

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2013

Satu Pietilä

SAIRAAHOITAJAN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEOSAAMINEN

- alueellisen erikoissairaanhoidon sairaaloiden ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoilla



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala | Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Toukokuu 2013 | sivumäärä 58+11

Ohjaaja Ritva Laaksonen-Heikkilä ja Pia Suvivuo

Satu Pietilä

SAIRAANHOITAJAN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEOSAAMINEN

- alueellisen erikoissairaanhoidon sairaaloiden ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoilla

Kehittämiprojektin lähtökohdat pohjautuivat: 1) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategian (2007-2015) hoitoreitit – hankkeen toimivuuteen mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa, 2) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen toimintasuunnitelman (2009) alkoholin, masennuksen ja psykoosin tunnistamiseen hoitotyössä, 3) sairaanhoitaja (amk) opetussuunnitelman (2010) mielenterveys- ja päihdetyön osaamistavoitteisiin.

Soveltavan tutkimuksen tarkoitus oli kartoittaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueellisen erikoissairaanhoidon sairaaloiden (Vakka-Suomi, Salo, Loimaa ja Turunmaa) ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoiden sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytila ja tulevaisuuden tarve. Kehittämiprojektin tavoite oli koota kartoituksen pohjalta mielenterveys- ja päihdeosaamiseen koulutusinterventio suunnitelma.

Menetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, joka oli koottu taustatietojen pohjalta (Likert asteikolle 0-5). Kyselyaineisto kerättiin sairaanhoitajilta Webropol – ohjelmalla (N=117, vastausprosentti 34,2). Aineiston analysoinnissa käytettiin induktiivista ja deduktiivista sisällön analysointia.

Tulokset: Mielenterveys- ja päihdeosaamisen tarvetta on muun muassa: yhteistyöosaamisessa, ammatillisessa ohjaamisessa, näyttöön perustuvassa tiedossa, hoitotyön toimintojen osaamisessa sekä AUDIT- ja DEPS- testien käyttämisessä että paikallisen tason mielenterveys- ja päihdehoitostrategiassa. Mielenterveys- ja päihdeosaamisen aihealueet koulutusinterventio suunnitelmaan.

Johtopäätökset: Tämän kehittämiprojektin tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää: Paikallisen tason moniammatillisessa mielenterveys- ja päihdehoitostrategian päivityksessä ja selvitettyä alueellisen erikoissairaanhoidon sairaaloiden päihdepsykiatrisen sairaanhoitajan tehtävää esim. yhdyshenkilönä.

Avainsanat: Ensiapu- ja vastaanottopoliklinikka, mielenterveysosaaminen ja päihdeosaaminen sekä perus- ja erityisosaaminen

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care | Degree Programme in Management and Leadership in Health Care

May 2013 | Total number of pages 58+11

Instructor Ritva Laaksonen-Heikkilä and Pia Suvivuo

Satu Pietilä

COMPETENCE OF NURSES CARING FOR PATIENTS WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS IN THE SOMATIC UNITS

Background:The data of this study project is based on: 1) The feasibility of the strategy of the Hospital District of Southwest Finland (2007-2015) "Project – caring routes" in the care of patients with mental health issues or substance abuse problems. 2) The Health Propagation strategy of the Hospital District of Southwest Finland as for the identifying of alcohol problems, depression and psychosis in relation to care. 3) The aimed level of skills in the curriculum of nurses' training (2010) (University of Applied sciences) in caring for patients with mental disorders or substance abuse problems.

Aim:The aim of this study is to describe the nurses' present competences in mental health issues as well as substance abuse problems and lay out future needs. The study covered the nurses working in First care units and in outpatient wards in The Hospital District's specialized health care services. (i.e. the District Hospitals in Vakka-Suomi, Salo, Loimaa and Turunmaa) The study aims to give background for a plan to develop a further training intervention.

Methods: A structured questionnaire was used as a measurement tool that was developed on the basis of background information. (Likert 0-5). The data was collected from nurses through Webropol-software (N=117, N=40, reply percentage 34,2) The data was processed using descriptive statistics.

Results: The needs for competence in mental health issues and substance abuse lie among others in: professional guidance, knowledge based on evidence, competence in nursing practices and the use of AUDIT and DEPS tests, knowledge of local level strategies in dealing with mental health issues and alcohol problems. Planning for a training intervention concerning caring skills for patients with mental health issues and/or substance abuse problems.

Implications: The results of this development project can be applied in: 1) A local level multi-professional project "Caring routes of patients with mental health problems or substance abuse issues." 2) Finding out about the needs of hospitals in employing nurses specialized in psychiatric nursing and substance abusers' care.

Keywords: First aid units and outpatient clinic, nurse skills in mental health issues and care of substance abusers and basic skills versus specialized skills

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 LAIT JA SUOSITUKSET	6
3 OSAAMINEN HOITOTYÖSSÄ	7
3.1 Ensiapu- ja vastaanottopoliklinikka	7
3.2 Sairaanhoidajan mielenterveysosaaminen ja päihdeosaaminen	8
3.3 Perus- ja erityisosaaminen	10
4 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEOSAAMISEN TARVE.....	12
5 KEHITTÄMISPROJEKTI	15
5.1 Kehittämisprojektin lähtökohdat	15
6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUMINEN	17
6.1 Organisaatioiden kuvaus	17
6.2 Kehittämisprojektin henkilöstön kuvaus	19
7 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLISEN OSION TOTEUTUS	21
7.1 Tutkimusongelmat ja tutkimusmenetelmät	21
7.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu	22
7.3 Aineiston analyysi	23
8 TUTKIMUKSELLISEN OSION TULOKSET	24
8.1 Vakioitujen eli standardoitujen kysymysten tulokset	24
8.1.1 Mielenterveys- ja päihdepotilaan ja hänen läheistensä ammatillinen ohjaaminen (nykytila ja tavoitetila)	26
8.1.2 Yhteistyöosaaminen (nykytila ja tavoitetila)	28
8.1.3 Näyttöön ja tutkimukseen perustuva osaaminen (nykytila ja tavoitetila)	30
8.1.4 Omien tunteiden ja vuorovaikutustaitojen tunnistaminen (nykytila ja tavoitetila)	32
8.1.5 Kontaktihoitosuhteessa ja hoitoyhteisössä tarvittavien hoitotyön toimintojen osaaminen (nykytila ja tavoitetila)	34
8.2 Avointen kysymysten tulokset	35
8.2.1 Masennustestin käytön osaaminen	36
8.2.2 Alkoholin riskikäytön testin osaaminen	36
8.2.3 Mielenterveys- ja päihdeosaaminen - koettu tarve	37
8.3 Yhteenveto soveltavan tutkimuksen tuloksista	38
8.4 Tutkimuseettiset kysymykset	41
8.5 Tutkimuksen luotettavuus	42

8.6 Tulososion pohdinta	44
9 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN	45
10 KOULUTUSINTERVENTIO	47
11 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI.....	49
11.1 Pohdinta	49
11.2 Johtopäätökset	51
LÄHTEET	54

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Kyselylomake

Liite 3. Analyysi koulutusinterventiosuunnitelman aihealueista

Liite 4. Ehdotus: Koulutusinterventiosuunnitelma ja sen toteutus

1 JOHDANTO

Somaattisen sairaalan ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoiden potilaiden mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat asioita, jotka voivat viedä suhteettoman ison ajan hoitohenkilökunnan huomiosta ja työajasta, mikä saattaa vaarantaa potilasturvallisuutta muiden potilaiden akuuttihoitotyössä. Kääriäisen (2010, 8) tutkimuksen mukaan Pirkanmaalla joka 8. ensiapupoliklinikalla kävijä oli päihdeasiakas. Somaattisesti sairastunut henkilö käy läpi psyykkisiä reaktioita kriisiteorian mukaisesti. Somaattinen sairaus lisää potilaan psyykkistä kuormittavuutta. Potilaan psyykkisten oireiden hoitamatta jättäminen vaikeuttaa myös potilaan somaattisesta sairaudesta toipumista. Tärkeää on, että somaattisen sairaalan hoitohenkilökunta omalla rauhoittavalla psykososiaalisella työotteellaan tukee potilasta. (Pesonen 2011, 1829).

Aggressiivinen päihdepotilas saa päivystyksessä aikaan hoitohenkilökunnassa pelkoa, vastenmielisyyttä ja turhautumista. Tavoite on, että päihdepotilas ohjattaisiin oikea-aikaisesti oikean hoidon piiriin jatkohoitoon. Mikäli hoitoreitit eivät toimi toivotulla tavalla saumattomasti, niin potilaan päihdeongelma pahenee toivottomaan kierteeseen: ”päivystyspoliklinikka-sosiaalitoimisto-putka-vankila-lisääntyvä rikollisuus ja asunnottomuus.” (Salaspuro 2002, 275).

Tämän soveltavan tutkimusosion tarkoitus oli kartoittaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueellisen erikoissairaanhoidon (Vakka-Suomi, Salo, Loimaa ja Turunmaa) sairaaloiden ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoiden sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytila ja tulevaisuuden osaamisen tarve. Kehittämiprojektin tarkoitus oli edistää sairaanhoitajan mielenterveys- ja päihdeosaamista. Kyselyaineiston analyysin pohjalta luotiin koulutusinterventiosuunnitelma mielenterveys- ja päihdeosaamisen aihealueista, joita alueellisen erikoissairaanhoidon lähiesimiehet voivat käyttää koulutussuunnitelmissaan.

2 LAIT JA SUOSITUKSET

Kehittämisprojekti pohjautuu lakeihin, suosituksiin ja käypähoito-ohjeistuksiin, jotka ohjaavat mielenterveys- ja päihdepalveluiden suunnittelemista ja kehittämistä niin valtakunnan tasolla kuin alueellisella ja paikallisella tasolla.

Mielenterveyslaki 1990/1116, päihdehuoltolaki 41/1986, laki potilaan asemasta ja oikeuksista terveydenhuollossa 1992/785, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812, kansanterveyslaki 1972/66, terveydenhuoltolaki 1.5.2011, sosiaalihuoltolaki 710/1982, erikoissairaanhoidtolaki 1062/1989. Mieli 2009- työryhmän ehdotukset linjaavat mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistyötä vuoteen 2015. (STM:n selvityksiä 2009:3). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE (2012-2015), jonka tavoitteena on eriarvoisuuden vähentäminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden että palvelujen järjestäminen asiakaslähtöisesti ja taloudellisesti kestäväksi. Mielenterveys- ja päihdetyön sisältöön ja toimivuuteen pyritään vaikuttamaan laatusuosituksilla ja käypähoito-ohjeistuksilla: Päihtyneen henkilön akuutti hoito-ohjeet. (STM 2006:65). Päihde- ja mielenterveystyöhön liittyvät käypähoito-suositukset, joita on laadittu muun muassa depressiosta (päivitetty 29.6.2009), alkoholiongelman hoidosta (päivitetty 7.2.2011), huumeongelman hoidosta (päivitetty 28.6.2012), skitsofreniasta (20.12.2007) sekä epävakaasta persoonallisuudesta (13.8.2008). <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/aakkosissa>

3 OSAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

Kehittämiprojektin keskeiset käsitteet ovat: ensiapu- ja vastaanottopoliklinikka, sairaanhoitajan mielenterveysosaaminen ja päihdeosaaminen sekä perus- ja erityisosaaminen. Tässä kappaleessa luodaan katsaus ensiapu- ja vastaanottopoliklinikan käsitteisiin. Samalla perehdytään selvityksiin, jotka osoittavat, että mielenterveys- ja päihdehäiriöiden lisääntyminen on lisännyt tarvetta kehittää muun muassa sairaanhoitajan mielenterveysosaamista ja päihdeosaamista. Lisäksi kuvataan perus- ja erityisosaamisen teoriapohjaa ja mitä nämä käsitteet tarkoittavat tässä kehittämissuunnitelmassa.

3.1 Ensiapu- ja vastaanottopoliklinikka

Ensiapupoliklinikan toimintaa ohjaavat monet lait. Kansanterveyslaki (L66/1972) ja erikoissairaanhoitolaki (1064/1989, 31§, 856/2004) velvoittavat kuntia antamaan kiireellistä sairaanhoitoa potilaan kotikunnasta riippumatta. Terveystieteiden henkilöstöä sitoo laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L559/1994, 15§), jossa veloitetaan antamaan hoitoa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle. Perustuslaki (L731/1999) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L785/1992, 3§) turvaavat potilaan oikeuden saada hänen tarvitsemaansa hoitoa käytettävissä olevien resurssien puitteissa.

Ensiapupoliklinikka ottaa vastaan vuorokauden jokaisena tuntina kiireellistä hoitoa tarvitsevia potilaita. Potilaan ottaa vastaan ensiapupoliklinikalla triagehoitaja, joka tekee potilaan hoidon kiireellisyysarvioinnin. Potilaat ryhmitellään kiireellisyyden mukaan A,B,C,D ja E-ryhmiin (Lindegren 2013). Hoidon tarve ja kiireellisyys vaikuttaa siihen mitä tutkimuksia ensiapupoliklinikalla potilaalle tehdään ja mihin potilas ohjataan jatkohoitoon. (Alaspää, Kuisma, Rekola & Sillanpää 2003, 39). Huomioitavaa on, että päihtyneen henkilön akuutin hoidon esteenä ei saa olla päihtymystila. (STM 2006:65).

Sairaaloiden vastaanottopoliklinikat toimivat usein lähete-poliklinikoina, jonne potilas ohjautuu perusterveydenhuollon lääkärin lähetteen perusteella. Erikois- ja erityistason sairaanhoidon järjestämisestä on hoitotakuulaissa 1.3.2005 veloitettu kuntia järjestämään asukkaan pääsyn tutkimuksiin ja hoidon tarpeen arviointiin kyseiseen hoitopaikkaan kolmen viikon sisällä lähetteen saapumisesta. Vastaanottopoliklinikalle potilas tulee sovittuna aikana mistä hänelle on yleensä lähetetty tieto kirjeitse kotiinsa. Potilaan saapuessa poliklinikalle hän ilmoittautuu ensin sairaalan potilastoimiston vastaanottoon, jossa hänen henkilötiedot tarkistetaan ja hänet ohjataan odottamaan lääkärin vastaanottoa. Vastaanottopoliklinikoilla hoitajat pitävät myös omaa vastaanottoa, joka voi olla hoito- tai ohjauspainotteista, joskus myös henkisen tuen antamista. (Tammenniemi – Laine & Sjöblom 2013).

3.2 Sairaanhoitajan mielenterveysosaaminen ja päihdeosaaminen

Selvitysten mukaan osa mielenterveysongelmista jää tunnistamatta potilailta, jotka asioivat perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Tällöin keskitytään hoitamaan potilaiden ruumiillisia oireita. Tavallista on, että terveydenhuollon suurkuluttajilla on jokin mielenterveys- tai päihdehäiriö. (STM 2006:32, 15-16). Mielenterveyshäiriöissä voidaan WHO:n mukaan erottaa kolme eri tasoa, jotka vaativat hoitointerventiota: 1) primääriset eli psykopatologiaan ja toimintakykyyn liittyvät tarpeet, 2) sekundaariset eli omaa aktiivisuutta rajoittaviin tekijöihin liittyvät tarpeet ja 3) sosiaalisiin suhteisiin liittyvät tarpeet, jotka rajoittavat vuorovaikutusta. (STM 2006:32, 18).

Mielenterveys- ja päihdepotilaat ovat yleismaailmallisesti kasvava potilasryhmä. Etelä-Australiassa tohtori Diane L. King (2004) on tutkinut miten mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitoon suunnattu kurssi on vaikuttanut ensiapupoliklinikan työntekijöiden hoitovalmiuksien osaamiseen. Kurssin ohjelma oli sisältänyt teorian tietoa ja käytännön harjoituksia ongelmatilanteista. Kurssin jälkeen hoitohenkilökunta koki hoito-osaamisensa mielenterveys- ja päihdepotilaita

hoitaessaan itsevarmemmaksi ja pätevämmäksi. (King, 2004, 155). Victorian mielenterveys ensiapupoliklinikka antoi National Institute of Clinical Studies (NICS:lle) toimeksi tutkia 9/2005-3/2006 välisenä aikana mitä osaamista ensiapupoliklinikalla mielenterveyspotilaiden hoitotyön toteutuksessa tarvitaan. Projektin tulokseksi saatiin, että hoitohenkilökunnan oikea lähestymistapa ja asenne parantavat tavoitteellista hoidon toteutusta. (Huckson, 2008).

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistaminen, puheeksi ottaminen ja ongelmien monimuotoisuus on tuonut esiin psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet. Tarvitaan terveydenhuollon henkilöstön osaamisen paranemista mielenterveystyössä, mikä on otettava huomioon erikoistumiskoulutuksen kehittämistoimenpiteissä. (STM 2006:32, 11).

Mielenterveys- ja päihdeosaamisessa korostuu hoitohenkilöstön kyky tarkastella potilaan ongelmia kokonaisvaltaisesti ja moniammatillisesti. Mielenterveys- ja päihdepotilaan hoitoketjuun kuuluvat julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palvelut. Hyvää hoitamista on hoidon näkeminen hoitoprosessina. Mielenterveys- ja päihdeosaamisessa erityisosaaminen korostuu. Tarkoituksenmukaisen hoidon järjestämisessä tarvitaan laaja-alaista hoitotieteen, lääketieteen ja sosiaalityön tietämystä sekä ymmärrystä psykiatrisesta hoitamisesta, päihdehoidosta sekä perhe- ja verkostotyöstä. (Vähäniemi 2008, 101-103).

Päihdeosaaminen on osa kokonaisvaltaista terveyden edistämistä. Päihteiden käyttö ja siitä johtuvat ongelmat heijastuvat välillisesti moneen eri tasoon koskettaen perheitä, sukulaisia, naapureita ja työyhteisöjä. Päihteiden käytöstä johtuvien sairauksien, riskien, haittojen ja ongelmien ehkäisy ja hoito ei kuulu vain erityisammattilaisille, vaan kaikille terveyden edistämisen parissa työskenteleville. (OPM 2007:17, 19). Selvitysten mukaan terveydenhuollon henkilöstöllä on asiakaskontakteissa vajetta tunnistaa potilaan päihteiden käyttö ja siihen liittyvät kerrannaishaitat sekä puuttua niihin. Hoidetaan akuuttia somaattista oiretta tai tapaturmaa eikä arvioida päihteiden käytön vaikutusta somaattisen oireen tai tapaturman aiheuttajana. Tarvetta on lisätä

perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluissa valmiuksia päihteiden käytön ja siitä johtuvien haittojen ja ongelmien tunnistamiseen ja puheeksi ottamiseen. Tämän lisäksi tarvetta on kehittää valmiuksia hoidon tarpeen, oikean hoitomuodon ja – paikan arviointiin ja hoidon suunnitteluun sekä ohjaukseen muiden tarvittavien palveluiden piiriin. (OPM 2007:17, 22-23).

Mielenterveyspalveluiden työnjakoa ja työn rasittavuutta on selvittänyt Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä. Työryhmän näkemyksen mukaan mielenterveyspalveluihin tarvitaan selkiyttämistä työnjakoon. Näin voidaan myös lievittää henkilöstön työnrasitusta esim. kehittämällä yhteisiä toimintamalleja paikallisilla yhteistyöhankkeilla. Terveystieteiden koulutuksessa pyritään turvaamaan ammatillisen mielenterveysosaamisen edellytykset ja antamaan valmiudet oman psyykkisen kestävyyskehittämiseksi. (STM 2004:5, 59-60).

3.3 Perus- ja erityisosaaminen

Kehittämiprojektissa tarkastellaan perus- ja erityisosaamistasojen käsitteitä. Osaamisella tarkoitetaan Otalan (2008) ja Ruohotien (2005) mukaan osaamista, joka muodostuu eri ihmisten tiedoista, taidoista, kokemuksista ja kyvystä yhdistää eri osaamiset yhdeksi kokonaisuudeksi, synergiaksi. Tärkeää on tunnistaa osaaminen. Ammattikorkeakoulusta valmistuvien terveydenhuollon ammattilaisilta edellytetään monikerroksista osaamista. Terveystieteiden koulutuksessa osaaminen pohjautuu jatkuvaan uusiutuvaan ja monitieteiseen ja laaja-alaiseen tietoperustaan. Tämän lisäksi tarvitaan sekä vuorovaikutustaitoja että käytännön osaamista. Osaaminen pitää sisällään oman erityisalan asiantuntemuksen, joka perustuu tutkittuun tietoon sekä sosiaali- ja terveysalan toiminnan että terveydenhuollossa yleisesti hyväksytyihin arvoihin ja toimintaperiaatteisiin. (OPM 2006:24, 15). Yksittäisen työntekijän osaamisessa korostuu miten hän suoriutuu työtehtävistä. Osaaminen parantaa työkykyä ja on siten ehto ammatilliselle kehittämiselle. Osaaminen on ammattitaitoa yhdistää

työhön liittyvät tiedot ja taidot kokonaisuudeksi. Osaaminen on prosessi, joka muodostuu toimintaympäristöstä, työtehtävistä ja työpaikan vaatimuksista, henkilöiden persoonallisesta kehityksestä ja emotionaalisista tuntemuksista. (Hätönen 2011, 9). Perusosaamisen omaava henkilö osaa toimia sovittujen sääntöjen ja ohjeiden mukaan. Hänellä on yleiskuva osaamisalueen asioista. Hän osaa toimia itsenäisesti keskeisissä osaamisalueen edellyttämässä tehtävissä. Hän omaa sekä vankan tietämyksen alueen asioista että osaa soveltaa tietämystään joustavasti ja monipuolisesti omassa työssään. (Hätönen 2011, 23). Perusosaamista ovat myös vuorovaikutus- ja päätöksentekotaidot, vastuullisuus, eettisyys ja moniammatillisuus. (Jämsä & Manninen 2000, 24).

Erytisoaamisen omaava henkilö on tietyn asian huippuosaaja. Hän osaa nähdä osaamisalueeseen liittyviä asioita kokonaisuutena ja osaa yhdistää asioita uudella tavalla. Hän osaa kehittää osaamisalueeseen kuuluvia asioita laajasti. (Hätönen 2011, 23). Erytisoaaminen on ammatillista osaamista, jossa korostuu vahva ammatti- ja sisältöspesifinen tietämys. Taito soveltaa tietämystä käytännön ongelmien ratkaisuisissa sekä pyrkimys oman työnsä ongelmien ja kehittämishaasteiden että tiedon hahmottamiseen syvemmällä ja laaja-alaisemmalla tasolla. (Ruohotie 2005, 5-7). Erytisoaamista omaava asiantuntija on laaja-alainen ja muuntautumiskykyinen osaaja. (Pirnes 2003, 128). Hoidon kokonaisuuden hallinta merkitsee sitä, että hoitaja hallitsee koko hoitoprosessin perusosaamisen. Erytisoaamista tarvitaan tiettyihin prosessin vaiheisiin, jota tulee löytyä jokaisesta työvuorosta ja jonka hallinta vaatii lisäkoulutusta. (Kurki 2011, 61). Yhteenvetona voidaan todeta, että organisaatiossa tarvitaan sekä perusosaamista että myös eri alueiden erityisosaamista mikä muodostaa osaamisen synergian.



Kuvio 1. Perus- ja erityisosaaminen muodostavat yhdessä osaamisen synergian.

4 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEOSAAMISEN TARVE

WHO:n Global Burden of Disease raportin selvityksessä todetaan, että työkyvyttömyyden neljänneksi merkittävimmäksi toimintakyvyn aiheuttajaksi osoittautui masennus. Raportin laatijat ennustavat, että vuoteen 2020 mennessä masennus nousee toiselle sijalle työkyvyttömyyseläkkeen aiheuttajana. Hoitamaton masennus aiheuttaa noin 70 % epäsuoria ja 30 % hoidosta koituvia kustannuksia yhteiskunnalle. Masennukseen liittyy usein esim. persoonallisuus-, ahdistuneisuus- ja päihdehäiriöitä. (STM 2006:32, 17-18).

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat lisääntyneet Euroopan Unionin alueella huolestuttavasti eri ikäryhmissä. Kesäkuussa 2008 esiteltiin Brysselissä EU:n mielenterveyssitoumus European Pact for Mental Health and Well-being. EU:n mielenterveyspolitiikka sisältää viisi tavoitetta: masennuksen ja itsemurhien

ehkäisy, nuorten, työikäisten ja iäkkäiden mielenterveyden edistäminen, mielenterveysongelmiin liittyvän häpeän poistaminen ja mielenterveyden häiriöistä kärsivien osallisuuden lisääminen. (Mäkinen & Wahlbeck 2009, 2195-2197).

HealthQUEST – hanke (2008) ja siihen liittyvässä Suomen maaraportissa käy ilmi, että mielenterveyden häiriöistä kärsiviä henkilöitä pitäisi auttaa nykyistä enemmän. Tarvitaan selvityksiä siitä miten tämä haavoittuva ryhmä pääsee tai ei pääse terveydenhuollon piiriin. Näyttää siltä, että mielenterveysongelmaisten somaattiseen hoitoon pääsy on riittämätöntä. Tarvetta on kehittää asiakaslähtöistä toimintamallia, joka tukee terveystalouden saatavuutta ja ehkäisee sosiaalisen syrjäytymisen. (Wahlbeck, Manderbacka, Vuorenkoski, Kuusio & Lindström 2008, 6-7)

Psykiatristen hoitojärjestelmien kansainvälisen vertailun keskeisinä havaintoina nähdään Suomen hoitojärjestelmän ongelmat voimavarojen kohdentamisessa. Oikeita asioita ei välttämättä tehdä oikeassa paikassa. Tarvitaan yhteistyön kehittämistä eri toimijoiden kesken. Depressiohoitajamallin avulla on voitu lisätä potilaan saamaa tukea. Mielenterveyshäiriöiden hoidossa on saatu hyviä tuloksia ryhmä- ja yksilöterapeuttisilla hoitomalleilla. Korkeila (2011) kritisoi Suomen mallia, jossa hoidon arvioinnin jälkeen potilaat siirtyvät hoitoon ja hoidon päätyttyä potilaille tarjotaan joko seurantaa tai hoito päättyy. Korkeilan mielestä on opittavaa Ruotsin hoitomallista, joka toimii asuntoloiden ja kotihoitotyöryhmien välisenä saumattomana hoitopolkuna. (Korkeila 2011, 2591-2596).

Mielenterveyshäiriöihin liittyvä työkyvyttömyys on lisääntynyt ja alkoholisairauksista johtuvat kuolemat ovat yleistyneet. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama Mieli 2009- työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi pyrkivät vahvistamaan mielenterveys- ja päihdeongelmaisen asiakkaan asemaa ja pääsyä asianmukaiseen hoitoon. (STM 2009:3).

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuohjelma KASTE (2008-2011 ja 2012-2015), jonka tavoitteena on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä palvelujen asiakaslähtöisyys. Kehittämissuohjelmassa painopistettä on siirretty ongelmien hoidosta fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen, huomioiden erityisesti riskiryhmät kuten mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät. Ohjelmassa painotetaan yhteistyön selkiyttämisen merkitystä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kesken. (STM 2012:1).

Yleissairaalan potilaiden psyykkisten häiriöiden aiheuttama ongelma saattaa vaikeuttaa potilaan paranemista somaattisesta sairaudesta. Ongelmana näyttää olevan se, että sairaalassa potilaiden hoito on sektorikohtaista. Potilaan sydäninfarkti hoidetaan eri sairaalassa kuin saman potilaan psyykkinen häiriö. Kivusta ja masennuksesta kärsivän potilaan kipua hoidetaan eri paikassa kuin masennusta. Tavoitteena pitäisi olla somatiikan ja psykiatrian välisen dualistisen kuilun kaventaminen. (Luutonen 2005, 5297-5299). Alkoholin aiheuttama ennenaikainen kuolema on suomalaisilla työikäisillä miehillä yleisempi kuin sepelvaltimotaudin aiheuttama kuolema. (Salaspuro 2009, 897).

Psykiatriseen hoitoon hakeutumisen kynnys on liian korkea, mikä estää hoidon toteutumisen toivotulla tavalla. Tämä on yksi syy miksi psykiatristen potilaiden kuolleisuus on muita potilaita suurempi. Salokangas (2009, 24) ehdottaa ratkaisuksi psykiatrisen sairaalahoidon siirtämistä yleissairaaloihin.

Sydäninfarktilla on yhteys potilaan kokemaan depression. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että potilaat joille oli tehty depressioseulonta ja annettu interpersoonallista ohjausta, selvisivät henkisesti ja fyysisesti hoitoon liittyvistä paineista paremmin kuin verrokkiryhmä. Tutkimus osoitti, että depressioseulonta ja interpersoonallinen ohjaus on tarpeellista ottaa osaksi hoitokäytäntöä sydäninfarktipotilaan hoidossa. (Oranta 2011, 5).

Mielenterveyden häiriöt ovat jo pitkään olleet huomattava työkyvyttömyyden aiheuttaja. Työterveyspalvelujen ”suurkuluttajien” mielialaan on syytä kiinnittää huomiota ja heidän mielialaansa on syytä testata. Masennuksen tunnistamiseen

ja hoitoon, palveluketjujen sujuvuuteen ja kuntoutumismahdollisuuksiin tulisi panostaa aiempaa enemmän. (Taimela, Mäkelä, Justen & Schuk 2007, 4206).

5 KEHITTÄMISPROJEKTI

5.1 Kehittämiprojektin lähtökohdat

Kehittämiprojektin lähtökohtana oli Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) strategian 2007-2015 sekä terveyden edistämisen toimintasuunnitelman (2009) että sairaanhoitaja (amk) opetussuunnitelman (2010) mielenterveys- ja päihdeosaamiseen liittyvät osiot.

Kehittämiprojekti liittyy VSSHP:n strategian 2007-2015 tavoitteista seuraaviin tavoitteisiin: **1) Hoidon oikea tuotantomalli**, jossa (mielenterveys- ja päihde) potilaan hoitoon kohdistettu prosessi muodostaa toiminnallisen ja hallinnollisen kokonaisuuden, johon kuuluvat myös tukipalvelut ja yhdessä perusterveydenhuollon kanssa työstetyt palveluketjut, hoitoreitit. **2) Osaava ja hyvinvoiva henkilöstö**, joka pitää sisällään henkilöstön osaamisen kehittämistä, osaamiskartoituksen tekemisen, koulutuksen ja kouluttautumisen suunnittelun ja toteuttamisen sekä perehdyttämisen ja työhön opastamisen. Tavoitteena on opetuksen kehittäminen siten, että se vastaa paremmin terveydenhuollon ja työelämän tarpeita. Kehittämiprojekti liittyy myös VSSHP:n terveyden edistämisen toimintasuunnitelman (2009) **alkoholin riskikäytön, masennuksen ja psykoosin tunnistamisen osioihin**. Potilaiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistaminen ja puheeksi ottaminen on tärkeä osaamisalue hoitotyössä, joka voi olla ratkaiseva interventio potilaan ohjautumiselle oikeaan hoitoon oikea-aikaisesti. (Pohjola 2009, 25, 36-38). Kehittämiprojektin kolmantena liittymäkohtana on **sairaanhoitaja (amk)**

opetussuunnitelman (2010) mielenterveys- ja päihdeosaamisen tavoitteet ja miten relevantteja nämä osaamisen tavoitteet ovat.

5.2 Kehittämisprojektin tarkoitus ja tavoite

Kehittämisprojektin tarkoituksena oli selvittää VSSHP:n alueellisen erikoissairaanhoidon (ESH) sairaaloiden (Tyks Vakka – Suomen sairaalan ja Loimaan aluesairaalan ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoiden sekä Salon aluesairaalan ensiapupoliklinikan että Turunmaan vastaanottopoliklinikan sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytila ja tavoitetila. Kehittämisprojektin selvityksen tulokset antavat tietoa sairaanhoitajan mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytilasta. Se antaa suuntaa tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdeosaamisen kehittämiseksi. (Viitala 2006, 120).

Tavoitteena oli luoda pilottina koulutusinterventiosuunnitelma, jota alueellisen ESH:n sairaaloiden lähiesimiehet voivat käyttää poliklinikoiden koulutussuunnitelmissa. Tavoite on, että sairaanhoitaja hallitsee käytännön hoitotyön lisäksi mielenterveys- ja päihdepotilaan tunnistamisen, ongelmien puheeksi ottamisen, ohjauksen. Hoitajan tulisi myös tuntea terveydenhuoltojärjestelmän toiminta kyseisen potilasryhmän osalta. (Iire & Tantt 2011, 15).

6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUMINEN

6.1 Organisaatioiden kuvaus

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSH) on kuntayhtymä, johon kuuluu 29 kuntaa ja kaupunkia sekä Turun yliopisto. Sairaanhoitopiirin alueella toimii 24 terveyskeskusta. Sen väestöpohja on noin 460.000 asukasta. (www.vssh.fi/fi/esittely) Turun yliopistollinen keskussairaala, TYKS, toimii pääosin Turussa sijaitsevassa Kantasairaalassa. VSSH:n kuntayhtymä on yksi maamme 20 sairaanhoitopiiristä. Erikoissairaanhoitolain mukaan sairaanhoitopiiri vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Jäsenkuntien asukkaita hoidetaan valtakunnallisesti yhtenäisten periaatteiden mukaisesti. Sairaanhoitopiirin vastuulla on terveydenhuollon toiminnallinen kokonaisuus ja sujuva yhteistyö sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon ja alueen kuntien sosiaalityön kanssa. (VSSH:n strategia 2007-2015, 3). Tyks Vakka - Suomen sairaala, Salon ja Loimaan aluesairaalat sekä Turunmaan sairaala toimivat osana Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueellista erikoissairaanhoitoa.

Tyks Vakka - Suomen sairaalan väestöpohja on noin 33 000 asukasta. Kesäisin väestöpohja nousee jopa yli 50 000 asukkaaseen. Sairaala työllistää noin 150 sairaalan omaan henkilökuntaan kuuluvaa työntekijää. Vuodeosastopaikkoja on 36. Kirurgian osastolla on 14 vuodeosastopaikkaa ja sisätautien osastolla on 19 vuodeosastopaikkaa. Valvontaosaston hoitopaikkoja on kolme, jotka on sijoitettu jatkuvasti päivystävän ensiapupoliklinikan yhteyteen. Sairaala tarjoaa avohoidon palveluja polikliinisesti. Nämä ovat: yleiskirurgia, ortopedia, gastroenterologinen kirurgia, sisätaudit, sisätautien gastroenterologia, urologia, naistentaudit, lastentaudit, korvataudit, syöpätaudit, reumasairaudet, neurologia, keuhkosairaudet ja fysiatria. Lisäksi sairaalassa on

gastroenterologian ja gardiologian yksiköt, dialyysiyksikkö, ensiapupoliklinikka, laboratorio ja kuvantamispalvelut. (VSSHP vuosikertomus 2011, 25).

Salon aluesairaalan väestöpohja on noin 80 000 asukasta. Sairaalassa työskentelee noin 300 omaan henkilökuntaan kuuluvaa työntekijää. Salon aluesairaalassa on sekä poliklinikka- että vuodeosastotoimintaa seuraavilla erikoisaloilla: sisätaudit, kirurgia, lastentaudit, korva-, nenä- ja kurkkutaudit sekä naistentaudit ja synnytys. Poliklinikoina toimivat neurologia, silmätaudit, syöpätaudit, keuhkosairaudet sekä fysiatria ja kuntoutus. Sairaalassa on erikoissairaanhoidon ensiapupäivystys, joka toimii ympäri vuorokauden. Sairaansijoja on 140. Yhteispäivystys toimii terveyskeskuksen ja aluesairaalan kesken. (VSSHP vuosikertomus 2011, 26).

Loimaan aluesairaalan väestöpohja on noin 85 000 asukasta. Sairaalassa työskentelee noin 230 sairaalan omaan henkilökuntaan kuuluvaa työntekijää. Sairaalassa on kirurgian vuodeosasto, jossa hoidetaan myös naistentautien potilaat, yksi sisätautiosasto sekä monitoimiosasto, jossa hoidetaan sisätautien ja kirurgian erikoisaloihin kuuluvia potilaita sekä tehostettua valvontaa tarvitsevat potilaat. Sairaansijoja on 92. Aluesairaala tarjoaa avohoidon palveluita seuraavilla erikoisaloilla: lastentaudit, korvataudit, syöpätaudit, neurologia, keuhkosairaudet ja fysioterapia. Lisäksi sairaalassa on laboratorio, röntgen, päiväkirurginen yksikkö, dialyysiyksikkö ja jatkuvasti päivystävä erikoissairaanhoidon ensiapupoliklinikka. (VSSHP vuosikertomus 2011, 27).

Turunmaan sairaala toimii kuntayhtymän liikelaitoksena vuoden 2006 alusta alkaen. Sairaala tarjoaa erikoissairaanhoidon palveluita sekä omalle, noin 23 000 asukkaalle Paraisten ja Kemiönsaaren vastualueelleen, että monille muillekin Varsinais-Suomen kunnille. Sairaalassa on noin 150 työntekijää. Turunmaan sairaalassa on sisätautien vuodeosasto, kirurginen/gynekologinen vuodeosasto sekä päiväkirurginen osasto ja leikkausosasto. Poliklinikat tarjoavat palveluja sisätautien, kirurgian, keuhkotautien, lastentautien, naistentautien, silmätautien, korvatautien ja fysiatrian erikoisaloilta. Sairaalan

yhteydessä toimii laboratorio ja kuvantamisyksikkö. Turunmaan sairaalassa ei ole ensiapupoliklinikan toimintaa. (VSSHP vuosikertomus 2011, 28).

6.2 Kehittämiprojektin henkilöstön kuvaus

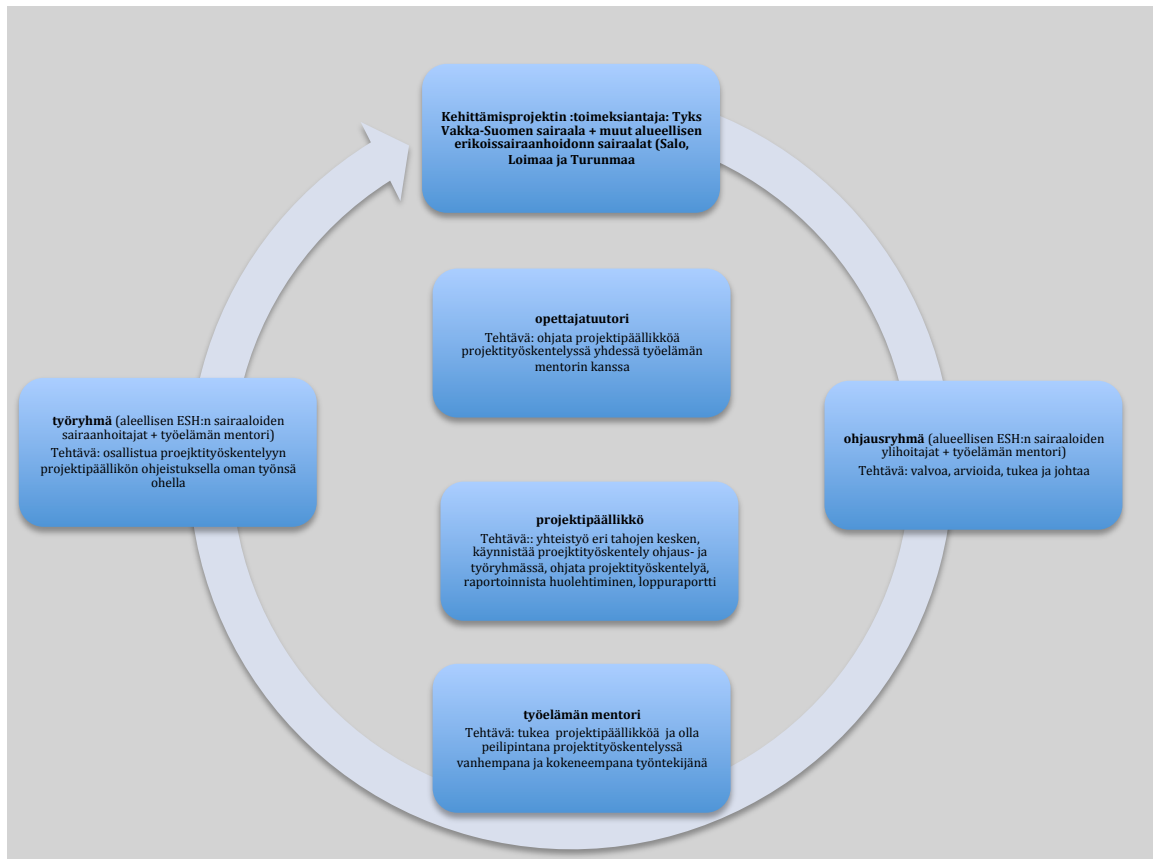
Projektin henkilöstön määrä vaihtelee sen mukaan, miten suuresta hankkeesta on kysymys. Pienemmissä projekteissa saattaa työskennellä vain koko- tai osa-aikainen projektipäällikkö. Projektin henkilöstön lisäksi projekti tarvitsee tuekseen projektia hallinnoivan organisaation. (Lindholm, Mattila, Niemelä & Rantamäki 2008, 7). Projektin omistajan määrittäminen ei aina ole helppoa. Joskus se sivuutetaan siten, että projektin omistaja on sama kuin ohjausryhmä, johon on nimetty tietty määrä henkilöitä, joilta odotetaan kiinnostusta ja päätöksentekokykyä kehitettävässä projektissa. (Haukka & Petäinen 2006, 17).

Kehittämiprojektin toimeksiantajana oli Tyks Vakka-Suomen sairaala. Projektin omistajina ja ohjausryhmän jäseninä olivat yhteisvastuullisesti Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueellisen erikoissairaanhoidon sairaaloiden (Tyks Vakka-Suomen sairaala, Salon aluesairaala, Loimaan aluesairaala ja Turunmaan sairaala) ylihoitajat sekä työelämän mentori. Ohjausryhmän tehtäviksi määriteltiin projektisuunnitelmassa valvoa projektin etenemistä ja arvioida tuloksia sekä tukea projektipäällikköä sekä suunnittelussa että projektin strategisessa johtamisessa. (ks. Silfverberg 2007)

Projektin vetäjänä toimi projektipäällikkö, jonka tehtäviksi määriteltiin: koota projektisuunnitelma yhteistyössä projektin asettajan nimeämän työelämän mentorin ja tuutoropettajan kanssa, käynnistää projektityöskentely sekä ohjaus- että työryhmässä, ohjata projektityöskentelyä ja huolehtia ohjaus- ja työryhmän jäsenten riittävästä informoinnista, sekä laatia projektin loppuraportti. (ks. Silfverberg 2007)

Projektin työryhmän jäsenet koottiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueellisen erikoissairaanhoidon sairaaloiden sairaanhoitajista siten, että

jokaisesta sairaalasta oli edustettuna yksi sairaanhoitaja. Työelämän mentori kuului ohjausryhmän lisäksi myös työryhmään. Työryhmän jäsenten tehtäviksi muodostui osallistua projektityöskentelyyn oman työnsä ohella, raportoida työn edistymisestä ja kehittää omaa ammattitaitoaan. (ks. Silfverberg 2007)



Kuvio 2. Kehittämiprojektin henkilöstö ja tehtävien kuvaus.

7 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLISEN OSION TOTEUTUS

7.1 Tutkimusongelmat ja tutkimusmenetelmät

Soveltavan tutkimuksen menetelmänä voidaan käyttää joko kvantitatiivista tai kvalitatiivista lähestymistapaa. Kumpi lähestymistapa sopii paremmin riippuu tutkimuksen luonteesta ja tutkimusongelmasta. Tutkimuksen tarkoitus ohjaa tutkimuksen metodin valintaa. Tutkimusta voidaan luonnehtia ennustavaksi, kuvailevaksi, selittäväksi tai kartoittavaksi. Kartoittavan ja selittävän tutkimuksen metodi voi olla kvalitatiivinen tai kvantitatiivinen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 136-138). Soveltavan tutkimuksen kyselyn ongelmat olivat kartoittavia ja selittäviä, joten tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen vakioitu eli standardoitu kyselylomake, jossa oli myös muutama kvalitatiivinen avoin kysymys.

Kehittämiprojektin soveltavan tutkimuksen ongelmat olivat:

1. Minkälainen on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSH:n) alueellisen erikoissairaanhoidon (ESH:n) sairaaloiden (Vakka-Suomi, Salo, Loimaa ja Turunmaa) ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoiden sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytila?
2. Minkälainen on mielenterveys- ja päihdeosaamisen tavoitetila, jota sairaanhoitajat tarvitsevat ensiapu- ja vastaanottopoliklinikan työssä tulevaisuudessa?

7.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Soveltavan tutkimuksen kohderyhmä rajattiin koskemaan Tyks Vakka-Suomen sairaalan (N=33) ja Loimaan aluesairaalan (N=46) kaikkia ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoiden sairaanhoitajia sekä Salon aluesairaalan ensiapupoliklinikan kaikkia sairaanhoitajia (N=23) että Turunmaan sairaalan vastaanottopoliklinikan kaikkia sairaanhoitajia (N=15). Kohderyhmä oli kokonaisuutena tutkittavasta ryhmästä, koska tarkoitus oli kartoittaa sairaanhoitajan mielenterveys- ja päihdeosaamiseen liittyviä asioita. Kysely osoitettiin 11.10.-11.11.2012 välisenä aikana Tyks Vakka-Suomen sairaalan ja Loimaan aluesairaalan ensiapu- ja vastaanottopoliklinikan kaikille sairaanhoitajille sekä Salon aluesairaalan ensiapupoliklinikan ja Turunmaan sairaalan vastaanottopoliklinikan kaikille sairaanhoitajille. Kyselyn tulosten perusteella voidaan päätellä, mikä on sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdeosaaminen nykytila ja mikä on osaamisen tulevaisuuden tarve. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 179).

Sairaanhoitajan mielenterveys- ja päihdeosaamisesta ei ole saatavilla valmista kyselylomaketta, jolla mitataan edellä mainittua osaamista. Projektipäällikkö kehitti työryhmän sairaanhoitajien kanssa kyselylomakkeen siten, että sairaanhoitaja (amk) opetussuunnitelman (2010) mielenterveys- ja päihdetyön osaamistavoitteet muutettiin mielenterveys- ja päihdetyön osaamisalueiksi. Samoin VSSHP:n terveyden edistämisen toimintasuunnitelman (2009) alkoholin riskikäytön, masennuksen ja psykoosin tunnistamisen osiot muutettiin mielenterveys- ja päihdetyön osaamisalueiksi. Osaamisen arviointiasteikkona käytettiin Hätösen (2007) laatimaa osaamistasojen yleiskuvausta, jota täydennettiin Tyks Vakka-Suomen sairaalassa käytetyillä yksityiskohtaisemmilla osaamistasokuvauksien määrittelyillä Likert asteikolla 0-5. Kyselylomakkeen käytettävyyttä testattiin Tyks Vakka-Suomen sairaalan sairaanhoitajalla. (Liite 2. Kyselylomake)

Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen kyselylomake lähetettiin Webropol-ohjelmalla sähköisesti kunkin tutkittavan sairaalan ylihoitajan nimeämälle yhdyshenkilölle. Kyselyn mukana oli yhteystietoineen tiedote ja saatekirje kehittämisprojektista ja siihen liittyvästä kyselylomakkeesta. Vastaajilla oli näin mahdollisuus ottaa yhteyttä projektipäällikköön joko sähköpostitse tai puhelimitse, mikäli heillä oli kysyttävää tutkimuksesta. Yhdyshenkilön tehtävänä oli toimittaa tiedote sairaalan ilmoitustaululle ja kyselylomake saatekirjeen kera tutkittaville sairaanhoitajille. Kysely suunniteltiin toteutettavaksi 9.10.- 31.10. 2012 välisenä aikana, mutta kyselyaika piti jatkua vielä 11.11.2012 asti.

Tutkittavaan joukkoon kuuluvilla sairaanhoitajilla oli kaikilla käytettävissä saman organisaation tietotekniset resurssit, joten kaikilla oli yhtäläiset mahdollisuudet vastata kyselyyn Webropol- linkin kautta. Kyselylomakkeessa oli sekä vakioituja eli standardoituja että avoimia kysymyksiä. Vakioitu kysely tarkoittaa, että kaikilta tutkittavilta kysytään täsmälleen sama asia samalla tavalla. (Vilka 2009, 73-75). Avoimiin kysymyksiin etsitään vastauksia tutkittavien mielipiteistä, kokemuksista ja kuvauksista tutkittavasta asiasta. (Vilka 2009, 101). Kyselyn vakioidut kysymykset olivat kaikille täsmälleen samanlaisia, jotka oli laadittu Likert asteikolle 0-5. Kyselylomakkeen avoimet kysymykset antoivat arvokasta kokemuksellista tietoa tutkittavien sairaanhoitajien näkemyksistä tutkittavasta asiasta.

7.3 Aineiston analyysi

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009, 135) mukaan sisällönanalyysi voi olla induktiivista ja deduktiivista. Tässä kyselyssä sisällönanalyysi toteutettiin vakioiduissa kysymyksissä deduktiivisesti ja avoimissa kysymyksissä induktiivisesti. Kyselyn prosessin analyysi jatkui tulosten tulkinnalla ja päätelmien tekemisellä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131). Webropol- ohjelman sovellutuksella analysoitiin vakioitujen kysymysten vastaukset. Avointen kysymysten kommentit purettiin sanatarkasti päiväkirjaan.

Aineiston analyysi jatkui prosessina, johon kuului aineiston pelkistäminen (reduointi), luokittelu (klusterointi) ja käsitteellistäminen (abstrahointi) eli edettiin teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajarvi 2002, 111-114).

Tämä tarkoittaa, että vastaajien alkuperäiset ilmaisut kirjoitettiin sanatarkasti päiväkirjaan. Näistä muodostettiin pelkistettyjä ilmauksia ja sen jälkeen aineisto luokiteltiin luokkiin, joista muodostettiin mielenterveys- ja päihdeosaamisen koulutusinterventiosuunnitelman aihealueita. Vilkan (2009, 30) mukaan tutkimuksen tuloksena syntyy uutta tietoa tai vanhan tiedon uudistamista. Tämän kehittämisprojektin sekä vakioituista että avoimista kyselyaineiston analyysistä saatiin tietoa sairaanhoitajan mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytilasta ja tulevaisuuden tarpeesta ja siihen liittyvän koulutusinterventiosuunnitelman laatimiseen aihealueita. (Liite 3. Sisällön analyysi koulutusinterventiosuunnitelman aihealueista)

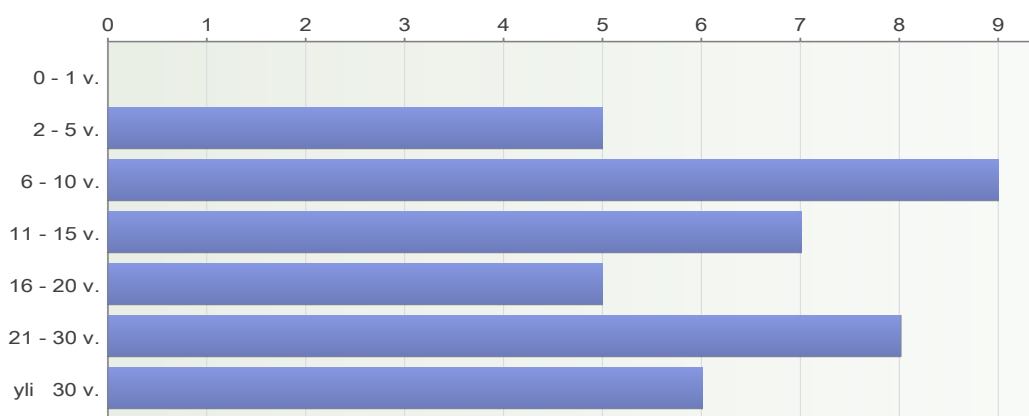
8 TUTKIMUKSELLISEN OSION TULOKSET

8.1 Vakioitujen eli standardoitujen kysymysten tulokset

Kyselyn kohderyhmänä olivat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueellisen erikoissairaanhoidon sairaaloiden ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoiden sairaanhoitajat. Kyselyjä lähetettiin kaikkiaan 117 ja kyselyyn vastasi 40 sairaanhoitajaa. Vastausprosentiksi saatiin siten 34,2.

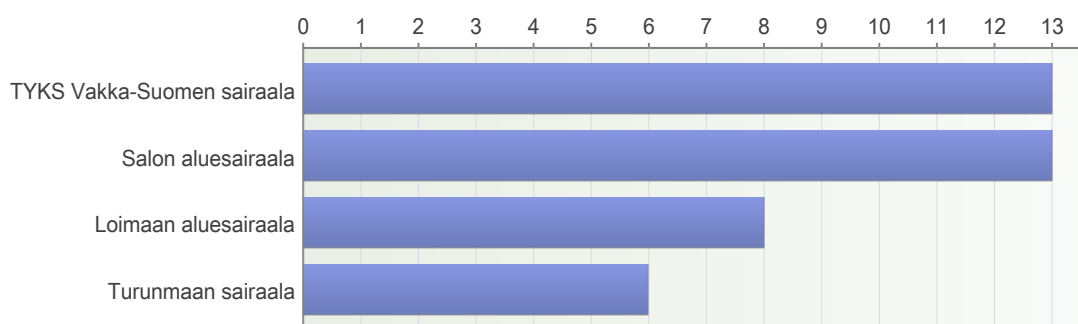
Vastaajien taustatiedot:

Taulukko 1: Vastaajien työkokemus terveydenhuoltoalalla



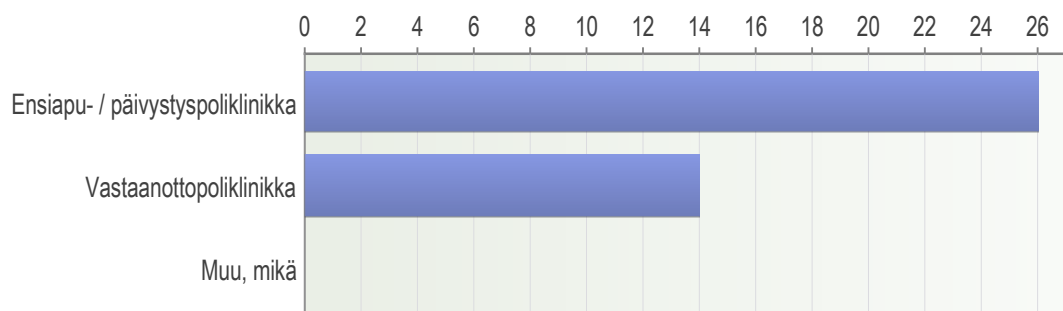
Suurin osa vastaajista (9 sairaanhoitajaa) oli työskennellyt 6-10 vuotta terveydenhuoltoalalla. Toiseksi eniten oli 21-30 vuotta työskennelleitä sairaanhoitajia, joita oli 8. Kolmanneksi eniten oli 11-15 vuotta työskennelleitä sairaanhoitajia, joita oli 7. Yli 30 vuotta työskennelleitä sairaanhoitajia oli 6. Sairaanhoitajia, jotka olivat työskennelleet 2-5 vuotta ja 16-20 vuotta oli 5. Huomioitavaa oli, että vastaajissa ei ollut yhtään alle vuoden työskennelleitä.

Taulukko 2: Sairaalat joissa vastaajat työskentelevät



Vastanneista Tyks Vakka-Suomen sairaalassa ja Salon aluesairaalassa työskenteli yhtä monta eli 13 sairaanhoitajaa. Loimaan aluesairaalassa vastanneista työskenteli 8 ja Turunmaan sairaalassa työskenteli 6 sairaanhoitajaa.

Taulukko 3: Poliklinikka joissa vastaajat työskentelevät



Vastaajista ensiapupoliklinikoilla / päivystyspoliklinikoilla työskenteli 26 sairaanhoitajaa. Vastaanottopoliklinikoilla työskenteli 14 sairaanhoitajaa.

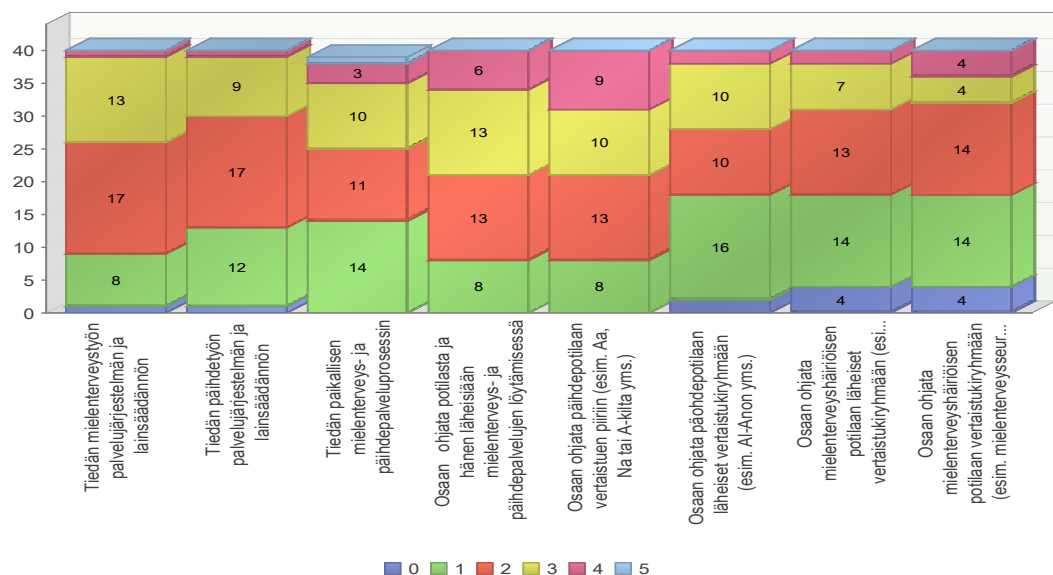
8.1.1 Mielenterveys- ja päihdepotilaan ja hänen läheistensä ammatillinen ohjaaminen (nykytila ja tavoitetila)

Vakioitujen eli standardoitujen kysymysten osaamistasot oli tehty Hätösen (2007) luokittelun mukaan. Osaamistasot oli täydennetty Tyks Vakka-Suomen sairaalassa käytössä olevilla osaamistason määrittelyillä Likert asteikolla 0-5, siten, että 0= osaamista ei ole tai sitä ei tarvita (tumman sinisellä värillä merkitty), 1= aloittelija (vihreällä värillä merkitty), 2= kehittynyt aloittelija (oranssin keltaisella värillä merkitty), 3= pätevä suoriutuja (keltaisella värillä merkitty), 4= etevä tekijä (pinkin punaisella värillä merkitty) ja 5= asiantuntija (vaalean sinisellä värillä merkitty).

Nykytila: Mielenterveys- ja päihdepotilaan ja hänen läheistensä ammatillisessa ohjaamisessa kaikkien vastaajien keskiarvo oli (2,05) kehittyneen aloittelijan tasolla oleva osaaminen. Sairaaloiden keskiarvot: Tyks Vakka–Suomen sairaala: 2,03, Salo: 2,39, Loimaa: 2,14 ja Turunmaa: 1,25. (Taulukko 4, s. 27).

Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän laista ja vertaistukiryhmien toiminnasta muutama vastaaja koki, ettei osaamista ole tai että osaamista ei tarvita eli (0) tasoiseksi. Suurin osa vastaajista koki osaamisensa olevan (2) kehittyneen aloittelijan tasolla. Toisaalta vastaajissa oli myös heitä, jotka määrittelivät osaamisensa (3) pätevän suoriutujan ja (4) etevän tekijän tasolle.

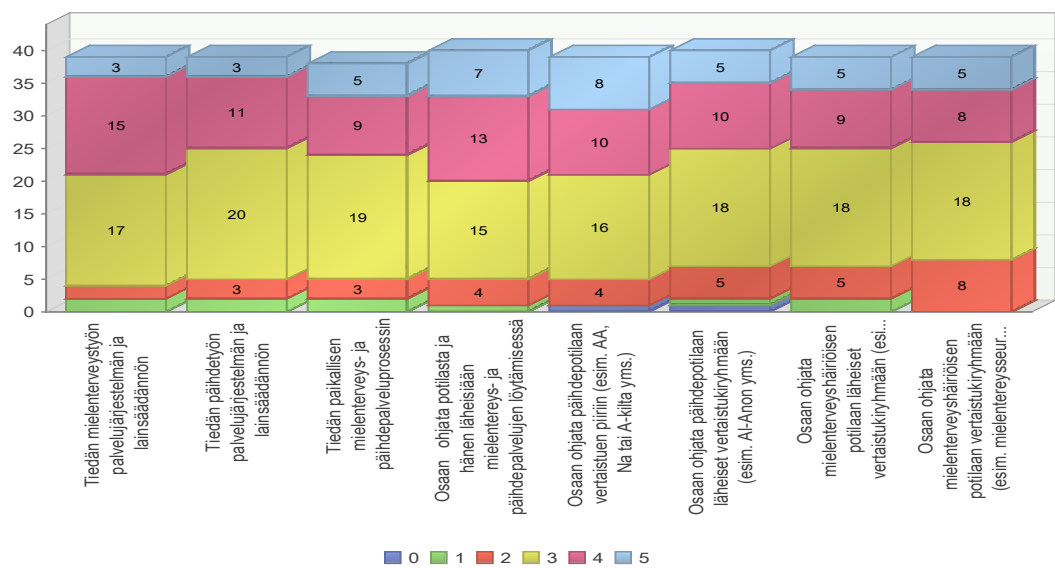
Taulukko 4: Nykytila:



Tavoitetila: Mielenterveys- ja päihdepotilaan ja hänen läheistensä ammatillisessa ohjauksessa kaikkien vastaajien keskiarvo oli 3,34 eli vähän enemmän kuin pätevän suoriutujan (3) taso. Sairaaloitten keskiarvot: Tyks Vakka–Suomen sairaala: 3,34, Salo: 3,49, Loimaa: 3,46 ja Turunmaa: 2,68. (Taulukko 5, s. 28).

Osa vastaajista koki, että tarvetta on saada enemmän tietoa mielenterveys- ja päihdelainsäädännöstä ja yleensäkin mielenterveys- ja päihdepotilaiden palvelujärjestelmistä sekä vertaistukitoiminnasta (4) etevän tekijän tasolle. Pieni osa vastaajista koki ettei ole tarvetta tietää vertaistukitoiminnasta.

Taulukko 5: Tavoitetilä:

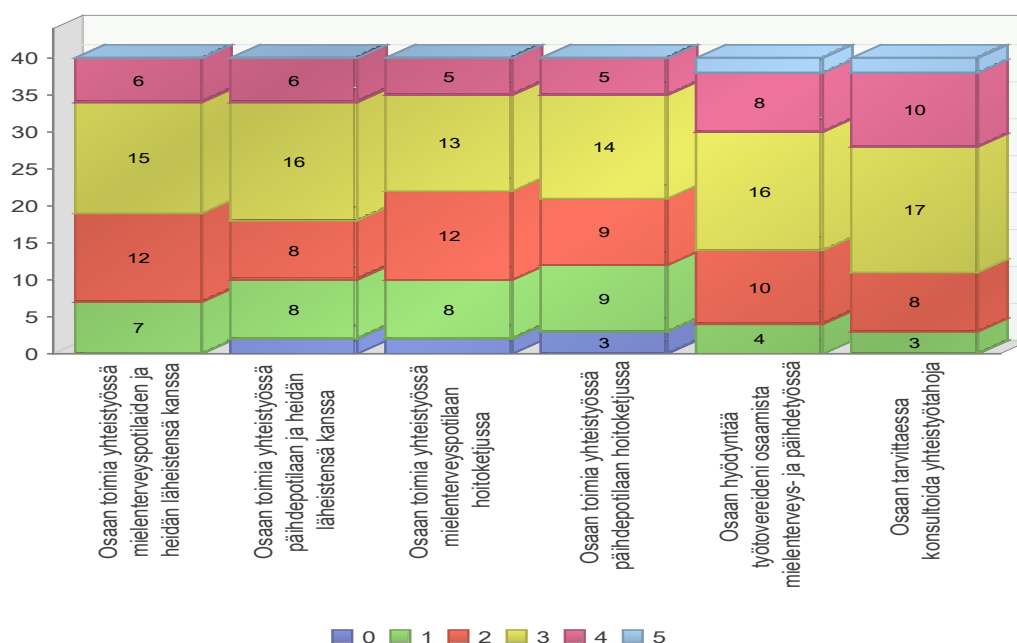


8.1.2 Yhteistyöosaaminen (nykytilä ja tavoitetilä)

Nykytilä: Yhteistyöosaamisessa kaikkien vastaajien keskiarvo oli 2,54 eli parempi kuin kehittyneen aloittelijan (2) tasoista, mutta ei kuitenkaan vielä (3) pätevän suoriutujan tasolla olevaa osaamista. Sairaaloiden keskiarvot: Tyks Vakka–Suomen sairaala: 2,49, Salo: 2,83, Loimaa: 2,88 ja Turunmaa: 1,61. (Taulukko 6, s. 29).

Pieni osa vastaajista koki ettei yhteistyöosaamista ole tai sitä ei tarvita (0) mielenterveys- ja päihdepotilaiden ja heidän läheistensä kanssa, eikä myöskään päihdepotilaan hoitoketjussa. Työtovereiden ja yhteistyötahojen osaamista osa vastaajista hyödynsi jopa (5) asiantuntija tasolle. Eniten vastaajat kokivat osaamisensa olevan yhteistyötaidoissa (4) etevän tekijän ja (3) pätevän suoriutujan tasolla.

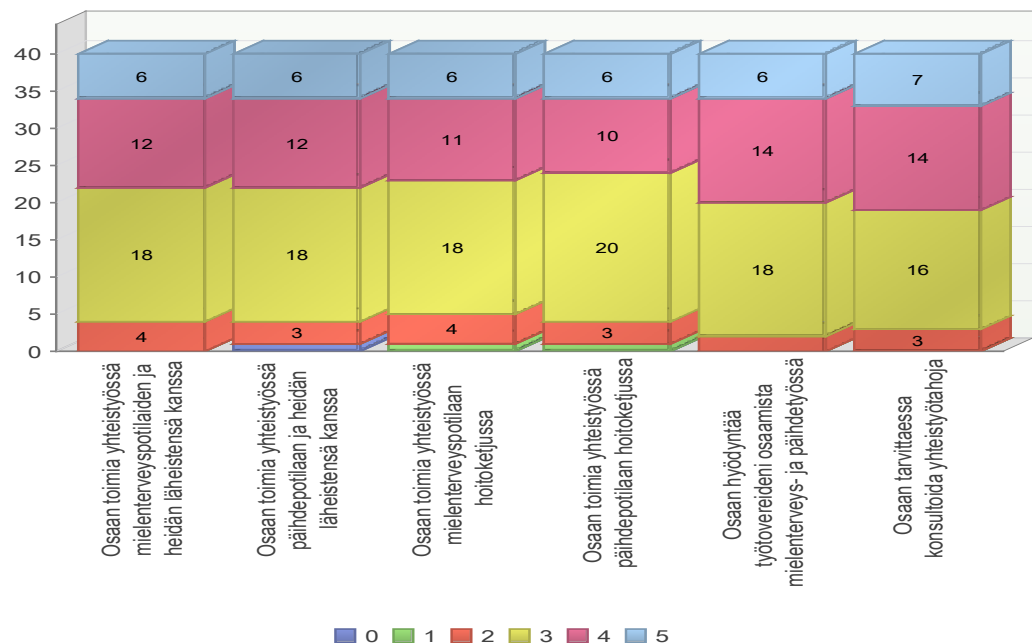
Taulukko 6: Nykytila:



Tavoitetila: Yhteistyöosaamisessa kaikkien vastaajien keskiarvo oli 3,5 eli pätevän suoriutujan (3) ja etevän tekijän (4) tasojen välillä olevaa osaamista. Sairaaloiden keskiarvot: Tyks Vakka–Suomen sairaala: 3,54, Salo: 3,64, Loimaa: 3,67 ja Turunmaa: 2,83. (Taulukko 7, s. 30).

Huomioitavaa on, että osa vastaajista koki tarvitsevansa tulevaisuudessa enemmän osaamista sekä itse mielenterveys- ja päihdepotilaan että hänen läheistensä ja työtovereiden sekä yhteistyötahojen kanssa tehtävään yhteistyöhön, jopa asiantuntijan (5) tasoista osaamista.

Taulukko 7: Tavoitetila:

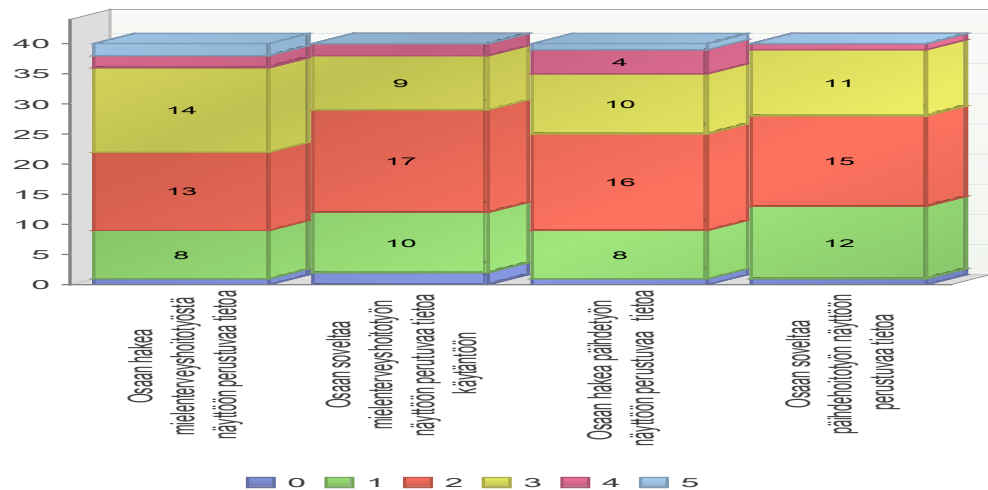


8.1.3 Näyttöön ja tutkimukseen perustuva osaaminen (nykytila ja tavoitetila)

Nykytila: Näyttöön ja tutkimukseen perustuvassa osaamisessa kaikkien vastaajien keskiarvo oli 2,14 eli kehittyneen aloittelijan (2) tasolla olevaa osaamista. Sairaaloiden keskiarvot: Tyks Vakka–Suomen sairaala: 2,29, Salo: 2,29, Loimaa: 2,13 ja Turunmaa: 1,54. (Taulukko 8, s. 31).

Pieni osa vastaajista koki, että osaamista hakea ja soveltaa näyttöön perustuvaa mielenterveys- ja päihdetietoa ei tarvita tai sitä ei ole. Toisaalta myös pieni osa vastaajista koki osaavansa hakea ja soveltaa näyttöön perustuvaa tietoa mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä (4) etevän tekijän ja (5) asiantuntijan tasoisesti. Eniten vastaajat olivat arvioineet osaamisensa (2) kehittyneen aloittelijan tasolle.

Taulukko 8: Nykytila:

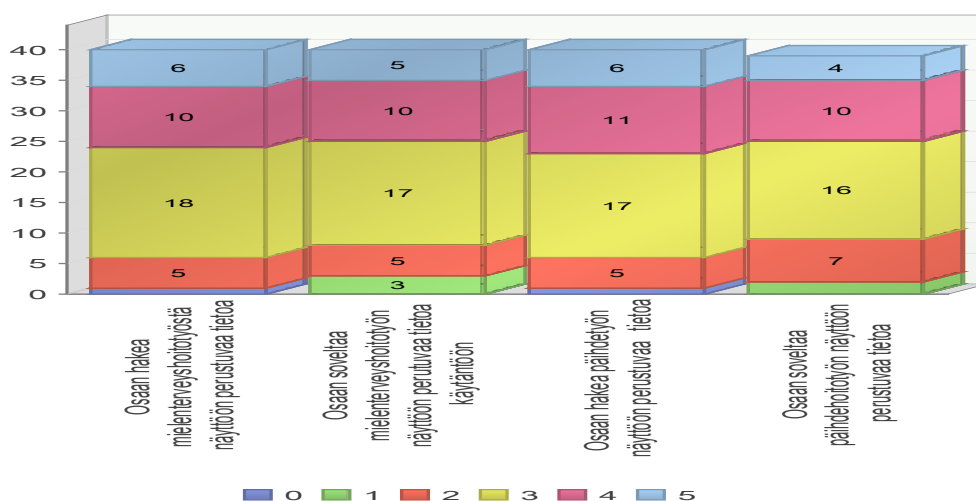


Tavoitetila: Näyttöön ja tutkimukseen perustuvassa osaamisessa kaikkien vastaajien keskiarvo oli 3,28 eli vähän enemmän kuin pätevän suoriutujan (3) tasoista osaamista. Sairaaloiden keskiarvot: Tyks Vakka–Suomen sairaala: 3,56, Salo: 3,15, Loimaa: 3,32 ja Turunmaa: 2,92. (Taulukko 9, s. 32).

Vastauksien perusteella pieni osa vastaajista koki, että tulevaisuudessa tarvitaan (5) asiantuntija tasoista osaamista ja tietoa miten hakea ja soveltaa näyttöön perustuvaa mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Suurin osa vastaajista

oli sitä mieltä, että tulevaisuudessa mielenterveys- ja päihdehoitotyön näyttöön perustuvan tiedon hakemisen ja soveltamisen osaamistasoksi riittää pätevän suoriutujan (3) taso.

Taulukko 9: Tavoitetila:



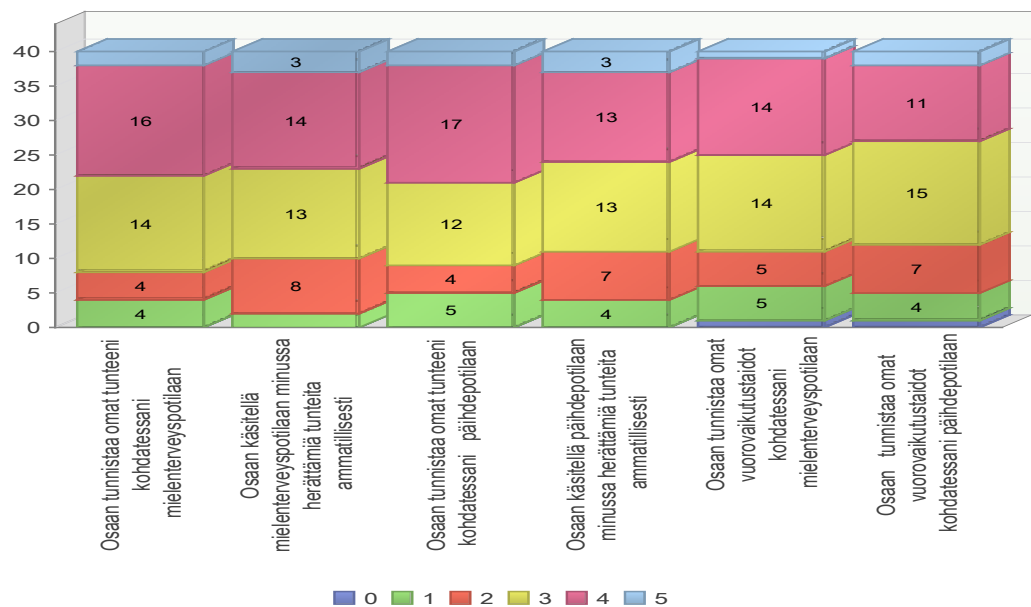
8.1.4 Omien tunteiden ja vuorovaikutustaitojen tunnistaminen (nykytila ja tavoitetila)

Nykytila: Omien tunteiden ja vuorovaikutustaitojen tunnistamisessa kaikkien vastaajien keskiarvo oli 3,09 eli pätevän suoriutujan (3) tasolla olevaa osaamista. Sairaaloiden keskiarvot: Tyks Vakka–Suomen sairaala: 2,99, Salo: 3,15, Loimaa: 3,50 ja Turunmaa: 2,64. (Taulukko 10, s. 33).

Pieni osa vastaajista koki mielenterveys- ja päihdepotilaiden herättämien tunteiden ja vuorovaikutustaitojen ammatillisen käsittelyn osaamisessa itsensä aloittelijan tasolla (1) olevaksi. Toisaalta osa vastaajista koki osaamisensa

asiantuntija tasoiseksi (5). Suurin osa vastaajista koki osaamisensa pätevän suoriutujan (3) ja etevän tekijän (4) tasolla olevaksi. Omien vuorovaikutustaitojen tunnistamisessa mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa muutama vastaaja koki ettei osaamista ole tai ei tarvita.

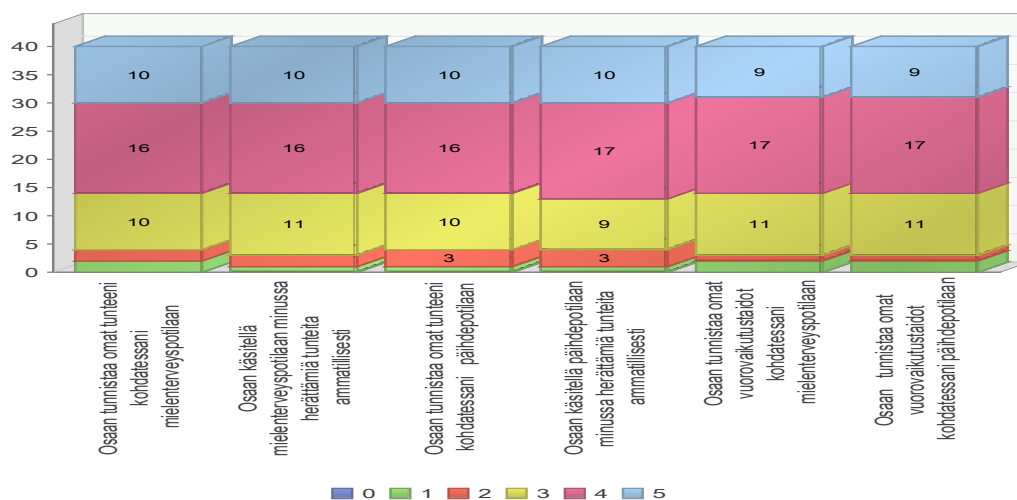
Taulukko 10: Nykytila:



Tavoitetila: Omien tunteiden ja vuorovaikutustaitojen tunnistamisessa kaikkien vastaajien keskiarvo oli 3,77 eli pätevän suoriutujan (3) ja etevän tekijän (4) välillä olevaa osaamista. Sairaaloiden keskiarvot: Tyks Vakka–Suomen sairaala: 3,83, Salo: 3,59, Loimaa: 3,88 ja Turunmaa: 3,89. (Taulukko 11, s. 34).

Huomioitavaa on, että osa vastaajista koki selkeästi, että osaamista tarvitaan omien tunteiden ja vuorovaikutustaitojen tunnistamiseen, jopa asiantuntija (5) tasoista osaamista. Suurin osa vastaajista koki tulevaisuuden tarpeen olevan etevän tekijän (4) tasolla olevaa osaamista.

Taulukko 11: Tavoitetila:



8.1.5 Kontaktihoitosuhteessa ja hoitoyhteisössä tarvittavien hoitotyön toimintojen osaaminen (nykytila ja tavoitetila)

Mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitosuhteessa tarvittavien hoitotyön toimintojen osaamisessa kartoitettiin sairaanhoitajien osaamista muun muassa seuraavissa asioissa: 1) Tunnistaa erilaisia mielenterveys- ja päihdehäiriöitä (masennus, persoonallisuushäiriöt, skitsofrenia, psykoosi, delirium yms.). 2) Tunnistaa somaattisen sairauden taustalla olevan mielenterveys- ja päihdehäiriön. 3) Toteuttaa mielenterveys- ja päihdepotilaan lääkehoitoa annettujen ohjeiden mukaisesti. 4) Tunnistaa eri-ikäisten henkilöiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden erityispiirteet. 5) Tunnistaa mielenterveys- ja päihdepotilaan hoidossa kriisi-/surutyön eri vaiheet. 6) Tunnistaa psykososiaalisen tuen merkitys mielenterveys- ja päihdepotilaan hoidossa.

Nykytila: Kontaktihoitosuhteessa ja hoitoyhteisössä tarvittavien hoitotyön toimintojen osaamisessa kaikkien vastaajien keskiarvo oli 2,23 eli vähän enemmän kuin kehittyneen aloittelijan (2) tasolla olevaa osaamista. Sairaaloiden keskiarvot: Tyks Vakka–Suomen sairaala: 2,14, Salo: 2,55, Loimaa: 3,31 ja Turunmaa: 1,63. Pieni osa vastaajista koki, että osaamista ei tarvita tai ei ole potilaan mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamiseen. Osa vastaajista koki osaamisensa mielenterveys- ja päihdepotilaille annettujen lääkehoitojen toteuttamisessa olevan asiantuntija (5) tasoista osaamista. Monet vastaajat arvioisivat osaamisensa aloittelijan (1) ja kehittyneen aloittelijan (2) tasoiseksi.

Tavoitetila: Kontaktihoitosuhteessa ja hoitoyhteisössä tarvittavien hoitotyön toimintojen osaamisessa kaikkien vastaajien keskiarvo oli 3,45 eli pätevän suoriutujan (3) ja etevän tekijän (4) välillä oleva osaamisen taso. Sairaaloiden keskiarvot: Tyks Vakka – Suomen sairaala: 3,36, Salo: 3,68, Loimaa: 3,56 ja Turunmaa: 2,98. Huomioitavaa on, että osa vastaajista arvioi tulevaisuuden tarpeen olevan mielenterveys- ja päihdepotilaan erilaisten häiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa asiantuntija (5) tasoista osaamista. Suurin osa vastaajista uskoo tulevaisuuden tarpeeksi riittävän pätevän suoriutujan (3) tasoinen osaaminen.

8.2 Avointen kysymysten tulokset

Avoimilla kysymyksillä pyrittiin saamaan vastaus siihen, miten hyvin sairaanhoitajat osaavat tunnistaa potilaan mielenterveys- ja päihdeongelmaa ja käyttää VSSHP:n terveyden edistämisen toimintasuunnitelman (2009) mukaisesti alkoholin riskikäytön (esim AUDIT) ja masennuksen (esim. DEPS) testejä. Vastauksista haettiin myös konkreettista kokemusta siitä, minkälaista mielenterveys- ja päihdeosaamista sairaanhoitajat eniten kaipaavat työnsä tueksi. Vastaukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Ensin aineisto järjestettiin tiiviiseen ja selkeään muotoon, ja huolehdittiin siitä ettei aineiston

sisältämä informaatio katoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Vastaukset purettiin ja kirjoitettiin päiväkirjaan alkuperäisten ilmauksien mukaisesti ja sen jälkeen vastaukset pelkistettiin ja luokiteltiin pääluokkiin, jolloin tuloksiksi saatiin mielenterveys- ja päihdeosaamisen koulutusinterventiosuunnitelman aihealueita.

8.2.1 Masennustestin käytön osaaminen

Masennustestin (esim. DEPS) tunteminen ja käyttäminen hoitotyössä oli sairaanhoitajille vierasta. Vastaajista ainoastaan 5 sairaanhoitajaa käyttää tarvittaessa masennustestiä. Suurin osa vastaajista 28 sairaanhoitajaa ei käytä testiä ja 7 vastasi tyhjä. Tietämättömyys masennustesteistä ja mielenterveyspotilaiden hoitopaikoista sekä testin tekemiseen tarvittavan ajan puute koettiin syynä siihen, ettei masennustestin tekemistä koeta tärkeänä.

”ei ole tietoa mistään masennustestistä, että onko meillä edes käytössä sellaista?”

”meillä on kiire töissä, ei ole aikaa paneutua mielenterveysasioihin...”

”ei tarvita, koska me ei hoideta mielenterveyspotilaita”

”mitä hyötyä on tehdä masennustesti, kun ei ole tietoa, mikä taho hoitaa sitten?”

8.2.2 Alkoholin riskikäytön testin osaaminen

Vastaajista 8 sairaanhoitajaa käyttää tarvittaessa alkoholin riskikäytön testiä (esim. AUDIT). Vastaajista 26 sairaanhoitajaa ei käytä testiä ja 6 vastasi tyhjä. Alkoholin riskikäytön testin käyttämättömyyteen oli nähtävissä samansuuntaisia syitä kuin masennustestin käyttämättömyyteen.

”en oikeastaan tiedä alkoholitesteistä juurikaan mitään”

”jos meillä on joku testi käytössä, niin tarvitaan ohjeita miten sitä käytetään”

”ei tarvita, alkoholismia ei hoideta meillä”

”väsymys alkoholisteihin!”

”alkoholismi on monien sairauksien taustalla, mutta meillä ei ole aikaa hoitaa alkoholisteja”

”miksi tehdä päihdetesti, kun ei ole hoitopaikkoja minne ohjaat?”

8.2.3 Mielenterveys- ja päihdeosaaminen - koettu tarve

Sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdeosaamisen tarpeesta vastaajilla oli paljon mielipiteitä. Vastaajista 14 sairaanhoitajaa koki tarvitsevansa enemmän tietoa mielenterveys- ja päihdeongelmista esimerkiksi ohjauksen ja koulutuksen kautta. Ajan tasalla olevaa tietoa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidosta ja hoitopoluista toivoi saavansa 20 sairaanhoitajaa. Kahdessa vastauksessa tuli esille näkemys, että somaattisessa sairaalassa ei tarvita mielenterveys- ja päihdeosaamista. 4 vastasi tyhjää.

”tietoa mielenterveyspotilaiden ja alkoholistien lääkehoidosta”

”tietoa korvauslääkityksestä ja korvaushoidosta...”

”valmiutta tunnistaa ja kohdata mielenterveys- ja päihdepotilaita”

”taitoa ottaa puheeksi”

”koulutusta lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdeasioista”

”tietoa kohdata vanhus, jolla on masennus- tai päihdeongelmaa”

”miten kohdata suisidaalinen potilas?”

”minne ohjata yöllä ja viikonloppuisi; onko kellään tietoa hoitopoluista tai – ketjuista????”

”tietoa mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitoon liittyvistä laeista”

”turvallisuus koulutusta”

”teoreettista tietoa mielenterveys- ja päihdehäiriöistä”

” ei tarvita mielenterveys- ja päihdeosaamista; eihän psykiatriankaan puolella hoideta somaattisia sairauksia!”

8.3 Yhteenveto soveltavan tutkimuksen tuloksista

Yhteenvetona voidaan todeta, että vakioidut kysymykset antoivat kattavan kuvan sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytilasta ja tulevaisuuden osaamisen tarpeesta. Osaamistasot oli määritelty Likert asteikolle Hätösen (2007) mukaan seuraavasti: 0= Osaamista ei ole tai ei tarvita, 1= Aloittelija, 2= Kehittynyt aloittelija, 3= Pätevä suoriutuja, 4= Etevä tekijä ja 5= Asiantuntija.

Sairaanhoitajan mielenterveys- ja päihdeosaamisen kyselylomake, jossa verrattiin sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytilaa ja tulevaisuuden osaamisen tarvetta, oli työstetty sairaanhoitajan (amk) opetussuunnitelman (2010) osaamistavoitteiden ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen toimintasuunnitelman (2009) alkoholin riskikäytön, masennuksen ja psykoosin tunnistamisen ja puheeksi ottamisen osioiden pohjalta.

Tulosten pohjalta voidaan todeta, että sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytila on kehittyneen aloittelijan (2) ja pätevän suoriutujan (3) tasolla olevaa osaamista. Tulevaisuuden mielenterveys- ja

päihdeosaamisen tarve arvioitiin olevan pätevän suoriutujan (3) ja etevän tekijän (4) tason osaamista.

Turunmaan sairaalan tulos sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytilasta ja tulevaisuuden osaamisen tarpeesta poikkesi muiden sairaaloiden tuloksista. Turunmaan sairaalassa osaamisen nykytila uskottiin olevan aloittelijan (1) ja kehittyneen aloittelijan (2) tasoista osaamista. Tulevaisuuden osaamisen tarpeeksi arvioitiin kehittyneen aloittelijan (2) ja pätevän suoriutujan (3) tasoista osaamista. Yksi selitys alhaisempaan osaamistason nykytilaan ja tulevaisuuden tarpeeseen saattaa olla se, että Turunmaan sairaalassa kyselyyn osallistui vain vastaanottopoliklinikan sairaanhoitajat. He eivät työssään kohtaa yhtä paljon mielenterveys- ja päihdehäiriöisiä kuin ensiapupoliklinikoilla ja siten eivät koe heidän hoitamisen osaamisen tarvetta samalla tavalla kuin ensiapupoliklinikan sairaanhoitajat.

Avoimissa kysymyksissä tuli esille kokemuksellisia asioita, jotka vaikuttavat mielenterveys- ja päihdeosaamisen osaamisvajeeseen. Osaamisvajetta oli muun muassa: mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamisessa ja puheeksi ottamisessa. Masennustesti (DEPS) ja alkoholin riskikäytön testi (AUDIT) eivät olleet monellekaan tuttuja. Kyselyjen tuloksista voidaan päätellä, että suurimmalla osalla vastaajista ei ollut tietoa siitä miten toimitaan paikallisella tasolla mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitojatkumossa tai -ketjussa. Vastauksien perusteella sairaanhoitajat toivoivat saavansa selkeitä ohjeita mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohtaamiseen ja hoitoon ohjaamiseen. Toisaalta vastaajien mielestä oli turhauttavaa tehdä alkoholin riskikäytön AUDIT-testi tai masennuksen DEPS-testi, ellei potilaalle ole tarjota hoitoa tai häntä voida ohjata asianmukaiseen hoitoon, mitä testin tulos vaatisi. Sairaanhoitajat kaipasivat tietoa ja ajan tasalla olevia käytäntöjä miten toimitaan ja minne mielenterveys- ja päihdepotilas ohjataan. Toisaalta osa sairaanhoitajista koki, että mielenterveys- ja päihdehäiriöt ja niiden hoitaminen eivät kuulu somaattisen sairaanhoidon piiriin. Vastaajat perustelivat näkemystään sillä, että ensiapu- ja vastaanottopoliklinikan työssä ei ole aikaa paneutua potilaan mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamiseen ja hoitoon.

Kyselylomakkeiden sisällönanalyysin pohjalta voidaan todeta, että kyselylomakkeen osaamisalueissa, (*Mielenterveys- ja päihdepotilaan ja hänen läheistensä ammatillinen ohjaaminen, yhteistyöosaaminen, näyttöön ja tutkimukseen perustuva osaaminen, omien tunteiden ja vuorovaikutustaitojen tunnistaminen, kontaktihoitosuhteessa ja hoitoyhteisössä tarvittavien hoitotyön toimintojen osaaminen sekä masennustestin että alkoholin riskikäytön testin osaaminen*) sairaanhoitajilla on eri tasoista osaamisvajetta. Osaamista tarvitaan sekä ensiapu- ja vastaanottopoliklinikan hoitotyössä että moniammatillisessa yhteistyöverkostossa, jotta mielenterveys- ja päihdepotilas ohjautuisi oikeaan hoitoon oikea-aikaisesti.



Kuvio 3. Mielenterveys- ja päihdeosaamisen aihealueet ensiapu- ja vastaanottopoliklinikalla ja moniammatillisessa yhteistyöverkostossa ylitse hallintokuntarajojen.

8.4 Tutkimuseettiset kysymykset

Soveltavan tutkimuksen kyselyssä noudatettiin terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE, 2005) laatimia ohjeita, joissa painotetaan muun muassa ihmisarvon kunnioittamista terveydenhuollossa ja oikeudenmukaisuutta potilaan oikeuksien toteutumisessa. Kyselyssä toimitettiin myös tutkimuseettisten pelisääntöjen mukaan suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, rahoittajiin ja toimeksiantajiin. (Kuula 2005, 60). Tutkimuseettiset säännöt huomioitiin tuomalla esille lähteiden alkuperä, joita on käytetty kehittämissuorituksissa. (Vilkkä 2009, 30-32). Kehittämissuorituksen saatekirjeessä kyselylomakkeen vastaaja sai riittävästi tietoa siitä mihin hänen anonymia antamia vastauksia käytettiin. Saatekirjeessä oli myös yhteystiedot, mihin vastaajalla oli mahdollisuus ottaa yhteyttä tarvittaessa. (Vilkkä 2009, 36). Henkilötietolaissa 523/1999 todetaan, että tutkimuksessa käytettävät henkilötiedot eivät saa olla tunnistettavissa, tutkittavien anonymiteettia on suojeltava ja henkilörekisteri on hävitettävä tutkimuksen tulosten keräämisen jälkeen. Tutkimuslupaa varten tarvittiin ensin alueellisen erikoissairaanhoidon sairaaloiden ylihoitajien puollot. Tämän jälkeen haettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön asiantuntijaryhmältä puoltavaa lausuntoa soveltavan tutkimuksen tekemistä varten. Tutkimusluvan myönsi VSSH:n johtava ylilääkäri 4.10.2012.

Tutkimusaineiston säilyttämisessä ja projektin päättyessä tutkimusaineiston hävittämisessä tullaan noudattamaan kansainvälisesti hyväksytyjä tutkimuseettisten ohjeistuksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 173-184). Tässä kehittämissuorituksissa tämä tarkoittaa sitä, että Webropol –ohjelmalla saadut kyselyiden vastaukset ja vastauksien analysointi säilytetään kymmenen vuotta. Avoimien kysymysten analysoinnissa tehtiin prosessimaisesti päiväkirjamerkintöjä. Ensimmäisen päiväkirjaan purettiin sanatarkasti alkuperäiset ilmaisut, jotka pelkistettiin ja luotiin pääluokat. Kaikki kyselyjen analysointivaiheessa tehdyt päiväkirjamerkinnät tullaan myös säilyttämään kymmenen vuotta, jonka jälkeen ne hävitetään.

8.5 Tutkimuksen luotettavuus

Sairaanhoitajan mielenterveys- ja päihdeosaamisen kyselylomakkeen kehittämisessä huomioitiin luotettavuusasia siten, että aihetta koskeva teoria oli myös kyselylomakkeen pohjana. Sairaanhoitajan mielenterveys- ja päihdeosaamisen kyselyn teoriapohjana käytettiin sairaanhoitaja (amk) opetussuunnitelman (2010) mielenterveys- ja päihdetyön osaamistavoitteita, jotka muutettiin osaamisalueiksi. Samoin VSSHP:n terveyden edistämisen toimintasuunnitelman (2009) alkoholin riskikäytön, masennuksen ja psykoosin tunnistamisen osioita, jotka muutettiin osaamisalueiksi. Osaamisen arviointiasteikkona käytettiin Hätösen (2007) laatimaa osaamistasojen yleiskuvausta, jota täydennettiin yksityiskohtaisimmilla kuvauksilla Likert asteikolla 0-5. Kyselylomaketta työstettiin työryhmän sairaanhoitajien kanssa. Kyselylomakkeen esitestauksella mitataan kyselylomakkeen luotettavuutta. Esitestaus on tärkeä vaihe erityisesti silloin, kun käytetään uutta, kyseistä tutkimusta varten suunniteltua kyselylomaketta mittarina. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 154). Kyselylomakkeen käytettävyyttä testattiin heinäkuussa 2012 Tyks Vakka-Suomen sairaalan sairaanhoitajalla. Hänen antamiensa ehdotusten pohjalta kyselyyn lisättiin sekä osaamisen nykytilan ja tavoitetilan määrittely että Likert mittarin 0-5 tasojen tarkempi määrittely ja ohje vastauksien antamiseen.

Soveltavan tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa se, millä tavalla tutkittavat ovat ymmärtäneet kyselylomakkeen kysymykset. Jos vastaaja ei ymmärrä kysymystä siten kuin tutkija olettaa, niin tulokset vääristyvät. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen luotettavuutta ja tulosten tarkkuutta. Tällöin mittauksella ei saada sattumanvaraisia tuloksia. Tämä tarkoittaa, että toistettaessa mittaus saman vastaajan kohdalla, saadaan sama mittaustulos riippumatta siitä kuka tekee mittauksen. Kokonaisluotettavuuden muodostavat yhdessä tutkimuksen pätevyys ja luotettavuus. (Vilka 2009, 161).

Tässä kyselyssä tutkimuksen validiteetti eli pätevyys toteutui, koska mitattiin sitä mitä oltiin luvattu eli sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytilaa ja tulevaisuuden osaamisen tarvetta. Kyselyn luotettavuutta eli reliabiliteettia voivat heikentää monet asiat tutkimuksen aikana. Virheitä voi sattua, jos vastaaja ei muista jotain asiaa tai ei ymmärrä kysymystä siten kuin tutkija on tarkoittanut. Tutkija voi myös vastauksia tallennettaessa tai analysoidessaan tehdä virheitä, mitkä heikentävät vastauksien pätevyyttä ja luotettavuutta. (Vilka 2009, 162).

Tämän työn kyselyaineiston yleistettävyyttä pohtiessa tulee esiin muutamia asioita, jotka ovat voineet vaikuttaa alhaiseen vastausprosenttiin. Webropol-kyselylomakkeiden lähettäminen kaikille tutkittaville sairaanhoitajille ei sujunut suunnitelmien mukaisesti. Tietoteknisistä häiriöistä johtuen muutamat sairaanhoitajat eivät saaneet kyselyä auki. Kyselyn lähettäminen viivästyi ja muutamat tutkittavat sairaanhoitajat saivat kyselyn viikkoa myöhemmin kuin toiset. Todennäköisesti kyselylomakkeen aukaisemisessa ollut vaikeus on vähentänyt jonkun verran vastaajien lukumäärää. Kyselylomakkeen alhainen vastausprosentti (34,2) heikentää tutkimustuloksen yleistettävyyttä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009,158). Arvioitavaksi jää miten luotettavasti kyselylomakkeen tuloksia voidaan yleistää.

Standardoitujen kysymysten ja avoimien kysymysten analysoinnin tuloksissa näytti olevan pientä ristiriitaa. Standardoitujen kysymysten vastauksien analyysin perusteella voidaan todeta, että sairaanhoitajien keskiarvo mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytilassa ja tulevaisuuden osaamisen tarpeessa on pätevän suoriutujan (3) ja etevän tekijän (4) tasolla. Taulukosta ei välttämättä aukea, onko erityistä mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytilan ja tulevaisuuden osaamisen tarvetta. Avoimien kysymysten analyysissä tuli selkeästi esille sairaanhoitajien tieto ja kokemus (mitä osataan, mitä ei osata, mitä osaamista tarvitaan) mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytilasta ja tulevaisuuden osaamisen tarpeesta. Luetun tekstin ymmärtämisestä johtuvat virheet, jotka ovat voineet heikentää tulosten luotettavuutta. Esimerkiksi vastaajat ovat voineet tulkita kysymykset ja kysymysten vaihtoehdot eri tavalla,

kuin mitä projektipäällikkö on tarkoittanut tai projektipäällikkö on voinut tulkita vastaajien vastaukset virheellisesti.

8.6 Tulososion pohdinta

Kyselylomake, jolla mitattiin sairaanhoitajien osaamisalueita, oli monien mielestä liian yksityiskohtainen. Näyttää siltä, että sairaanhoitaja (amk) opetussuunnitelman (2010) mielenterveys- ja päihdeosaamisen tavoitteet ovat epärealistisen vaativia erityisosaamisen tavoitteita, jotka olivat kyselylomakkeen osaamisalueiden pohjana. Mielenkiintoisaa oli selvittää miten hoitotyössä toteutuu VSSHP:n terveyden edistämisen toimintasuunnitelman (2009) alkoholin (AUDIT) ja masennuksen (DEPS) tunnistamisen testien käyttö, joita myös käytettiin kyselylomakkeen osaamisalueiden pohjana.

Näkemyistä vahvisti monien sairaanhoitajien kokemus kysymyksistä, jotka koettiin vieraiksi suhteessa omaan työhön. Ehkä edellä mainittu oli osasyynä siihen, että vastausprosentiksi saatiin 34,2. Alhaiseen vastausprosenttiin on saattanut vaikuttaa myös se, että projektipäälliköllä ei ollut mahdollisuutta seurata vastauksien etenemistä ja lähettää yksittäisiä muistutuksia sairaanhoitajille vastausajan umpeutuessa. Alueellisen erikoissairaanhoidon (ESH:n) sairaaloiden ylihoitajien nimeämien yhdyshenkilöiden aktiivisuuden varassa oli se, miten tunnollisesti he projektipäällikön toivomuksesta muistuttivat tutkittavia sairaanhoitajia kyselylomakkeen täyttämistä. Kyselylomakkeen pikkutarkoista kysymyksistä huolimatta 40 sairaanhoitajaa oli vastannut tunnollisesti ja avoimiin kysymyksiin oli kirjoitettu harkitusti ja seikkaperäisesti vastauksia. Kyselyaineiston sisällönanalyysi antoi kysymyksiin vastauksia. Tulosten analyysin pohjalta saatiin koottua aihealueet sairaanhoitajan mielenterveys- ja päihdeosaamisen koulutusinterventio suunnitelmaan. Pienestä vastausprosentista (34,2) huolimatta kehittämissuunnitelman kyselylomakkeen aineiston analyysi antoi vastauksia

sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytilasta ja tulevaisuuden osaamisen tarpeesta.

9 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN

Kehittämiprojekti toteutettiin Turun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen -koulutusohjelman opinnäytetyönä. Kehittämiprojektin tarkoituksena oli selvittää Varsinais-Suomen alueellisen erikoissairaanhoidon sairaaloiden (Vakka-Suomi, Salo, Loimaa ja Turunmaa) ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoiden sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytila ja tulevaisuuden tarve. Kehittämiprojektin prosessin tuotoksena syntyi mielenterveys- ja päihdeosaamiseen aihealueita koulutusinterventiosuunnitelmaan, jota alueellisen erikoissairaanhoidon sairaaloiden lähiesimiehet voivat käyttää koulutussuunnitelmissaan.

Kehittämiprojekti käynnistettiin syksyllä 2011. Tyks Vakka-Suomen sairaala oli kehittämisprojektin toimeksiantaja organisaatio. Sairaalan ylihoitajan ja suunnittelijan (eli projektin työelämän mentorin) ehdotus kehittämisprojektin aiheeksi oli selvittää ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoiden sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytila ja tulevaisuuden osaamisen tarve, jonka pohjalta voitaisiin koota aiheet koulutusinterventiosuunnitelmaan. Kehittämiprojektin ideavaihe oli joulukuussa 2011, jolloin työelämän mentorin, opettaja-tuutorin ja projektipäällikön dialogin tuloksena oli selkiytynyt kehittämisprojektin rajaus koskemaan VSSHP:n alueellisten ESH:n sairaaloiden Tyks Vakka-Suomen sairaalan ja Loimaan aluesairaalan kaikkia ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoiden sairaanhoitajia sekä Salon aluesairaalan kaikkia ensiapupoliklinikan sairaanhoitajia että Turunmaan sairaalan kaikkia vastaanottopoliklinikan sairaanhoitajia.

Projektipäällikkö oli yhteydessä kehittämisprojektin työelämän mentorin kanssa kohderyhmän organisaatioihin 2012 tammi- ja helmikuun aikana, jona aikana projektipäällikkö kokosi esiselvitystä. Nimettiin projektille ohjausryhmä, jonka muodostivat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSH:n) alueellisen erikoissairaanhoidon (ESH:n) sairaaloiden ylihoitajat. Esiselvitys valmistui maaliskuussa 2012, jolloin myös kokoontui ohjausryhmä. Ohjausryhmä nimesi projektin työryhmään VSSH:n alueellisen ESH:n sairaaloista yhden sairaanhoitajan kustakin sairaalasta. Työryhmä kutsuttiin koolle maaliskuussa 2012. Tärkeää oli, että organisaatiot oli nyt sitoutettu kehittämishankkeeseen.

Kehittämisprojektin eteneminen ei edennyt alkuperäisen aikataulusuunnitelman mukaisesti. Projektisuunnitelman ja tutkimussuunnitelman työstäminen vei arvioitua enemmän aikaa. Työryhmän sairaanhoitajien kanssa työskentely tapahtui enimmäkseen sähköpostitse, koska pitkien välimatkojen ja vuorotyön takia oli miltei mahdoton saada sopimaan yhteisiä kokoontumisaikoja. Kyselytutkimus suoritettiin 11.10.2012 – 11.11.2013 välisenä aikana. Väliraportti ei valmistunut alkuperäisen suunnitelman mukaisesti vielä lokakuussa 2012. Marras-, joulukuussa 2012 aineisto analysoitiin ja lähetettiin sähköisesti työryhmän sairaanhoitajille kommentoitavaksi. Väliraportti oli valmis tammikuussa 2013, jolloin pidettiin myös ohjausryhmän kokous 11.1.2013. Työryhmä kokoontui maaliskuussa 2013, jolloin työstettiin kehittämisprojektin aineistonanalyysin pohjalta kehitettävää koulutusinterventiosuunnitelmaa. Kehittämisprojektin eteneminen on kuvattu kuviossa 4 sivulla 47 .

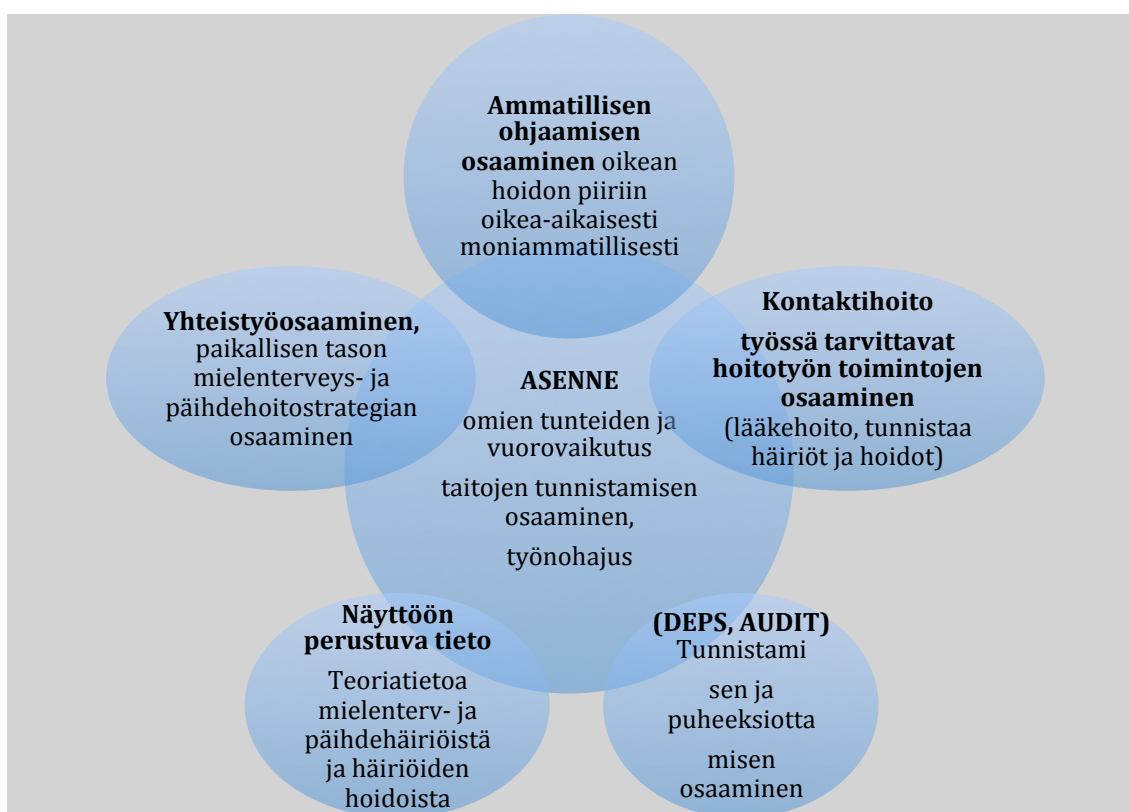


Kuvio 4. Kehittämiprojektin eteneminen syksystä 2011 kevääseen 2013.

10 KOULUTUSINTERVENTIO

Sairaanhoitajan mielenterveys- ja päihdeosaamisen koulutusinterventio suunnitelman aihealueet työstettiin analysoimalla kyselylomakkeen vastaukset. Standardoitujen kysymysten vastauksista koottiin ne teoreettiset aihealueet, joissa oli eniten osaamisvajetta. Avoimien kysymysten vastaukset analysoitiin pelkistämällä ja luokittelemalla, joista edettiin käsitteellistämiseen eli teoreettisiin käsitteisiin. Tuotoksena syntyi sairaanhoitajan mielenterveys- ja päihdeosaamisen aihealueista koulutusinterventiosuunnitelma, jota alueellisen erikoissairaanhoidon sairaaloiden lähiesimiehet voivat käyttää poliklinikoidensa koulutussuunnitelmissa. Aihealueet ovat ensiapu- ja vastaanottopoliklinikan työssä: 1) Omien asenteiden, tunteiden ja vuorovaikutustaitojen tunnistaminen ja työnohjauksen merkityksen ymmärtäminen. 2) Mielenterveys- ja päihdepotilaan tunnistaminen ja puheeksi ottamisen osaaminen sekä AUDIT-,

DEPS – testien käytön osaaminen. 3) Kontaktihoitotyössä tarvittavien toimintojen osaaminen esim. korvauslääkehoito, tunnistaa eri mielenterveys- ja päihdehäiriöitä ja häiriöiden hoitokäytännöt. 4) Näyttöön perustuva tieto mielenterveys- ja päihdehäiriöistä ja häiriöiden hoidoista. Tämän lisäksi kyselylomakkeen sisällönanalyysin tulosten pohjalta näyttää olevan tarvetta moniammatilliseen yhteiskoulutukseen ylitse hallintokuntarajojen seuraavilla aihealueilla: 5) Yhteistyöosaaminen, joka pitää sisällään paikallisen moniammatillisen mielenterveys- ja päihdehoitostrategian tuntemisen. 6) Moniammatillisen ohjaamisen osaaminen, jolloin potilas ohjautuu oikean hoidon piiriin oikea-aikaisesti. Koulutusinterventiosuunnitelman aihealueet on esitetty alla olevassa kuviossa.



Kuvio 5. Mielenterveys- ja päihdeosaamisen koulutusinterventiosuunnitelman aihealueet.

Koulutusinterventiosuunnitelma, johon on koottu koulutuksen aihealueet lisättyinä mahdollisilla luennoitsijoilla on esitetty liitteessä 4.

11 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

11.1 Pohdinta

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli selvittää VSSHP:n alueellisen ESH:n sairaaloiden, Tyks Vakka – Suomen sairaalan ja Loimaan aluesairaalan ensiapu- ja vastaanottopoliklinikan sairaanhoitajien sekä Salon aluesairaalan ensiapupoliklinikan sairaanhoitajien että Turunmaan sairaalan vastaanottopoliklinikan sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytila ja tulevaisuuden osaamisen tarve. Tavoitteena oli selvityksen tulosten analysoinnin pohjalta koota aihealueita koulutusinterventiosuunnitelmaan mielenterveys- ja päihdeosaamiseen, jota alueellisen ESH:n sairaaloiden lähiesimiehet voivat käyttää poliklinikoidensa koulutussuunnitelmissaan.

Kehittämiprojektille asetetut tavoitteet toteutuivat. Kyselyaineiston analyysin pohjalta saatiin vastaus sairaanhoitajan mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytilasta ja tulevaisuudessa tarvittavasta osaamisesta aihealueet koulutusinterventiosuunnitelmaan. Osaamisen aihealueet pohjautuivat sairaanhoitaja (amk) opetussuunnitelman (2010) mielenterveys- ja päihdeosaamisen tavoitteisiin sekä VSSHP:n terveyden edistämisen toimintasuunnitelman (2009) alkoholin, masennuksen ja psykoosin tunnistamisen ja puheeksi ottamisen osioihin, joista muodostettiin osaamisalueita.

Vaikka kehittämiprojekti saavutti sille asetetut tavoitteet, niin sen toteutumisessa oli myös kriittisiä pisteitä, jotka vaikeuttivat projektin etenemistä.

Projektin ohjausryhmän nimeäminen alueellisen ESH:n sairaaloiden ylihoitajista oli luontevaa ja työskentely ohjausryhmässä toteutui suunnitelmien mukaisesti. Ohjausryhmän sitoutuminen projektityöskentelyyn oli selkeää, koska kokoontumiset ajoitettiin aina ylihoitajien kokouksien alkuun. Näin ohjausryhmän jäsenet sitoutuivat projektin ohjausryhmän työskentelyyn kiittävästi ja projektipäällikkö sai ohjausryhmältä tarvitsemaansa ohjausta projektin vetämiseen. Kehittämiskohteen työelämän mentorin ja opettaja-tuutorin kanssa työskentely oli koko projektin ajan antoisaa ja vastavuoroista vuoropuhelua, jossa projektipäällikkö sai työvälineitä reflektoida johtajuuttaan projektin prosessissa.

Kehittämiskohteen ohjausryhmä nimesi projektin työryhmään yhden sairaanhoitajan kustakin alueellisen ESH:n sairaalasta. Työryhmän kanssa työskentely ei toteutunut toivotulla tavalla. Työryhmän koolle kutumisessa oli vaikeuksia löytää yhteisiä kokoontumisaikoja, koska välimatkat eri alueellisen ESH:n sairaaloiden välillä ovat pitkät ja työryhmän jokainen sairaanhoitaja tekee vuorotyötä. Työryhmän työskentelyssä oli tyydyttävä siihen, että maaliskuussa 2012 pidettiin ensimmäinen työryhmän kokous Kantasairaalassa ja toinen kokous maaliskuussa 2013 Kantasairaalassa. Muuten työryhmän työskentely toteutettiin käymällä sähköpostin välityksellä vuoropuhelua kehittämiskohteen liittyvistä asioista. Edellä mainituista vaikeuksista johtuen projektin työryhmän työskentely ja sitoutuminen projektityöskentelyyn ei ole ollut paras mahdollinen.

Kehittämiskohteen etenemistä ja sairaanhoitajien sitouttamista projektin aiheeseen vaikeutti epärealistisen lyhyt aikataulu, jonka aikana piti saada prosessoitua läpi koko kehittämiskohta tavoitteineen ja tuotoksineen. Jos halutaan projektin tuotoksien juurtuvan käytäntöön, tarvitaan jatko projekti ja aikaa käydä prosessuaalista dialogia eri tahojen kesken, jotta syntyisi riittävän yhteneväinen käsitys kehitettävästä asiasta.

11.2 Johtopäätökset

Mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoito ja sen toteutustapa, tuo terveydenhuoltoon haasteita. Alkoholiperäiset sairaudet ja tapaturmat ovat lisääntyneet. Päihdeongelmainen potilas käyttäytyy usein hyökkäävästi ja aggressiivisesti ja aiheuttaa pelkoa päivystysvastaanotolla niin toisissa potilaissa kuin hoitohenkilökunnassa. Etenkin päihteiden väärinkäyttäjien ja psyykkisesti sairastuneiden potilaiden hoitojärjestelmän toimimattomuus asettaa terveydenhuollolle haasteita. (Koistinen 2008, 60-63).

Yhteiskunnassa näkyy osaamisen vaatimusten muuttuminen. Käynnissä oleva siirtymä myöhäismoderniin aikakauteen muuttaa osaamisen vaatimuksia koko läntisessä yhteiskunnassa. Myöhäismodernille aikakaudelle ovat ominaista osaamisen, tiedon ja vuorovaikutuksen korostuminen. (Palvelut 2020, 11). Terveydenhuoltoalalla hoitajan tehtävissä korostuu yhteistyökyky, asiakkaan tarpeiden tunnistaminen ja ennakointi, asiakaspalveluosaaminen ja tiimityötaidot. Asiantuntija- ja esimiestehtävissä vaaditaan asiakkaan tarpeiden tunnistamista ja ennakointia, asiakasprosessien kokonaisuuksien hallintaa, ihmisten johtamista, yhteistyökykyä, tiimityötaitoja ja kykyä jakaa osaamista sekä ymmärtää toisten osaamista. Johtotehtävissä edellytetään markkinointituntemusta, ihmisten johtamista ja ennakointiosaamista. (Palvelut 2010, 60-61). Tämä tuo vaatimuksia terveydenhuollossa osaamisen johtamiselle ja sen ymmärtämiselle mitä tulevaisuuden suhteen toivotaan. Työyksikössä pitää selvittää yhteistä ymmärrystä siitä, missä halutaan olla hyviä ja mihin suuntaan halutaan toimintaa kehittää. Pitää tunnistaa osaamisen nykytila ja valita tulevaisuuden osaamisen tarpeet. (Viitala 2005, 15). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen KASTE - ohjelma 2012-2015 ja sen osaohjelma, jossa painotetaan erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämistä asiakaslähtöisiksi palvelukokonaisuuksiksi, tuo oman haasteen alueellisen ESH:n sairaaloiden sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdeosaamiseen.

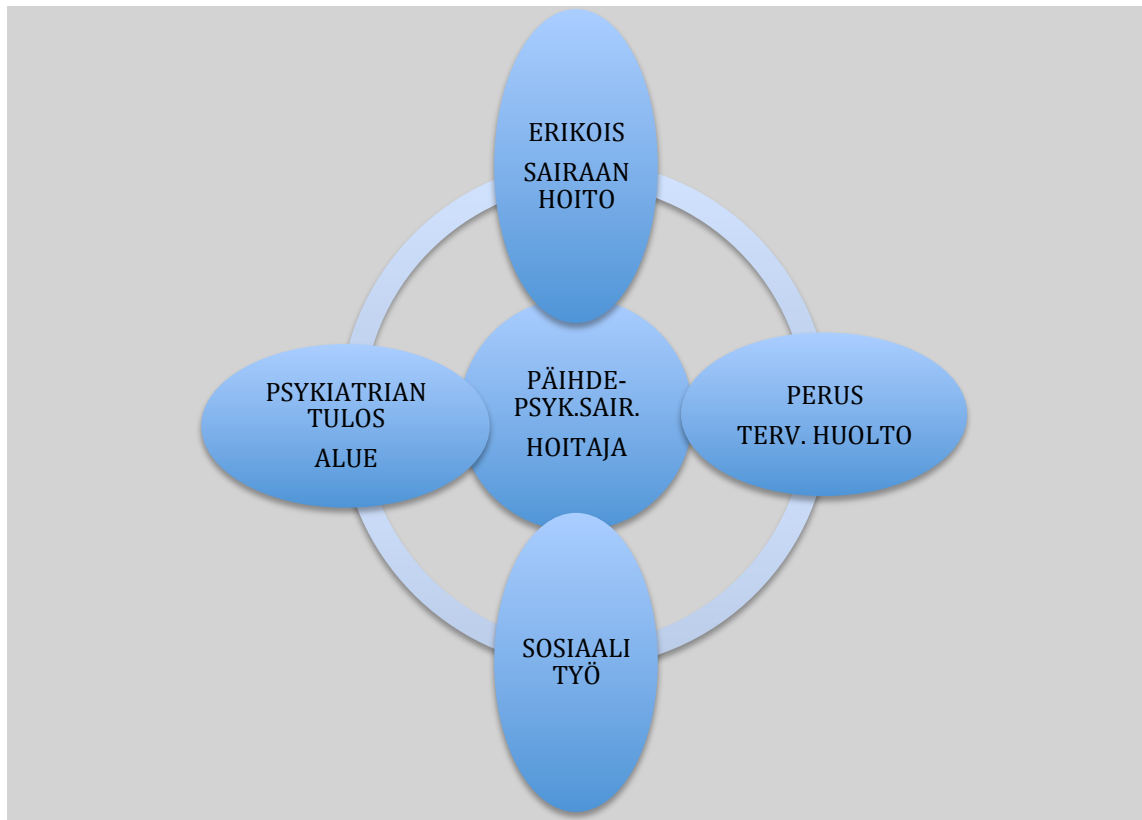
Kehittämiprojektin teoria ja kyselyaineiston vastauksien tulokset vahvistavat näkemystä, että terveydenhuollossa mielenterveys- ja päihdepotilaan saumaton hoitojatkumo ei aina toimi parhaalla mahdollisella tavalla. Kehittämiprojektin tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa paikallisen tason moniammatillisessa mielenterveys- ja päihdehoitostrategian päivittämisessä. Tuhannen taalan kysymys on edelleenkin se, miten potilas ohjautuisi sekä somaattisen että päihde-psykiatrisen oireen kanssa oikeaan hoitoon oikea-aikaisesti. Tarvitaan yhteisesti sovittu moniammatillinen käytäntö paikallisen tason hoitoketjusta /-jatkumosta, jossa on määritelty eri organisaatioiden roolit, tehtävät ja vastuut.

Yksi keskeisistä kansanterveysongelmista on masennus, mikä on vaikuttanut siihen, että perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon depression hoitoa on kehitetty moniammatillisesti. Perusterveydenhuoltoon on ollut tarvetta kouluttaa erityisesti masennuspotilaiden opastukseen, seurantaan ja psykososiaaliseen tukemiseen erikoistunutta henkilöstöä depressiohoitajiksi. Depressiohoitajan tehtävä on konsultoida ja kouluttaa muuta henkilökuntaa depressiohoitoon liittyvissä asioissa ja toteuttaa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa moniammatillisesti. (Hopia 2008, 126-127).

Kehittämiprojektin tulokset osoittavat, että alueellisen erikoissairaanhoidon sairaaloissa on osaamisvajetta mielenterveys- ja päihdeosaamisessa. Tarvetta on selvittää päihde-psykiatrisen sairaanhoitajan tehtävän kuvausta. Ensiapupoliklinikalla potilaat, joiden somaattisen tai traumaperäisen oireen taustalla on eriasteisia mielenterveys- ja päihdehäiriöitä, voivat helposti jäädä edellä mainittujen selvitysten mukaan vaille hoitoa. Hoitohenkilökunnalla ei ole aina osaamista tunnistaa ja ottaa puheeksi mielenterveys- ja päihdehäiriötä. Tai koetaan paradoksaalisena puuttua potilaan mielenterveys- ja päihdehäiriöihin, koska ei ole hoitopaikkaa tai ei ole tietoa minne ohjata jatkohoitoon. Kuviossa 6 sivulla 53 on visioitu päihde-psykiatrisen sairaanhoitajan tehtävää toimia yhdyshenkilönä eri organisaatioiden välisessä yhteistyössä.

Kehittämiprojektin tulokset antavat aihetta jatkoselvityksiin. Tuloksia voidaan hyödyntää muun muassa: Paikallisen tason moniammatillisessa mielenterveys-

ja päihdehoitostrategian päivittämisessä sekä selvitystyössä, jossa selvitetään päihde-psykiatrisen sairaanhoitajan tehtävää erikoissairaanhoidossa.



Kuvio 6. Visio selvitystyön aiheeksi: Päihde-psykiatrisen sairaanhoitajan tehtävä yhdyshenkilönä perusterveydenhuollon, sosiaalityön, psykiatrian tulosalueen ja erikoissairaanhoidon välisessä moniammatillisessa verkostossa.

LÄHTEET

Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. (toim.) 2003. Uusi ensihoidon käsikirja. Helsinki. Tammi.

Erikoissairaanhoidolaki [viitattu 20.3.2013]

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

Haukka, M & Petäinen, M. 2006. Projektit onnistuvat, jos omistajuus toimii. Projektitoiminta 2/2006.

Henkilötietolaki 52371999. [viitattu 20.3.2013]

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hoitotakuulaki. [viitattu 20.3.2013]

<http://www.sotehelmi.fi/helmi/terveyspalvelut/hoitotakuu.html>

Hopia, H. 2008. Elinikäinen oppiminen. Teoksessa Koponen, L & Hopia, H. (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Suomen Sairaanhoidajaliitto. Hoitotyön vuosikirja 2008.

Huckson, S. 2008. Implementation of the Victorian Emergency Department Mental Health Triage Tool. Australasian Emergency Nursing Journal, 2008; 11(2): 80-4.

Hätönen, H. 2011. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen II. Helsinki. Educa-Instituutti Oy.

Hätönen, H. 2007. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen. 5. Painos. Helsinki. Educa-Instituutti Oy.

Iire, L & Tantt, K. 2011. Muutospolku hoitolinja- ja prosessilähtöiseen toimintaan. Teoksessa Nygren, P & Nurminen, R. (toim.) Tulevaisuuden osaaminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Turku. Turun ammattikorkeakoulu.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa. Tummavuoren kirjapaino.

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.

Kansanterveyslaki [viitattu 20.3.2013]

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

King, DL. 2004. Mental health and alcohol and other drug training for emergency department workers: One solution to help manage increasing demand. (EMA) Emergency Medicine Australasia (2004) 16, 155-160.

Koistinen, P. 2008. Parasta hoitoa potilaalle. Teoksessa Koponen, L & Hopia, H. (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Suomen Sairaanhoidajaliitto. Hoitotyön vuosikirja 2008.

Korkeila, J. 2011. Psykiatristen hoitojärjestelmien kansainvälinen vertailu – onko sillä antia Suomelle? Suomen Lääkärilehti 36/2011, 2591-2596.

Kurki, J. 2011. Sairaanhoidajan osaaminen akuutin sepelvaltimotautipotilaan hoitotyössä. Osaamisen kuvantamismalli. Turku. Turun ammattikorkeakoulu.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Käypähoitosuositukset: depressiosta (päivitetty 29.6.2009), alkoholiongelmaisen hoidosta (päivitetty 7.2.2011), huumeongelmaisen hoidosta (päivitetty 28.6.2012), skitsofreniasta (päivitetty 20.12.2007) sekä epävakaasta persoonallisuudesta (päivitetty 13.8.2008). [viitattu 20.3.2013]. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/aakkosissa>

Kääriäinen, J. 2010. Stepwise, Tailored Implementation of Brief Alcohol Intervention for Risky Drinkers in Health Care. Tampere. Tampereen yliopisto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista [viitattu 20.3.2013]

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista [viitattu 20.3.2013]

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L559/1994) [viitattu 20.3.2013]

http://www.stm.fi/sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/henkilosto/kelpoisuus

Lindegren, O. 2013. Sairaanhoidtaja. Haastattelu 3.4.2013. Tyks Vakka - Suomen sairaala.

Lindholm, M, Mattila, T-M, Niemelä, M & Rantamäki, A. 2008. Projektikäsikirja. Valkeakoski. Valkeakosken Seudun Kehitys Oy.

Luutonen, S. 2005. Yleissairaala psykiatrian poliklinikan somatiikan palveluksessa. Suomen Lääkärilehti 51-52/2005, 5299.

Mielenterveyslaki [viitattu 20.3.2013] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mäkinen, M & Wahlbeck, K. 2009. Suomen Lääkärilehti. 24/2009, 2195-2197.

OPM 2007:17. Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö.

OPM 2006:24. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot.

Oranta, O. 2011. Nurse-led interpersonal counselling for depressive symptoms in patients with myocardial infarction. Turun yliopiston julkaisuja. Turun yliopisto. University of Turku.

Otala, L. 2008. Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu. Helsinki. WSOY.

Palvelut 2020. Osaaminen kansainvälisessä palveluyhteiskunnassa. Loppuraportti. Helsinki. Elinkeinoelämän keskusliitto.

Perustuslaki (L731/1999) [viitattu 20.3.2013]

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/asiasanat/?key=Perustuslaki&id=3089>

Pesonen, T. 2011. Kriisihoidot somaattisen sairauden yhteydessä. Suomen Lääkärilehti 22/2011, 1829-1834.

Pirnes, U. 2003. Kehittyvä johtajuus. Johtamisen dynamiikka. Keuruu. Otavan Kirjapaja Oy.

Pohjola, M. 2009. Varsinaisen terveesti. Terveyden edistämisen toimintasuunnitelma ja hyvät käytännöt Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Turku.

Päihdehuoltolaki [viitattu 22.2.2013]

<http://www.paihdeasiamies.fi/LAIT/paihdehuoltolaki.htm>

Ruohotie, P. 2005. Metakognitiiviset taidot ja käsitteellinen oppiminen. Ammattikasvatuksen aikakauskirja, 7,1,4-11.

Sairaanhoitaja (amk) opetussuunnitelma 2010. Kuopion ammattikorkeakoulu.

Salaspuro, M. 2009. Päihdepotilas päivystyksessä ja hoitoonohjaus. Duodecim 2009; 125: 897-904).

Salaspuro, M. 2002. Rikos ja rangaistus. Duodecim 2002; 118: 275-76.

Salokangas, R.K.R. 2009. Psykiatrinen sairaalahoito kuuluu yleissairaaloihin. Suomen lääkärilehti 1-2 / 2009, 24-25.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektivetäjän käsikirja. Helsinki. Konsulttitoimisto Planpoint Oy.

Sjöblom, V. 2013. Apulaisosastonhoitaja. Haastattelu 26.3.2013. Tyks Vakka - Suomen sairaala.

Sosiaalihuoltolaki [viitattu 20.3.2013] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>

STM:n selvityksiä 2009:3. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. [viitattu 20.3.2013] <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>

STM:n julkaisuja 2012:1. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015.

STM:n selvityksiä 2006. Päihtyneen henkilön akuuttihoito. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet 2006 [viitattu 20.3.2013] <http://pre20090115.stm.fi/aa1164721227855/passthru.pdf>

STM 2006:32. Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa.

STM 2004:5. Työnjakoa ja työnrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio.

Taimela, S, Mäkelä, K, Justen, S & Schuk, J. 2007. Masennusoireiden seulonta ja oireisten työntekijöiden hoitoonohjaus työterveyshuollossa. Suomen Lääkärilehti 45/2007, 4203-4206.

Tammenniemi, S. 2013. Osastonhoitaja. Haastattelu 26.3.2013. Tyks Vakka - Suomen sairaala.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 1.5.2011 [viitattu 20.3.2013]

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki/laki

Tietosuojalaki [viitattu 20.3.2013] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040516>

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Wahlbeck, K, Manderbacka, K, Vuorenkoski, L, Kuusio, H, Luoma, M-L & Lindström, E. 2008. Quality and Equality of Access to Healthcare Services. HealthQuest Country for Finland. Stakes Raports 1/2008.

Viitala, R. 2005. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu. Otava.

Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. 1-3 painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

VSSHP:n strategia vuosille 2007-2015.

VSSHP:n vuosikertomus 2011.

Vähäniemi, A. Mielenterveys- ja päihdepotilaan hyvä hoitoympäristö. Teoksessa Holmberg, J ym. (toim.) 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki. Sairaanhoidajaliitto ry.

SAATEKIRJE 9.10.2012**Liite 1.**

Somaattisen sairaalan ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoiden potilaiden mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat asioita, jotka saattavat viedä suhteettoman ison ajan henkilökunnan huomiosta ja työajasta, mikä vaarantaa potilasturvallisuutta muiden potilaiden akuuttihoitotyössä. Kääriäisen (2010) tutkimuksen mukaan Pirkanmaalla joka 8. ensiapupoliklinikalla kävijä oli päihdeasiakas. Pesonen (2011) ja Luutonen (2005) ovat tutkineet somaattisesti sairaan potilaan psyykkisiä häiriöitä ja kriisihoidon tarvetta. Tutkimustulokset vahvistavat näkemystä, että monien sairauksien taustalla on psyykkisiä ongelmia, jotka vaikeuttavat potilaan somaattista paranemista.

Kohteliaimmin pyydän Sinua vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tavoitteena on selvittää Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueellisen erikoissairaanhoidon TYKS Vakka-Suomen sairaalan, Salon ja Loimaan aluesairaaloiden sekä Turunmaan sairaalan ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoiden sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytila ja tulevaisuuden tarve tässä projektissa kehitettävän osaamiskartan avulla. Lupa tämän kehittämisprojektin aineiston keruuseen on saatu VSSHP:ltä 4.10.2012. Kyselylomakkeen Sinulle on lähettänyt sairaalasi ylihoitajan nimeämä tämän kehittämisprojektin yhdyshenkilö.

Sinun vastauksesi on arvokasta tietoa, jotta saadaan näkyväksi mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytila ja tulevaisuuden tarve. Kyselyyn vastataan anonyymisesti. Ole ystävällinen ja vastaa 31.10.2012 mennessä. Vastaaminen vie aikaa noin 15 minuuttia.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan kehittämisprojektiin. Opinnäytetyöni ohjaaja on Ritva Laaksonen-Heikkilä.

Vastauksistasi kiittäen!

Satu Pietilä

Sairaanhoitaja / yamk-opiskelija

Puh. 044-0874 555

Satu.i.pietila@students.turkuamk.fi

Ritva Laaksonen-Heikkilä

THL, lehtori, tuutor-opettaja

Puh. 044-9075477

ritva.laaksonen-heikkila@turkuamk.fi

Liite 2.

Sairaanhoidajan mielenterveys- ja päihdeosaaminen, kyselylomake

Vastaukset xx.x.2012 mennessä. Kiitos!

Sairaanhoidajan mielenterveys- ja päihdeosaaminen – kysely tehdään Webropol-verkko-ohjelmaa apuna käyttäen. Webropol-kyselyn kysymykset pohjautuvat sairaanhoitaja (amk) opetussuunnitelman (2010) mielenterveys- ja päihdetyön osaamistavoitteisiin ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) Terveiden edistämisen toimintasuunnitelman (2009) alkoholin riskikäytön ja masennuksen tunnistamisen osioihin, jotka on muutettu mielenterveys- ja päihdetyön osaamisalueiksi. Osaamistasojen kuvauksessa käytetään Hätösen (2007) luokittelua.

Tällä kyselyllä kartoitetaan VSSHP:n alueellisen erikoissairaanhoidon (ESH) sairaaloiden ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoiden sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytilaa ja tavoitetilaa. Kyselyn tulosta käytetään koulutusintervention pohjana.

Kyselyssä kartoitetaan ensin taustatietoja, jonka jälkeen siirrytään monivalintakysymyksiin, joihin vastataan valitsemalla yksi vaihtoehto rinnakkain siten, että ensin vastataan nykytila eli tämän hetkinen osaaminen ja sen jälkeen tavoitetila eli mitä osaamista tarvitaan tulevaisuudessa. Kyselyn lopussa on muutama avoin kysymys, joihin on mahdollisuus kommentoida mitä muuta haluaa sanoa. Osaamistason mittaamisessa käytetään asteikkoa, joka on määritelty

OSAAMISTASOIKSI:

5 = Asiantuntija "Huippuosaaja: näkee osaamisalueen asiat kokonaisuuksina ja kykenee yhdistämään asioita uudella tavalla. Osaa kehittää osaamisalueeseen kuuluvia asioita laajasti. Tehtäviin kuuluu tarvittaessa opettaa osaamisaluetta omassa organisaatiossa."

4 = Etevä tekijä: "Osaa yhdistää useita eri kokonaisuuksia ja osaa suhteuttaa tekemisensä koko työyhteisön toimintaan. Osaa itsenäisesti analysoida tehtäviin liittyviä tilanteita ja valita vaihtoehtoisia menetelmiä tehtävistä suoriutumiseen."

3 = Pätevä suoriutuja: "Osaa toimia keskeisissä osaamisalueen edellyttämässä tehtävissä itsenäisesti. Osaa soveltaa tätä tietämystään joustavasti ja monipuolisesti omassa työssään. Osaa tarvittaessa perehdyttää osaamisaluetta omassa organisaatiossa."

2 = Kehittynyt aloittelija: "Osaaminen on perusosaamista. Henkilö osaa toimia sovittujen käytänteiden mukaisesti. Hänellä on yleiskuva osaamisalueiden asioista."

1= Aloittelija: "Osaaminen on riippuvainen ohjauksesta."

0= Osaamista ei edellytetä tai ei tarvita.

1. TAUSTATIEDOT

Työkokemus terveydenhuoltoalalta:

0-1v.

2-5v.

6-10v.

11-15v.

16-20v.

21-30v.

Yli 30v.

Sairaala jossa työskentelet:

TYKS Vakka-Suomen sairaala

Salon aluesairaala

Loimaan aluesairaala

Turunmaan sairaala

Poliklinikka jossa työskentelet:

Ensiapu- / päivystyspoliklinikka

Vastaanottopoliklinikka

Muu, mikä:

2. MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPOTILAAN JA HÄNEN LÄHEISTENSÄ AMMATILLINEN OHJAAMINEN**Nykytila****Tavoitetilä**

	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0
Tiedän mielenterveystyön palvelujärjestelmän ja lainsäädännön												
Tiedän päihdetyön palvelujärjestelmän ja lainsäädännön												
Tiedän paikallisen mielenterveys- ja päihdepalvelu prosessin												
Osaan ohjata potilasta ja hänen												

läheisiään mielenterveys- ja päihdepalvelujen löytämisessä												
Osaan ohjata päihdepotilaan vertaistuen piiriin (esim. AA, Na tai A-kilta yms.)												
Osaan ohjata päihdepotilaan läheiset vertaistukiryhmää n (esim. Al-Anon yms.)												
Osaan ohjata mielenterveyshäiri öisen potilaan läheiset vertaistukiryhmää n (esim. omaiset mielenterveystyön tukena yms.)												

3. YHTEISTYÖOSAAMINEN

Nykytila

Tavoitetila

	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0
Osaan toimia yhteistyössä mielenterveyspotil aiden ja heidän läheistensä kanssa												
Osaan toimia yhteistyössä päihdepotilaan ja heidän läheistensä kanssa												

Osaan toimia yhteistyössä mielenterveyspotilaiden hoitoketjussa												
Osaan toimia yhteistyössä päihdepotilaan hoitoketjussa												
Osaan hyödyntää työtovereideni osaamista mielenterveys- ja päihdetyössä												
Osaan tarvittaessa konsultoida yhteistyötahoja												

4. NÄYTTÖÖN JA TUTKIMUKSEEN PERUSTUVA OSAAMINEN

Nykytila

Tavoitetila

	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0
Osaan hakea mielenterveyshoitotyöstä näyttöön perustuvaa tietoa												
Osaan soveltaa mielenterveyshoitotyön näyttöön perustuvaa tietoa käytäntöön												
Osaan hakea päihdehoitotyön näyttöön perustuvaa tietoa												
Osaan soveltaa päihdehoitotyön näyttöön perustuvaa tietoa												

5. OMIEN TUNTEIDEN JA VUOROVAIKUTUSTAITOJEN TUNNISTAMINEN

	Nykytila						Tavoitetila					
	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0
Osaan tunnistaa omat tunteeni kohdatessani mielenterveyspotilaan												
Osaan käsitellä mielenterveyspotilaan minussa herättämiä tunteita ammatillisesti												
Osaan tunnistaa omat tunteeni kohdatessani päihdepotilaan												
Osaan käsitellä päihdepotilaan minussa herättämiä tunteita ammatillisesti												
Osaan tunnistaa omat vuorovaikutustaidot kohdatessani mielenterveyspotilaan												
Osaan tunnistaa omat vuorovaikutustaidot kohdatessani päihdepotilaan												

6. KONTAKTIHOITOSUHTEESSA JA HOITOYHTEISÖSSÄ TARVITTAVIEN HOITOTYÖN TOIMINTOJEN

OSAAMINEN

	Nykytila						Tavoitetila					
	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0
Osaan huomioida mielenterveys- ja päihdepotilaan hoidossa potilaan kulttuurin tuomat erityispiirteet												
Osaan toteuttaa mielenterveyspotilaan lääkehoitoa annettujen ohjeiden mukaan												
Osaan toteuttaa päihdepotilaan lääkehoitoa annettujen ohjeiden mukaan												
Osaan tunnistaa potilaan psykoosin oireet												
Tunnen psykoosipotilaan hoitotyön												
Osaan tunnistaa potilaan persoonallisuushäiriön oireet												
Tunnen persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyön												
Osaan tunnistaa somaattisesti sairaan potilaan												

masennuksen oireet													
Tunnen masennuspotilaan hoitotyön													
Osaan tunnistaa somaattisesti sairaan potilaan päihdehäiriön oireet													
Tunnen päihdepotilaan hoitotyön													
Osaan tunnistaa ahdistuneisuus-/ paniikkihäiriöisen potilaan oireet													
Tunnen ahdistuneisuus-/ paniikkihäiriöisen potilaan hoitotyön													
Osaan tunnistaa ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdetyön erityispiirteet													
Tunnen ikääntyneiden mielenterveys – ja päihdehoitotyön													
Osaan tunnistaa lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyön erityispiirteet													
Tunnen lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdehoitotyön													

Osaan tunnistaa mielenterveyspotil- aan kriisi- /surutyön eri vaiheet												
Osaan tunnistaa mielenterveyspotil- aan psykososiaalisen tuen tarpeen												
Osaan tunnistaa päihdepotilaan kriisi-/surutyön eri vaiheet												
Osaan tunnistaa päihdepotilaan psykososiaalisen tuen tarpeen												

7. AVOIMET KYSYMYKSET

Mitä masennustestiä /- mittaria käytät?

Jos et käytä, niin mikä estää käyttämästä?

Mitä alkoholin riskikäytön testiä /- mittaria käytät?

Jos et käytä, niin mikä estää käyttämästä?

Minkälaista mielenterveys- ja päihdeosaamista tarvitset eniten?

Mitä muuta haluat sanoa?

KIITOS VASTAUKSISTASI!!

Liite 3

Kyselylomakkeiden sisällönanalyysi koulutusinterventiosuunnitelman aihealueista

Alkuperäinen ilmaisu	Koulutusinterventiosuunnitelman aihealue
<p>"meillä on kiire töissä, ei ole aikaa paneutua mielenterveysasioihin.."</p> <p>"väsymys alkoholisteihin..."</p> <p>"ei tarvita mielenterveys- ja päihdeosaamista; eihän psykiatriankaan puolella hoideta somaattisia sairauksia..."</p>	<p>1. Asenne, omien tunteiden tunnistaminen ja vuorovaikutustaidot</p>
<p>"ei ole tietoa mistään masennustesteistä (DEPS), että onko meillä edes käytössä sellaista..."</p> <p>"en oikeastaan tiedä alkoholitesteistä (AUDIT) juurikaan mitään..."</p>	<p>2. Tunnistaminen ja puheeksi ottaminen</p> <p>AUDIT ja DEPS testien käytön opastaminen</p>
<p>"teoreettista tietoa mielenterveys- ja päihdehäiriöistä ja häiriöiden hoidoista; kannattaako hoitaa?... onko näyttöä?"</p>	<p>3. Näyttöön ja tutkimukseen perustuva tieto</p>
<p>"tietoa mielenterveys- ja päihdepotilaiden lääkehoidosta..."</p> <p>"tietoa enemmän korvauslääkityksestä ja – hoidosta..."</p> <p>"turvallisuuskoulutusta..."</p>	<p>4. Kontaktihoitotyössä tarvittavat hoitotyön toiminnot</p>
<p>"tietoa minne ohjata mielenterveys- ja päihdepotilas?"</p> <p>"edelleenkin ei ole paikkaa minne ohjata viikonloppuisin ja öisin?"</p> <p>"mitä hyötyä on tehdä DEPS tai AUDIT testit, kun ei ole tietoa mikä taho hoitaa sitten?"</p> <p>"koulutusta lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdeasioista..."</p> <p>"tietoa vanhusten masennus- ja päihdeongelmista..."</p> <p>"miten kohdata susidaalinen potilas...?"</p>	<p>5. Ammatillinen ohjaaminen, paikallisen tason mielenterveys- ja päihdehoitostrategian osaaminen</p> <p>6. Yhteistyöosaaminen, moniammatillinen yhteistyö, oikea hoito oikeassa paikassa oikea-aikaisesti</p>

Liite 4.

Ehdotus: Koulutusinterventiosuunnitelman aihealueet ja toteutus, jota alueellisen erikoissairaanhoidon sairaaloiden lähiesimiehet voivat käyttää soveltuvin osin omissa koulutussuunnitelmissaan.

Koulutuksen aihealue	Kohderyhmä	Toteutus
Asenne, omien tunteiden tunnistaminen ja vuorovaikutustaidot	Ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoiden sairaanhoitajat / tai koko sairaalan hoitohenkilökunta + lääkärit	Non-stoppina toteutettava NVC-koulutus (nonviolent communication, myötäelämisen taito) Kouluttajina NVC:n asiantuntijat. (Tyks Vakka-Suomen sairaalasta saatu hyviä kokemuksia em. koulutuksesta)
Tunnistaminen ja puheeksi ottaminen AUDIT ja DEPS testien käytön opastaminen	Ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoiden sairaanhoitajat / tai koko sairaalan hoitohenkilökunta + lääkärit	"Päihdepotilaan kohtaaminen, perusinterventiot" ja "Motivoiva vuorovaikutus" Kouluttaja esim. päihdepsykiatri Antti Mikkonen AUDIT ja DEPS kouluttajina A-klinikan ja psykiatrian tulosalueen työntekijät
Kontaktihoitotyössä tarvittavat hoitotyön toiminnot	Ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoiden sairaanhoitajat / tai koko sairaalan hoitohenkilökunta + lääkärit	"Tämä potilas kuuluu meille" Kouluttaja esim sh(yamk)Jan Holmberg "Väkivallan monet kasvot" Kouluttajina esim. psykiatri (vankimielisairaala) Hannu Lauerma, sh(yamk)Jan Holmberg, Jussi-työntekijäTero Stenbacka "Mielenterveyden ensiapu2-koulutus" psyk-sh Mervi Ropponen
Ammatillinen ohjaaminen, paikallisen tason mielenterveys- ja päihdehoitostrategian osaaminen Yhteistyöosaaminen, moniammatillinen yhteistyö, oikea hoito oikeassa paikassa oikea-aikaisesti	Moniammatillinen yhteistyökoulutus ylitse hallintokuntarajojen Kohderyhmä: perusterveydenhuolto, sosiaalityö, psykiatrian tulosalue ja erikoissairaanhoidon sekä yksityisen ja kolmannen sektorin organisaatiot, jotka tekevät töitä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden parissa	"Tämä potilas kuuluu meille" Kouluttajana esim. Jan Holmberg "Päihdehaitat terveydenhuollon haasteena-itseaiheutettu ongelma" Kouluttajana esim. päihde-sh Ilkka Helamo "Pakallinen mielenterveys- ja päihdehoitostrategia, hoitopolut" koulutuksessa paikallisen tason työntekijät prosessoivat mielenterveys- ja päihdehoitomallia löytääkseen eri tahojen roolit, tehtävät ja vastuut moniammatillisesta yhteistyöstä. Koulutuksessa voidaan käyttää apuna ulkopuolista konsulttia.