkaasta jää huoli, jolloin tilanne on tärkeää purkaa kollegan kanssa.

Psykiatrisen sairaanhoitajan työ perusterveydenhuollossa on uutta, joten sitä täytyy jatkuvasti kehittää, jotta päästäisiin parhaisiin mahdollisiin tuloksiin. Tiedonantajat kuvasivat työn olevan uuden luomista. Hoitajat kehittävät työtä yhdessä ja työllä on paljon kehittämismahdollisuuksia. Hoitajien mukaan heidän on tärkeää olla mukana niissä asioissa, joita on kehitteillä.

kaikkiin semmosiin.. mitä on menossa.. että oltais mukana niissä tilanteissa.. että mikä se on se meidän osuus siinä.. semmonen niinku tänne yhteiskuntaan päin auki .. että ei niin että me vaan täällä kopissa ollaan .. niinku kaikki sanoo että koppihoito on huonoa että se ei oo kovin vaikuttavaa.. mutta sitä kuitenkin

tarvitaan ihan selvästi.. mutta mitä muuta.. kuitenkin pitäis niinku olla..

Useat asiakkaat kokevat **kynnyksen avun hakemiselle korkeaksi**. Ihmisille on luonteenomaista pyrkiä selviytymään itse. Mielen terveyden hoitamisesta pitäisi tulla luonnollista ja mielen terveydestä tulisi tiedottaa ihmisille enemmän. Mielen terveysasioista tulisi puhua avoimemmin. Tiedonantajat kertoivat keskustelleensa keskenään, että jatkossa muun muassa masennuksesta tultaisiin antamaan erilaisia tietoiskuja ihmisille. Tällöin ihmiset oppisivat ymmärtämään, että masennus on oire niin kuin joku muukin ja masennuksestakin toipuu ja paranee.

se on hyvä että tästä mielenhoitamisestakin tulee enemmän semmonen luonnollinen asia.. toinen käy astmapuhalluksella tai verenpaineenmittauksella.. toinen voi käyä juttelee omasta elämäntilanteestaan.. siitä tehhään semmonen luonnollinen asia..

luulen että ihmisillä on sillai helppo tähän tulla mutta kyllä se vieläki kuulu sieltä että kauhian kauan mietin että tuunko tänne ja että oonko mää jo tässä tilanteessa että mun piti tänne tulla...

Työ terveysasemalla on **haavoittuvainen alue**. Hoitajat kokivat työn kuvan hajoamisen mahdolliseksi, sillä hoitajat ovat eri palveluesimien alaisuudessa. Tällöin vaarana on, että työ muuttuu alueellisesti erilaiseksi. Tiedonantajien mukaan työ voi muuttua ehkäisevästä työstä korjaavaksi, sillä erikoissairaanhoidosta tullaan mahdollisesti tulevaisuudessa siirtämään suuria potilasmääriä terveysasemalle korjaavaan hoitoon. Hoitajan tulee olla vahva, jotta pysyy sovituksessa roolissaan ja yhteistyökumppaneita täytyy muistuttaa työn kuvastaan. Työ terveysasemalla voi jatkossa muuttua mielen terveys toimiston välitilaksi, jos käyntikerrat lisääntyvät kymmenestä kerrasta. Tiedonantajat toivoivat, että työ pysyisi ennaltaehkäisevänä ja keveänä, tällöin työn idea ja ajatus säilyisivät.

me ollaan kaikki erien pemien alla että mitä siellä missäkin aletaan arvottamaan tai nähhään että näitä pittäis hoitaa tai näissä on se tarve .. niin

se voi vähän vääristyä.. ja se voi muuttua alueellisesti erilaiseksi tämä työ.. mikä ei pitäis olla niin.. joka terveysasemalla pitäis saaha samanlaista apua kaikkien kansalaisten ..

Tutkimustuloksista ilmeni, että terveysasemalla on jonkin verran ns. **e-käyntejä**, eli asiakas peruu aikansa viime tipassa tai jättää tulematta kokonaan. Ajat tulisi antaa motivoituneille ihmisille, jotta käyntien vapaaehtoisuus säilyisi. Tiedonantajien kokemuksen mukaan muiden varaamat ajat jäävät usein käyttämättä. Koska puhelimessa tilanteen arvioiminen on vaikeaa, saattaa hoidontarpeenarvioijalla sattua inhimillisiä virhearviointeja.

että ne ihmiset jotka tarvii ja haluaa ja on motivoituneita niin ne pääsis meille.. että ei niitä joita esimerkiksi tietään että työttömien terveystarkastuksesta voi niinku terveydenhoitaja huolestua ja ohjaa ja varaa.. eikä asiakas oookkaan kiinnostunut ja ei sitten tule..

tai että lääkäri määrää tänne tulemaan.. tai voi olla että tulleeikin mutta ei oookaa sitte motivoituneita.. vanhus tulee mieleen joka sanoo että tännekki vielä määrättiin tulemaan ja ei oo itte niinku yhtään kiinnostu miettimään elämänsä että mitä tarttis apua näin nii ja sitten ne käy vaan yhen kerran..

Ennaltaehkäisevä työ nähtiin yhtenä kehityshaasteista. Hoitajien tulisi miettiä, mitä ennaltaehkäisevä työ on ja mitä sen pitäisi olla. Kouluterveydenhuoltoon palkittiin uusia psykiatrisia sairaanhoitajia, joten tärkeää olisi miettiä millaiseen työhön heidät palkattiin ja mikä olisi heille hyödyllistä työtä.

nyt ku palkataan vaan väkeä.. pikkusen on jo sitä huolta ollu.. eikä kukkaan sano että mitä ne tekkee ja mihin niitä palkataan.. ikäänkuin aatellaan että se että on resursseja niin se pelastaa.. mutta sehän ei oo niin.. vaan pitäis miettiä että mitä ne tekkee.. mikä ois hyödyllinen ja vaikuttava työ..

Tutkimustuloksista ilmeni, että **psykiatrisen sairaanhoitajan rooli**

perusterveydenhuollossa herätti keskustelua muiden ammattiryhmien keskuudessa. Vastaanotonhoitajat kokivat että eivät osaa auttaa psykiatrisia asiakkaita ja psykiatriselle sairaanhoitajalle tulee keveimmät asiakkaat. Jotkut kokivat, että sairaanhoitajan pitäisi ennaltaehkäisevän työn sijaan hoitaa sairautta. Psykologit ihmettelivät, miksi palkataan lisää psykiatrisia sairaanhoitajia eikä psykologeja. Laajemman näkemyksen antaminen sairaanhoitajan työnkuvasta on tarpeellista.

*onhan pikkusen tullu semmosta että psykologit ihmettelee että miksi psykiatrisia sairaanhoitajia niin palkataan eikä psykologeja.. mutta se on perusteltu juuri näin että se on sitä ennaltaehkäisevää työtä
mitä sitten tiän että jotkut ihmiset ei ymmärrä että miten sairaanhoitaja voi tehdä ennaltaehkäisevää työtä... että sairaanhoitajien pitäis hoitaa sairautta..
mutta näin ei oo.. siinäki tavallaan semmonen laajempi näkemys on hyvä että tulee ihmisille.. mutta näin se mennee.. monenlaisia puoli tarvitaan.. jokaisen ammattiryhmän sisällä voi olla vaikka minkälaista työtä.. se on tärkeää että määritellään että mitä se työ on..*

Tutkimustulosten mukaan suurin tulevaisuuden kehittämishaaste on saada toimimaan **työ terveysaseman sisällä**. Yhteistyö terveysasemalla ei onnistu tarpeen mukaan, sillä hoitajat kokivat haasteelliseksi lääkäriltä konsultaatioajan saamisen. Tällä hetkellä konsultaatiot tapahtuvat effcaviestillä tai Yle-lehden kautta. Terveysaseman sisällä ei vielä toimi lääkäri-hoitaja-työpari.

Terveysaseman sisäinen järjestelmä ei ole tottunut psykiatrisen sairaanhoitajan tekemään työhön. Terveasemalla työ on hektistä ja päivystysluonteista, kun taas mielenterveystyö vaatii aikaa. Psykiatrisen sairaanhoitajan työ hakee vielä uomiaan terveysasemalla. Mielenterveysasiakkaan elämäntilanteen selvittely vaatii aikaa. Terveysasemalla lääkäriaika on 30min, kun taas mielenterveysasiakkaat vaatisivat aikaa 45-60min. Mielenterveysasiakkaat joutuvat helposti päivystysajalle, jolloin lääkäri tapaa asiakkaan nopeasti. Tällöin kokonaisvaltainen arvio hidastuu, eikä yhteistyö lähde napakasti käyntiin. Usein masennus myös tulee esille muun asian yhteydessä. Tällöin masennukseen ei ehditä ottaa kantaa ensimmäisellä tapaamiskerralla, vaan asiakas tulee

ensiksi psykiatriselle sairaanhoitajalle. Psykiatrisen sairaanhoitajan työn sovittaminen terveysasemalle koettiin haasteelliseksi.

Tänä päivänä **nuorilla esiintyy paljon pahoinvointia**. Kouluille pitäisi löytää pahoinvointia ennaltaehkäiseviä välineitä ja nuorille tarvittaisiin enemmän resursseja, sillä alue koettiin työllistäväksi. Hoitajat kokivat nuorten syömishäiriöiden lisääntyneen. Heillä oli syömishäiriönuorista huolta, sillä heidän mukaansa syömishäiriöt vaikeahoitaisia ja niiden spesiaaliosaamista Oulussa vain vähän.

jotenki mulla on itellä semmonen hassu visio että se pitäis jotenki ihan peruskoulussa jo .. jonnekki terveystiedontunnille saaha jonnekki niinkö jotenki.. suurimmaksi osaksi niinkö tyttöjen ongelma .. jotenki sinne niinkö luontevasti.. sen tyttöyden tunnistamiseen ja hyväksymiseen.. ittensä hyväksymiseen.. jotenki sinne semmosena ryhmämuotosena.. jotenki tavallaan niinku saaha.. ennaltaehkäisevänä saaha.. minusta meillä on liikaa tämmöstä syömishäiriöjuttua täällä.

Tutkimustuloksista ilmeni, että psykiatriset sairaanhoitajat toivoivat pystyvänsä tarjoamaan asiakkailleen **kotikäynnejä**. Kotikäynnit aukaisisivat erilailta asiakkaan elämäntilannetta, kuin keskustelut hoitajan huoneessa. Kotikäynnit ovat neuvottelukysymys, mitkä mahdollistuisivat, jos ne näkyisivät tilaaja-tuottajamallissa. Muun muassa perheen äitien ja isien koettiin hyötyvän kotikäynneistä, sillä heille kotoa irtautuminen voi olla vaikeaa.

kotikäynnit on semmosia jotka aukassee paljon tätä asiakkaan tilannetta.. että tämä kun me istuttaan täällä minun huoneessa niin se voi olla aikalailla se realiteetti siellä kotona toista mitä asiakas viestittää tässä.. ku ollaan vastatusten.

se on neuvottelukysymys.. jos se näkys tilaaja tuottaja mallissa niin se myös meille mahollistus..

esimerkiksi onhan meillä kuitenkin perheenäitejä ja isiä asiakkaina joilla voi olla aika pieniäkin lapsia kotona.. se irtautuminen sieltä kotoa voi olla vaikeaa.. sen vuoksi ei pysty sitoutumaankaan käynteihin koska se lähteminen on hankalaa..

Jatkohoitopaikkojen saaminen koettiin haasteelliseksi, sillä kysyntä ja tarjonta eivät kohtaa. Mielenterveystoimistoon on pitkät jonot ja psykoterapiaan täytyy maksaa omavastuuosuus. Etenkin monilla nuorilla asiakkailla on ollut vaikeutta omavastuuosuuden maksun kanssa.

Osa hoitajista työskentelee terveysasemalla yksin, ilman kollegaa. Tämä nähtiin heikkoutena, sillä tällöin hoitaja on ainoa ammattiryhmänsä edustaja terveysasemalla. Tiedonantajien mukaan työpari on vahvuus.

Tutkimustulosten mukaan jatkossa hoitoa tullaan mahdollisesti porrastamaan. Toiveena olisi saada terveysaseman ja mielenterveystoimiston välille toimintaa. Tällöin hoitosuhteen aloitus ja lopetusvaiheen väliselle työskentelyvaiheelle jäisi enemmän aikaa.

ehkä joku semmonen pari kymmentä käyntiä.. että että.. että siinä kuitenkin pystys jo kuitenkin vähä enempi .. ku aina on se alotusvaihe ja lopetusvaihe niin tavallaan työskentelyyn ois sitte.. mutta emminä tiä.. tuommonen heitto.

Tiedonantajat kehittävät työtä pitämällä itsensä vireessä, opiskelemalla uusia asioita ja tuomalla asioita julki. Itsensä kehittämistä ja halua työn kehittämiseen pidettiin tärkeänä. Hoitajat arvioivat omaa työtään ja miettivät työtapojaan. Tiedonantajat kertoivat kuuntelevansa asiakkailta ja työkavereilta palautetta ja miettivät sen pohjalta omia työtapojaan.

Tiedonantajille tarjotaan erilaisia lisäkoulutuksia, mitkä antavat hoitajalle lisää resursseja, joiden avulla uskaltaa ottaa isompia haasteita vastaan.

7 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia ja saada kuvaus siitä, millaista työtä psykiatriset sairaanhoitajat perusterveydenhuollossa tekevät, millaisia kokemuksia heillä on työstään ja millaisia kehittämishaasteita he työllensä näkevät. Tutkimustulosten perusteella yläluokiksi nousivat sairaanhoitajan toimenkuva perusterveydenhuollossa, sairaanhoitajan vuorovaikutuksellinen ja teoreettinen osaaminen, sairaanhoitajan tekemä yhteistyö, sairaanhoitajan asiakaskunta, ennaltaehkäisevän työn ilmeneminen perusterveydenhuollossa ja nykytilan vahvuudet ja tulevaisuuden haasteet. Tarkastelen yläluokista saatuja tuloksia kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimustulosten avulla.

Tämän tutkimuksen mukaan hoitajien toimenkuvaan kuuluu yksilökäyntien lisäksi hoidollisten ryhmien vetäminen. Hoitajat kertoivat työnkuvaansa kuuluvan depressiokoulun vetämisen. Masto-hankkeeseen liittyvän selvityksen mukaan depressiokoulut ovat osoittautuneet masennuksen ehkäisyssä toimivaksi hoitomuodoksi. Depressiokouluista toivotaan masennukseen ennaltaehkäisevää työkalua ja lievien- ja keskivaikeiden masennuksien hoidon tukimuotoa. Depressiokoulu on tällä hetkellä käytössä muutamilla terveysasemilla, joista valtaosa sijaitsee Etelä- Suomessa. Depressiokouluista on todettu olevan hyötyä muun muassa stressistä ja uupumuksesta kärsiville henkilöille. He oppivat ryhmässä tunnistamaan voimavarojaan, saavat uusia näkökulmia asioille sekä kohtaavat samojen ongelmien kanssa painiskelevia henkilöitä. Sosiaali- ja terveysministeriön lääkintäneuvos Maria Vuorilehdon mukaan depressiokouluja tulisi saada laajemmalti terveysasemille, sillä malli sopii hyvin perusterveydenhuoltoon. Malli estää masennusta vakavoitumasta, palauttaa potilaan toimintakykyä ja vähentää ennaltaehkäisevästi potilasmäärää psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Vuorilehdon mukaan este mallin leviämislle on se, että masennusta on tähän saakka hoidettu yksilökeskeisesti, eikä masennuksen ennakoiviin oireisiin, kuten stressiin ja näköalattomuuteen ole puututtu ajoissa. (Kähkönen 2010, hakupäivä 14.10.2011.)

Tässä tutkimuksessa ilmeni, että psykiatrisen sairaanhoitajan asiakkuuteen kuuluvilla on usein lievä- tai keskivaikea masennus, ahdistusta ja paniikkioireita. Vuorilehdon tutkimuksen mukaan monihäiriöisyys masentuneilla on yleistä. Hänen tutkimukseensa osallistuneista 137 henkilöstä vain 12 % oli ainoastaan masennus. Yleisimpiä häiriötä masennuksen rinnalla olivat ahdistuneisuus, persoonallisuushäiriö ja krooninen somaattinen sairaus. (Melartin 2010. Hakupäivä 14.10.2011.) Tästä tutkimuksesta ei ilmennyt päihteitä käyttävien asiakkaiden yleisyys psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla. Depressiohoitaja tarvitsee osaamista myös päihdetyön alueella, sillä päihteiden käyttöön saattaa liittyä masennustilan kaltaisia depressiivisiä oireita. Hoitajan tulee tunnistaa päihteiden suurkulutus ja hallita päihdeongelmien hoitoon liittyvät perusinterventiot. (Käypä hoito 2010, hakupäivä 31.10.2011.)

Tästä tutkimuksesta ilmeni, että sairaanhoitajilla on toimiva ryhmätyönohjaus ja he pitävät sitä tärkeänä. Työnohjauksessa hoitajat voivat jakaa työ- ja tunnekuormaansa rohkaisevassa ilmapiirissä. Työnohjauksessa tunnistetaan työyhteisön voimavarat sekä mietitään ratkaisuja tavoitteille. Työnohjaus voidaan nähdä myös osana työyhteisön kehittämisprosessia, mikä tuo uusia näkökulmia, pitkäjänteisyyttä ja uusia vaihtoehtoja perustehtävän toteuttamiselle. Jokainen työyhteisö voi valita tarvitseeko yksilö- vai ryhmätyönohjausta. Samalla voidaan pohtia, mihin työnohjausta juuri nyt tarvitaan. Ryhmätyönohjaus ei kuitenkaan poissulje yksilötyönohjauksen tarvetta hoitosuhdetyöskentelyn tukena. (Koski, Gothoni & Hurskainen 2005, hakupäivä 22.10.2011.)

Tutkimuksestani ilmeni, että kynnys avun hakemiselle mielenterveysasioissa on korkea. Mielenterveysseuran SOS-kriisikeskuksen kesällä 2011 toteuttaneen nettikyselyn mukaan avun saaminen mielenterveyden ongelmiin on hankalaa ja avun hakeminen koetaan leimaavana. Vastaajista 65 prosenttia koki avun hakemisen vaikeana tai melko vaikeana ja 50 prosenttia koki avun hakemisen leimaavana. Vastaajat kaipaivat uudistuksia mielenterveyspalveluihin ja palveluiden saamisen tulisi olla helpompaa ja nopeampaa. Mielenterveyden ammattilaisia tarvittaisiin enemmän, aukioloaikoja pitäisi väljentää ja matalan kynnyksen paikkoja tulisi olla enemmän. (Suomen

Mielenterveysseura 2011, hakupäivä 22.10.2011.)

Tutkimukseni mukaan psykiatrisen sairaanhoitajan ja terveyskeskuslääkärin yhteistyötä tulisi kehittää perusterveydenhuollossa. Tällä hetkellä sairaanhoitajat saavat lääkäriltä konsultaatiota lähinnä Efficia-viestien ja Yle-lehden kautta. Myös Tarja Melartinin Vantaan kolmiomalliin liittyvän tutkimuksen mukaan psykiatrasta konsultaatiota tulee kehittää. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan perusterveydenhuoltoon tarvitaan vahvaa depression tunnistamista ja hoidon osaamista, johon kuuluvat hoitava omalääkäri ja psykiatri. (Melartin 2010, hakupäivä 14.10.2011.)

Mielestäni kiinnostavia jatkotutkimusaiheita voisivat olla asiakkaiden kokemukset psykiatrisella sairaanhoitajalla käymisestä. Lisäksi mielenkiintoista olisi tietää, millaiseksi yhteistyökumppanit kokevat yhteistyön perusterveydenhuollossa työskentelevien psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Jatkossa voisi myös tehdä uudelleen saman tutkimuksen ja verrata saatuja tutkimustuloksia.

8 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla psykiatrisen sairaanhoitajan kokemuksia työstään perusterveydenhuollossa sekä saada tietoa työn kehittämishaasteista. Tavoitteenani oli saada perusterveydenhuollossa työskentelevän psykiatrisen sairaanhoitajan työ näkyvämmäksi. Mielestäni sain riittävästi tietoa psykiatrisen sairaanhoitajan työnkuvasta ja kehittämishaasteista, joita pyrin vertailemaan muihin aiemmin tehtyihin tutkimuksiin.

8.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimukset sisältävät suuren määrän erilaisia päätelmiä, joten tutkimusprosessin aikana tutkijan etiikka joutuu usein koetukselle. Eettisiä ongelmakohtia prosessin aikana voivat olla esimerkiksi tutkimuslupaan liittyvät kysymykset, tutkimusaineiston keruuseen liittyvät ongelmat, tutkimuskohteen hyväksikäyttö, tutkimukseen osallistumiseen liittyvät ongelmat sekä tutkimuksesta tiedottaminen. Tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavan ihmisarvoa. Tutkittavaa ei saa loukata eikä hänelle saa aiheuttaa vahinkoa. Tutkijan tulee miettiä mitä hyötyä tai haittaa tutkittavalle tutkimuksesta on, miten tutkittavan yksityisyys ja luottamuksellisuus turvataan. Arkaluontoisia tietoja kootessa tutkijan tulee miettiä tarvitseeko todella tietoa. Tutkittavalle tulee antaa riittävästi tietoa tutkimuksen luonteesta ja tavoitteesta. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista. Tutkimustietoja julkistaessa tulee säilyttää anonymiteettisuoja ja luottamuksellisuus. Tutkittavien henkilöllisyys ei saa paljastua tuloksia julkistaessa. (Eskola & Suoranta 2005, 52, 56-57.)

Opinnäytetyön tutkimukselle hain tutkimuslupaa, jonka minulle myönsi Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen palvelujohtaja Tuula Tähtinen. Tutkimuslupahakemukseen liitin tutkimussuunnitelman. Kolmen viikon valitusajan jälkeen hyväksytty tutkimuslupa tuli voimaan lainvoimaisesti.

Pyytäessäni hoitajia mukaan tutkimukseeni kerroin heille, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää halutessaan ilman perusteluja

haastatteluvaiheessa. Kaikki tutkimukseeni osallistuneet hoitajat osallistuivat siihen vapaaehtoisesti. Ennen haastattelua pyysin hoitajilta myös kirjallisen suostumuksen aineiston keräämiseen. Kerroin myös, että pyrin parhaalla mahdollisella tavalla minimoimaan hoitajien tunnistettavuuden tutkimuksessa. Kerroin hävittäväni haastattelumateriaalin välittömästi analyysin jälkeen. Ennen haastattelua kävin hoitajien kanssa läpi tutkimuksen taustan ja tavoitteet. Haastattelut pohjautuivat hoitajille toimittamaani teemahaastattelurunkoon, johon hoitajat olivat perehtyneet etukäteen. Pyrin minimoimaan hoitajien tunnistettavuuden, mutta analyysivaiheessa pohdin, miten saan suojattua hoitajien yksityisyyden. Haastatteluja tehdessäni huomasin, että hoitajat puhuvat ja pohtivat asioita paljon keskenään, joten mietin, tunnistavatko hoitajat toisensa suorista haastatteluotteista.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa olennaista on henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkimuksen toteuttamisen tarkka selostus, mikä koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. Haastattelututkimuksessa kerrotaan aineistonkeruun olosuhteista ja paikoista sekä haastatteluihin käytetty aika, häiriötekijät, virhetulkinnat ja tutkijan itsearviointi tilanteesta. Keskeistä laadullista aineistoa analysoidessa on luokittelujen tekeminen. Lukijan tulisi saada tietää perusteet luokittelulle. Luotettavasta tutkimuksesta käy ilmi millä perusteella tutkija on tehnyt tulkintansa ja miten hän perustelee päätelmänsä. Lukijaa voi auttaa muun muassa suorilla haastatteluotteilla. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.)

Tutkimuksessani haastattelin teemahaastattelun avulla kolmea perusterveydenhuollossa työskentelevää psykiatrista sairaanhoitajaa. Hoitajat olivat kaikki työskennelleet vuoden verran terveysasemalla. Sain tutkimukseeni kolme vapaaehtoista hoitajaa, vaikka tavoitteenani oli neljän hoitajan haastattelemine. Koin tärkeäksi, että tutkimuksessani säilyy vapaaehtoisuus, joten en halunnut alkaa houkuttelemaan lisää hoitajia tutkimukseeni. Haastattelujen aikana pyrin selventämään kysymyksiäni, jos hoitaja ei ymmärtänyt mitä kysymykselläni alun perin hain. Mielestäni hoitajat ymmärsivät keskenään kysymykseni suurin piirtein samalla tavalla. Hoitajat olivat hyvin perehtyneet aiemmin toimittamaani teemahaastattelurunkoon, joten he olivat miettineet

etukäteen mistä aikovat haastattelun aikana puhua. Yhdelle hoitajista unohdin valitettavasti toimittaa teemahaastattelurungon perehdyttäväksi, sillä hänen kanssa sovimme haastatteluajan puhelimitse. Muiden haastateltavien kanssa sovimme haastatteluajan sähköpostitse, jolloin automaattisesti laitoin liitteeksi haastattelurungon. Haastattelujen aikana aikaa oli riittävästi, sillä hoitajat olivat valmistautuneet haastatteluun, joten haastattelujen aikana heidän ei tarvinnut miettiä kysymyksiäni pitkään.

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. Tutkijan rehellisyys vaikuttaa hänen tekoihinsa, valintoihinsa ja ratkaisuihinsa. Jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla tutkijan tulee arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Näin tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan jokaisessa tutkimusvaiheessa. Tutkimustekstissä tutkijan tulee pystyä kuvaamaan ja perustelemaan, mistä valintojen joukosta teki valintansa, mitä ratkaisut olivat ja miten hän päätyi lopullisiin ratkaisuihin. Tutkijan tulee arvioida tavoitteiden pohjalta ratkaisujen todenmukaisuutta ja toimivuutta. Jokainen laadullinen tutkimus on kuitenkin ainutkertainen, joten tutkimusta ei voida toistaa sellaisenaan. Vaikka luokittelu- ja tulkintasäännöt esitettäisiin yksityiskohtaisesti, voi toinen tutkija päätyä erilaisiin tuloksiin luokitellessaan ja tulkitessaan tutkimusaineistoa. Syitä tähän saattaa olla tutkijan laajempi teoreettinen perehtyneisyys ja esiymmärrys tutkittavaan aiheeseen kuin muilla tutkijoilla. Kuitenkin toisten tutkijoiden pitäisi pystyä löytämään samoilla tulkintasäännöillä muiden tulkintojensa ohella myös tutkijan tekemä tulkinta. Muuten voidaan epäillä tutkijan tekemiä luokittelu- ja tulkintasääntöjä tai hänen kykyään esittää tutkimuskäytännöt niin että muutkin ymmärtäisivät tutkimuksen mielen. Jotta tutkimuksella olisi merkitystä alan tutkimuskentässä, tulee tutkimuksella olla jonkinlainen toistettavuus. (Vilka 2005, 158-160.)

8.3 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessini kesti vuoden ajan. Aiheeni varmistui marraskuussa 2010, kun keskustelin vaihtoehtoista psykiatrisen hoitotyön opettajan kanssa. Olin aikaisemmin eri aiheita pohtiessani miettinyt tekeväni tuotteena oppaan synnytyksen jälkeisestä masennuksesta, mutta pikku hiljaa huomasin sen olevan liian suuritöinen yksin

tehtäväksi. Opettajani ehdotti laadullisen tutkimuksen tekemistä ja huomasin sen soveltuvan itselleni paremmin. Työni on kulkenut koko prosessin ajan nimellä Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan kokemana.

Syksyllä 2010 varmistui perusterveydenhuollon psykiatristen sairaanhoitajien kiinnostus tutkimustani kohtaan. Aloin heti etsiä aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja kirjallisuutta sekä työstin opinnäytetyön viitekehystä. Käyttämiäni tietokantoja olivat mm. Medic-, Nelli-, Terveysportti ja Leevi-tietokannat. Pyrin etsimään mahdollisimman uutta tietoa, mikä onnistuikin hyvin. Huomasin kiinnostukseni aihetta kohtaan suureksi, mutta muiden opintojen vuoksi aikaa ei ollut käytettävissä niin paljon kuin olisin mielestäni tarvinnut. Esitin viitekehýkseni tammikuussa 2011.

Tammi- huhtikuussa 2011 työstin opinnäytetyön tutkimussuunnitelmaa ja teemahaastattelurunkoa. Kesäkuussa sain tutkimusluvan ja haastattelin kolmea hoitajaa. Haastattelujen jälkeen litteroin välittömästi aineiston. Aineiston litterointi sujui nopeasti asettamani aikataulun mukaan, mutta aineiston analysointi osoittautui haastavaksi ja aikaa vieväksi.

Opinnäytetyöprosessini on edennyt varsin nopeasti. Koulullamme tehdään yleensä opinnäytetöitä lähes koko opintojen ajan, kolmeen osaan pilkottuna. Minulle sopi hyvin, että teen työn tiiviisti lyhyellä aikavälillä. Olen ollut tyytyväinen, että teen opinnäytetyötä yksin, jotta pystyn tekemään sitä silloin kun omaan aikatauluuni parhaiten sopii. Toisaalta työpari voisi nähdä asioita eri tavalla ja tuoda työhön monipuolisemman näköalan.

Opinnäytetyöprosessi on ollut aikaa vievä mutta kiinnostava. Tämä tutkimus oli minulle ensimmäinen, joten kaikki työhön liittyvät vaiheet on ollut uutta. Luulen, että tulen jatkossa opiskelemaan lisää ja tekemään myös muita tutkimuksia. Silloin näistä tutkimuksen aikana saaduista opeista tulee olemaan hyötyä.

Tämä tutkimus avarsi minulle avoterveydenhuollossa työskentelevän psykiatrisen sairaanhoitajan työnkuvaa. Hoitajan työ on itsenäistä, monipuolista ja palkitsevaa. Jo

tutkimuksen teon alkuvaiheessa huomasin itselläni olevan kiinnostusta jatkossa työskennellä perusterveydenhuollossa. Haluan kuitenkin vielä tässä vaiheessa, nuorena ja melko kokemattomana hoitajana työskennellä osastolla, jossa samaa potilasta tapaa useampi hoitaja. Tällöin minulla ei ole yksin niin suurta vastuuta. Jatkossa kuitenkin haluaisin työskennellä avopuolella, mahdollisesti juuri terveysasemalla.

Haluan kiittää niitä psykiatrisia sairaanhoitajia, jotka olivat valmiita antamaan aikaansa ja jakamaan arvokkaita kokemuksiaan työskentelystä perusterveydenhuollossa. Siten opinnäytetyöni teko mahdollistui.

LÄHTEET

Bäckmand, H. & Lönnqvist, J. 2009. Teoksessa Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 7.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus. 15-16, 52, 56-57, 61-62, 85-86.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2007. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa (toim.) Aaltola, J. & Valli, R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 2. korjattu ja uudistettu painos. 25.

Heiskanen, T., Salonen, K., Kitshener, B. & Jorm, A. 2008. Käsikirja mielenterveydestä ja ensiavusta. 2. Uudistettu painos. Suomen mielenterveysseura. 14-15, 27.

Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Suomen mielenterveysseura. 20-21.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. 161, 204-205, 207-209, 211, 221, 231-232.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. 72-73, 184-185.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. 161, 204-205, 207-209, 211, 221, 231-232.

Honkanen, H. 2009. Neuvola mielenterveyden edistäjänä. Teoksessa (toim.) Kylmä, J., Nikkonen, M., Kinnunen, P. & Korhonen, T. Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet? 33-34.

Huovila, L. 2004. Masennustilat- inhimillistä kärsimystä ja kansantauti. Mielenterveys- Mielenterveyden asiantuntijalehti. 5/2004. 17.

Hyvönen, S. 2005. Perusterveydenhuollossa tehdään omaleimaista mielenterveystyötä. Sairaanhoidajaliitto. Hakupäivä 15.12.2010.
[Http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/5_2005/vaitos/perusterveydenhuollossa_tehdaan/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/5_2005/vaitos/perusterveydenhuollossa_tehdaan/).

Improving health systems and services for mental health, World Health Organization. 2009. Hakupäivä 1.4.2011.
[Http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774_eng.pdf).

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001 Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 23.

Kangas, R. 2009. Depressiohoitaja saa masennuksen kuriin. Hakupäivä 2.4.2011.
[Http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/depressiohoitaja+saa+masennuksen+kuriin/a326184](http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/depressiohoitaja+saa+masennuksen+kuriin/a326184).

Kinnunen, P. 2009. Mielenterveys ja siihen yhteydessä olevien tekijöiden huomiointi nuorten mielenterveyden edistämässä. Teoksessa (toim.) Kylmä, J., Nikkonen, M., Kinnunen, P. & Korhonen, T. Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet?. 59-60.

Kilkku, N. 2009. Mielenterveyden edistäminen osana hoidollista vuorovaikutusta. Teoksessa (toim.) Kylmä, J., Nikkonen, M., Kinnunen, P. & Korhonen, T. Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet?. 103.

Koski, A., Gothoni, R. & Hurkainen, P. 2005. Työnohjaus osana työyhteisön kehittämistä. Sairaanhoidajaliitto 3/2005. Hakupäivä. 22.10.2011. [Http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/3_2005/muut_artikkelit/tyonohjaus_osana_tyoyhteison_keh/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/3_2005/muut_artikkelit/tyonohjaus_osana_tyoyhteison_keh/).

Kylmä, J., Nikkonen, M., Kinnunen, P. & Korhonen, T. 2009. Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet. 9.

Kähkönen, E. 2010. Masto hanke masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi. Depressiokouluja terveyskeskuksiin. Hakupäivä. 14.10.2011. [Http://www.tartumasennukseen.fi/aineistopankki/esityksiajapuheita/depressiofoorumi2010/depressiokouluja_terveyskeskuksiin](http://www.tartumasennukseen.fi/aineistopankki/esityksiajapuheita/depressiofoorumi2010/depressiokouluja_terveyskeskuksiin).

Käypä hoito 2010. Depressio. Käypä hoito- suositus. Hakupäivä. 31.10.2011. [Http://www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).

Lehtinen, V. & Taipale, V. 2005. Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito. Duodecim. Hakupäivä 9.1.2011. [Http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054).

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede. No 1, 5-6.

Kähkönen, E. 2010. Masto- hanke masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi. Depressiokouluja terveyskeskuksiin. Hakupäivä 14.10.2011. [Http://www.tartumasennukseen.fi/aineistopankki/esityksiajapuheita/depressiofoorumi2010/depressiokouluja_terveyskeskuksiin](http://www.tartumasennukseen.fi/aineistopankki/esityksiajapuheita/depressiofoorumi2010/depressiokouluja_terveyskeskuksiin).

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2007. Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus. 26, 28, 30-32.

Melartin, T. Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa- tehoa masennuksen hoitoon kolmiomallilla. 2010. Hakupäivä 14.10.2011

Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories, European Commission. 2006. Hakupäivä 1.4.2011.

[Http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_a02_30_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_a02_30_en.pdf).

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, muutos 954/1992.

Mll:n terveyden edistämisen ohjelma 2009-2015. Hakupäivä 2.4.2011
[Http://www.mll.fi/ajankohtaista/terveyden_edistamisen_ohjelma/](http://www.mll.fi/ajankohtaista/terveyden_edistamisen_ohjelma/).

Noppiari, E. , Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Tammi. 21, 32-33, 47-48.

Salonen, K. 2005. Näe ihminen- älä leimaa. Mielenterveys- mielenterveyden asiantuntijalehti 2/2005. 17.

Sohlman, B., Immonen, T. & Kiikkala, I. 2005. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005):2 Ongelmallinen mielenterveys. 210.

Stengård, E., Savolainen, M., Sipilä, M. & Nordling, E. 2009. Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa. Aineistoa suunnittelun tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Jyväskylä: Gummerus. 5, 7, 9-11, 13,15, 18.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Mielen terveyspalvelut. Hakupäivä 9.1.2011.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto/mielen_terveyspalvelut

Suomen Mielen terveysseura. 2004. Mielen terveys tarvitsee päättäjiä. Mielen terveysseuran tiedotussarja 1/2004. 2. Uusittu painos. 9.

Suomen Mielen terveysseura. 2011. Tiedotteet. Mielen terveysseura selvitti: Mielen terveyspalveluiden käyttö koetaan leimaavaksi. Hakupäivä 22.10.2011.
[Http://www.mielen_terveysseura.fi/tiedotus_ja_julkaisut/tiedotteet/mielen_terveysseura_selvitti_mielen_terveyspalveluiden_kaytto_koetaan_leimaavaksi.html](http://www.mielen_terveysseura.fi/tiedotus_ja_julkaisut/tiedotteet/mielen_terveysseura_selvitti_mielen_terveyspalveluiden_kaytto_koetaan_leimaavaksi.html).

THL. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2007. Mielen terveyden edistäminen. Hakupäivä 29.11.2010. [Http://groups.stakes.fi/MTR/FI/mtervedistaminen.htm](http://groups.stakes.fi/MTR/FI/mtervedistaminen.htm).

Toikka, S., Hastrup, A. & Solantaus, T. 2005. Ennaltaehkäisevä mielen terveys työ perustason työssä. Aiheita 8/2005. Stakes.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-4. painos. Jyväskylä: Gummerus. 73, 77-78, 105.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. 23.

Vuorinen, J. 2008. Depressiohoitaja saa ajoissa masennuksesta kiinni. Mielen terveys- mielen terveyden asiantuntijalehti. 24-25.

LIITTEET

Haastattelun teemarunko

LIITE 1/

TYÖNKUVA:

Kuvaile, mitä työsi sisältää? Kerro esimerkkejä.

Millaisia asiakkaita autat? Miten autat asiakkaita? Mitä menetelmiä käytät auttaessasi asiakkaita?

Mitä ymmärrät mielenterveyden edistämisellä omassa työssäsi?

Mitä ymmärrät ennaltaehkäisevällä mielenterveystyöllä omassa työssäsi? Kerro esimerkkejä näistä.

Millaisia odotuksia sinulla oli työtä kohtaan?

Onko työ vastannut odotuksia?

KOKEMUKSET:

Kenen kanssa teet yhteistyötä?

Millaiseksi koet yhteistyön muiden tahojen kanssa?

Millaista tukea saat esimieheltä työhösi?

Millä tavoin työ palkitsee?

KEHITTÄMISHAASTEET:

Millaista kehittämistä tarvittaisiin?

Miten sairaanhoitaja voi kehittää työtä?

Millaiset tulevaisuuden näkymät työlläsi on?

Mitä mahdollisuuksia työlläsi on?

Mitä uhkia työlläsi on?

Nykytilan vahvuudet?

Nykytilan heikkoudet?